

ESTUDO SOBRE O ACESSO A LEITOS DE UTI ADULTA SUS E NÃO SUS

Áreas Saúde e Estudos Técnicos
Maio/2020

1) Introdução

A epidemia de Covid-19 se destaca pela rapidez de disseminação, severidade e dificuldades para contenção, tanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia pelo novo coronavírus em 11 de março de 2020, e os países estão empreendendo enormes esforços para conter o surto e reduzir a letalidade.

No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE Covid-19), estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde (BRASIL, 2020).

Em termos dos serviços de saúde, esses devem adotar medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória sigam os procedimentos de etiqueta respiratória e higiene. Recomenda-se aos serviços de saúde o estabelecimento de fluxo diferenciado, com áreas exclusivas para o atendimento de pacientes com sintomas respiratórios e a implementação de protocolos de pacientes acometidos pela Covid-19, na ausência/impossibilidade/escassez de áreas de isolamento. Além disso, indica-se que seja disponibilizada ala completa para atendimento aos pacientes com Covid-19, evitando ocorrência de infecção cruzada e possibilitando racionalizar recursos e profissionais (BRASIL, 2020).

Embora a maioria das pessoas com Covid-19 tenha doença leve ou não complicada, algumas desenvolverão doença grave, que requer oxigenoterapia (14%), e aproximadamente 5% necessitarão de tratamento em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (BRASIL, 2020). A universalização dos serviços de saúde promovida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tem se mostrado historicamente frágil nas ações de racionalização de recursos e de inclusão de toda a população de forma equânime na atenção pública à saúde, principalmente nas atividades de alta complexidade e alto custo, como as internações em leitos de UTI (EVANGELISTA et al., 2008 *apud* GOLDWASSER et al., 2016). No âmbito das inúmeras morbidades que demandam o uso das Unidades Intensivas, também no caso da Covid-19, a UTI possui papel decisivo na sobrevida dos pacientes.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em 451 regiões de saúde, que têm cidades de referência em serviços de alta complexidade. É nessas cidades que estão concentradas as UTIs, equipamentos que exigem alto investimento para a implantação e manutenção, além de equipes de intensivistas especializados. Há um fluxo histórico dos locais para onde os pacientes mais graves das cidades pequenas devem ser encaminhados, caso precisem de cuidados hospitalares mais complexos. Esse fluxo é pactuado entre os gestores estaduais e municipais do SUS e integra a estruturação e a organização, regionalizada e hierarquizada, das redes de atenção à saúde.

O atraso no acesso dos pacientes aos leitos de UTI implica impacto negativo nos resultados clínicos e, conseqüentemente, aumenta a mortalidade. Nesse aspecto, a Confederação Nacional de Municípios (CNM) empreendeu estudo para verificar o **ACESSO**

da população a leitos complementares do SUS e Não SUS, com recorte para Leitos de UTI Adulta, a partir dos dados disponíveis no Datasus. **Mas por que acesso?**

Segundo Travassos e Martins (2004), a noção de acesso à saúde está incorporada à liberdade para o uso dos serviços: os atributos que definem o indivíduo, como seu nível educacional, sua bagagem cultural e crenças, sua condição social e econômica, entre muitos outros atributos, e a relação do indivíduo com o sistema de saúde farão com que esse indivíduo seja mais ou menos "livre" para utilizar o sistema, o **que se traduzirá em melhores ou piores condições de acesso à saúde.**

Na configuração normativa do SUS, mesmo se tratando de Sistema Universal, a liberdade de acesso a leitos complementares se mostra com duas "portas de entrada", a pública (leitos SUS) e a privada (leitos não SUS). Nesse contexto, dada a população geral (todos com potencial acesso ao SUS) e a população com plano privado (ou com capacidade de compra de vaga), há uma restrição de acesso aos cuidados de alta complexidade. Essa configuração do sistema de saúde brasileiro pode tornar-se uma barreira às gestões municipais em tempos de pandemia e à concomitante explosão de demanda por cuidado de alta complexidade.

