

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Administração  
Curso de Especialização em Políticas Públicas**

**Antônio Nelson Pereira Meirelles de Almeida**

## **Análise da Oferta de Leitos de UTI no Brasil**

Porto Alegre

2006

**ANTÔNIO NELSON PEREIRA MEIRELLES DE ALMEIDA**

Monografia como requisito para obtenção do Título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Ana Cecília Bastos Stenzel**

**Porto Alegre  
2006**

**1-INTRODUÇÃO**

**2-REVISÃO TEÓRICA**

**3-OBJETIVOS**

**3.1-OBJETIVO GERAL**

**3.2-OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**4-PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

**5-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

**6-CONCLUSÃO**

**7-COMENTÁRIOS E SUGESTÕES**

**8-RESUMO**

**9-ANEXO**

## 1- INTRODUÇÃO -

Constantemente nos deparamos na mídia com notícias dando conta da falta de leitos de UTI e de superlotação dos existentes, tanto adulto quanto pediátrico. Um acidente de automóvel no interior de qualquer cidade do Brasil e a vítima necessita de internação imediata em uma Unidade de Tratamento Intensivo: será que ela vai conseguir ser internada imediatamente?

Ou, situações extremas em que o profissional médico têm que decidir quem vai ocupar o leito disponível. Essas situações são freqüentes em noticiários da mídia impressa e falada, nem sempre essa garantia de internação existe. Essa é a realidade de dezenas de pessoas que necessitam deste tipo de atendimento e não tem acesso ao mesmo.

Segundo declaração do gerente de Regulação de Serviços de Saúde da Central de Internação Hospitalar do município de Porto Alegre/RS, quando questionado sobre o assunto manifestou-se da seguinte forma: “não se pode desligar os aparelhos de um paciente para atender outro, nem sob decisão judicial – Se não tem leito, não tem”<sup>1</sup>.

Onde está a preocupação com pacientes que necessitam de cuidados especiais em situação de risco de vida que não são detectados através de programas preventivos? Pacientes oriundos de cirurgias, bebês prematuros; pacientes acidentados e outros, como por exemplo, o considerado envelhecimento da população brasileira.

Estabelece-se e discute-se modelos de saúde; participação social e outros quesitos, mas não se encontra na literatura ou outros meios, a necessidade ou quantificação para esses pacientes necessitados de Unidade de Tratamento Intensivo - UTI – adultos e crianças.

---

<sup>1</sup> Jornal Zero Hora. Leito na UTI após 32 h de espera. Agosto de 2006, Porto Alegre/RS

Segundo os “experts”, uma das questões mais trabalhadas por populações menos afeitas às discussões do setor saúde, por exemplo, é: se o número de leitos de determinado país, estado ou município é ou não suficiente. Defensores do modelo preventivo de assistência rebatem: “é suficiente para fazer o quê?” Portanto, entendemos que se existe a preocupação, existe a necessidade.

Conforme o momento que vive o usuário, a tecnologia de saúde de que este necessita pode estar em uma unidade básica de saúde ou em algum serviço produtor de procedimentos mais sofisticados (como um hospital especializado, ou a utilização de uma UTI, por exemplo). Por outro lado, enfatizando-se somente o aspecto preventivo, podemos realmente pensar que estamos estabelecendo uma política pública de saúde adequada? Entendemos que uma política do sistema de saúde com finalidade ética, expressa uma contribuição para a melhoria das condições de saúde e vida da população, baseada em três princípios fundamentais: universalidade, integralidade e equidade. Portanto, a preocupação assistência deve também fazer parte da preocupação do gestor atento.

O gestor municipal muitas vezes entende que sua responsabilidade acaba na atenção básica em saúde e que as ações e os serviços de maior complexidade são responsabilidades do Estado ou da União, uma prova disso é o grande número de Convênios para aquisição de ambulâncias que acabam servindo para transporte de pacientes para os grandes centros, a conhecida “ambulancioterapia”.

Desta forma, isto nos levou a tentar estabelecer um quadro evolutivo da oferta de leitos de UTI e compará-los em macro-regiões. Portanto, essa é a pergunta que se impõe: a oferta dos leitos de UTI atende a demanda dentro do Sistema Único de Saúde? Buscamos responder essa questão abrangendo o período de 1990 até 2005, considerando se a ampliação da oferta de leitos de UTI serviços e se esta está de acordo com o crescimento demográfico do Brasil?

A justificativa para a definição de nosso projeto estabeleceu-se praticamente desde o início do curso de Políticas Públicas; pois, no nosso entender esta questão, de alguma forma, foge aos debates acadêmicos e dos próprios gestores

que não entenderam ainda que este tema é parte de sua responsabilidade e que não deve ser transferido para os gestores dos grandes centros.

Com este estudo pretende-se obter subsídios para a determinação da suficiência de leitos de UTI no Brasil dentro do Sistema Único de Saúde. Nesta proposta pretendemos estabelecer se o crescimento da oferta de leitos de UTI está de acordo com o crescimento dos leitos gerais e da população brasileira e os parâmetros existentes refletem a realidade da situação brasileira, bem como se esta oferta está de acordo com os parâmetros exigidos.

