

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira**

**IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL:
Análise da oferta de leitos no SUS**

Liliane Cristina Rodrigues Augusto

Rio de Janeiro

Março de 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Augusto, Liliane Cristina Rodrigues .

Implantação do Cuidado Intensivo Neonatal: Análise da oferta de leitos no SUS / Liliane Cristina Rodrigues Augusto. - Rio de Janeiro, 2017.
99 f.; il.

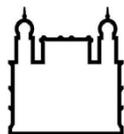
Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientadora: Cynthia Magluta.

Bibliografia: Inclui Bibliografias.

1. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 2. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal. 3. Leito Neonatal. 4. Rede Cegonha. 5. Oferta de Leitos Neonatais. I. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Biblioteca da Saúde da Mulher e Criança/ICICT/IFF com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

**Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes
Figueira**

IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL:

Análise da oferta de leitos no SUS

Liliane Cristina Rodrigues Augusto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente “Fernandes Figueira”- IFF da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cynthia Magluta

Rio de Janeiro

Março de 2017

Liliane Cristina Rodrigues Augusto

IMPLANTAÇÃO DO CUIDADO INTENSIVO NEONATAL:

Análise da oferta de leitos no SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente “Fernandes Figueira”- IFF da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Criança e da Mulher.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cynthia Magluta

IFF – FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Zeni Carvalho Lamy / Banca Examinadora Externa

HU - UFMA / MA

Prof. Dr. José Roberto de Moraes Ramos / Banca Examinadora Interna

IFF – FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Karla de Araújo do Espírito Santo Pontes / Banca Examinadora Interna

IFF – FIOCRUZ

Prof. Dr. Antônio Eduardo Vieira dos Santos / Banca Examinadora Externa

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

Março de 2017

A Deus, sempre presente em minha vida. Aos meus pais, pelo apoio incondicional. Ao amor da minha vida, pelo incentivo diário. Ao meu sobrinho, Lucca, minha inspiração.

*“As crianças, quando bem cuidadas, são uma
semente de paz e esperança”.*

ZILDA ARNS NEUMANN

Última conferência, Haiti, 2010

RESUMO

A organização da oferta de leitos para a assistência intensiva neonatal tem sido alvo de ampla literatura que indica que esta oferta deva ser adequada, possibilitando que o recém-nascido de risco possa nascer em maternidade com recurso compatível às suas necessidades. Devem estar organizadas em um sistema regionalizado e hierarquizado, ampliando a sustentabilidade deste cuidado complexo. A mortalidade neonatal ainda não tem decrescido como o componente pós-neonatal. Reconhece-se a importância do cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave como uma das estratégias para a reversão deste quadro epidemiológico. No Brasil, o Ministério da Saúde propõe que a Unidade Neonatal se organize em uma linha de cuidado progressivo, instituindo o financiamento para os leitos do Método Canguru, e ainda estabelecendo parâmetros que definem a quantidade de cada tipo de leito na Unidade Neonatal. Considerando esta recente normatização, torna-se relevante aprofundar a compreensão da configuração da oferta de leitos destinados aos cuidados específicos de Unidade Neonatal, sua distribuição regional e a existência de déficit. O objetivo deste estudo foi analisar as características da oferta de leitos de Unidade Neonatal no Sistema Único de Saúde, desde a sua instituição (1990) até a Rede Cegonha (2011). A metodologia empregada utilizou a análise de dados das bases de dados oficiais do SUS. Foram construídos diferentes cenários baseados em normativas que estimam ou caracterizam a assistência neonatal. Foi também construída uma série histórica do número de leitos neonatais disponíveis entre 2007 e 2016. Buscou-se identificar e analisar as portarias que regulamentaram a assistência neonatal ou que se relacionaram com alguma forma de cuidado ao recém-nascido. O período de busca iniciou-se em 1990. Os resultados apontaram para um déficit de leitos no país sendo este mais acentuado nas regiões norte e nordeste, enquanto que as regiões Sul e Sudeste chegaram a oferecer quantidades suficientes. Todas as regiões apresentam déficits para os leitos destinados às Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal, seja convencional ou canguru. Dentre as 27 portarias promulgadas no período, somente 5 se relacionam especificamente à assistência intensiva neonatal, e em 3 delas encontravam-se explícitos parâmetros de estimativa de leitos. Em conclusão, verificou-se que o déficit de leitos ocorre na maioria das Regiões brasileiras, sendo mais relevante para os leitos de Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal convencional e canguru, mas que a ênfase da política pública deva estar na implantação de Unidades Neonatais que respeitem, em sua organização, o Cuidado Progressivo Neonatal. A análise da capacidade de indução das portarias mostrou que aquelas que não vem acompanhadas de financiamento adequado parecem ter um menor efeito indutor para a ampliação do cuidado neonatal no país.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal. Leito Neonatal. Rede Cegonha. Oferta de Leitos Neonatais.

ABSTRACT

The organization of bedding for Neonatal Intensive Care has been the subject of a large literature that indicates that offers should be adequate, enabling the newborn at risk to be born in maternity with a resource compatible with their needs. They must be organized in a regionalized and hierarchical system, increasing the sustainability of this complex care. Neonatal mortality has not yet declined as the post-neonatal component. The importance of comprehensive care was recognized to the serious or potentially serious newborn as one of the strategies for the reversal of this epidemiological picture. In Brazil, the Ordinance N° 930/2012 proposes that the Neonatal Unit be organized in a progressive care line, instituting funding for the Kangaroo Method beds, and establishing parameters that define the quantity of each bed typology in the Neonatal Unit. Considering these recent rules, it becomes relevant to deepen the understanding of the description of the supply of beds destined for the specific Care of Neonatal Unit, its regional distribution and the existence of sufficiency or deficit. The objective of this study was to analyze the characteristics of Neonatal Unit beds in the Unified Health System (SUS), from its institution to the Stork Network. The methodology used was based on the analysis of data accessible in the official SUS databases (SINASC, SIM, SIH-SUS and CNES). Different scenarios were conceived in regulations that estimate or characterize Neonatal Care, with emphasis on ordinance 930/2012. A historical series of neonatal beds available between 2007 and 2016 was also constructed. We sought to identify and analyze the ordinances that since 1990 regulate Neonatal Care or that relate to some form of care for the newborn. The results point to a deficit of beds in the country and, more pronounced in the north and northeast regions. Neonatal Intensive Care beds have a smaller deficit and the South and Southeast regions offer sufficient amounts. All regions present deficits for the beds destined to Neonatal Intermediate Care Units, whether conventional or kangaroo. Among the 27 promulgated ordinances in the period, only 5 were specifically related to Neonatal Intensive Care, in 3 of them explicit parameters of bed estimation were found. In conclusion, it was found that bed deficit occurs in most Brazilian regions, being more relevant for beds of conventional neonatal and kangaroo care units, but that the emphasis should be on the implantation of Neonatal Units that respect, in their organization, Progressive Neonatal Care. From the complexity of the analysis we noticed of the capacity of induction of the ordinances, concluding that, those that are not accompanied by adequate financing seem to have a smaller inductive effect for the expansion of the Neonatal Care in the country.

Keywords: Neonatal Intensive Care Unit. Neonatal Intermediate Care Unit. Neonatal bed. Stork Network. Offer of Neonatal Beds.

LISTA DE TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS

- Tabela 1: Leitos habilitados com incentivos de custeio pela Rede Cegonha.
- Tabela 2: Número de hospitais que apresentaram internações em leitos neonatais nos anos de 2006, 2011 e 2016, nas Regiões Brasileiras.
- Tabela 3: Distribuição de hospitais segundo o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- Tabela 4: Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Neonatal (I, II e III) nos últimos 10 anos, por Região.
- Tabela 5: Estimativa de diárias, por tipo de leitos, nas Regiões Brasileiras em comparação com os registros de diárias no SIH-SUS.
- Tabela 6: Distribuição dos leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru a partir de 2012 e análise da suficiência / Parâmetros Portaria nº 930/2012.
- Tabela 7: Suficiência de leitos de UTI neonatal considerando 5% dos Leitos Obstétricos como cálculo para estimativa da necessidade, por Região.
- Tabela 8: Déficit de leitos da Unidade Neonatal segundo parâmetros da RDC nº 50 de 2002, considerando 1 leito de UTI neonatal para cada 80 RN/ano < 2500g.
- Tabela 9: Estimativa de leitos segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012 para a cobertura SUS da população, segundo regiões e tipos de leitos.
- Tabela 10: Adequação de leitos habilitados SUS segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, considerando o número total de nascidos vivos.
- Tabela 11: Número de Estados por Região que ofertam cobertura de leitos da Unidade Neonatal igual ou superior a 70%.
- Tabela 12: Tabela 12 – Déficit de leitos da Unidade Neonatal segundo parâmetros da Portaria nº 930/2012 excluindo os óbitos neonatais precoces.
- Tabela 13: Adequação de leitos habilitados SUS segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, considerando o nº total de Nascidos Vivos, excluindo os óbitos neonatais precoces.