Em função do quantitativo populacional que demandará leitos complementares, da regulação estadual dos leitos SUS por região de saúde e da possível oferta nos Municípios, as gestões poderão ter que responder a uma complexa logística de transporte sanitário em Saúde, ou ainda responder, de imediato, à internação proveniente da execução de ação judicial (judicialização da saúde).

2) Metodologia

O atual estudo caracteriza-se como qualitativo, exploratório e descritivo, tendo por base dados secundários do portal do Datasus, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Para obtermos os dados dos Leitos Complementares, foram coletados os registros por Município e Unidade Federativa do quantitativo e tipo de leito complementar de fevereiro de 2014 e 2020. Esses leitos complementares, classificados em unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI), são: Unidade intermediária neonatal; Unidade isolamento; UTI adulto I; UTI adulto II; UTI adulto III; UTI pediátrica I; UTI pediátrica II; UTI pediátrica 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; Unidade de cuidados intermed. neonatal convencional; Unidade de cuidados intermed. neonatal canguru; Unidade de cuidados intermed. pediátrico; Unidade de cuidados intermed. adulto.

Os dados da população estadual (global) com acesso ao SUS tem como base a projeção populacional do IBGE para o ano de 2020. Como *proxy* do dado da população com acesso a leitos privados, foi utilizada a base de dezembro de 2019 da ANS por Unidade da Federação. **A combinação desses dados resulta no acesso, a cada 10 mil habitantes, em leitos complementares e de UTI ADULTA, no público e no privado.**

3) Contextualização

É primordial a compreensão dos elementos disponíveis para enfrentamento da Covid-19. Para tanto, os dados dos leitos complementares, especialmente de UTI, são de extrema importância às gestões municipais, para que estas saibam com qual equipamentos e estrutura podem contar nesta situação de pandemia.

Para além da necessidade de acesso a leitos, também se faz necessário reconhecer a presença de **profissionais especializados em cuidados intensivos**. Nesse sentido, um estudo do Conselho Federal de Medicina de 2018 aponta o quantitativo e a distribuição de médicos em determinadas regiões e especialidades, associando presença ou ausência de determinadas especialidades a fatores distintos, como aspectos demográficos e epidemiológicos da população, passando pelo financiamento, pelas relações entre público e privado no sistema de Saúde, até a remuneração, carreira e condições de trabalho dos profissionais.

Quatro especialidades representam 38,4% de todos os títulos de especialistas no país: Clínica Médica tem 42.728 titulados, ou 11,2% do total; Pediatria, 39.234 titulados, 10,3%; Cirurgia Geral reúne 34.065 especialistas, 8,9% do total; e Ginecologia e Obstetria tem 8% dos titulados, ou 30.415. A média de idade dos médicos no Brasil, titulados e não titulados, é de 45,4 anos. Entre os especialistas, a média equivale a 47,1. O grupo com menor média de idade é o da Clínica Médica, com 42,6 anos.

No caso específico dos médicos intensivistas, essa especialidade representa 1,7% no total de profissionais. A média de idade desses profissionais é de 48,8 anos, como mostram as tabelas 1 e 2. Pelo levantamento de 2018, existem 6,5 vezes mais médicos clínicos do que intensivistas (CFM, 2018).

Tabela 1: Distribuição de títulos de especialistas, segundo especialidades – Brasil, 2018

| Especialidade | Número de títulos | % |
|--------------------|-------------------|------|
| Medicina Intensiva | 6.562 | 1,7 |
| Clínica Médica | 42.728 | 11,2 |

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2018).

O Brasil apresenta taxa de 2,1 médicos por mil habitantes, próximo de Coreia do Sul, México e Japão. Nesse âmbito, temos **0,031 médicos intensivistas a cada 1 mil habitantes**. A média de idade desses especialistas está em quase 49 anos.

Tabela 2: Distribuição de médicos especialistas, segundo especialidades e média de idade – Brasil, 2018

| Especialidade | Média de idade | Desvio-padrão |
|--------------------|----------------|---------------|
| Medicina Intensiva | 48,8 | 10,1 |

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2018).