## **2-REVISÃO TEÓRICA -**

Não há até o presente momento suficientes dados informativos sobre a questão da oferta de leitos de UTI no Brasil. Os locais consultados apresentam, como por exemplo, o site “SCIELO” um trabalho que remonta a 1975, de autoria de Juan Rocha Stuardo Yazlle, com dados de 1967 a 1971, e refere-se a internações gerais no município de Ribeirão Preto/SP. De qualquer forma utilizamos alguns conceitos gerais desta matéria que são pertinentes ao tema que pretendemos abordar.

Segundo o Manual do Ambiente Hospitalar (2005 – 1ª ed.), as Unidades de Terapia Intensiva – UTI, nasceram da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes que porventura possuam chances de sobreviver. A UTI tem suas origens nas salas de recuperação pós-anestésica (RPA), onde os pacientes submetidos à procedimentos anestésico-cirúrgicos tinham monitorizadas suas funções vitais (respiratória, circulatória e neurológica), sendo instituídas medidas suporte quando necessário até que cessassem os efeitos residuais dos agentes anestésicos. O médico que trabalha em UTI, também chamado Intensivista, em geral possui título de especialista em Medicina Intensiva. É uma área destinada à acomodação de pacientes críticos, em ambientes individuais ou coletivos, conforme grau de risco (semi-intensiva ou intensiva), faixa etária, patologia e requisitos de privacidade.

Ainda de acordo com esse Manual, as doenças são inúmeras, o que torna muito difícil a compreensão de todas elas, porém os mecanismos de morte são poucos e comuns a todas as doenças. É atuando nos ditos mecanismos de morte que o médico intensivista tira o paciente de um estado crítico de saúde, com o perigo eminente de morte, pondo o mesmo em uma condição que possibilita a continuação do tratamento da doença que o levou a tal estado (doença base). Nestas situações o paciente não pode esperar vaga de leito disponível, necessitando de cuidados imediatos.

A UTI Geral é uma unidade de tratamento Intensivo para vários tipos de pacientes: com doenças graves; politraumatizados; em pós-operatórios de cirurgias especiais ou procedimentos com potencial risco de vida nas próximas horas. Em outras palavras, é um lugar onde o paciente é cuidado todos os minutos, 24 h por dia. Um lugar onde vários equipamentos (máquinas) muitas vezes, são necessários para ajudar a manter a vida ou prevenir complicações mortais. É um local onde os esforços são feitos por uma equipe de pessoas especializadas e treinadas para que o paciente melhore. É um lugar onde se luta pela vida. O controle que devem ter os pacientes de UTI quanto a: exames laboratoriais; raios x; ecografias; tomografias; arteriografias; endoscopia digestiva e broncoscopia é rigoroso.

A Unidade de Terapia Intensiva deve existir obrigatoriamente em Estabelecimentos de Saúde com capacidade maior ou igual a 100 leitos, com o mínimo de 5 leitos, sendo que o isolamento deve possuir área mínima de 12 m<sup>2</sup> e área coletiva de 10 m<sup>2</sup> por leito.

De um universo total de 34.422 leitos de UTI, 20.618 estão cadastrados no sistema SUS, divididos da seguinte forma (Manual do Ambiente Hospitalar):

- UTI Adulto – 6.289
- UTI Infantil – 1.476
- UTI Neonatal – 2.315
- UTI Intermediária – 1.774
- UTI Intermediária Neonatal – 2.968
- Unidade de Isolamento – 3.323
- UTI de Queimados - 35

Segundo Llewelyn-Davies (apud Rocha, 1975), os fatores envolvidos na utilização de leitos hospitalares, salientamos aqueles que são importantes na utilização dos leitos de UTI: disponibilidade de leitos hospitalares; sistemas de pagamento dos serviços hospitalares; tipo de população e sua distribuição por idade e sexo; distribuição geográfica dos leitos; hábitos médicos e normas sociais; número de médicos intensivistas; investigação e ensino no hospital; hospitais particulares; tipos de moradia; morbidade; organização interna do hospital.



Juan Rocha, citando Navarro, discute alguns métodos para o planejamento da distribuição de serviços de saúde individuais, apontamos aqueles que se encaixam na avaliação da distribuição de leitos para UTI. São: o método baseado na mortalidade; o método baseado na morbidade; o método baseado na utilização, cujo fundamento são os recursos; o método baseado na demanda; o método baseado na distribuição dos serviços e o método centrado na população (Rocha, 1975).