- Tabela 14: Estimativa de leitos, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, para a cobertura SUS da população.
- Tabela 15: Déficit de leitos habilitados SUS segundo parâmetros da Portaria nº 930/2012 considerando o nº total de Nascidos Vivos.
- Tabela 16: Estimativa de leitos, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, para a cobertura SUS da população.
- Tabela 17: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 930/2012, considerando a média de cobertura SUS específica para cada UF.
- Tabela 18: Adequação de leitos de UTIN segundo os cenários estudados.
- Tabela 19: Adequação de leitos de UCINCo segundo os cenários estudados.
- Tabela 20: Adequação de leitos de UCINCa segundo os cenários estudados.
- Gráfico 1: O Ciclo de vida da tecnologia em saúde.
- Gráfico 2: Normativas relacionadas ao cuidado neonatal entre 1990 e 2016.
- Gráfico 3: Leitos neonatais registrados no CNES, 2007 a 2016 e principais políticas para o cuidado neonatal.
- Gráfico 4: Percentual da necessidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de 2007 a 2016.
- Gráfico 5: Distribuição dos leitos de UCINCo entre 2007 e 2016 nas Regiões Brasileiras.
- Gráfico 6: Distribuição dos leitos de UCINCa entre 2007 e 2016 nas Regiões Brasileiras.
- Gráfico 7: Distribuição dos leitos neonatais habilitados no SUS nas Regiões brasileiras, por tipo.
- Quadro 1: Tipos dos leitos neonatais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo Geral	21
3.2 Objetivos Específicos.....	21
4 QUADRO TEÓRICO-REFERENCIAL.....	22
4.1 Histórico da Neonatologia no Brasil e no Mundo	22
4.2 A Organização e Oferta do Cuidado Neonatal no SUS	24
4.3 Análise das portarias ministeriais como ferramenta de Políticas de Saúde	26
4.4 Análise do Ciclo de Vida do Cuidado Intensivo Neonatal - Uma Tecnologia em Saúde	28
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	31
5.1 Características Gerais do Estudo.....	31
5.2 Análise do potencial de indução das normativas para a caracterização da oferta do cuidado neonatal no Brasil.....	31
5.3 Análise da série histórica da oferta de leitos e diárias de cuidado intensivo neonatal produzidas pelos hospitais com Unidades Neonatais	34
5.4 Estimativa e análise da suficiência de leitos de Unidades Neonatais.....	36
5.5 Procedimentos Éticos	39
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
6.1 Análise do potencial de indução das normativas para a caracterização da oferta do cuidado neonatal no Brasil.....	41
6.2 - Série histórica da oferta de leitos e financiamento de Unidades Neonatais.....	51
6.3 Estimativa e análise da necessidade de leitos de Unidades Neonatais para o País através da construção de cenários, segundo os parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012	58
6.4 Análise Conjunta dos Cenários.....	68
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
APÊNDICES	79
ANEXOS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos Hospitalares
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação no SUS
CPN	Cuidado Progressivo Neonatal
CPN	Cuidado Progressivo Neonatal
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
GM	Gabinete Ministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MC	Método Canguru
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PQM	Plano de Qualificação das Maternidades
PRMI	Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
RC	Rede Cegonha
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para à Saúde
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online

SINASC	Sistema de Informações de Nascidos Vivos
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional
UN	Unidade Neonatal
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 70 nos Estados Unidos, a organização do Cuidado Intensivo Neonatal, em expansão, foi alvo de propostas indicativas de que um sistema regionalizado garantiria o nascimento do recém-nascido (RN) de risco em unidades com complexidade adequada às suas necessidades de cuidado e isso possibilitaria melhores resultados em termos de redução da morbimortalidade¹. O Cuidado Intensivo Neonatal se tornou prioridade em diversos países desenvolvidos que fizeram esforços para prover um sistema que garantisse o acolhimento e fosse ao mesmo tempo sustentável². A parcela de RNs que necessitam desta assistência é relativamente pequena, cerca de 10% dos nascimentos. O Cuidado Intensivo Neonatal se caracteriza por oferecer condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada e de alta complexidade, além de depender de equipes multiprofissionais e de subespecialistas³.

A partir da década de 1980, o número de leitos destinados às Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN) aumentou exponencialmente em diversas nações, no entanto, essa expansão está associada a uma importante heterogeneidade até mesmo dentro de um mesmo país^{4,3}. No Brasil, a assistência neonatal também expandiu, mas se caracterizou como uma incorporação tecnológica desordenada e de qualidade pouco consistente^{3,5,6}. A adequação da oferta de leitos neonatais deve ser uma das medidas a serem tomadas para a redução da mortalidade neonatal, esta oferta deve considerar a adequação à demanda e ao tempo de permanência dos RNs sob cuidados intensivos neonatais⁷.

O componente neonatal precoce da mortalidade infantil não apresentou, nos últimos anos, a mesma velocidade de queda se comparado com o período pós-neonatal^{4,5,8}. A mortalidade neonatal persiste, deste modo, juntamente com a prematuridade, como prioridades para o país dentre os problemas de saúde pública^{5,7}. Os avanços na redução da mortalidade infantil no Brasil foram reconhecidos em 2011, quando o país atingiu a meta 4 dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, reduzindo em dois terços a mortalidade infantil entre 1990 e 2015. Este compromisso foi firmado entre os governos integrantes das Nações Unidas para melhorar a saúde das crianças⁸. O desempenho brasileiro foi possível em função de uma série de políticas públicas implementadas nos últimos anos com impactos positivos sobre a atenção infantil³.

No entanto, o perfil de mortalidade ainda aponta para as desigualdades regionais, que se expressa em ritmos de queda diferentes dentre as diversas regiões brasileiras^{2,3}. Diante do quadro epidemiológico, a redução da mortalidade neonatal segue com um grande desafio a ser transposto tanto para os serviços de saúde como também para o governo e a sociedade. Esse contexto reflete as desigualdades sociais e de acesso à saúde e serviços qualificados³.

Analisando separadamente a mortalidade neonatal, observa-se que a mesma tem se mantido mais alta quanto mais próximo ao momento do nascimento, o que pode indicar como fatores causais, aspectos relacionados à atenção hospitalar no momento do parto^{9,10}. Verifica-se que 25% dos óbitos neonatais acontecem nas primeiras 24 horas de vida, sendo este, reconhecidamente, um indicador sensível à assistência obstétrica e neonatal, ao impacto de intervenções nesta área e à acessibilidade dos serviços a esta população¹¹.

Leal e Szwarcwald (1996)⁹ apontam que, se por um lado não se pode ignorar os determinantes sociais mais amplos que definem o risco diferenciado de morrer entre crianças menores de um ano de idade, por outro, os riscos são ampliados pelo acesso desigual aos serviços de saúde. Desta forma, a mudança no perfil da mortalidade infantil e a possibilidade de intervenção deslocam-se cada vez mais para a esfera dos serviços de saúde, especialmente os médicos-assistenciais¹².

O direito ao acesso aos serviços de saúde, organizados em uma rede regionalizada e hierarquizada foi estabelecido na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde, porém não se traduziu, até o momento, em uma oferta de serviços suficiente e racionalmente distribuída de tal forma que propiciasse o contato oportuno entre o paciente e as unidades de saúde¹³. Essa perspectiva tem sido descrita para o contexto do cuidado neonatal como insuficiência, desorganização e fragmentação da assistência intensiva neonatal oferecida atualmente no país¹⁴.

Formigli et al (1996)¹³ reforçaram que a organização e a qualificação dos serviços de saúde tem estreita relação com a evitabilidade dos óbitos maternos, neonatais e perinatais, o que torna imperativo um eficiente processo de regionalização e hierarquização que possibilite a ampliação da cobertura dos serviços nas áreas de maior incidência do óbito materno e infantil¹⁵.

A pesquisa “Nascer no Brasil” verificou que metade dos óbitos neonatais da amostra estudada em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em serviços que não possuíam Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)⁶, o que pode apontar para um importante déficit

da oferta deste tipo de cuidado, além de desorganização e fragmentação do sistema, que se apresentam como desafios muito vivos para a gestão pública do atendimento perinatal no país⁸.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº 930 de 2012¹⁶, formulou-se a proposição de que as Unidades Neonatais pudessem se organizar a partir de uma Linha de Cuidado Progressivo Neonatal, conceito que implica na organização do serviço para garantir o acesso do RN ao nível de assistência mais adequado à sua condição, associado ao acompanhamento longitudinal da equipe. Esta portaria também estabeleceu os parâmetros que definem a quantidade e qualidade de recursos, tecnologias e equipes das Unidades Neonatais, além de estabelecer requisitos mínimos para a qualificação dos gestores destas unidades. Nesta portaria, os valores para o financiamento específico para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) foram ampliados e, foi criado o leito e incluído o financiamento para a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)¹⁶.

Nessa perspectiva, pretendeu-se com este estudo, analisar as características da oferta de leitos de Unidades Neonatais no SUS desde a sua instituição até o advento da Rede Cegonha, compreendendo o Cuidado Intensivo Neonatal como uma tecnologia que se incorpora no país. Desenvolveu-se uma estimativa da suficiência da oferta atual de leitos, sistematizando numa série histórica a quantidade desta oferta. Por fim, construiu-se uma avaliação crítica a partir de uma revisão documental das políticas e normativas brasileiras que cercam a assistência neonatal em busca de um possível entendimento sobre as influências destas nos processos assistenciais relacionados ao neonato de risco, bem como suas possíveis repercussões na distribuição de leitos de Unidades Neonatais pelo país.

2 JUSTIFICATIVA

Entre as prioridades do Ministério da Saúde (MS) encontram-se a implantação e implementação de estratégias de qualificação da assistência obstétrica e neonatal¹³, prioridade reiterada em 2011 com a instituição da Rede Cegonha (RC)¹⁷, que se constituiu numa estratégia do Governo Federal para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país investindo em qualificação profissional e infraestrutura¹⁸. No componente “Parto e Nascimento”, a RC tem, entre seus objetivos, o alcance da suficiência de leitos obstétricos e neonatais de acordo com as necessidades regionais. A previsão era de custear 100% dos leitos de UCINCa e 80% dos leitos de UTIN e UCINCo através de recursos incorporados ao teto financeiro dos estados, chegando aos serviços através de incentivos financeiros. A cada leito de UTIN estava previsto um montante de R\$ 100.000,00 para aquisição de equipamentos e R\$ 20.000,00 para reforma. Os investimentos totais previstos estavam na ordem de R\$ 9,4 bilhões para o atendimento a mães e bebês. Dentre os 4.796 leitos de UTIN registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)¹⁹ até janeiro de 2016, 77% receberam algum incentivo de custeio da Rede Cegonha^{17,20}.

De acordo com Malik & Vecina Neto, os incentivos financeiros de custeio são pagos complementarmente a outras modalidades de financiamento de saúde, tendo como objetivo a melhora da qualidade da atenção ao usuário do serviço por meio de cumprimento de metas e, tem características de pagamento pré-fixado²¹.