A formação de profissional intensivista pode demandar de 3 a 2 anos, dependendo se o residente tem prévia formação reconhecida pela respectiva sociedade nas áreas de Clínica Médica, Anestesiologia, Cirurgia, Pediatria, Neurologia, Infectologia ou Cardiologia (CFM, 2018). Portanto, além de um **número reduzido de intensivistas frente à pandemia**, o processo e o tempo de formação desses especialistas são consideráveis. Pela média de idade percebe-se também que essas médicas e médicos têm **entre 40 e 60 anos**, ou seja, não têm perfil de recém-formado (intervalo de até 5 anos após a formatura) e, provavelmente, residem em cidades de médio e grande porte, ou seja, em Municípios com robustez de estruturas de Saúde que suportem a complexidade de leitos complementares na sua Rede.

3.1) Leitos complementares: recorte de UTI ADULTA SUS e Não SUS

A organização da Rede de Urgência e Emergência (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2016). Essa rede é composta por uma série de equipamentos, dentre os leitos complementares.

Mas como regular esses recursos? Como funciona a regulação hospitalar?

Regular o acesso do usuário aos serviços do SUS significa prover, a partir da identificação da necessidade desse usuário, os recursos necessários para a assistência à sua saúde no tempo oportuno. Nos Estados, em geral, a Secretaria Estadual da Saúde realiza a regulação do acesso aos leitos de UTI Neonatal, Pediátrico e Adulto por meio de uma central no Complexo Estadual Regulador.

Figura 1: Fluxo de regulação de leitos



Fonte: SES/RS (2020).

A central recebe a solicitação de uma vaga de UTI a partir do médico assistente de hospital que não possui leitos de terapia intensiva ou não dispõe de vaga no momento. A equipe médica da central classifica o risco, através de informações sobre as condições clínicas, exames complementares e diagnóstico médico, e procura, na **rede do SUS**, pelo serviço que atenda às necessidades do paciente. Identificada a vaga, o leito é reservado e disponibilizado ao hospital solicitante (SES/RS, 2020).

3.2) Leitos Complementares

São leitos de internação destinados a pacientes que necessitam de assistência especializada exigindo características especiais, tais como: as unidades de isolamento, isolamento reverso e as unidades de tratamento intensiva e semi-intensiva. Os leitos complementares de internação são classificados¹ em (BRASIL, 2017):

- a) Leito de Isolamento;
- b) Leito de Isolamento Reverso;
- c) Leito de Cuidados Intensivos (UTI); e
- d) Leito de Cuidados Intermediários (UCI).

Este estudo se concentrará nos leitos UTI e UCI, por entendê-los essenciais aos cuidados de pacientes hospitalizados por Covid-19, como indicado no Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada (BRASIL, 2020, p. 12):

O reconhecimento precoce de pacientes suspeitos, incluindo aqueles com doenças graves, possibilita o início oportuno de medidas adequadas, tratamentos de suporte otimizados e o encaminhamento e a admissão seguros e rápidos para leito de enfermaria hospitalar ou unidade de terapia intensiva designada para este fim, de acordo com os protocolos institucionais ou nacionais.

Para contextualizar o aparato disponível de leitos complementares, foi realizado o comparativo desses equipamentos tendo por base 2014 e 2020. Os dados foram sistematizados em leitos “SUS” e “Não SUS”.

Tabela 3: Complementares SUS e Não SUS – 2014 x 2020

| Ano | SUS | Não SUS |
|------|--------|---------|
| 2014 | 26.779 | 25.513 |
| 2020 | 64.032 | 27.679 |

Fonte: Datasus, 2020.

Entre 2014 e 2020, ocorreu um incremento de leitos SUS na ordem de 37.253 unidades, totalizando, em fevereiro de 2020, o quantitativo de 64.032 unidades em todo o território nacional. Para leitos Não SUS, no mesmo período, esse aumento foi de 2.166 unidades, elevando o quantitativo para 27.679. Comparativamente, em 2020, os leitos públicos têm 2,3 vezes mais unidades que a rede privada.