Segundo dados do Manual do Ambiente Hospitalar de Virgínia Helena Soares de Souza e Nelson Mozachi e colaboradores e do "site" do DATASUS, os estabelecimentos com internação representam 11% dos estabelecimentos de saúde no Brasil e desses 11%, 7% possuem mais de 100 leitos, o restante pode possuir os denominados leitos de UTI mas sem a capacidade necessária para o suporte à vida. Deste total, o número de Estabelecimentos de Saúde com internação vinculados ao SUS, em todo o Brasil, são 5.861 unidades, entre hospitalares públicos, universitários e privados, que totalizam 441.472 leitos hospitalares, dos quais 11.889 são leitos de UTI. Observamos que dependendo da fonte de pesquisa os números acima variam mas não significativamente. Esta variação ocorre devido as alterações de cadastros que ocorrem de maneira muito dinâmica na rede, devido a novos cadastramentos e descadastramentos. A Portaria nº 1.101/2002, do Ministério da Saúde, estabelece os seguintes parâmetros para leitos hospitalares: 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 hab., sendo que 4% a 10% do total dos leitos hospitalares deverão ser destinados a UTI. A média brasileira de leitos de UTI está em torno de 2,64% dos leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul a 0,22% em Rondônia.

Estados e municípios ampliaram sua rede de atendimento, no entanto, poucas obras novas surgiram; sendo as maiores ações em reforma e ampliações de unidades já existentes e criação de unidades ambulatoriais.

O comportamento geral do número de leitos ofertados acompanha a tendência de queda apresentada nos estabelecimentos com internação. Segundo o site do DATASUS, o número de leitos gerais havia passado de 443.888 em 1976 para 544.357 em 1992, significando um aumento de 22,63% ou 1,88% ao ano e

declinaram para 471.171 em 2002, significando uma redução de 13,45% que equivale a uma queda de 1,12% ao ano. Essa perda, no entanto, é maior no setor privado. No setor público sofreu menos alterações, registrando um acréscimo de 11.239 leitos entre 1992 e 2002, sendo que entre 1999 e 2002, houve um acréscimo de 3.245 leitos.

Desde 1960, a taxa de crescimento da população brasileira vem experimentando paulatinos declínios, intensificando-se juntamente com as quedas mais pronunciadas de fecundidade, aliado ao envelhecimento da população brasileira. Em esperança de vida, o Brasil ocupa o 89º lugar entre 192 países ou áreas estudadas pela ONU. Em 2.000, eram 1,8 milhão de pessoas com idade de 80 anos ou mais.<sup>2</sup>

Estas são as razões que levam ao levantamento da presente questão das quais se pretende estabelecer uma conclusão que aponte o atual quadro da distribuição de leitos de UTI no Brasil e, se esse fator é uma preocupação gerencial.

### **3-OBJETIVOS –**

#### **3.1 - OBJETIVO GERAL :**

Descrever a oferta de leitos de UTI no Brasil, no período de jun/1992 à jun/2003 para estabelecer a suficiência de leitos de UTI na rede.

#### **3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Descrever a oferta de leitos de UTI, leitos gerais e crescimento demográfico, no período estudado.
2. Caracterização da evolução histórica da oferta de leitos de UTI.
3. Caracterização da diferença entre as macro-regiões.

---

<sup>2</sup> Jornal CORREIO DO POVO. Acelera-se envelhecimento da população brasileira. Setembro/2006. Porto Alegre/RS

#### **4-PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS:**

Tendo em vista o pouco material existente referente ao tema proposto adotamos a estratégia de Estudo Exploratório atendo-nos a coleta de dados que possam formalizar a idéia estabelecida nos objetivos propostos.

A coleta de dados foi realizada em Revisão Bibliográfica e Pesquisa de Dados em Fontes Secundárias: IBGE e DATASUS, com informações referentes ao crescimento demográfico, informações sobre oferta de leitos gerais e leitos de UTI.

Estabelecemos o período de junho de 1992 à junho de 2003, tendo em vista ser este o período disponível no “site” do DATASUS. Foram utilizados as referências do mês de junho de cada ano, por incluir o primeiro mês de 1992 os dados encerrarem-se, em junho de 2003.

Os dados foram consolidados em uma planilha de Excel, possibilitando em elaboração de gráficos estabelecendo séries temporais, evidenciando a evolução histórica da oferta de leitos de UTI, por macro-região, no Brasil.

Para analisar a suficiência da oferta de leitos de UTI, foi utilizado o parâmetro da Organização Mundial de Saúde – OMS<sup>3</sup>, que estabelece uma relação percentual entre leitos de UTI e leitos gerais, sendo considerado adequado uma oferta de leitos de UTI entre 7% a 10% dos leitos gerais.

3-texto LUIS ALEXANDRE – A Escassez de Leitos de UTI – maio/2005

## **5-ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Considerando os objetivos propostos em nosso trabalho, sobre a oferta de leitos de UTI no Brasil, no período de julho de 1992 à julho de 2003, estabelecemos uma análise detalhada, por macro-região, de modo a conhecer a característica de cada uma e estabelecer um comparativo entre elas:

A região Centro-Oeste apresentou uma variação no crescimento na oferta de leitos de UTI que oscilou entre um mínimo de -0,48%, em 1993, a um máximo de 5,01%, em 2003. Com relação a oferta de leitos gerais, houve uma variação entre -10,05%, em 2002, e 4,15%, em 1994. Na análise comparativa, dado os vários anos de crescimento negativo, verificou-se que o desempenho dos leitos gerais foi pior do que a oferta de leitos de UTI na região. Considerando-se o parâmetro da OMS, constata-se que o percentual de leitos de UTI em relação aos leitos gerais na região esteve entre o mínimo de 1,80%, em 1994, e o máximo de 2,55%, em 2003, portanto bem aquém do índice preconizado pela OMS, que está entre 7% e 10% e, mesmo abaixo do índice de 4%, considerado adequado pela OMS para a década de 80, conforme Alexandre (2006).