A magnitude do número de leitos neonatais habilitados no CNES (dezembro de 2016) reforça a necessidade de qualificar a compreensão da atual oferta destes leitos. Aparecem no CNES (dez 2016) o registro de 4.796 leitos de UTIN, 3.161 leitos de UCINCa e 608 leitos de UCINCa que se concentram em cerca de 500 hospitais e também nas regiões Sul e Sudeste¹⁹.

Desde 2012, a estimativa recomendada para o cálculo da oferta de leitos intensivos neonatais é estabelecida pela Portaria GM/MS nº 930 de 2012 prevendo a oferta de dois leitos de UTIN, dois leitos de UCINCo e um leito de UCINCa para cada 1000 nascidos vivos (NV)¹⁶. Esta recomendação estabelece um parâmetro populacional, mas não explicita um número de leitos por Unidade Neonatal.

Portanto, frente a uma recente normatização do MS que caracteriza a Unidade Neonatal, especifica sua equipe e seus recursos assistenciais necessários, a magnitude da oferta hoje cadastrada e financiada pelo SUS²² e que ainda demanda recursos de estados e municípios,

torna-se relevante aprofundar na compreensão do comportamento desta oferta de leitos neonatais, sua distribuição regional e a existência de suficiência ou déficit.

Embora de relevância reconhecida, o tema em questão (características da oferta de leitos neonatais no SUS), não foi suficientemente abordado na literatura no Brasil. Na busca bibliográfica em bases de dados nacionais (SciELO / Google Acadêmico) e internacionais (PUBMED), realizada em março de 2016, identificou-se um predomínio, já esperado, de estudos clínicos em detrimento daqueles que abordassem a estruturação do cuidado, sendo raros os estudos que, de fato, caracterizam a oferta do cuidado neonatal. Utilizando as palavras chaves: cuidado neonatal – “neonatal care”, UTI neonatal – “neonatal intensive care units” e recém-nascido de risco – “newborn risk”, nas bases citadas, foram encontrados 216 artigos brasileiros nos últimos cinco anos. No PUBMED, também com os filtros de artigos dos últimos cinco anos, espécie humana e artigos livres, foram selecionados 11.665 artigos. Quando direcionamos a busca para publicações relacionadas à oferta de leitos neonatais e a caracterização do cuidado neonatal - “offer AND neonatal beds AND care” ou “neonatal intensive care unit AND bed”, o número de artigos no PUBMED cai para 36 e 27, respectivamente.

Este estudo pretende servir de subsídio para decisões futuras nas formulações de políticas com alguma referência à assistência neonatal no país, identificando a oferta de leitos de Unidades Neonatais, sua distribuição regional e a massa financeira despendida com este cuidado nos últimos anos. Ao construir o histórico do financiamento neonatal, foi feita também uma análise das políticas públicas e normativas identificando possíveis influências destas na distribuição regional de Unidades Neonatais no Brasil, selecionando questões inerentes ao financiamento e a gestão da assistência hospitalar ao RN de risco.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar as características da oferta de leitos de Unidade Neonatal no Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua instituição, até a Rede Cegonha.

3.2 Objetivos Específicos

- Estimar e analisar, a partir da construção de cenários, a necessidade de leitos de Unidades Neonatais para o país, segundo os parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012¹⁶;
- Analisar a série histórica da oferta de leitos e financiamento de Unidades Neonatais;
- Analisar o potencial de indução das normativas para a caracterização da oferta de leitos neonatais no Brasil.

4 QUADRO TEÓRICO-REFERENCIAL

4.1 Histórico da Neonatologia no Brasil e no Mundo

O ponto de partida para o desenvolvimento de cuidados especiais para as crianças foram as elevadas taxas de mortalidade infantil, principalmente entre os recém-nascidos¹⁵. A neonatologia adquiriu uma nova dimensão como campo de cuidado por volta de 1970, estando em constante desenvolvimento. No início dos anos 70 até meados dos anos 90, as unidades de atendimento tinham por finalidade a manutenção e restauração das condições de vitalidade da criança, promoção da sobrevivência, prevenção de infecções e a diminuição da morbimortalidade^{11,23}. Com o tempo, a preocupação exclusiva com a sobrevivência se expandiu, cedendo espaço também para a necessidade de assegurar uma sobrevivência de melhor qualidade ao neonato²⁴.

O obstetra francês Pierre Constant Budin é considerado o pai da neonatologia tendo sido pioneiro na publicação de dados relativos a lactentes nascidos de partos prematuros. Em 1885, fundou a primeira unidade regionalizada de cuidados de prematuros e, em 1892, escreveu sobre uma classificação dos bebês em pequenos e grandes para a idade gestacional. Budin foi também responsável pelo desenvolvimento dos princípios e métodos que passaram a formar a base da medicina neonatal^{24,25,26}.

No final do século XIX e início do século XX, foram fabricadas as primeiras incubadoras e as maternidades ampliaram o atendimento aos RNs com diferentes enfermidades²⁵. Em 1914, em Chicago, Evelyn Lundeen e Julius Hess implantaram unidades de cuidados para RNs prematuros no Hospital Michael Reese²⁶. Na década de 40 foi feita uma padronização da assistência dos RNs prematuros e em 1953, Virgínia Apgar divulgou no meio científico sua escala para avaliação do grau de vitalidade e asfixia neonatal²⁷.

Em 1960, o médico Alexander Schaffer usou o termo “neonatologia” pela primeira vez. Nesta mesma década, os monitores eletrônicos começaram a ser utilizados, as medidas de gasometrias arteriais se tornaram possíveis, e os antibióticos apropriados para tratar a sepse neonatal foram disponibilizados²⁵.

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, em 1967, reconheceu a necessidade do trabalho conjunto de obstetras e neonatologistas para diminuir a mortalidade perinatal. Assim, em 1973, foi criado o primeiro “Serviço de Cuidados Perinatais” nos Estados Unidos^{25,27}.

No Brasil a assistência aos recém-nascidos começou a se organizar na primeira metade do século XX sob influência dos países mais desenvolvidos. Avanços tecnológicos nas décadas de 30 e 40 foram marcados pelo desenvolvimento de respiradores para os RNs¹⁸. No início do século XX a assistência à criança recém-nascida iniciava sua organização baseada nos métodos estrangeiros. Vale ressaltar que os notáveis resultados obtidos com o uso das incubadoras no cuidado aos bebês prematuros em Paris propiciaram a importação de incubadoras pelo Brasil. No ano de 1903, o Dispensário Moncorvo (Instituto de Proteção e Assistência a Infância do Rio de Janeiro) já possuía duas incubadoras da marca Lyon, isso devido aos excelentes resultados obtidos com o uso deste equipamento²⁰.

A disponibilidade de leitos específicos para cuidados intensivos neonatais melhorou as condições de crianças que nasciam em condições críticas, beneficiando sobremaneira os prematuros²⁸. Uma metanálise publicada entre 1978 e 2010 por Lasswell *et al*²⁹ demonstrou claramente melhores desfechos para lactentes e crianças de muito baixo peso e idade gestacional menor que 32 semanas que se beneficiaram de cuidados intensivos em centros especializados com instalações de alta complexidade. Por outro lado, RNs de muito baixo peso não admitidos em unidades de alta complexidade para assistência neonatal tiveram 62% mais chances de mortalidade neonatal²⁹.

Barbosa¹¹ discutiu as desigualdades nacionais e regionais na distribuição de leitos de terapia intensiva neonatal no Brasil e apontou fatores que podem explicar essa heterogeneidade: falta de equidade (concentração das unidades em regiões mais ricas e desenvolvidas); acesso limitado (falta de planejamento no setor público e privado); estrutura desigual (normalizações recentes e confusas, coexistindo unidades antigas com as novas, sem estrutura adequada).

Outro aspecto que suscitava a preocupação com a melhor organização da assistência neonatal era sua complexidade, demandando um conjunto significativo de equipamentos e, da mesma forma, de uma equipe qualificada³⁰. A necessidade em saber onde e quantos leitos deveriam estar disponíveis em cada território passou a suscitar estudos visando a busca de parâmetros assistenciais não somente para o cuidado neonatal.

A demanda de leitos neonatais pode variar entre as diferentes realidades dos países e até mesmo de regiões em razão do número de nascimentos, do volume de admissões em UTIN, da média de permanência e da ocorrência de prematuridade e recém-nascidos de baixo peso³¹. Nos EUA, por volta de 1970, a preocupação com a oferta de leitos neonatais foi acompanhada pela organização de um sistema regionalizado e hierarquizado, ao considerarem imprescindível o

acesso oportuno do RN ao cuidado especializado, minimizando assim a necessidade de transporte desse bebê, o que era entendido como um fator de risco importante.

No entanto, observa-se no cenário internacional, uma significativa variação dos parâmetros utilizados para se programar a necessidade de leitos gerais e especializados. Para os leitos de UTI neonatal, por exemplo, tem-se na literatura internacional a relação de 4,7 leitos neonatais para 1000 nascidos vivos, sendo que desses, 15% são intensivos (0,7:1000 NV) e 85% semi-intensivos (4:1000 NV). Nos EUA os leitos de UTI neonatal são estimados como 2:1000 Nascidos Vivos, enquanto na Europa se adota 1,1 leitos intensivos por 1000 Nascidos Vivos³².

Desse modo, a literatura aponta que a necessidade de leitos de UTIN deve variar entre 0,4 e 1,5 para cada 1000 nascidos vivos (Pearson *et al*, 1996; Milne *et al*, 1995 *apud* de Souza *et al*, 2004)³³, com aumento nos últimos anos em virtude de avanços da tecnologia voltada à assistência para RN de risco²⁸.

4.2 A Organização e Oferta do Cuidado Neonatal no SUS

A partir de 2012, com a publicação da Portaria GM/MS nº 930/2012, a Unidade Neonatal tem sido compreendida como um 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, devendo articular uma linha de cuidados progressivos¹⁶ possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do RN. Atualmente, as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal são constituídas como um ambiente terapêutico, de alta complexidade assistencial, destinadas ao tratamento do RN de alto risco³⁴.