¹ Verificar anexos com descritivo de cada tipo de leito.

Tendo como base a população de 2020 (210.188.477) e a população com plano de saúde (47.001.524), temos para o corrente ano a proporção de **3,05 leitos complementares SUS** a cada 10 mil habitantes e **5,89 leitos complementares Não SUS** a cada 10 mil habitantes.

Tabela 4: Tipos de leitos complementares 2014 x 2020

| Descrição | Unid. intermediária | Unid. Intermed. neonatal | Unid. isolamento | UTI adulto I | UTI adulto II | UTI adulto III | UTI pediátrica I | UTI pediátrica II | UTI pediátrica III |
|-------------------|---------------------|--------------------------|------------------|--------------|---------------|----------------|------------------|-------------------|--------------------|
| N.SUS 2014 | 114 | 99 | 918 | 6599 | 4795 | 1731 | 924 | 598 | 283 |
| N.SUS 2020 | 0 | 19 | 1085 | 6188 | 6740 | 2970 | 819 | 928 | 527 |
| Diferença | -114 | -80 | 167 | -411 | 1945 | 1239 | -105 | 330 | 244 |
| SUS 2014 | 0 | 2556 | 3005 | 727 | 9760 | 1989 | 130 | 1640 | 559 |
| SUS 2020 | 345 | 3287 | 407 | 12145 | 2324 | 75 | 1965 | 594 | 20 |
| Diferença | 345 | 731 | -2598 | 11418 | -7436 | -1914 | 1835 | -1046 | -539 |

Fonte: Datasus, 2020.

Tabela 4.1: Tipos de leitos complementares 2014 x 2020

| Descrição | 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 | Unid. de cuidados intermed. neonatal convencional | Unid. de cuidados intermed. neonatal canguru | Unid. de cuidados intermed. Pediátrica | Unid. de cuidados intermed adulto |
|-------------------|----------------|-----------------|------------------|------------------|--------------------------------------|---|---|--|--|-----------------------------------|
| N.SUS 2014 | 1947 | 1660 | 614 | 51 | 161 | 65 | 3520 | 638 | 32 | 764 |
| N.SUS 2020 | 1623 | 1816 | 775 | 79 | 536 | 189 | 1583 | 416 | 125 | 1261 |
| Diferença | -324 | 156 | 161 | 28 | 375 | 124 | -1937 | -222 | 93 | 497 |
| SUS 2014 | 54 | 3547 | 612 | 174 | 126 | 0 | 309 | 128 | 245 | 1218 |
| SUS 2020 | 4143 | 718 | 158 | 259 | 36 | 3131 | 950 | 188 | 1271 | 32016 |
| Diferença | 4089 | -2829 | -454 | 85 | -90 | 3131 | 641 | 60 | 1026 | 30798 |

Fonte: Datasus, 2020.

O que se percebe é um maior número de leitos complementares SUS e que esses acabam potencialmente demandados por toda a população do Estado ou do Município, enquanto os leitos complementares não SUS são demandados por um número reduzido de pessoas, ou seja, aquelas que têm plano de saúde. No contexto da Covid-19, traçar o recorte de leitos de UTI Adulta SUS e Não SUS é de extrema importância, pois esses representam o tipo de equipamento que indica maior demanda para internação por coronavírus. Os dados mostram grandes deficiências de acesso a leitos quando contrapostos àqueles SUS e Não SUS, como mostra a tabela 7. Vale lembrar que a OMS indica de 1 a 3 leitos de UTI a cada 10 mil habitantes.