A região Nordeste apresentou uma variação na oferta de leitos de UTI, no período analisado, entre um mínimo de 0,32%, em 1998, a um máximo de 9,76%, em 2003. Com relação aos leitos gerais, esta região apresentou crescimento negativo na oferta de leitos gerais em duas oportunidades: -0,92% em 1998 e -9,91%, em 2002, sendo que o maior crescimento ocorreu no ano de 1993, com um acréscimo de 4,06% em relação ao ano anterior. Comparativamente, os leitos de UTI tiveram desempenho melhor que os leitos gerais, pois apesar de apresentarem um crescimento baixo, não apresentaram taxas negativas. Considerando-se o parâmetro da OMS, o índice da região é extremamente baixo, variando entre o mínimo de 1,12% em 1994 pra um máximo de 1,61% em 2003.

Na região Norte verificamos os melhores índices nacionais no crescimento da oferta de leitos de UTI do país, com crescimento positivo em todos os anos, variando entre 8,15%, em 1996, e 15,07%, em 1998. Entretanto, houve uma uma

queda em 2000, na ordem de -2,17%. Com relação a oferta de leitos gerais, a região apresentou uma grande variação, com taxas de crescimento negativo em 1997, 1998, 2000, 2001 e 2002 (variando de -92% a -6,94%), e taxas de crescimento positivo em 1993, 1994, 1995, 1996, 1999 e 2003 (variando entre 1,52% e 17,65%). Considerando-se o parâmetro da OMS, verificamos que a oferta de leitos de UTI em relação aos leitos gerais é a pior do país, variando entre o mínimo de 0,76% em 1994 e 1,49% em 2003. Isto ocorre porque a oferta de leitos de UTI na região ainda é muito baixa, embora tenha dobrado no período analisado (156 leitos de UTI em 1992 e 367 leitos em 2003).

A região Sudeste, na oferta de leitos de UTI, apresentou índices de crescimento que variaram entre -2,31% em 1996 e 13,21% em 2003. Em relação ao crescimento da oferta de leitos gerais, a região Sudeste possui os piores índices do país, somente superados pela região Sul. Com exceção dos anos de 1993 (2,66%) e 1995 (0,21%), as restantes taxas do período são todas negativas, sendo a mais significativa a de -12,04% em 2002. Nesta região passase um fenômeno semelhante ao constatado na região Norte, ou seja, enquanto os leitos gerais apresentavam uma taxa de crescimento negativa de -0,59%, os leitos de UTI tinham um crescimento positivo de 13,21%. Considerando-se o parâmetro da OMS, esta região apresenta um crescimento moderado constante, entre 2,03% em 1993 para 3,34% em 2003. Embora seja a região com melhor oferta de leitos de UTI no país, considerando o parâmetro da OMS, ainda está situada bem abaixo do estabelecido – entre 7% e 10% dos leitos gerais.

A região Sul apresenta vários períodos de crescimento negativo na oferta de leitos de UTI, sendo o mais significativo o de -5,86% em 1995 sendo o único crescimento positivo considerável 5,33% em 1993. Com relação aos leitos gerais, a situação é semelhante, apresentando vários períodos de crescimento negativo, sendo o mais significativo -5,09% em 1996 e uma taxa de crescimento positivo de apenas 1,60% em 1993. Com relação aos parâmetros definidos pela OMS, a região apresenta os índices nacionais semelhantes a região Sudeste que variam entre 2,16% em 1993 à 2,64% em 2003, mas este fato é facilmente explicável, quando cai a oferta de leitos gerais, conseqüentemente cai também a

oferta de leitos de UTI, portanto, a taxa permanece relativamente estável, em um patamar constante e até podendo elevar-se eventualmente, conforme aconteceu nesta região.

Procedendo-se a análise do crescimento demográfico estabelecido por região, apurou-se a seguinte situação:

A região Centro-Oeste é a região que apresenta o maior crescimento demográfico nacional, variando entre o mínimo de 1,71% em 2002 ao máximo de 3,79% em 2001, no entanto, não sendo um crescimento que possa se qualificado de considerável no período.

A região Nordeste teve um crescimento populacional que pode-se qualificar de baixo, oscilando entre 1,92% em 1993 e 1,04% em 2003, sendo que apenas em 2001 fugiu a esta faixa, atingindo 3,34%.

A região Norte apresenta um índice de crescimento populacional um pouco acima da média das regiões Sudeste e Sul e pouco abaixo da região Centro-Oeste, no entanto, com exceção de 2001, quando apresentou um percentual de 6,82%, o restante do período oscilou em níveis modestos, entre 1,16% em 1996 e o máximo de 2,80% em 1997.