A referida portaria estabeleceu diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave no país, além de definir critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS, indicando o número apropriado de leitos para atender ao parâmetro de necessidade populacional sendo que, para cada mil nascidos vivos deverão estar disponíveis dois leitos de UTIN, dois leitos de UCINCo e um leito de UCINCa¹⁶.

A Portaria GM/MS nº 930/2012 segue o conceito de diversos níveis de complexidade dos leitos da Unidade Neonatal. Para a *American Academy of Pediatrics – AAP*³³, a classificação dos cuidados neonatais consiste em cuidados básicos (nível I), cuidados especiais (nível II) e cuidados intensivos com subespecialidades (níveis III e IV). As definições brasileiras estão compatíveis com a literatura³³. Cabe ainda ressaltar que, para se alcançar o cuidado adequado ao RN de risco, é necessária a disposição de um conjunto complexo de tecnologias de saúde que vai desde a oferta de equipamentos de alta complexidade, manejados por profissionais qualificados³⁴ e organizados em sistemas regionalizados com os diversos níveis de complexidade da assistência neonatal.

A pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (Munic, 2014)³⁵ identificou que leitos de cuidado intensivo neonatal em hospitais públicos ou conveniados ao SUS estão disponíveis em somente 6,6% das cidades brasileiras. A concentração destes leitos é maior na Região Sudeste onde 9,3% dos municípios possuem UTI neonatais, ao passo que a Região Nordeste apresenta 3,7% dos seus municípios possuindo leitos de cuidado intensivo neonatal.

Para Rhodes *et al* (2012)³⁶, quando a terapia intensiva não está disponível, os serviços respondem de diferentes maneiras, podendo incorrer em alta precoce e prematura de pacientes que já estão no serviço, atraso na internação de novos pacientes, mudança nos critérios de cuidados, cancelamento de procedimentos planejados ou ainda, restrição à internação de determinados grupos de pacientes com base no tipo e nas condições da assistência de saúde – e, no caso na perinatologia, esse quadro afetaria diretamente a assistência materna, com possíveis peregrinações das pacientes em busca de estabelecimentos que possam contemplar suas necessidades e as do neonato.

Neste cenário de ampla busca de medidas para a melhoria da saúde da gestante e do RN, torna-se premente a conformação de redes regionalizadas e efetivas de atenção perinatal, sendo que a unidade hospitalar é só um dos pontos de atenção³⁴.

A Portaria GM/MS nº 930 de 2012¹⁶ foi editada num contexto em que o MS atuava com o intuito de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país. Esse movimento foi iniciado em 2011 com a implementação da Rede Cegonha¹⁷, um programa embasado num conjunto de iniciativas envolvendo desde a mudança no modelo de cuidado à gravidez e ao parto e nascimento até a atenção integral à saúde da criança com foco nos primeiros dois anos de vida. A Atenção à Saúde Neonatal, caracterizada pela Portaria GM/MS nº 930/2012

especificava os requisitos do cuidado neonatal neste contexto de ações de melhoria da rede perinatal, tendo o MS assumido um modelo de relação com os territórios pautado no apoio institucional, visando dar aceleração às melhorias assistenciais ^{37,38}.

4.3 Análise das portarias ministeriais como ferramenta de Políticas de Saúde

A análise da implementação de uma política tem sido considerada uma abordagem que contribui para ampliar a compreensão deste complexo processo social. Lasswell, 1956 apud Walt³⁹ entende que a implementação de políticas inclui fases, que não são separadas nem ocorrem de forma linear: a entrada do problema na agenda política, a formulação da política, especificando seu conteúdo e a definição das estratégias de implantação, a própria implantação e seus resultados.

Portanto, a implementação de políticas depende de decisão e de iniciativa governamental assim como a disponibilidade de instrumentos para lograr que a proposta seja efetivada. Dentre os recursos que devem ser analisados encontra-se a dotação financeira dando suporte à proposição, além da inclusão de grupos de apoio às conformações institucionais que se relacionarão com a política proposta.

O SUS foi uma política social implantada como fruto de um consenso que se inscreveu na constituição brasileira, mas o contexto de sua implantação foi marcado por crise e reformas econômicas, gerando um subfinanciamento desde sua origem⁴⁰. As dificuldades da constituição do SUS se expressaram na configuração da oferta de serviços experimentada nos territórios, e o cuidado intensivo neonatal, uma área do cuidado em desenvolvimento internacional e também no país no momento de implantação do SUS, certamente experimentou as restrições percebidas naquele momento.

Dentre os instrumentos de fazer política de saúde encontram-se as normatizações - que configuram modos de gestão e organização do sistema e da assistência assim como as que estabelecem o financiamento, tanto o modelo de financiamento como os valores de aporte do MS para os prestadores e unidades federadas³⁸.

O uso de normatizações pelo MS aponta para uma compreensão que, segundo Baptista³⁸, no contexto do setor saúde, as portarias ministeriais assumem um papel de indução na política setorial. Este caráter indutor revela uma forma de condução da política de saúde,

onde predomina a atuação do MS e do Poder Executivo Federal. A autora também reconhece as fragilidades desta forma de condução da política identificando críticas oriundas dos gestores estaduais e municipais, considerando que esta forma de condução restringe a participação ampliada, dificultando uma compreensão mais adequada dos objetivos e rumos da política de saúde. Pondera ainda que as portarias de financiamento parecem ocupar um lugar central no processo de implementação de política, mas aponta ainda que os estados e municípios passam a se comportar como meros prestadores sem que a discussão mais aprofundada da política e de sua necessidade de financiamento ocorra.

No entanto, uso das normativas e portarias como documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles pode-se extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das ciências porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica^{38,41}.

As portarias que apresentam novos modelos assistenciais podem assumir maior impacto na regulamentação do sistema de saúde se aliada às normas operacionais, planejamento de ações, regulamentação de rotinas, habilitações de municípios e serviços, e se for estabelecido o modelo e montante do financiamento²¹.

Entende-se por incentivos financeiros, valores pagos complementarmente a outras modalidades de financiamento da saúde, tendo como objetivo a melhora da qualidade da atenção ao usuário do serviço, por meio do cumprimento de metas, e tem característica de pagamento pré-fixado⁴².

Baptista³⁸ também verificou a condução nacional da política de saúde no Brasil classificando e analisando portarias ministeriais da saúde editadas no período de 1990 a 2002, e percebeu que o montante de portarias de financiamento só não ultrapassou em número de edições as portarias relacionadas à gestão e organização do sistema e da assistência à saúde.

E neste contexto, Barbosa¹¹ cita a falta de informações confiáveis sobre o sistema e a precariedade na fiscalização do funcionamento dos leitos neonatais, tudo isso coexistindo com uma normalização oficial para o setor relativamente atualizada, coexistindo com outras que permitem o funcionamento de unidades antigas e sem estrutura adequada.

4.4 Análise do Ciclo de Vida do Cuidado Intensivo Neonatal - Uma Tecnologia em Saúde

O cuidado neonatal é composto por um conjunto de tecnologias em saúde que podem apresentar ciclos de vida diferentes, tornando sua avaliação estruturalmente complexa. Os medicamentos, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais e de suporte podem ser compreendidos como uma tecnologia em saúde quer sejam considerados de forma isolada ou no contexto da organização de serviço. As tecnologias em saúde são utilizadas dentro de um contexto que engloba toda uma estrutura de apoio técnico, administrativo, científico e organizacional⁴³. Compreende-se por tecnologias em saúde as intervenções que podem ser utilizadas na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou no cuidar de doenças em longo prazo⁴⁴.

Uma característica relevante das tecnologias em saúde é seu caráter de agregação ao processo de cuidado ao invés da substituição, o que caracteriza muitos outros campos da economia^{43,44}. Desta forma tem-se observado a inclusão de novas tecnologias sem que as anteriores sejam abandonadas. Essa característica é relevante na discussão da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Os benefícios das tecnologias variam quanto aos impactos e resultados para a saúde dos indivíduos e da população, as análises destes benefícios nem sempre são levadas em consideração no momento das decisões de gestores de saúde e dos profissionais, para as decisões de implantação da tecnologia ou do seu uso cotidiano, podendo levar a uma utilização irracional, elevando desnecessariamente o custo do cuidado em saúde⁴³.

O trabalho em saúde tem ao seu dispor diferentes tecnologias conforme conceitua Merhy (1997)⁴⁵, que as classifica como tecnologia dura, leve-dura e leve. A tecnologia leve refere-se àquelas que envolvem as relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho. A tecnologia leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo⁴⁶. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais. As equipes de saúde envolvidas no cuidado intensivo neonatal lançam mão das diversas tecnologias e, em seu conjunto, pode ser considerada uma tecnologia leve-dura por agregar a assistência, o acolhimento e vínculo com um processo de trabalho estruturado e a utilização de uma gama de equipamentos e normas⁴⁷.

O desenvolvimento da ciência tem disponibilizado constantemente novas tecnologias para o cuidado em saúde, pressionando os gestores dos sistemas de saúde a tomarem decisões relativas à sua incorporação, uso e abandono. Quando a tecnologia está em fase de inovação, não se observa ainda um impacto importante nos sistemas de saúde público ou suplementar.

Quando surge uma tecnologia, um processo complexo de mecanismos inter-relacionados é posto em movimento, à medida que ela se difunde e passa a ser utilizada. Ao final da fase de inovação, a tecnologia já atinge o mercado e inicia o processo de difusão, onde será possível analisar em que grau esta tecnologia está sendo aceita e, conseqüentemente, incorporada até sua utilização em larga escala^{21,48}.

À medida que esta tecnologia caminha para uma difusão e incorporação ocorre uma nítida pressão por parte dos beneficiários, opinião pública e prestadores pela garantia do acesso, pressão que expande o uso das tecnologias, muitas vezes sem o adequado planejamento de sua distribuição no sistema de saúde, em consequência desta difusão, chega-se ao uso em larga escala⁴⁹.

É nesta última fase onde consideramos que o cuidado intensivo neonatal esteja, ou seja, avançando da fase de incorporação para o uso em larga escala, porém, é necessário compreender se esta escala está adequada à necessidade da população. Na fase de abandono ou desuso, as tecnologias em saúde são substituídas por tecnologias mais eficazes, eficientes ou custo-efetivas⁴⁷.

