

**Nota Técnica 002/2015 - UTI. Urgência e Emergência. Cálculo de Leitos Hospitalares.**

**EMENTA: UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI). CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI). URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. CALCULO DE LEITOS HOSPITALARES. CALCULO DE LEITOS UTI. PORTARIA GM/MS nº 3.432/1998. RDC nº 07/2010. CREDENCIAMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE LEITOS UTI. DISTRIBUIÇÃO UTI'S EM MINAS GERAIS. DÉFICIT/SUPERAVIT DE LEITOS UTI. INFORMAÇÕES ÀS PROMOTORIAS DE JUSTIÇA DE DEFESA DA SAÚDE SOBRE UTI.**

## **I - OBJETIVO**

A presente nota técnica tem por objetivo oferecer subsídios técnicos e jurídicos na atuação dos promotores de Justiça de Minas Gerais, com atuação na área de saúde, de modo a evidenciar ferramentas disponíveis para a melhoria do serviço de unidade de terapia intensiva (UTI).

## **II - OBJETO**

O conceito Terapia Intensiva ou Intensive Care foi estabelecido na Guerra da Criméia no ano de 1884, através da enfermeira Florence Nightingale que separou homens de mulheres, adultos de crianças, graves de não graves.

A criação da primeira UTI (ICU - Intensive Care Unit) ocorreu nos EUA em Boston através do médico neurocirurgião Walter Dandy no ano de 1927.

No Brasil elas só começaram a ser implantadas na década de 70, primeiramente no Hospital Sírio Libanês em São Paulo com apenas dez leitos em 1971.

As Unidades de Tratamento Intensivo – UTI's nasceram da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes que possuíam chances de sobreviver.

A terapia intensiva pode ser considerada uma especialidade jovem, cujo processo de implantação e implementação, em nível nacional, foi lento e consubstanciado de forma mais consistente, pelas práticas americanas na área de atenção à saúde.

A criação da unidade de terapia intensiva representou um grande marco na história da medicina, uma vez que possibilitou o atendimento adequado dos pacientes, garantindo-lhes melhores condições de recuperação e reduzindo os óbitos em até 70%. Hoje todas especialidades utilizam-se das unidades intensivas, principalmente para controle de pós-operatório de risco.

O objetivo básico das UTI's é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam, oferecendo cuidados ao paciente em condições graves ou de risco, porém potencialmente recuperáveis.

Os profissionais que atuam nestas unidades complexas são designados intensivistas. A equipe de atendimento é multiprofissional e interdisciplinar, constituída por diversas profissões: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. Essas unidades requerem espaço físico diferenciado e equipamentos de alta tecnologia, sendo crescente o número de pacientes críticos admitidos nessas unidades.

A terapia intensiva no âmbito do SUS vem sendo construída de forma a responder as dificuldades históricas: superlotação dos prontos-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, falta de alternativa de internação hospitalar para pacientes semicríticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados e, ainda, processo assistencial (padronização, acompanhamento e avaliação das ações) sem a devida incorporação à prática cotidiana nessas unidades.

A política de acesso às Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) é um assunto de extrema relevância e prioridade coletiva. Conforme sabemos, não são poucas as demandas versando sobre esse tema que aportam rotineiramente nas promotorias de Justiça, assim como neste Centro de Apoio Operacional (CAOSAÚDE).

### III - FUNDAMENTAÇÃO

O Centro de Terapia Intensiva (CTI) define-se como agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

As Unidades de Tratamento Intensivo, de um modo geral, são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros.

A partir da necessidade de se estabelecer critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo, de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização dos recursos humanos e área física, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, que, no caso, estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo. Estas unidades podem atender grupos específicos, a saber:

- **UTI Neonatal** => Atendem pacientes de 0 a 28 dias.
- **UTI Pediátrico** => Atendem pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas.
- **UTI Adulto** => Atendem pacientes maiores de 14 ou 18 anos de acordo com as rotinas hospitalares internas.
- **UTI Especializada** => Voltada para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupo específico de doenças.

