

A Insuficiência de leitos de Terapia Intensiva Neonatal na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal – RIDE DF

The failure of beds in the Neonatal Intensive Care in development region of the Federal District – RIDE DF

Silvana Alves Pereira ¹, Michele Belchior Dias ², Cristiane Aparecida Moran ³

Resumo

Objetivo: A proposta desse estudo é analisar a oferta de leitos de Terapia Intensiva Neonatal, cadastrados no Sistema Único de Saúde na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE DF).

Métodos: Foi utilizado o banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, considerada a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde. O quantitativo de leitos usado para o cálculo no estudo foi o resultado da soma dos leitos considerados como Terapia Intensiva Neonatal cadastrados no sistema. Para avaliar a distribuição de leitos por região foram utilizados os parâmetros propostos em portaria do Ministério da Saúde que considera dois leitos de Terapia Intensiva Neonatal para cada 1000 nascidos vivos.

Resultados: O total de leitos esperados para os 23 municípios cadastrados na RIDE são 121 leitos de Terapia Intensiva Neonatal, sendo 86 para o Distrito Federal e 35 para o Entorno e foram encontrados 105 leitos cadastrados no banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do RIDE DF, todos eles dentro do Distrito Federal. Não foram encontrados leitos cadastrados na região do Entorno.

Conclusões: Embora a regionalização requeira um planejamento adequado para a aplicação de recursos disponíveis, verificamos que as cidades do Entorno, cadastradas na RIDE, foram desprovidas de leitos de Terapia Intensiva Neonatal. Todos os leitos cadastrados no sistema estão lotados no Distrito Federal, mostrando que, apesar da criação de diversas unidades de Terapia Intensiva no nosso país nos últimos 20 anos, ainda há desigualdade na distribuição geográfica dos leitos intensivos.

Palavras chave: leitos, ocupação de leitos, terapia intensiva, sistema único de saúde.

Abstract

133

1. Professor, Doutor do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – FACISA/UFRN, Brasil.
2. Especialista, Centro de Formação Integrada - CEAFI, GO
3. Professor, Doutor do Curso de Fisioterapia da Universidade Nove de Julho, SP.
E-mail do primeiro autor: apsilvana@gmail.com
Recebido em 13/10/2013 Aceito, após revisão, em 30/11/2013

Objective: The purpose of this study was to analyze the Neonatal Intensive Care's available beds registered in the Unified Health System in the Development Integrated Region of the Federal District and Surroundings (RIDE).

Methods: We used the database of the National Register of Health Facilities, considered the basis for operationalizing Information Systems in Health. The quantity of beds used for the calculation in the study was the result of the sum of Neonatal Intensive Care beds registered in the system. To evaluate the distribution of beds by region the parameters used were proposed in Ordinance of the Ministry of Health that considers two Neonatal Intensive Care's bed for 1000 live births.

Results: The total number of beds expected for the 23 countries into RIDE is 121, 86 for the Federal District and 35 to the Surroundings and we found 105 beds registered in the database of the National Register of Health Facilities, all of them into the Federal District. There were no beds registered in the surroundings region.

Conclusions: Although the regionalization requires planning for the application of available resources, we find that the cities of the surroundings, registered in RIDE, were deprived of Neonatal Intensive Care beds. The Federal District has absorbed all beds registered in the system, showing that, despite the creation of several intensive care units in our country in the last 20 years, there is still inequality in the geographical distribution of intensive beds.

Key Words: Beds, bed occupancy, intensive care, unified health system.

Introdução

A saúde populacional está relacionada com a qualidade do serviço oferecido como fator primordial na taxa de mortalidade infantil, principalmente no período neonatal.¹ No entanto, a realidade brasileira nos remete a um sistema de saúde precário, com falta de leitos hospitalares, inequidade na sua distribuição, acesso limitado e diferenciação dos serviços, variando de unidades altamente equipadas a outras sem a estrutura mínima necessária.²

A ausência de uma estrutura mínima, como a falta de cuidados pré-natais e um aumento das altas hospitalares precoces, que são mais frequentes nas regiões com fiscalização precária, aumenta o risco de internações em unidades de tratamento intensivo neonatal (UTIN).^{3,4} Estas UTIN são áreas hospitalares específicas para o atendimento do recém-nascido (RN) entre zero e 28 dias responsáveis pela assistência em condições de alto grau de complexidade.¹⁻⁴

Apesar do crescente desenvolvimento tecnológico e científico voltado ao tratamento intensivo do RN e dos estudos demonstrarem uma queda no índice de mortalidade infantil, como observado no Distrito Federal e nas cidades do Entorno em 2011,³ ainda há poucas evidências científicas sobre o número de leitos disponíveis para neonatos.