Considera-se o ciclo de vida das tecnologias o momento que uma tecnologia é desenvolvida no processo de inovação até o abandono de seu uso. Os autores reconhecem que este ciclo é composto por fases (Gráfico 1). Este ciclo sofre diversas influências que vão desde a regulação e influencia ao seu uso pelos governos e planos de saúde, buscando interferir num espaço outrora quase que reservado ao encontro do médico-paciente, influenciado pela indústria produtora desses insumos⁴¹. Na fase de abandono ou desuso, parte das tecnologias em saúde são substituídas por tecnologias mais eficazes, eficientes ou custo-efetivas^{47,49}.

Gráfico 1: O Ciclo de vida da tecnologia em saúde⁴⁹.

Em realidade, o cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias (duras, leves-duras e leves), de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente. Desta forma, entendemos que a decisão tomada acerca da gestão da clínica e gestão dos leitos dentro da Unidade Neonatal, adequando a demanda de cada bebê ao conjunto de assistência mais indicado ao seu estado, está classificada como tecnologia leve-dura, uma vez que envolvem decisões através de saberes bem estruturados unidos à tecnologia incorporada em cada nível assistencial.

O cuidado intensivo neonatal no Brasil pode ser considerado um conjunto de tecnologias na transição entre a difusão e o uso em larga escala. Este posicionamento pode ser compreendido pela oferta desigual entre as regiões brasileiras. No entanto, é necessário esclarecer em que medida esta escala está adequada à necessidade da população. Além disto, a Unidade de Cuidado Intermediário Canguru pode ainda ser considerada uma inovação, fruto de evidências desde a década de 90 de seu benefício e assumida como uma política pública para o SUS desde o início dos anos 2000. Sua oferta ainda não está disseminada em todos os serviços com Unidades Neonatais, conforme dados disponíveis no CNES¹⁹.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Características Gerais do Estudo

Trata-se de uma avaliação normativa com foco na análise da oferta de leitos de Unidades Neonatais, e sua difusão como uma intervenção, conforme conceitua Hartz⁵⁰.

Esta análise aborda a difusão, a incorporação e a utilização em larga escala do cuidado intensivo neonatal no SUS, compreendendo que o modelo de análise do ciclo de vida de uma tecnologia servirá como base ao estudo e, portanto, tomou-se o cuidado intensivo neonatal como uma tecnologia em saúde.

Não se pretendeu detalhar o ciclo de vida das diversas tecnologias que compõe a assistência intensiva neonatal, quer sejam elas leves ou duras.

Pretendeu-se analisar através dos documentos do MS e das bases de dados oficiais o volume da oferta deste cuidado, os recursos financeiros federais comprometidos, o arranjo dos diferentes tipos de leitos (intensivo e semi-intensivos), além de sua distribuição no território nacional. A pesquisa utilizou três abordagens:

- Análise do modelo de cuidado preconizado pelo Ministério da Saúde;
- Sistematização da série histórica da incorporação do cuidado neonatal no SUS;
- Estimativa da suficiência da oferta de leitos neonatais através da construção de cenários.

5.2 Análise do potencial de indução das normativas para a caracterização da oferta do cuidado neonatal no Brasil

As portarias ministeriais são importantes instrumentos de regulação de políticas e visam definir instruções para a execução das leis aprovadas e, no contexto da saúde, tem forte poder de indução na definição da política setorial, Baptista, 2007³⁸.

Os textos normativos foram pesquisados por ano, a partir de 1990 até 2016, levando-se em consideração sua relevância para a saúde perinatal. Seu acesso é público através da página “Saúde Legis” do MS. Por meio da ferramenta “Localizar”, foram pesquisados em cada normativa os seguintes termos: “Neonatal”, “Recém-Nascido”, “Perinatal”. Esse procedimento permitiu o foco em questões específicas do cuidado neonatal, traduzindo das normativas sua

finalidade, as definições e regulamentações expressas, quaisquer referências ao processo de trabalho e incentivos financeiros alocados, além da observação a possíveis relações com o contexto político, políticas públicas ou programas de saúde.

Pretendeu-se analisar o modelo de cuidado intensivo neonatal preconizado através das principais políticas, portarias ministeriais e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), planos nacionais de saúde, publicações e diretrizes assistenciais. A identificação dos documentos e sua sistematização foram os passos iniciais para esta análise. Em seguida foram identificados os temas de interesse: descrição que caracterizasse o modelo de cuidado e os requisitos de estrutura e processo de cuidado. Uma segunda perspectiva de análise foi cotejar os achados com os períodos da série histórica de incorporação do cuidado neonatal no SUS buscando identificar possíveis correlações que possam ainda sugerir o caráter indutor de tais normativas e documentos. Após a coleta dos dados, procedeu-se à leitura atenta do material, com a intencionalidade de contextualizar as políticas públicas e avaliar o impacto destas para a assistência neonatal.

Para fins conceituais, entendeu-se por incentivos financeiros, valores pagos complementarmente a outras modalidades de financiamento, tendo como objetivo a melhora da qualidade da atenção ao usuário do serviço, por meio do cumprimento de metas. Serão considerados também, valores agregados a procedimentos e/ou diárias que forem citados, pela primeira vez, em portarias que criam tipos de leitos neonatais ou criam também novos procedimentos, como é o caso da inclusão do procedimento de “Atendimento ao Recém-nascido de Baixo Peso” na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS em 2000, pela Portaria SAS/MS nº 72⁵¹.

As portarias de habilitação de leitos não podem ser consideradas como normativas sob o ponto de vista da concepção do modelo neonatal. Elas traduzem tão somente, as questões burocráticas do processo de credenciamento de leitos ao SUS, tornando pública e, principalmente, informando o gestor sobre a finalização de sua petição em habilitar determinados leitos. Estas portarias habilitam o leito para fins de inclusão nos Sistemas de Informação e, posteriormente, nova portaria é publicada agregando recursos ao leito habilitado. Isso gera um volume expressivo de normativas e, logo, não serão consideradas neste estudo.

A partir de então, procedemos ao fichamento das normativas, catalogando-as de acordo com suas finalidades, a saber:

- *Normativas de programas e ações em saúde relacionadas à assistência neonatal*

Aqui se destacam os documentos normativos que instituem, criam ou reformulam os programas e ações verticais em saúde, como por exemplo, a Portaria GM/MS 1.459 de 2011 que institui a Rede Cegonha.

- *Normativas de financiamento*

Referem-se a documentos responsáveis pela transferência de recursos e gerência de tetos financeiros para os estados e municípios, além da remuneração para prestadores de serviços por meio das tabelas e procedimentos.

5.2.1 Delineamento

Foi realizada uma análise documental descritiva e exploratória, apresentando como a portaria configura o cuidado intensivo neonatal.

5.2.2 Período de análise

O estudo foi realizado no período de 1990 a 2016, ou seja, desde a instituição do SUS pela Lei Orgânica da Saúde até os primeiros seis anos da Rede Cegonha, sendo o mesmo da sistematização da incorporação do cuidado neonatal no SUS.

5.2.3 Unidades de análise

Analizamos os documentos do Governo Federal em busca de alguma relevância para a conceituação e conformação do cuidado intensivo neonatal no país, com publicação ao longo do período de estudo.

5.2.4 Variáveis de interesse

Buscou-se analisar o modelo de cuidado, identificado a partir das descrições que as políticas e portarias trazem para o cuidado neonatal, bem como as características estruturais, as evoluções tecnológicas e o contexto político e sanitário expresso nos próprios documentos.

5.2.5 Fonte de dados

Os documentos analisados estão disponíveis para busca na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, através do diretório “Saúde Legis”, sendo possível o cotejamento por ano de publicação, documentos disponíveis na Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno - CGSCAM e, ainda, documentos e notícias relativas ao cuidado neonatal veiculadas no portal do Ministério da Saúde. Os documentos desenvolvidos pelas redes

colaborativas de Unidades Neonatais (RBPN e RENOSPE) financiadas pelo MS e disponíveis na CGSCAM também consistiram em fontes desta pesquisa.

5.2.6 Desenvolvimento e análise de dados

Procedeu-se a seleção de documentos nas fontes indicadas. Foi indispensável olhar para o conjunto de documentos de forma analítica, buscando averiguar como torná-los inteligíveis e capazes de responder ao objetivo da investigação. A análise descritiva pretendida se fez através da leitura crítica e exaustiva buscando identificar a descrição do conceito e características do modelo de cuidado para o SUS incluindo composição da equipe de saúde e modelo gerencial. Foram pesquisadas também as características do processo de incorporação deste cuidado, incentivos financeiros associados e a organização dos serviços nas redes locais.

Estas análises também tomaram como referência a literatura internacional. Nesta fase do estudo, foram identificados possíveis vínculos das normativas e suas possíveis influências na distribuição dos leitos neonatais pelo país. Os documentos foram arquivados em pastas virtuais, usando como critério as fontes, por ano de publicação.

5.3 Análise da série histórica da oferta de leitos e diárias de cuidado intensivo neonatal produzidas pelos hospitais com Unidades Neonatais

5.3.1 - Delineamento

Nesta segunda fase da pesquisa foi realizada uma sistematização da série histórica da oferta de leitos neonatais e número de diárias produzidas pelos serviços que possuíam leito neonatal cadastrado no SUS. Foi construído ainda um banco de dados específico para os leitos neonatais custeados pela Rede Cegonha entre 2011 e 2016 baseado nos Planos de Ação publicados no período (Apêndice 6).

Os dados gerados a partir do SIH-SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS) e CNES via *TABNET*, compuseram um banco de dados de onde foi possível extrair análises.

5.3.2 - Período de análise

A definição do período escolhido para a execução da pesquisa se deveu ao interesse em analisar a incorporação e a utilização em larga escala do cuidado intensivo neonatal desde os primórdios do SUS, a partir de sua regulamentação pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei 8.080)⁵², encerrando a sua análise em 2016 visando abranger os cinco primeiros anos da Rede

Cegonha. No entanto, o grande volume de portarias que habilitaram ou geraram custeio para leitos neonatais neste interstício de 26 anos, inviabilizou a metodologia tal como foi inicialmente planejada.