Referido normativo baseia-se em critérios de complexidade de atendimento e estabelece a classificação das Unidades de Terapia Intensiva em tipo I, II e III de acordo com a incorporação de tecnologia, especialização dos recursos humanos e área física disponível, a saber:

- **UTI Tipo I** => São as “UTI’s” que estão em processo de adequação à legislação vigente, no entanto continuam em funcionamento, porém estuda-se a possibilidade dos respectivos leitos se tornarem leitos semi-intensivos.
- **UTI Tipo II** => São as Unidades de tratamento Intensivo, credenciadas em portaria ministerial, onde constam os critérios minimamente aceitáveis para atendimento a pacientes graves.
- **UTI Tipo III** => Devem atender aos mesmos critérios das UTI’s tipo II, uma vez que são critérios mínimos, no entanto são qualificadas, incluindo alguns recursos tecnológicos e humanos, como por exemplo, a ampliação do número de exames no hospital e maior número de equipamentos por paciente ou grupo de paciente; e enfermeiro exclusivo (um para cada cinco leitos), e fisioterapeuta exclusivo.

Essa norma administrativa (supracitada) estabelece ainda que todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos para tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais. Assim como todo

hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal.

Assim, destacamos a Resolução RDC – 07, de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Referida resolução estabelece que o Responsável Técnico (RT) deve ter título de especialista em Medicina Intensiva para responder por UTI Adulto; habilitação em Medicina Intensiva Pediátrica, para responder por UTI Pediátrica; título de especialista em Pediatria com área de atuação em Neonatologia, para responder por UTI Neonatal.

Deverá ser designada equipe multiprofissional mínima, legalmente habilitada (médico diarista e plantonista, enfermeiro, fisioterapeuta, técnico de enfermagem, auxiliar administrativo e funcionários exclusivos para limpeza), a qual deve ser dimensionada, quantitativamente e qualitativamente, apresentando 01 (um) profissional médico, no mínimo, para cada dez leitos.

Quanto a área física, as UTI's devem atender ainda às exigências da ANVISA, estabelecidas na RDC nº 50/2002, alteradas pelas RDC nº. 307/2002 e RDC nº 189/2003, que substituiu a Portaria GM/MS nº 1884/1994, revogada pela Portaria GM/MS n. 554/2002.

As unidades de tratamento intensivo são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros. O credenciamento dos leitos de terapia intensiva é realizado pelo Ministério da Saúde (MS), seguindo o explicitado na Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 e Resolução RDC – 07, de 24 de fevereiro de 2010.

Destarte, destacamos a Portaria GM/MS nº 598, de 23 de março de 2006, que define que os processos administrativos relativos à gestão do SUS sejam definidos e pactuados no âmbito das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), descentralizou os processos administrativos relativos à gestão do SUS para definição e pactuação no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB), incluindo a análise e aprovação do credenciamento dos leitos de UTI. Ou seja, todos os processos de credenciamento de leitos de UTI passam pela CIB Microrregional, pela CIB Macrorregional e pela CIB Estadual antes de ser encaminhados para o Ministério da Saúde para publicação do credenciamento em portaria ministerial.

Através da Resolução SES nº 2.251, de 17 de março de 2010 são estabelecidos os requisitos a serem adotados pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais para autorização e aprovação dos Serviços de Alta Complexidade nos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), sendo que os leitos de terapia intensiva a serem credenciados também seguem esse processo de credenciamento.

Para o credenciamento desses leitos, é utilizado, também, o Manual para a Contratação de Serviços Assistenciais sob Gestão do Estado de Minas Gerais, gerado a partir da Resolução SES no 1349, de 06 de dezembro de 2007, a qual também instituiu o Núcleo Estadual de Contratos Assistenciais.

O Brasil apresenta poucos leitos de terapia intensiva disponíveis para atender toda a demanda de pacientes (ROCCO; SOARES; GAGO, 2006). Esses leitos de terapia intensiva são considerados “leitos raros”, pois para a instalação de uma UTI são necessários, principalmente, pessoal capacitado e tecnologia de ponta, com equipamentos e materiais imprescindíveis para assistência, recuperação e manutenção da vida dos pacientes.

Estudos apontam que na área de terapia intensiva, não há equidade na distribuição dos leitos, com desigualdades nacionais e regionais, sendo o acesso limitado e a qualidade dos serviços prestados é extremamente contrastante, variando de unidades altamente sofisticadas a outras sem a estrutura mínima necessária (BARBOSA, 2004).

Para que não haja falta de assistência dos pacientes que se encontram em estado crítico, é imprescindível determinar o quantitativo de leitos de UTI necessários atender aos pacientes que dependem do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para o cálculo da necessidade de leitos de UTI, destinados a pacientes adultos, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria GM/MS nº 1.101, de 12 de junho de 2002, que estabelece a necessidade de 2,5 a 3 leitos hospitalares por 1.000 habitantes, assim como define o número de leitos de UTI necessário em um hospital, ou seja, de 4% a 10% do total de leitos hospitalares (média para municípios grandes e regiões).