Tabela 5: Leitos UTI Adulta SUS e Não SUS – 2020

| UF | Pop_2019 | Pop com Plano de Saúde | Nº de UTI Adulto SUS | Nº de UTI Adulto Não SUS | Nº de UTI Adulto SUS a Cada 10 mil hab | Nº de UTI Adulto Não SUS a Cada 10 mil hab (Pop com plano) |
|----|------------|------------------------|----------------------|--------------------------|--|--|
| PR | 11.434.289 | 2.853.415 | 1.218 | 788 | 1,07 | 2,76 |
| MG | 21.168.791 | 5.060.977 | 2.013 | 1.083 | 0,95 | 2,14 |
| RO | 1.741.694 | 149.377 | 159 | 72 | 0,91 | 4,82 |
| RS | 11.377.239 | 2.541.737 | 985 | 645 | 0,87 | 2,54 |
| ES | 4.018.650 | 1.112.345 | 318 | 398 | 0,79 | 3,58 |
| PE | 9.561.554 | 1.342.466 | 755 | 653 | 0,79 | 4,86 |
| SP | 45.919.049 | 17.091.451 | 3.506 | 4.818 | 0,76 | 2,82 |
| GO | 7.018.354 | 1.150.368 | 516 | 537 | 0,74 | 4,67 |
| SC | 7.164.788 | 1.469.905 | 533 | 310 | 0,74 | 2,11 |
| PB | 4.018.127 | 416.162 | 290 | 164 | 0,72 | 3,94 |
| MS | 2.778.986 | 586.310 | 189 | 163 | 0,68 | 2,78 |
| RJ | 17.264.943 | 5.377.865 | 1.175 | 2.803 | 0,68 | 5,21 |
| SE | 2.298.696 | 315.504 | 146 | 95 | 0,64 | 3,01 |
| DF | 3.015.268 | 882.302 | 181 | 736 | 0,60 | 8,34 |
| RN | 3.506.334 | 500.830 | 211 | 220 | 0,60 | 4,39 |
| MT | 3.484.988 | 589.002 | 198 | 394 | 0,57 | 6,69 |
| AL | 3.337.357 | 367.530 | 176 | 123 | 0,53 | 3,35 |
| BA | 14.880.059 | 1.588.757 | 774 | 704 | 0,52 | 4,43 |
| CE | 9.132.078 | 1.262.372 | 430 | 372 | 0,47 | 2,95 |
| TO | 1.572.866 | 106.059 | 73 | 52 | 0,46 | 4,90 |
| AM | 4.142.399 | 523.278 | 177 | 94 | 0,43 | 1,80 |
| MA | 7.109.201 | 472.669 | 303 | 269 | 0,43 | 5,69 |
| PI | 3.273.227 | 323.409 | 140 | 87 | 0,43 | 2,69 |
| PA | 8.636.113 | 781.646 | 348 | 261 | 0,40 | 3,34 |
| AC | 881.935 | 42.437 | 33 | 15 | 0,37 | 3,53 |
| RR | 605.761 | 28.397 | 17 | 8 | 0,28 | 2,82 |
| AP | 845.731 | 64.954 | 12 | 34 | 0,14 | 5,23 |

| | | | | | | |
|--------------|--------------------|-------------------|---------------|---------------|-------------|-------------|
| Total | 210.188.477 | 47.001.524 | 14.876 | 15.898 | 1,52 | 5,89 |
|--------------|--------------------|-------------------|---------------|---------------|-------------|-------------|

Fonte: Datasus, 2020.

Nacionalmente, o acesso (medido pela relação de leito unitário a cada 10 mil habitantes) de UTI Adulta SUS e Não SUS é de 1,52 e 5,89 (4 vezes mais oferta para quem tem acesso a leito privado). Em alguns Estados, essa diferença de acesso a leitos UTI Adulta se dá na ordem de 37 vezes mais acesso ao leito privado se comparado ao público. Esse é o caso do Amapá, onde as pessoas que podem acessar leito privado têm oferta de 5,23 para UTI Adulta, enquanto quem depende e pode acessar a rede pública se depara com 0,14 leito para cada 10 mil habitantes. Mesmo na capital federal, reconhecida pela rede de hospitais existente, o acesso a leito de UTI Adulta SUS é de 0,60 a cada 10mil habitantes.