Diversos fatores comprometem a eficiência do sistema de saúde na oferta do número de leitos neonatais que atenda a quantidade relativa de nascidos vivos. Como exemplo, podemos fazer uma reflexão sobre a liberação do funcionamento de unidades antigas, porém sem estrutura adequada para os atendimentos aos usuários do sistema de saúde e ainda comprometendo a possibilidade da abertura de novos serviços.⁵

Mediante esta situação, o objetivo é analisar a oferta de leitos de Terapia Intensiva Neonatal, cadastrados no Sistema Único de Saúde (SUS), na Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) do Distrito Federal e Entono.

Métodos

Para quantificar os leitos de UTI neonatal contratados pelo SUS realizou-se um estudo descritivo com dados secundários obtidos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

Saúde (CNES) considerado a base para operacionalizar os Sistemas de Informações em Saúde.⁶ O quantitativo de leitos usado para o cálculo no estudo foi o resultado da soma dos leitos considerados como UTIN.⁷ Em virtude da utilização de dados secundários e não identificação de indivíduos o estudo foi dispensado da avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa.⁸

Os números de nascidos vivos foram colhidos pelo Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, em maio de 2012, sendo usado o ano de 2011, período mais recente disponível. Foi feita a coleta de dados, tanto do número de leitos existentes pelo SUS quanto dos nascimentos, de cada município pertencente à RIDE do Distrito Federal.

A RIDE DF foi criada em 1998 com o objetivo de promover a articulação da ação administrativa da União, dos estados de Goiás e de Minas Gerais e do Distrito Federal, assim como reduzir as desigualdades regionais causadas pela alta concentração urbana decorrente do fluxo migratório entre o Distrito Federal e os municípios vizinhos.⁹ É constituída por 23 municípios localizados nos dois estados e o DF e abrange uma população aproximada de 3,7 milhões de habitantes.^{9,10} A figura 1 apresenta a divisão dos municípios que fazem parte da RIDE-DF.



Figura 1: Mapa das regiões cadastradas na RIDE DF: Distrito Federal, e municípios de Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás e Vila Boa, no Estado de Goiás, e de Unai, Buritis e Cabeceira Grande, no Estado de Minas Gerais.

A necessidade de leitos intensivos neonatais foi calculada atendendo ao seguinte parâmetro estabelecido pela Portaria nº 930: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN.¹¹.

Os dados qualitativos sobre cada região e a diferença entre o número de leitos esperados em relação ao número de leito observados, considerando o número de leitos para cada nascido vivo, foram expressos em frequência absoluta e relativa.

Resultados

O Distrito Federal está localizado no centro do território e é considerada a área mais densa da RIDE DF, detentor de 69% da população e de acordo com a portaria nº930¹¹ deveria ter 86 leitos disponíveis para UTIN, considerando 43.124 nascidos vivos⁶ para o ano base 2011 e dois leitos para cada 1000 nascimentos.

Nesta mesma perspectiva, as cidades do estado de Goiás cadastradas no RIDE DF mantiveram, em 2011, uma taxa de 16.134 nascidos vivos, para tanto há uma necessidade de 32 leitos neonatais e os três municípios do estado de Minas Gerais com 1529 nascidos vivos precisam de apenas três leitos.⁶

O total de leitos esperados para os 23 municípios são 121 leitos e foram encontrados apenas 105 leitos de UTIN contratados pelo SUS e cadastrados no banco de dados do CNES do RIDE DF, todos eles dentro do DF. A tabela 1 apresenta as taxas de nascidos vivos de risco e o total de leitos esperados e disponíveis para os municípios cadastrados no RIDE DF. Para análise dos dados os municípios foram aglomerados por estados.

Não foram encontrados leitos de UTIN cadastrados no banco de dados CNES do RIDE DF para os municípios de Valparaíso de Goiás,

Cidade Ocidental, Novo Gama e Luziânia, municípios situados à uma média de 50 Km de distância do Distrito Federal e representados por 12,3% da população da RIDE-DF, outros municípios do entorno de Brasília também estão desprovidos de leitos de UTIN. (Tabela 1).