A região Sudeste, com exceção do ano de 2001, onde apresentou um crescimento de 3,83%; aliás ano que apresentou de crescimento em todas as regiões, ficou na faixa entre 1,08% em 1996 e 1,59% em 1997, crescimento que pode ser qualificado de baixo.

A região Sul foi a que menos apresentou crescimento demográfico, com exceção do ano de 2001, que apresentou uma taxa de 2,89% - ano em que todas as regiões apresentaram um índice de crescimento muito acima do normal - a região esteve entre os percentuais de 1,02% em 1995 e 1,67% em 1996. Crescimento populacional que pode ser considerado bastante baixo.

Em números absolutos verificou-se uma tendência de aumento da oferta do número de leitos de UTI no Brasil, ao longo do período analisado, enquanto os leitos gerais declinavam. Isto aconteceu devido ao fato de que a região Sudeste, em determinado momento, aumentou seus leitos de UTI muito acima dos parâmetros estabelecidos pela OMS - entre 3,73% e 13,21% - enquanto seus

leitos gerais apresentavam oferta negativa. O mesmo fenômeno foi mais contundente na região Norte, onde a oferta de leitos de UTI variou entre 8,15% e 15,07% onde também decresceu negativamente a oferta de leitos gerais.

No entanto, quando analisamos as regiões, verificamos que este crescimento na oferta de leitos de UTI é enganoso. É enganoso porque se tomarmos exclusivamente a oferta de leitos de UTI, em números absolutos, verificamos um crescimento gradual nas regiões, mas isto, conforme demonstrado ao longo deste trabalho, não se concretizou na melhora ao atingimento do parâmetro estabelecido pela OMS, pelo contrário está muito longe do mesmo – mínimo de 0,76% na região Norte em 1994 e o máximo de 3,34% na região Sudeste em 2003; e o gestor que tomasse como base somente os dados absolutos cometeria um equívoco de avaliação, conforme demonstrado acima.

Entendemos que os fatores condicionantes das variáveis apontadas neste trabalho (leitos de UTI, leitos gerais e população) não estejam vinculadas ao contexto regional tendo em vista que as regiões pesquisadas apresentam características gerais semelhantes distoando apenas, no quantitativo apresentado por cada uma delas; e sim, a um contexto nacional, Estes fatores seriam: a ausência do assunto nos fóruns de discussões nacionais; demanda financeira, como por exemplo, desativação de áreas de UTI para transformação em áreas de atendimento a convênios; falta de equipamentos; falta de pessoal treinado para a área; custo de manutenção; remuneração dos procedimentos e outros.

## **6-CONCLUSÃO**

Desta análise verificamos que a idéia que estabelecemos no início deste trabalho não se confirmou, ou seja, a influência do crescimento populacional no planejamento da oferta de leitos de UTI não apresenta nenhuma relação de causa e efeito; pois conforme se constatou, de um modo geral o crescimento populacional foi bastante baixo, considerando-se o tamanho do país, apresentando no período analisado – mínimo de 1,02% na região Sul, em 1995 e o máximo de 3,79% na região Centro-Oeste em 2001. .

Portanto, conforme se verificou, a oferta de leitos de UTI não está vinculada a nenhuma política permanente de saúde. O que se constata principalmente nas regiões mais ao norte é uma tentativa de pelo menos ofertar um percentual mínimo de leitos de UTI (as regiões Norte e Nordeste estão abaixo de 2% considerando-se o parâmetro da OMS que estabelece uma variação entre 7 % e 10% dos leitos gerais como ideal).

No comparativo entre as regiões constatamos que praticamente todas elas apresentam a mesma característica – umas mais outras menos, ou seja, todas elas se caracterizam justamente por não traduzir uma política pública regionalizada de acordo com suas características. Como exemplo, podemos citar a região Sul, onde os índices são os melhores entre as regiões pesquisadas mas mesmo assim, muito longe dos índices preconizados pela OMS. Esta região apresenta uma melhor taxa porque quando reduz a oferta de leitos gerais também reduz a oferta de leitos de UTI, o que faz o índice se manter praticamente nos mesmos patamares. A tendência da região Sudeste é muito semelhante a situação apresentada pela região Sul. Por outro lado a região Norte que apresenta as maiores taxas de oferta de leitos de UTI no país, não traduz esta oferta em parâmetros favoráveis pois a oferta de leitos gerais é muito maior que a oferta de leitos de UTI fazendo com que a região tenha que tentar diminuir esta diferença para que chegue a, pelo menos, um parâmetro mínimo de oferta de leitos de UTI já que está longe do patamar preconizado pela OMS.