3.3) Habilitação de novos leitos de UTI Adulta e Pediátrica SUS em 2020

Para verificar velocidade, quantidade e tipo de habilitação de leitos de UTI públicos por parte do Ministério da Saúde, foram pesquisadas as Portarias de habilitação do Diário Oficial da União (DOU) no período de 4 de fevereiro a 4 de maio de 2020. A busca avançada abarcou o termo exato “Leitos da Unidade de Terapia”, no conteúdo do documento. Os jornais pesquisados foram a Seção 1 (Fragmento do Ministério da Saúde), Edição Extra e Edição Suplementar. Da pesquisa, emergiram 81 publicações das quais foram descartadas as republicações, portarias de desabilitação e resoluções, totalizando 60 portarias ministeriais de habilitação de novos leitos de UTI Adulta II e III, UTI Pediátrica II e III; além de leitos de UTI Covid-19; todos SUS. Tais acréscimos resultam, em abril de 2020, em um total de 35.594 unidades de UTI, um incremento direto de 11% de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, remetendo à relação de 1,69 leitos a cada 10 mil habitantes.

4) Discussão

No contexto apontado pela tabela 5, de acesso a leitos de UTI Adulta, com exceção do Estado do Paraná, todos os outros Estados apresentam MENOS de 1 (uma) UTI Adulta SUS a cada 10 mil habitantes. O acesso aos leitos Não SUS se mostra muito diferente do público: analisando todos os Estados da Federação, apenas o Amazonas tem menos de 2 leitos a cada 10 mil habitantes. Em cada Estado da Federação, a situação da vantagem no acesso ao leito privado se verifica em todas as Unidades.

- ✓ No Acre a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 9 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em Alagoas a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 6 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Amazonas a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 4 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Amapá a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 37 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Na Bahia a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 9 vezes mais acesso para o privado.

- ✓ No Ceará a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 6 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Distrito Federal a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 14 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Espírito Santo a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 5 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em Goiás a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 13 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Maranhão a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 6 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em Minas Gerais a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 2 vezes mais acesso para o privado, a menor do país.
- ✓ No Mato Grosso do Sul a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 4 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Mato Grosso a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 12 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Pará a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 8 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Na Paraíba a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 5 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em Pernambuco a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 6 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Piauí a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 6 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Paraná a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 3 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Rio de Janeiro a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 8 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Rio Grande do Norte a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 7 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em Rondônia a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 5 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em Roraima a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 10 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Rio Grande do Sul a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 3 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em Santa Catarina a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 3 vezes mais acesso para o privado.

- ✓ Em Sergipe a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 5 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ Em São Paulo a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 4 vezes mais acesso para o privado.
- ✓ No Tocantins a diferença de acesso entre leitos de UTI ADULTA SUS e Não SUS é de 11 vezes mais acesso para o privado.

Com este cenário de MENOS de UM leito UTI SUS Adulto a cada 10 mil habitantes (Amapá com 0,14 e Paraná com 1,07, representando o maior e o menor indicador), adicionada a pressão por estruturar e ampliar a rede a tempo desses serviços darem conta da demanda por leitos, se faz necessário estabelecer **discussão a respeito de estratégias de acesso comuns a todos os equipamentos, de maneira planejada, coordenada e funcionando bem.**

Para que os Entes municipais possam fazer o enfrentamento dos casos mais graves e que demandam internação em leito complementar e leito de UTI Adulta, a Rede deve atuar no monitoramento e no uso de toda a capacidade instalada da rede especializada de Saúde. Objetivamente, as medidas sanitárias devem ter como meta a expansão da oferta existente, rapidamente.

No iminente percurso de esgotamento de recursos, ou seja, de a demanda se tornar muito maior que a oferta, um dos cenários a considerar é a regulação de leitos complementares e de UTIs pela autoridade sanitária estadual, com uma regulação única. Nesse sentido, **a regulação absoluta de leitos pode significar a potencialização das ações de enfrentamento à Covid-19** e o agir para salvar vidas, colocando em plano a articulação integrada de todo o Sistema Único.