Discussão

Há um excesso de leitos neonatais no DF e uma desigualdade de distribuição entre as outras regiões da RIDE o que reforça a realidade de desigualdade do país. Esse dado corrobora os achados de Barbosa, 2002³ e Souza 2004.¹² Os autores demonstram que apesar da criação de diversas unidades de terapia intensiva no nosso país nos últimos 20 anos não há equidade na distribuição geográfica dos leitos intensivos em diversos Estados no Brasil.^{4,12}

O princípio de equidade estabelecido pelo SUS, em relação ao número de leitos nas unidades de terapia intensiva deve considerar a distribuição geográfica e o percentual populacional de acordo com o tipo de atendimento à saúde, pois além do número de leitos, a análise deve levar em consideração a população com acesso à medicina suplementar privada ou dependente exclusivamente da medicina pública oferecida pelo Sistema Único de Saúde.¹³

Pereira SA,Dias MB, Moran CA
A Insuficiência de leitos de Terapia Intensiva Neonatal

Tabela 1: Dados agregados de nascidos vivos de risco e total de leitos de UTIN dos municípios do RIDE DF. Os municípios foram agrupados pelos seus estados

Variáveis	Municípios de Goiás	Municípios do Distrito Federal	Municípios de Minas Gerais
Taxa de Nascidos Vivos	16.134	43.124	1.529
% de partos hospitalares	13.747	43.124	1.522
Taxa de Nascidos Vivos Prematuros (até 36 sem)	1656	4.750	134
Taxa de nascidos vivos com peso nascimento < 2500g	1224	4.215	119
Taxa de Nascidos Vivos com Apgar 1º minuto ≤ 5	393	1.395	27
Total de Leitos Esperados *	32	86	3
Total de Leitos Disponíveis**	0	105	0

*Fonte: Ministério da Saúde/Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos(SINASC)Ano de referência 2011

** Fonte: IBGE. Ano de referência 2012

A população da RIDE DF é de 3,7 milhões de habitantes, sendo 2,5 milhões de habitantes do DF e o restante, 1,2 milhões do Entorno.⁹ Segundo o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a proporção da população coberta por planos privados de saúde no DF é de 23,63%, enquanto nos municípios do Entorno esta cobertura é de 8,80% no Estado de Goiás e 14,03% em Minas Gerais. No entanto, este resultado reforça a necessidade de ofertas de leitos neonatal públicos uma vez que, habitantes de municípios

do entorno são carentes de planos privados de saúde.

Embora, Souza, 2004¹² tenha demonstrado que 46% das UTIs de São Paulo encontram-se na região metropolitana e 39,7% estão localizadas na região central do Estado, em nosso estudo demonstramos que 100% dos leitos disponíveis estão concentrados na região central da RIDE DF e municípios mais distantes estão desprovidos de leitos neonatais.

Acreditamos que o maior prejuízo da falta de leitos neonatais esteja relacionado às

comorbidades neonatais. Estudos demonstram que embora o número de óbitos neonatais tenha diminuído significativamente no Brasil, principalmente em decorrência de ações públicas específicas como a criação da Rede Cegonha, em 2011, os bebês prematuros sobreviventes enfrentam a possibilidade de uma vida com desabilidades significativas, incluindo paralisia cerebral, deficiências cognitivas, e disfunções visuais e auditivas¹⁴⁻¹⁶. Estes agravos incorrem em custos significativos tanto para as famílias quanto para a sociedade, devido à perda de potencial humano para o trabalho e cuidados de saúde de longo prazo.

Os serviços de saúde frequentemente estão localizados em áreas onde são menos necessários, acentuando as desigualdades existentes.⁵ Neste ponto, entra também a grande relevância da regionalização dos serviços de saúde, mais especificamente, da assistência perinatal, objetivando o acesso universal da população, principalmente de RNs de risco e leitos de tratamento intensivo⁵. Mostramos em nossos dados que a necessidade de leitos neonatais no entorno é alta quando considerado o número de nascidos vivos de risco nestas regiões.