Apesar de haver uma tentativa governamental de estabelecer uma normatização para o setor através do projeto exposto à Consulta Pública nº 03, de 07/07/2005, que no seu art. 1º estabelece a Instituição da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico, além de determinar no seu art 2º que as Secretarias de Estado da Saúde deverão estabelecer um planejamento regional hierarquizado para a formação de uma rede estadual e/ou regional de atenção em Terapia Intensiva dentro do SUS; estabelecer sua pactuação em Plano Estadual de Atenção ao Paciente Crítico em conformidade ao Plano Diretor de Regionalização (PDR); considerando ainda, que as equipes multiprofissionais devam participar de atividades definidas pelos Pólos de Educação Permanente em Saúde, isto não



apresentou resultados práticos até o momento, primeiro por estar em discussão e segundo que as determinações tem de ser discutidas entre os envolvidos e não serem impostas de cima para baixo. A realidade é que a oferta de leitos de UTI no Brasil está totalmente fora da exigência definida pelos padrões internacionais de atenção ao paciente crítico.

Portanto, concluímos que essa deficiência só possa estar vinculada a fatores não abordados neste trabalho, entre eles, o fator remuneração dos serviços recurso financeiro, e não vinculado exclusivamente somente a demanda existente. Ou seja, as instituições se dispõem a oferecer leitos nesta área quando a remuneração for atrativa ou quando recebem repasse exclusivamente para a construção ou ampliação de suas Unidades de Terapia Intensiva mas mesmo isto não será garantia de oferta pois se a remuneração não for adequada os leitos são suprimidos.

Por outro lado, dentro do observado no desenvolvimento deste trabalho, cabe-nos apontar que os princípios da integralidade, universalidade e equidade assistencial e os ditames da regionalização, hierarquia, referência e contra-referência e disponibilidade assistencial não estão sendo seguidos e, dentro deste quadro mudanças urgem, mudanças que preservem a qualidade do que já temos porém com o objetivo de ampliar a oferta e garantir o acesso aos que não alcançam a terapia intensiva.

Em nosso entendimento este é o grande desafio a ser assumido pelo gestor do SUS.

## **7-COMENTÁRIOS E SUGESTÃO**

O gestor atento deve estar preocupado, e isto vale principalmente para os grandes centros populacionais, onde os riscos à vida são maiores, com a administração do total de leitos em sua área de abrangência, mais agudamente, aos leitos de UTI.

Deve desenvolver esta ação através de uma Central de Regulação atuante e informatizada, de tal forma que não necessite desperdiçar recursos escassos com a compra de leitos de UTI, quando excederem a sua capacidade. Isto vale

para todo o território nacional e no decorrer de nosso trabalho procuramos estabelecer um quadro comparativo entre as cinco macro-regiões do país de modo a se ter uma idéia de possíveis distorções na oferta de leitos de UTI.

Diante do exposto em nossa conclusão sugerimos um estudo que abranja a relação da oferta de leitos de UTI vinculada à remuneração e financiamento dos mesmos. Sugerimos, também, uma mudança que preserve a qualidade do que já se têm porém com objetivo de ampliar a oferta e garantir acesso aos que não alcançam a terapia intensiva. Essa mudança passa pelo estabelecimento de novos conceitos, de comprometimento, postura, responsabilidade e comunicação entre os atores envolvidos na questão da oferta de leitos de UTI.

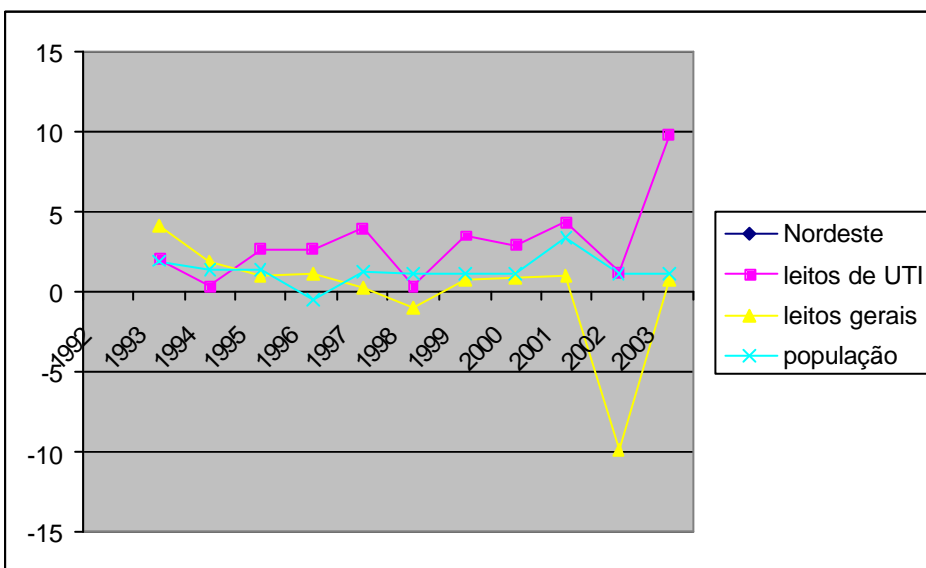
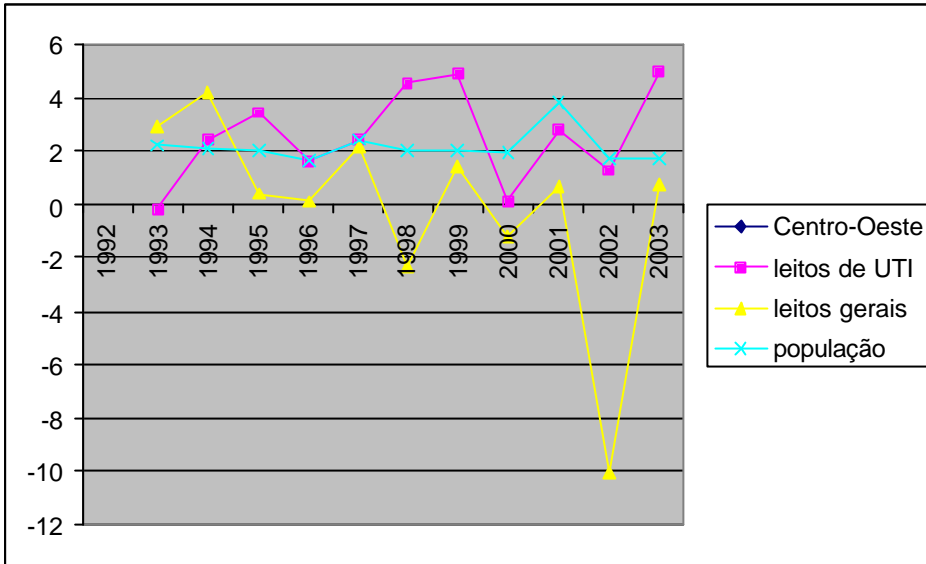
Mesmo a implantação e implementação da Comissão Hospitalar de Organização e Qualificação da Atenção ao Paciente Crítico (COHPAC) prevista na Consulta Pública nº 03, do Ministério da Saúde como obrigatória junto a Estabelecimentos de Saúde detentores de Unidades Assistenciais em Terapia Intensiva como forma de estabelecer um elo de ligação da estrutura hospitalar com as estruturas de controle, regulação e avaliação implementadas pelos gestores do SUS, não funcionará se os atores envolvidos não unificarem sua linguagem.