Por outro lado, os bancos de dados disponíveis SIH-SUS e CNES, só estavam disponíveis a partir de 2006 e 2007, respectivamente. Optou-se por analisar o período de 2007 a 2015.

5.3.3 - Unidades de análise

As unidades de análise consideradas para esta etapa da pesquisa foram os leitos destinados ao cuidado neonatal vinculados ao SUS, habilitados e/ou custeados pelo Ministério da Saúde no período do estudo, o volume de diárias de internação pagas para os códigos de leitos do cuidado neonatal no período de 2006 a 2016.

5.3.4 – Desenvolvimento

O primeiro passo consistiu em buscar as portarias que financiavam o cuidado neonatal através de habilitação ou custeio de serviços e leitos. Verificou-se, no entanto, que dado o volume de documentos a ser estudado seria inviável proceder com esta metodologia no curto espaço de tempo desse estudo.

Procedeu-se a extração de dados do SIH-SUS, contendo o volume de diárias pagas, por tipo de leito neonatal, desde 2006 até agosto de 2016. As diárias de UTI neonatal tipo I, II e III foram somadas, bem como as diárias de Unidade de Cuidados Intermediários e UCINCo. As diárias de UCINCa só estavam presentes a partir de 2012, já que este tipo só foi agregada ao sistema a partir da sua concepção no final de 2011 com a Rede Cegonha¹⁷.

Foi ainda realizada uma comparação entre a estimativa de diárias potenciais dos leitos cadastrados e as diárias registradas no SIH-SUS, visando comparar os dois dados, buscando consistência entre eles.

Para que fosse possível traçar uma série histórica de leitos neonatais, optamos por extrair também um banco de dados do CNES contendo leitos habilitados no SUS a partir de 2007. Estes dados foram estratificados nas cinco regiões brasileiras e analisados para os anos de 2007 a 2016.

Com a intenção de agregar outra fonte de dados à análise, extraiu-se também do SIH-SUS, dados de diárias pagas para um grupo de procedimentos mais recorrentes em neonatologia. Para cada procedimento, foi obtida frequência de ocorrência associada ao tempo

de permanência e valor anual pago ao serviço por internação. No entanto, esse banco de dados não se mostrou confiável e optou-se por não o utilizar.

Selecionamos também todos os leitos com algum incentivo financeiro advindo da Rede Cegonha a fim de se verificar como se comportou, nos territórios, a oferta de leitos neonatais após esse programa.

Construímos uma planilha associando o quantitativo de leitos e diárias de leitos às normativas selecionadas.

5.3.5 - Organização e análise de dados

Através dos três bancos de dados disponíveis (Leitos Habilitados no SUS, por tipo, de 2007 a 2016; Total de diárias de leitos pagas por tipo de leito, de 2006 a 2016 e, Total de leitos custeados pela rede Cegonha, de 2011 a 2016), organizamos e analisamos os dados ano a ano, agregando períodos para melhor compreensão. A cada período de dados analisados, verificou-se a ocorrência de normativas que pudessem influenciar as variações da oferta de leitos.

A análise compreendeu a variação anual da quantidade de leitos da Unidade Neonatal por tipo (quando especificado), o número de internações e incentivos financeiros, segundo as diversas regiões brasileiras, buscando perceber a distribuição deste cuidado no SUS por tipo de leito e entre as regiões brasileiras, buscou-se analisar a tendência de série histórica.

5.4 Estimativa e análise da suficiência de leitos de Unidades Neonatais

5.4.1 Procedimentos de Coleta de Dados, Fontes e Tabulações

As informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional foram coletadas no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) desenvolvido pelo DATASUS, tomando como referência a base de dados, já consolidada, de 2014, momento da coleta de dados desta pesquisa, evitando-se utilizar uma base de dados de 2015 que ainda fosse preliminar.

Da mesma forma, os dados de mortalidade foram extraídos do Sistema de Informação Sobre Mortalidade – SIM, também com a base de dados consolidada de 2014.

Para a estimativa de população coberta pelo SUS, utilizamos o número de beneficiários de planos de saúde privados subtraído do total da população residente, considerando o conjunto

de dados de dezembro de 2014, do site de tabulações da ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Os dados de população residente foram extraídos da estimativa de dados do IBGE para o ano de 2014³⁵.

O quantitativo de leitos neonatais habilitados no SUS, foi obtido de extrações ano a ano do CNES¹⁹. O CNES passou a ser obrigatório para todos os serviços prestadores de saúde, SUS ou saúde suplementar, planos de saúde públicos ou totalmente privados, somente a partir de 2006⁴².

Isto explica a impossibilidade de se obter dados fidedignos relacionados ao número de leitos pregressos a este ano. Segundo as informações obtidas junto aos setores do MS, estes dados não estão consolidados, o que implicaria na busca desta informação em portarias de habilitação de serviços, processo este que foi considerado inviável, dado o tempo disponível para a conclusão do mestrado. Optou-se por utilizar dados mais robustos e fiéis e informatizados que estavam disponíveis no banco de dados extraídos do CNES, a partir das ferramentas *TabWin* e *TABNET* do DATASUS, de dezembro de 2007 a dezembro de 2016.

5.4.2 – *Desenho*

Foi realizado um exercício de programação da oferta de leitos de Unidades Neonatais para os estados brasileiros, considerando os parâmetros selecionados, tomando estes parâmetros como critério adequação da oferta e analisou-se a suficiência da oferta registrada no CNES de leitos SUS.

5.4.3 - *Período de análise*

Foram considerados como leitos disponíveis para o SUS aqueles registrados como habilitados em dezembro de 2016. Optou-se por selecionar um mês considerando que o dado era adequado à análise pretendida, não se buscou descrever ou analisar as variações da oferta de leitos.

5.4.4 - *Unidades de análise*

Considerou-se como unidades de análise para esta etapa do estudo todos os leitos destinados ao cuidado neonatal vinculados ao SUS, nas suas três tipologias, habilitados pelo MS no período do estudo. Endente-se por leitos habilitados no SUS, aqueles com portaria de habilitação publicada e, portanto, passíveis de pesquisa no CNES.

Quanto aos tipos de leito, para fins de categorização, optou-se por somar o total de leitos de UTIN tipo II e UTIN tipo III, códigos 81 e 82, respectivamente, considerando assim como

um único tipo os leitos de UTIN. Optamos por descartar os leitos de UTI Neonatal (código 77) por representarem um tipo a ser extinta no CNES e representar apenas 21 leitos no SUS. Para os leitos de Cuidado Intermediário, foi considerada a terminologia da Portaria GM/MS nº 930 de 2012 “UCINCo” sendo computados os leitos do código 92 do CNES (UCINCo) somados aos leitos do código 65 (Unidade Intermediária Neonatal) – Tabela 1. Os leitos de UCINCa estão sendo cadastrados através de um só código (93).

Quadro 1: Tipos dos leitos neonatais (CNES, dezembro/2016)¹⁹

TIPOS ATUAIS DOS LEITOS NEONATAIS	
CÓDIGO	DESCRIÇÃO
65	UNIDADE INTERMEDIARIA NEONATAL
80	UTI NEONATAL - TIPO I
81	UTI NEONATAL - TIPO II
82	UTI NEONATAL - TIPO III
92	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CONVENCIONAL
93	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIARIOS NEONATAL CANGURU

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

5.4.5 – Desenvolvimento

Esta etapa do estudo iniciou-se com a pesquisa e mapeamento do número de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa habilitados como “leitos SUS” no CNES, por Unidade Federativa – UF e agregado para as cinco Regiões brasileiras.

5.4.6 - Organização e análise de dados

Uma análise de suficiência de oferta foi realizada utilizando análises simples de proporção considerando o parâmetro utilizado e a informação do número de leitos cadastrados no CNES.

Foram construídos 6 cenários de estimativa de leitos:

- Cenário 1: Cálculo da necessidade de leitos, considerando os parâmetros da Portaria GM/MS 3477/1998 que propunha a estimativa de leitos de UTIN como sendo 5% do número de leitos obstétricos totais no SUS - Apêndice 2.

- Cenário 2: Cálculo da suficiência de leitos, considerando os parâmetros da RDC/ANVISA nº 50 de 2002, considerando 1 leito de UTI neonatal para cada 80 RN/ano de baixo peso ao nascer (< 2500g) - Apêndice 3.
- Cenário 3: Cálculo da suficiência de leitos, considerando 100% do NV e os parâmetros da Portaria nº 930/2012 - Apêndice 4.
- Cenário 4: Cálculo da suficiência de leitos, excluindo-se os óbitos neonatais precoces - 0 a 6 dias - Apêndice 5.
- Cenário 5: Cálculo da suficiência de leitos, considerando a média de cobertura SUS no Brasil (75%) e os parâmetros da Portaria nº 930/2012 - Apêndice 6.
- Cenário 6: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 930/2012, considerando a média de cobertura SUS específica para cada Unidade da Federação – Apêndice 7.

A Portaria GM/MS nº 930 de 2012¹⁶ é a última portaria publicada que regulamenta o cuidado intensivo neonatal no país definindo que a Unidade Neonatal deveria ser composta por leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa e, para cada um destes tipos, foi definida uma estimativa de necessidade da oferta de leitos, tomando em consideração para o cálculo o número de Nascimentos Vivos (NV). A portaria estabelece que deveriam ser oferecidos dois leitos de UTIN, dois leitos de UCINCo e um leito de UCINCa para cada 1.000 NV. Neste estudo tomamos esta estimativa como o principal parâmetro da suficiência, que também leva em consideração sua distribuição entre as Regiões do país, as variações entre os cenários e parâmetros encontrados na literatura.