Segundo a pesquisadora Márcia Castro² (Departamento de Saúde Global da Universidade de Harvard), se as medidas de isolamento não estiverem em prática e a trajetória da curva não for alterada, a demanda se torna muito maior que a oferta. “A função do isolamento é evitar que se chegue ao esgotamento da oferta dos serviços hospitalares”, conclui. Estratégias de regulação única e coordenada em tempos de pandemia não representam novidade normativa. O inc. XIII do art. 15 da Lei 8.080/1990³ indica:

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

XIII – para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

(...)

² Disponível em:

https://apsredes.org/marciacaastro/?fbclid=IwAR16FmoGftl1BKq5BuvmykrF_Mx8OqZOcHMiJCoyknHjdUUUVWUTi4asN2K4.

³ Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

A Lei federal que institui o SUS, na sua convergência garantista, prevê a atuação conjunta assim como a requisição de bens e serviços privados, assegurado justo pagamento/indenização da organização.

Na Espanha, que possui um Sistema de Saúde Universal, assim como o SUS, durante o período de epidemia de Covid-19, os cuidados com a saúde da população não puderam ser atendidos adequadamente apenas com os recursos materiais e humanos atribuídos a cada comunidade autônoma. O governo central, mediante decreto, permitiu que as Regiões Autônomas terão à sua disposição centros e estabelecimentos de saúde privados, bem como seus funcionários.

Se aplicada a estratégia coordenada de regulação única, dos 26 Estados mais o Distrito Federal, 16 deles passam a ter mais de 1 leito de UTI Adulta a cada 10 mil habitantes (tabela 8), alcançando a meta mínima estabelecida pela OMS, que é de 1 UTI a cada 10 mil habitantes.

5. A regulação única de UTI Adulta pode melhorar o acesso da população a esses equipamentos

A temática da regulação única dos leitos de UTI precisa ser transportada às instâncias deliberativas de gestões da Política de Saúde. Seus colegiados não podem ignorar a pauta, sob risco de promoção da “não gestão” de toda a Rede. Na diversidade organizativa do SUS, das especificidades *loco*-regionais e do atual contexto de emergência de Saúde, afastar a discussão de **potencializar a capacidade instalada** para acesso coordenado, em atuação conjunta, pode significar a perda de vidas ou ainda a não recuperação da saúde pessoal nos patamares desejados.

Importante indicar que as gestões regionais e estaduais têm lançado mão da instalação de hospitais de campanha, esforço que demanda recursos financeiros, estruturas, equipes e tempo, um tempo de resposta que com o agravamento dos casos de contaminados pode implicar perda de vidas. São necessárias combinações que primem, no curto espaço de tempo, **agir coordenado no aumento da capacidade instalada** perante o aumento das internações por Covid-19. Nesse aspecto, os hospitais de campanha dilatam em alguns dias o rompimento da linha da capacidade instalada⁴ frente às internações.

Tendo como base o quantitativo de fevereiro de 2020 (Datasus), ou seja, sem contar as habilitações de março e abril do Ministério, com a unificação do acesso, a proporção de leitos UTI Adulta a cada 10 mil habitantes apresenta os seguintes dados:

⁴ Disponível em: <https://apsredes.org/fim-do-isolamento-social-no-brasil-seria-uma-catastrofe-alertam-especialistas/>.

Tabela 6: Acesso a UTI ADULTA – universalizado

| Nº de UTI unificada a cada 10 mil hab | UF | Nº de UTI unificada a cada 10 mil hab | UF | Nº de UTI unificada a cada 10 mil hab | UF |
|---------------------------------------|----|---------------------------------------|----|---------------------------------------|---------------|
| 0,54 | AC | 1,50 | GO | 1,23 | RN |
| 0,90 | AL | 0,80 | MA | 1,33 | RO |
| 0,65 | AM | 1,46 | MG | 0,41 | RR |
| 0,54 | AP | 1,27 | MS | 1,43 | RS |
| 0,99 | BA | 1,70 | MT | 1,18 | SC |
| 0,88 | CE | 0,71 | PA | 1,05 | SE |
| 3,04 | DF | 1,13 | PB | 1,81 | SP |
| 1,78 | ES | 1,47 | PE | 0,79 | TO |
| 1,75 | PR | 0,69 | PI | 2,84 | Brasil |
| 2,30 | RJ | | | | |

Fonte: Datasus (fev/2020). Adaptado pela CNM.