Para o cálculo da necessidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), os parâmetros estão estabelecidos na Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012, que estabelece 2 leitos de UTI para 1000 nascidos vivos.

O cálculo da necessidade de leitos de UTI destinados a pacientes do SUS em Minas Gerais é realizado pela Coordenação Estadual de Terapia Intensiva (CETI), da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Para os leitos de UTI adulto, os dados populacionais são obtidos através do DATASUS, utilizando como fonte a estimativa populacional utilizada pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Para o cálculo de UTI neonatal, é utilizado como fonte de dados o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

Além desse cálculo da necessidade de leitos de UTI ser importante para identificação do vazio assistencial no Estado, ele também se torna indispensável para que não ocorra perda da verba investida nos leitos, pois o recurso de financiamento desses leitos é exclusivo para o mesmo, não sendo permitida a utilização para outra finalidade de internação.

Os leitos de UTI adulto no estado de Minas Gerais estão classificados por Macrorregião de Saúde e utiliza a base do cálculo de necessidade de leitos definidos pela Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002.

Os leitos de UTI Neonatal no estado de Minas Gerais estão classificados por Macrorregião de Saúde e utiliza-se a base do cálculo de necessidade de leitos definidos pela Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012 que, no caso, estabelece 2 leitos de UTI Neonatal para 1000 nascidos vivos.

Atualmente o estado de Minas Gerais possui 2.449 leitos de UTI habilitados por Portaria do Ministério assim distribuídos, sendo: 1737 leitos de UTI adulto, 183 leitos de UTI pediátrico e 529 leitos de UTI neonatal, conforme tabelas abaixo:

Macrorregião	População 2013	Necessidade de Leitos UTI Adulto Macrorregião	Leitos de UTI Adulto Disponíveis SUS 2014	Déficit/Superávit
CENTRO	6.429.520	625	652	27
JEQUITINHONHA	387.025	34	20	-14
OESTE	1.261.214	111	81	-30
LESTE DO SUL	692.406	62	55	-7
CENTRO SUL	757.755	66	53	-13
NORDESTE	838.903	74	18	-56
LESTE	1.515.889	141	68	-73
SUDESTE	1.641.619	146	236	90
NORTE DE MINAS	1.651.601	153	105	-48
TRIÂNGULO DO SUL	744.497	71	52	-19
NOROESTE	686.334	62	43	-19
TRIÂNGULO DO NORTE	1.248.863	120	114	-6
SUL	2.737.740	240	240	0
<b>TOTAL</b>	<b>20.593.366</b>	<b>1905</b>	<b>1737</b>	<b>-168</b>

Fonte: Coordenação Estadual de Terapia Intensiva SES MG – Setembro 2014

<b>Macrorregião</b>	<b>Nasc. Vivos / Macrorregião 2013</b>	<b>Necessidade de Leitos UTI Neonatal Macrorregião</b>	<b>Leitos de UTI Neonatal Disponíveis SUS 2014</b>	<b>Déficit/ Superávit UTI</b>
CENTRO	85.068	170	197	27
JEQUITINHONHA	4.537	9	8	-1
OESTE	14.677	30	6	-24
LESTE DO SUL	8.724	17	8	-9
CENTRO SUL	8.363	17	15	-2
NORDESTE	10.509	21	8	-13
LESTE	19.489	40	31	-9
SUDESTE	19.549	38	57	19
NORTE DE MINAS	22.159	44	28	-16
TRIÂNGULO DO SUL	9.460	19	16	-3
NOROESTE	8.501	17	33	16
TRIÂNGULO DO NORTE	15.910	32	33	1
SUL	32.407	64	89	25
<b>TOTAL</b>	<b>259.353</b>	<b>518</b>	<b>529</b>	<b>11</b>

Fonte: Coordenação Estadual de Terapia Intensiva SES MG – Setembro 2014

A Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais desenvolve ações de incentivo ao credenciamento de novos leitos, desde que observada a necessidade local. Como exemplo de uma dessas ações, pode-se citar o Edital de Expansão das UTI's Nº 19/2011. Esse edital tornou pública a seleção para financiamento de projetos de equipagem, construção, reforma e/ou ampliação das UTI's Neonatal e Pediátrica do Estado de Minas Gerais.