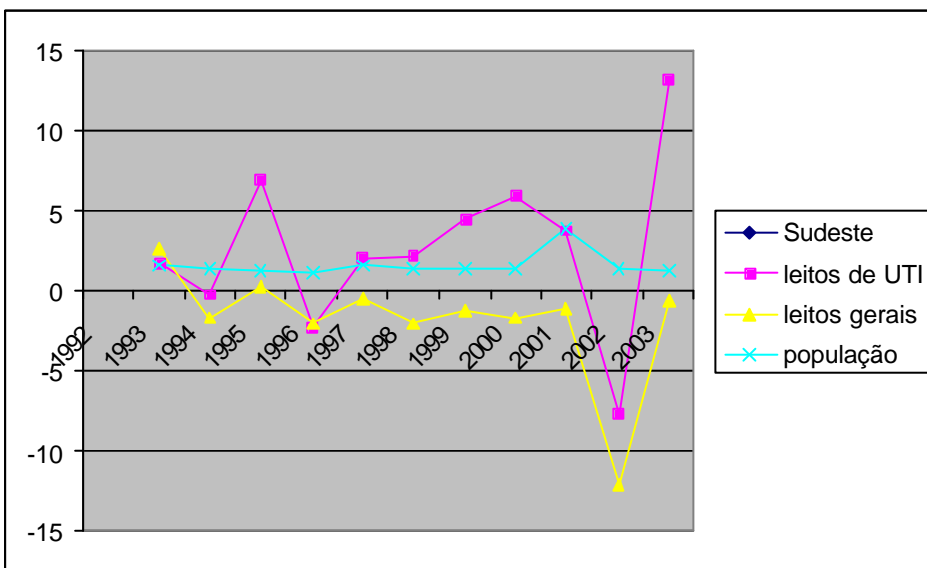
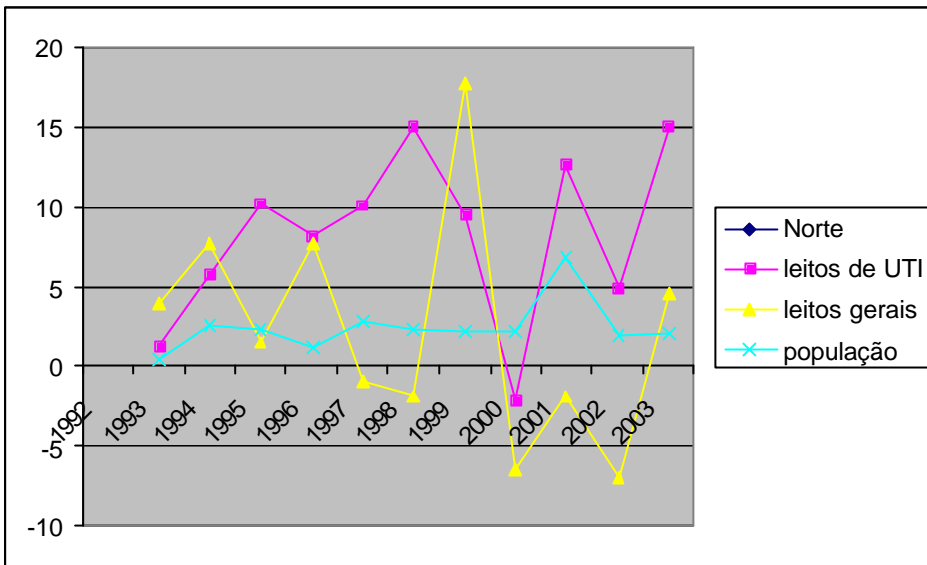
## **8-RESUMO –**