Nos Estados da Federação onde a situação de ocupação de leitos de UTI apresenta-se crítica, ao se aplicar a universalização de acesso, praticamente mais que dobram a capacidade. A oferta de leitos de UTI Adulta a cada 10 mil habitantes, no RJ, passaria de 0,68 para 2,30; no Amazonas de 0,43 a 0,65; no Amapá de 0,14 a 0,54; no Ceará de 0,47 a 0,88 e em São Paulo de 0,76 a 1,81. Nacionalmente, passaria de uma média de 1,52 para 2,84 leitos de UTI Adulta a cada 10 mil habitantes.

Para alguns Estados e, portanto, Municípios, os recursos públicos já se esgotaram. Cenários⁵ indicam que, em outros, devem se esgotar em breve. Com a unificação de leitos, o Estado do Amapá, que apresenta o pior acesso a leito UTI Adulta do país, passa de 0,14 para 0,54 (3,8 vezes mais), o Distrito Federal melhora acesso em 5,6 vezes mais. No geral, o Brasil passa de 1,52 leitos a cada 10 mil habitantes para 2,84; um aumento de 86% de acesso.

⁵ Disponível em: <https://apsredes.org/fim-do-isolamento-social-no-brasil-seria-uma-catastrofe-alertam-especialistas/>.

Referências

BRASIL. Lei 8.080/1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.* Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. *Implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE.* 2016. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/abril/19/2.h%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20RUE%20Final.pdf> , acessado em 10 de abril de 2020.

_____. *Manual de Conceitos e Nomenclaturas de Leitos Hospitalares Manual SPA/CRACH/DAS n° 1/2017.*

_____. *Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada.* Ministério da Saúde. 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/14/Protocolo-de-Manejo-Cl-nico-para-o-Covid-19.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Demografia Médica no Brasil 2018. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2018. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 20 abr. 2020.

GOLDWASSER, Rosane Sonia et al . Dificuldades de acesso e estimativas de leitos públicos para unidades de terapia intensiva no estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 50, 19, 2016. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100401&lng=en&nrm=iso>. Access on: 24 Apr. 2020. Epub May 13, 2016.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. *Como funciona a regulação hospitalar?* Site Institucional. 2020. Disponível em <https://saude.rs.gov.br/regulacao-hospitalar>. Acesso em: 22 abr. 2020.

Portal UOL. *Espanha estatiza hospitais privados para garantir atendimento em pandemia...* – Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/internacional/ultimas-noticias/2020/03/16/espanha-estatiza-hospitais-privados-para-garantir-atendimento-em-pandemia.htm>. Acesso em: 20 abr. 2020.

TRAVASSOS C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):190-8.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A discussion document on the concept and principles of health promotion.* Copenhagen. 9-13 July 1984. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion/milestones_yellowdocument.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

ANEXOS

A) Leito de Unidade Terapia Intensiva (UTI)

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. Os leitos de UTI são classificados em:

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, devem 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.

B) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário (UCI)

É um leito hospitalar destinado a usuários em situação clínica de risco moderado, que requerem monitorização e cuidados intermediários entre a unidade de internação e a unidade de terapia intensiva, necessitando de monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada, podendo ser classificada como:

Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Adulto (UCI-A)

São leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade superior a 15 anos.

Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Pediátrico (UCI-PED)

São leitos destinados aos pacientes graves ou potencialmente graves, com idade entre 29 dias e menor que 15 anos.

Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN)

1) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal

Convencional (UCINCO) São leitos destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN.

2) Leito de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCA)

São leitos destinados ao acolhimento da mãe e o recém-nascido para prática do método Canguru, com repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas por dia, até a alta hospitalar.