Embora, nosso estudo tenha demonstrado à ausência de leitos neonatais em municípios do entorno da RIDE DF reconhecemos que a normalização para a infraestrutura mínima

necessária para uma nova UTIN é extensa, coexistindo normas idealizadas que inviabilizam a abertura de novos serviços sem estrutura adequada.¹⁷

Diversos programas e leis são criados com o passar dos anos, cada qual com sua própria promessa de diminuir os problemas existentes na atenção medicina suplementar privada a saúde do RN.¹⁸ Nesta perspectiva, o Programa de Rede Cegonha, implantado em 2011 espera promover acesso a um transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais.¹⁹

Fazendo uma análise comparativa entre a legislação vigente no campo de saúde do recém-nascido e as diretrizes de programas relacionados, como o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Rede Cegonha se propõe a alcançar um sistema de regulação de leitos obstétricos e neonatais e conta, principalmente, com uma verba considerável para promover todas as ações que propõe.²⁰

No entanto acreditamos que regionalização requer um planejamento adequado para a aplicação de recursos disponíveis, pois um direcionamento eficiente

promoverá aos usuários do SUS serviços de qualidade. A melhoria da assistência pré-natal, ao parto e ao nascimento, tanto na resolubilidade clínica quanto na organização da assistência em sistemas hierarquizados e regionalizados, assegurando o acesso da gestante e do RN a serviços de qualidade, é uma maneira de se prevenir a mortalidade perinatal.

Conclusão

Apesar do excesso de leitos neonatais localizados no Distrito Federal, existe uma forte desigualdade na distribuição na oferta de UTIN na RIDE DF. Todos os leitos cadastrados no sistema estão lotados no Distrito Federal, mostrando uma desigualdade na distribuição geográfica dos leitos intensivos.

Referências

1. Almeida MFB, Guinsburg R, Martinez FE, Procianoy RS, Leone CR, Marba STM, Rugolo LMSS, Luz JH, Lopes JMA. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais. J Pediatr. 2008; 84(4):300-7.
2. Pereira PMH, Frias PG, Carvalho PI, Vidal SA, Figueiroa JN. Mortalidade neonatal hospitalar na coorte de nascidos vivos em maternidade-escola na Região Nordeste do

Brasil, 2001-2003. Epidemiol Serv Saúde. 2006; 15(4):19-28.

3. Motta DN, Lopes LAB, Pereira MG. O perfil da natalidade no Distrito Federal em 2008. Brasília Med. 2011;48(2):143-147.

4. Barbosa AP, Cunha AJL, Carvalho ERM, Portella AF, Andrade MPF, Barbosa MCM. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. Rev Assoc Med Bras. 2002;48(4):303-11.

5. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. J Pediatr. 2004; 80(6):437-8.

6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos [on-line]. Brasília; [s.d.]. Disponível em: [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). [Acesso 20 mai 2012].

7. IBGE. Disponível em www.ibge.gov.br [Acesso 15 out 2012].

8. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> [Acesso 02 nov 2013]

9. Criação da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp94.htm [Acesso 20 mai 2012].

10. Municípios RIDE DF. Disponível em: <http://www.sudeco.gov.br/municipios-ride> [Acesso 20 mai 2012].
11. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html [Acesso 20 mai 2012].
12. Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. *J Pediatr*. 2004; 80(6):453-60.
13. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z, Garantindo saúde nos municípios. 1.^a Ed. Brasília: Comunicação e Educação em Saúde; 2005.
14. Rees, S., Inder, T. Fetal and neonatal origins of altered brain development. *Early Hum Dev*. 2005; 81(9):753-61.
15. Woodward LJ, et al. Object working memory deficits predicted by early brain injury and development in the preterm infant. *Brain*. 2005; 128(11):2578-87.
16. Edgin JO, et al. Executive functioning in preschool children born very preterm: Relationship with early white matter pathology. *J Int Neuropsychol Soc*. 2008; 14(1):90-101.
17. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os e dá outras providências. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdc/RDC%20N%C2%BA%207-2010.pdf> [Acesso 20 mai 2012].
18. Silva LCFP, Queiroz MR, Reis JG, Santinon EP, Diniz CSG, Araújo NM, Trintinália MMJ. Novas leis e a saúde materna: uma comparação entre o novo programa governamental rede cegonha e a legislação existente. *Rev Ambito Jurídico*. 2011; 16(93):1-15.
19. Ministério da Saúde do Brasil. Manual Prático para a Rede Cegonha. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062 [Acesso 02 nov 2013].
20. Serruya, S. J.; Lago, T. G.; Cecatti, J. G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004; 26(7): 517-25.