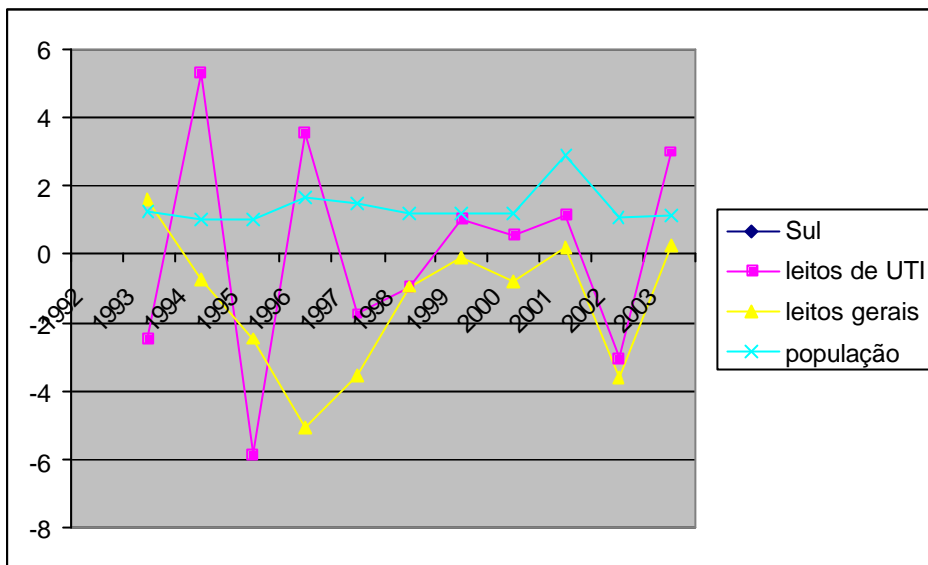
- **Muito se fala em saúde: prevenção, programas e outras ações. Perguntamos? Onde está a preocupação com o paciente que necessita de cuidados especiais em situação de risco de vida que não são detectados através de programas preventivos?**
- **Estabelece-se e discute-se modelos de saúde, participação social e outras idéias mas não se encontra na literatura a necessidade ou quantificação para esses pacientes necessitados de UTI – adultos e crianças.**
- **Segundo os “experts”, uma das questões mais trabalhadas por populações afeitas às discussões do setor saúde é: “se o número de leitos de determinado país, estado ou município é ou não suficiente”.**

- **diante da insuficiência de dados informativos sobre o tema específico deste trabalho, procuramos nos referenciar a três fontes fundamentais:**
- **Trabalho de 1975, de autoria de Juan Rocha Stuardo Yazlle referente a internações gerais no município de Ribeirão Preto dos quais fizemos utilização de alguns conceitos pertinentes ao tema.**
- **O Manual do Ambiente Hospitalar (2005), de onde referenciamos o histórico das UTIs, sua função, características fundamentais, onde deve existir, controle de pacientes.**
- **Do IBGE retiramos dados referentes à população: número de habitantes, taxa de crescimento populacional**
- **Do DATASUS referenciamos situação geral do número de leitos no país, média de leitos cadastrados.**
- **Concluimos que a oferta de leitos de UTI no Brasil está totalmente fora da exigência definida pelos padrões internacionais de atenção ao paciente crítico.**
- **Não há nenhuma política permanente de saúde que abranja esta área específica.**
- **Que os princípios da integralidade, universalidade e equidade assistencial, os ditames da regionalização, hierarquização referência e contra-referência e disponibilidade assistencial não estão sendo observados dentro do sistema SUS.**

9-ANEXO -







## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CONSULTA PÚBLICA nº 03, de 07-07-2005. Site do Ministério da Saúde - Brasil  
 DATASUS – Departamento de Informática do Ministério da Saúde – Informações em Saúde – out 2006 - Brasil.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasil

MANUAL DO AMBIENTE HOSPITALAR – Virgínia Helena Soares de Souza e Nelson Mozachi - 1ª ed. - 2005.

MS/SAS/DECAS/CGCAH. Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). Revista de Saúde Pública, dez 1975, v 9, n 4 0 477 – ISSN 0034-8910.

SILVA, João Paulo Vicente da; TAVARES, Cláudia Mara de Melo. Integralidade: Dispositivo para à Formação Crítica de Profissionais de Saúde. Mimeo.

[www.saudebusinessweb.com.br/sbw\\_artigo.vsl/pub?id=92002](http://www.saudebusinessweb.com.br/sbw_artigo.vsl/pub?id=92002). Luis Alexandre. A escassez de leitos de UTI. Acesso em 06/10/2006.