5.5 Procedimentos Éticos

Considerando a Resolução 466/2012, que aprova as “diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos” e por se tratar de um estudo que utilizou apenas dados disponíveis a acesso público e irrestrito, sem o envolvimento de seres humanos, o projeto de pesquisa em questão não necessitou de análise do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Instituto Fernandes Figueira – IFF. Ainda assim o CEP foi consultado com vistas tão somente para cumprimento dos preceitos éticos da Instituição. Em anexo, estão a carta de aceite do DAPES – Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério

da Saúde, Declaração da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno - CGSCAM e o Registro de Projeto no Comitê de Ética do IFF.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

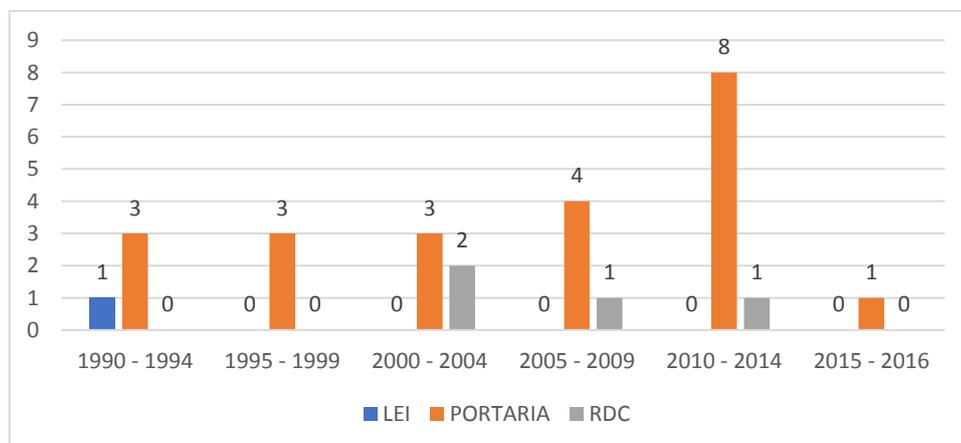
6.1 Análise do potencial de indução das normativas para a caracterização da oferta do cuidado neonatal no Brasil

Considerando o período de constituição do SUS, mais especificamente desde a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 1990), e visando analisar como as normativas emanadas pelo governo federal que caracterizem o cuidado intensivo neonatal no Brasil, foram identificadas 27 normativas com alguma referência, relevância e/ou impacto sobre o cuidado aos recém-nascido de risco e, mais especificamente sobre o Cuidado Intensivo Neonatal - Apêndice 1.

As normativas identificadas são de distintas naturezas: 01 lei, o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA⁵³, 04 Resoluções de Diretoria Colegiada - RDC/ANVISA, que abordam o cuidado neonatal junto com o obstétrico e, 22 portarias editadas pelo MS, que tratavam da organização do cuidado perinatal, incluindo menção ao cuidado intensivo neonatal ou da instituição da terapia intensiva, também incluindo a neonatal. Dentre estas, 6 portarias abordam exclusivamente o cuidado intensivo neonatal.

Outra característica geral das portarias é sua referência aos mecanismos de financiamento, dentre as 22 portarias, 12 modificam ou instituem procedimentos para financiamento do cuidado neonatal. Dentre estas, destaca-se a Portaria GM/MS nº 930 de 2012 que, por primeira vez, inclui o financiamento de leitos de UCINCa - Apêndice 1.

Gráfico 2 – Normativas relacionadas ao cuidado neonatal entre 1990 e 2016



Fonte: Saúde Legis / MS

Diante das normativas estudadas, percebe-se que até a década de 90, as políticas públicas de saúde ao recém-nascido não eram específicas e vinham no corpo das normativas que abordavam à saúde integral da mulher.

Duas normativas anteriores ao período estudado cabem menção por sua importância na conformação do cuidado perinatal. A primeira normativa que regulamenta o Alojamento Conjunto foi editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (Portaria nº18/1980) na qual o recém-nascido ganha alguma menção, mas sem aparecer como sujeito do cuidado já que as ações são, quase que inteiramente, direcionadas para à gestante / puérpera.

Dá mesma forma, em 1983, foi lançado o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, difundido pelo MS através da Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança (PAISMC)⁵⁴. A criança, neste momento, está incluída no termo “binômio mãe-filho” e o foco do programa era o planejamento familiar e a saúde da mulher.

A análise das normativas demonstra que o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), desenvolveu uma série de ações programáticas e diretrizes governamentais no campo da assistência perinatal, concentradas mais fortemente a partir dos anos 90 e que tratavam de programas e políticas que tinham em seu escopo a melhoria da qualidade assistencial, a ampliação do cuidado perinatal e as reduções da mortalidade materna e infantil.

Em 1990, temos a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, através da Lei nº 8069 e, desta vez, o RN passa a integrar o cenário das políticas de saúde, através do incentivo ao aleitamento materno assim como sua garantia no cenário de internação do RN em unidades de terapia intensiva. No seu §2º do Art. 9º informa que os serviços de unidades de terapia intensiva neonatal deverão dispor de banco de leite humano - BLH ou unidade de coleta de leite humano - única referência ao termo "neonatal". Para o termo "recém-nascido" temos apenas aspectos relacionados à alta responsável, identificação e diagnóstico de anormalidades do metabolismo bem como orientações aos pais sobre o desenvolvimento infantil.

O Programa de Assistência à Saúde Perinatal – PROASP, lançado em 1991 propunha que a organização da assistência perinatal se desse de forma hierarquizada e regionalizada, seguindo as diretrizes do SUS e promovendo o alojamento conjunto, já regulamentado na década de 80 pelo INAMPS visando que os berçários fossem reservados para os RN de risco.

Dois anos depois (1993) o MS editou outra portaria estabelecendo como obrigatório em todo território nacional o Alojamento Conjunto durante o período de internação da gestante e do RN, através da Portaria GM/MS nº 1.016 de 1993⁵⁵. Na sequência, temos a publicação da Portaria 1.153 de 1994, implantando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, assegurando o pagamento de 10% a mais sobre a assistência ao parto a hospitais que detinham habilitação de Hospital Amigo da Criança – HAC⁵⁶.

Em 1998, a Portaria GM/MS 3.432, estabeleceu, pela primeira vez, critérios de categorização para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI, classificando-as em tipo I, II e III além de prever que todo hospital que atenda gestante de alto risco deva dispor de leitos de tratamento intensivo adulto e neonatal de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível.

Ainda em 1998, a Portaria GM/MS nº 3.477, criou mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco, prevendo a existência de Comitês de Estudos de Mortalidade Neonatal e, do ponto de vista da infraestrutura física, estabelece que, para o atendimento à gestação de alto risco deveria haver a proporção de 5% de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em relação aos leitos obstétricos, nos hospitais de média complexidade com mais de 100 leitos e em todos os de alta complexidade. Esta portaria define também a infraestrutura de funcionamento para unidade de assistência neonatal, com os equipamentos mínimos requeridos e cita as recomendações sobre os recursos humanos. Cabe destacar que, são definidos os equipamentos mínimos que os hospitais devem dispor para fazer parte dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento Secundário à Gestante de Alto Risco, mas sem quantificar ou estabelecer parâmetros por número de leitos ou unidades. Da mesma forma ocorre com a equipe mínima sugerida. São citados como imprescindíveis o berço comum e aquecido, a incubadora de transporte e a de parede dupla, bem como o ventilador neonatal, mas sem outras especificações ou quantificações.

A atribuição de recursos para Unidades Neonatais vem na sequência, através da Portaria GM/MS nº 1.091 de 25 de agosto de 1999 que busca organizar a assistência neonatal para RN de médio risco, garantindo o acesso aos diferentes níveis de assistência neonatal e objetivando maior oferta de leitos de cuidados intensivos e dá ênfase ao cuidado intermediário ao criar a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - UCIN no SUS, estabelecendo normas e critérios de sua inclusão no sistema e a definição de recursos no montante de R\$ 13.079.970,00 a serem incorporados aos limites financeiros anuais das UF, destinados ao custeio das UCIN.

Esta portaria é importante sob o ponto de vista do financiamento que agrega aos leitos para cuidados intermediários, mas, não traz uma precisão dos critérios de divisão desse montante entre os estados nem mesmo faz menção a uma memória de cálculo com parâmetros para utilização desse valor.

A inclusão do procedimento “Atendimento ao Recém-nascido de Baixo Peso” (71.300.12-0), na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS ocorreu em 2000, com a publicação da Portaria nº 72, e definiu o pagamento deste procedimento no valor total de R\$ 488,58. Recém-nascido de Baixo Peso refere-se àqueles com peso inferior a 2.500 gramas ao nascimento. Em que pese este valor ter sofrido depreciações por conta da inflação, entende-se neste caso, que o valor foi atribuído sem uma análise de custo, uma vez que não tenha sido explicitada uma memória de cálculo que justifique atribuição dessa importância ao procedimento.

No início dos anos 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PNHPN⁵⁷, no âmbito do SUS, definindo uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto, com a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal. São direcionados a esse componente R\$ 100.000.000,00 oriundos do Orçamento do Ministério da Saúde, sendo deste montante, R\$ 34.038.000,00 destinados à aquisição de equipamentos para as unidades hospitalares cadastradas como referência para gestação de alto risco e para UTI neonatais e, R\$ 310.000.000,00 anuais, destinados ao custeio da “Nova Sistemática de Pagamento da Assistência Obstétrica e Neonatal”, ou seja, através de financiamento do incremento da qualidade assistencial e com a finalidade de melhorar as condições do custeio desta assistência nos hospitais cadastrados no SIH-SUS. No fim do texto dessa portaria identificamos que existe a sugestão para que os hospitais devam de dispor dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à adequada assistência ao parto além de assegurar a assistência médica e de enfermagem ao recém-nascido, mas, não quantifica nem caracteriza estes recursos relevantes⁶³.

Em 2002 foram publicados os Regulamentos Técnicos para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, através da RDC 50 e 307 da ANVISA^{54,58}. Chama a atenção o aparecimento das terminologias e conceitos, atualmente em desuso como, "Berçário de cuidados intensivos associado ao conceito mais atual deste tipo de cuidado – UTI neonatal", com a indicação mínima de 5 leitos de UTIN, sendo 1 berço a cada 80 RN/ano de baixo peso (<2500 g), para todo estabelecimento de saúde que atendesse gravidez ou parto de alto risco.