Semelhantemente, para os leitos de UTI adulto, a SES-MG apoia a celebração de convênios, em regime de mútua cooperação, visando à ampliação dos leitos de UTI em todo Estado. Porém, deve-se ressaltar que o credenciamento dos leitos de UTI ocorre mediante solicitação do provedor e Gestor Municipal.

As Unidades de Terapia Intensiva fazem parte do setor da alta complexidade em saúde, na qual seus serviços são caracterizados por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é proporcionar a população o acesso a serviços de alta densidade tecnológica e alto custo, com necessidade de pessoal especializado, integrando-se aos demais níveis de atenção à saúde.

As informações administrativas de saúde podem ser acessadas no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Esse sistema é um sistema de base de dados público, com abrangência nacional, e que tem como fonte de dados as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). Essas autorizações estão relacionadas aos pagamentos de internações realizadas em hospitais públicos e privadas conveniadas ao SUS. Uma vez que o custeio dos leitos de UTI é exclusivo para os mesmos, a cobrança das diárias de UTI é realizada por meio do preenchimento da AIH.

Destarte, a Portaria MS/GM nº. 3.126 de 26/12/2008 concedeu reajuste nos valores das diárias de Unidade de Terapia Intensiva - UTI e diária de Unidade de Cuidados Intermediários – UCI.

Os valores de diárias de UTI que compõem o valor da internação hospitalar podem extrapolar o limite financeiro da alta complexidade, dependendo do procedimento principal da Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Nos casos de extrapolações do teto financeiro das internações da média e alta complexidade, decorrentes do atendimento à população referenciada, os municípios executores e os prestadores podem recorrer a Câmara de Compensação da Secretaria Estadual de Saúde para efetivo ressarcimento.

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 404, de 06 de dezembro de 2007, constituiu a Câmara de Compensação para a Média e Alta Complexidade, que apresenta, dentre suas prerrogativas, garantir o ressarcimento dos extrapolamentos das metas financeiras pactuadas na Programação Pactuada Integrada (PPI/MG) Assistencial das internações de Alta Complexidade.

A Câmara de Compensação é um instrumento que fortalece do processo de regulação do acesso aos serviços de saúde, uma vez que todas as internações devem obrigatoriamente ser reguladas pelo sistema SUSFácilMG, além de consolidar as parcerias firmadas entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Municípios e Hospitais conveniados ao SUS/MG.

#### **IV - CONCLUSÃO**

Os leitos de terapia intensiva são de grande importância para o atendimento dos pacientes na atenção terciária em saúde. A oferta desses leitos no estado de Minas Gerais e no Brasil não atende à demanda, portanto faz-se necessário o aumento da oferta desses leitos com qualidade, uma vez que o paciente a ser assistido precisa de cuidados imediatos e não pode esperar por uma vaga de leito disponível.

Frente à crescente demanda por leitos de terapia intensiva para promoção do cuidado ao paciente crítico, atividades como o planejamento estratégico, capacitação profissional e o credenciamento dos leitos de UTI devem ser priorizados, logo, devendo o Sistema de Saúde envidar esforços para que os municípios mineiros cumpram seus compromissos sanitários afetos a essa importante temática, conforme previsão legal.

Sugere-se a discussão da temática em cada uma das Regiões de Saúde, assim definidas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, na instância colegiada da CIR – Comissão Intergestores Regional, de modo a identificar as necessidades coletivas de saúde (epidemiologia), na lógica de planejamento regional ascendente, de caráter obrigatório, para os fins de criação desses equipamentos de saúde (leitos UTI).

Dessa forma, o somatório dessas 77 (setenta e sete) Regiões de Saúde (microrregiões) fomentará o planejamento estadual, também de caráter obrigatório, visando a instituição de um Plano de Ação para expansão e melhoramentos da atenção hospitalar, de forma programática, em especial na criação desses leitos de UTI.

Nos termos do artigo 5º do referido Decreto, cada uma dessas Regiões de Saúde deverá contar, no mínimo, dentre outras, com atenção ambulatorial especializada e hospitalar, razão pela qual poderá o membro do Ministério Público expedir Recomendação Administrativa para a Superintendência/Gerência Regional de Saúde para os fins de inclusão da temática na pauta de discussão do colegiado da CIR (microrregional).

É a presente Nota Técnica.

Belo Horizonte, 05 de maio de 2015.

**ERIKA MARIA BARBOSA**  
**Analista Saúde Pública**  
**CAOSAÚDE**

**GILMAR DE ASSIS**  
**Promotor de Justiça**  
**Coordenador do CAOSAÚDE**