O termo “berçário” era definido como um ambiente destinado a alojar recém-nascidos e o “berçário de cuidados intermediários”, destinado à assistência ao recém-nascido enfermo e/ou prematuro sem necessidade de cuidados intensivos e/ou aqueles que receberam alta da unidade de terapia intensiva neonatal. O “berçário de cuidados intensivos” foi definido como um ambiente hospitalar destinado à assistência aos recém-nascidos que requeriam assistência médica, de enfermagem, laboratorial e radiológica ininterruptas. Esta RDC também traz o conceito de UTI neonatal como um “berçário intensivo” com todos os ambientes de apoio necessários a terapêutica de maior complexidade. A RDC 307 altera a RDC 50, ao indicar que os estabelecimentos de saúde voltados à atenção ao parto de risco, dispusessem de UTI adulto e neonatal.

O Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal⁵⁹, lançado pelo Ministério da Saúde em 2004 visava redirecionar recursos com vistas à I - organização do acesso através da integração dos níveis de atenção, com garantia da continuidade do cuidado e vinculação da gestante no pré-natal ao serviço que atenderá ao parto, garantia leitos de UTI, e transferência em situação de risco, criação das centrais de leito e consultas/exames, II - adequação da oferta de serviços, regionalizando a assistência ao parto, de forma hierarquizada, com ampliação do cadastro de leitos de UTI, neonatal e adultos para as gestantes, implantação de leitos de UTI e semi-intensivos nos hospitais de referência para gravidez de alto risco, além da definição de prioridade nos processos orçamentários de unidades hospitalares com processo de referência regional para a atenção a gravidez de risco e que disponham de UTI neonatal. Este pacto também prevê a requalificação dos hospitais amigos da criança, ao redefinir critérios e reavaliar a habilitação dos hospitais qualificados como Amigo da Criança, incorporando críticas de qualidade e humanização da assistência obstétrica e neonatal e intensificando o estímulo ao aleitamento materno.

Entre as ações propostas no eixo de qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, encontra-se o Programa de Qualificação das Maternidades (PQM)⁶⁵ e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal⁶⁰, organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH) em conjunto com o DAPES através das Áreas Técnicas de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATSCAM) e da Mulher (ATSM).

Este Plano teve por objetivo aprimorar os processos de gestão e de cuidado nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste. O PQM utilizou o apoio institucional para maternidades selecionadas como prioritárias, foram ainda desenvolvidas oportunidades de capacitação específicas para o cuidado obstétrico e neonatal, através de visitas

a hospitais com desempenho reconhecido pelo MS. Este processo buscou que fossem implantadas inovações na assistência, melhorias nos processos de cuidar e na gestão do trabalho.

Além da qualificação das maternidades em si, o Plano objetivou construir e/ou aprimorar redes de cuidados perinatais, articulando, entre outros, as maternidades do território, outros serviços de referência no cuidado materno-infantil e a Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Pacto pela Saúde, publicado pela Portaria MS/GM nº 399 de 2006, redireciona recursos já aprovados no orçamento, estabelecendo como metas a redução da mortalidade infantil e materna sem, no entanto, explicitar os valores ou fazer referências desse montante para a saúde perinatal⁶¹.

Em 2006 foi publicada a portaria GM/MS de 1683 que instituiu o Método Canguru com a denominação de “Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso”. Este método foi considerado como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reunia estratégias de intervenção biopsicossocial. Conceituou a posição canguru e chamou a atenção que “o método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras” e que não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal. Apesar das evidências que apontavam para a importância deste método, não houve estabelecimento de financiamento específico para este tipo de cuidado no SUS⁶².

A Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS incluiu em 2009, em sua agenda de ações estratégicas o fortalecimento e a expansão do Método Canguru (MS, 2009). Embora, não tenha havido financiamento específico para leitos neonatais, essas ações ofertaram apoio técnico e financeiro para instituir uma rede de centros nacionais com implicações e consequências muito positivas para o campo do cuidado neonatal, como exemplo podemos citar o projeto que culminou na implantação de capacitações e difusão do Método Canguru pelo País.

Sete anos após a publicação da Norma de Atenção Humanizada ao RN de baixo peso foi publicada sua atualização através da Portaria GM/MS nº 1.683⁶⁸, que estabeleceu as “Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru”. Neste momento também aqui, não há interposição de recursos diretos, mas capacitações de profissionais e gestores e apoio técnico. Entre essas capacitações, estão os cursos de reanimação neonatal, as visitas integradas

para trocas de experiências entre serviços de referência e serviços prioritários em relação à mortalidade neonatal.

Em 2008, a ANVISA, divulga a RDC nº 36, que dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. Esta resolução tem por objetivo estabelecer padrões para funcionamento dos serviços com base na qualificação, humanização visando contribuir para a redução e controle dos riscos em serviços de atenção obstétrica e neonatal, sejam públicos, privados, civis ou militares⁶³.

Nesta sequência histórica de normatizações relativas ao cuidado neonatal, a Secretaria de Atenção à Saúde - SAS incluiu o Atendimento ao Recém-nascido no Momento do Nascimento como procedimento a ser financiado a partir de 2008, publicado através da Portaria SAS nº 7. Este procedimento se vincula ao cuidado qualificado na sala de parto e previa a presença do pediatra na sala de parto para ser cobrado.

No período da RC o MS editou um maior número de portarias que de alguma forma se relacionava com o cuidado neonatal.

A Rede Cegonha, como estratégia do Ministério da Saúde busca ser uma estratégia que renovasse os esforços para implementar uma rede de cuidados com vistas a assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (Portaria nº 1.459 de 2011). A Rede Cegonha pactuou enquanto programa de governo, com os gestores e as sociedades a mudança do modelo ao parto e nascimento de risco habitual. Sua concepção não excluiu o componente neonatal, reconhecendo sua contribuição à redução do componente neonatal da mortalidade infantil¹⁷.

Foram estabelecidos incentivos financeiros destinados à reforma, ampliação e custeio diferenciado às unidades hospitalares aderidas ao programa, incluindo recursos para as Unidades Neonatais, ampliou o quantitativo de leitos e vem qualificando a assistência neonatal – em conjunto com a assistência materna - desde então.

Tabela 1 - Leitos habilitados com incentivos de custeio pela Rede Cegonha.

TIPO	LEITOS SUS (Habilitados)	REDE CEGONHA (Novos)	REDE CEGONHA (Qualificados)
Unidade Intermediária Neonatal (UCINCo + UCINCa)	3.769	1.910	2.219
UTI Neonatal - TIPO II e III	4.801	1.190	2.499
Total	8.570	3.100	4.718

Fonte: CNES, consultado em dezembro/2016 e PAR-RC, fevereiro/2016

Com a publicação da Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011, a memória de cálculo dos recursos oriundos da RC foi atualizada e, para o Cuidado Neonatal temos:

- Custeio de Novos e Existentes Leitos de UTI Neonatal – Valor de Diária: R\$ 800,00
- Custeio de Leitos de Cuidado Intermediário Neonatal / UCI – Diária de R\$ 280,00

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 930 de 10 de maio de 2012, foram estabelecidos diretrizes e objetivos para a organização da Atenção Integral e Humanizada ao RN grave ou potencialmente grave. Esta normativa tem fundamental importância na mudança de paradigmas relacionados ao Cuidado Neonatal, pois conceitua o cuidado intensivo neonatal, denominando que a unidade responsável é a Unidade Neonatal constituída por três tipos de leitos: o intensivo, o intermediário convencional e o intermediário canguru. A portaria chama a atenção da necessária vinculação do cuidado indicando que as unidades devem-se organizar de forma a possibilitar um cuidado progressivo entre os tipos de leito. Fica clara a valorização do Método Canguru na concepção do cuidado que se deseja para os RN de risco.

Com a Portaria SAS/MS nº 1.300 de 23 de novembro de 2012, são criadas as habilitações de UTI neonatal (UTI NEONATAL, UTI II NEONATAL e UTI III NEONATAL), informando aos gestores sobre prazos e adequações segundo os parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 930. Esta portaria inclui a diária de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) no valor de R\$ 180,00 e a diária de Unidade de Cuidados Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) no valor de R\$ 150,00.

O financiamento do cuidado intensivo neonatal por parte do MS passou a ter os valores fixados na RC para a UTIN, mas para os leitos intermediários houve um decréscimo, a

proposição na RC era de uma diária por leitos UCI de R\$280,00, enquanto que na Portaria nº 930/2012, passa a propor R\$180,00 para os leitos de UCINCo e R\$150,00 para UCINCa.

A Portaria nº 3.389 de 2013, alterou e acrescentou alguns conceitos à Portaria nº 930/2012, estabelecendo que o conjunto de leitos de Cuidados Intermediários, UCINCo e UCINCa, conterà, no mínimo, 1/3 (um terço) de leitos de UCINCa. Estabelece também que, poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. Esta normativa reafirma que a Unidade Neonatal terá custeio de acordo com o tipo de cada leito, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa. Estabeleceu ainda que a Unidade Neonatal que contasse com leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa deveria ter 10 (dez) leitos totais em ambiente contíguo, compartilhando a mesma equipe prevista para UTIN.

Em 2014 foi instituído, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Qualificação da Gestão e da Atenção ao Parto e Nascimento (PMAQ-Maternidades) com alocação de incentivo financeiro, na perspectiva de ampliar a efetividade da Rede Cegonha. Estes incentivos são destinados às maternidades de risco habitual que realizam 50 ou mais partos por ano pelo SUS, segundo a produção informada no SIH-SUS. Neste programa a qualificação do cuidado intensivo neonatal parecem não ser alvo prioritário, uma vez que não se deve esperar unidades com UTIN em maternidades de risco habitual.

Em 2015 foi publicada por meio da Portaria GM nº 1.130 a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)⁶⁴ com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Ficou definido que as Unidades Neonatais deveriam seguir a proposição de se organizar através de uma Linha de Cuidados Progressivos, com uma articulação entre a complexidade do leito e a condição clínica do RN, reforçando as recomendações da Portaria nº 930/2012.

A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de

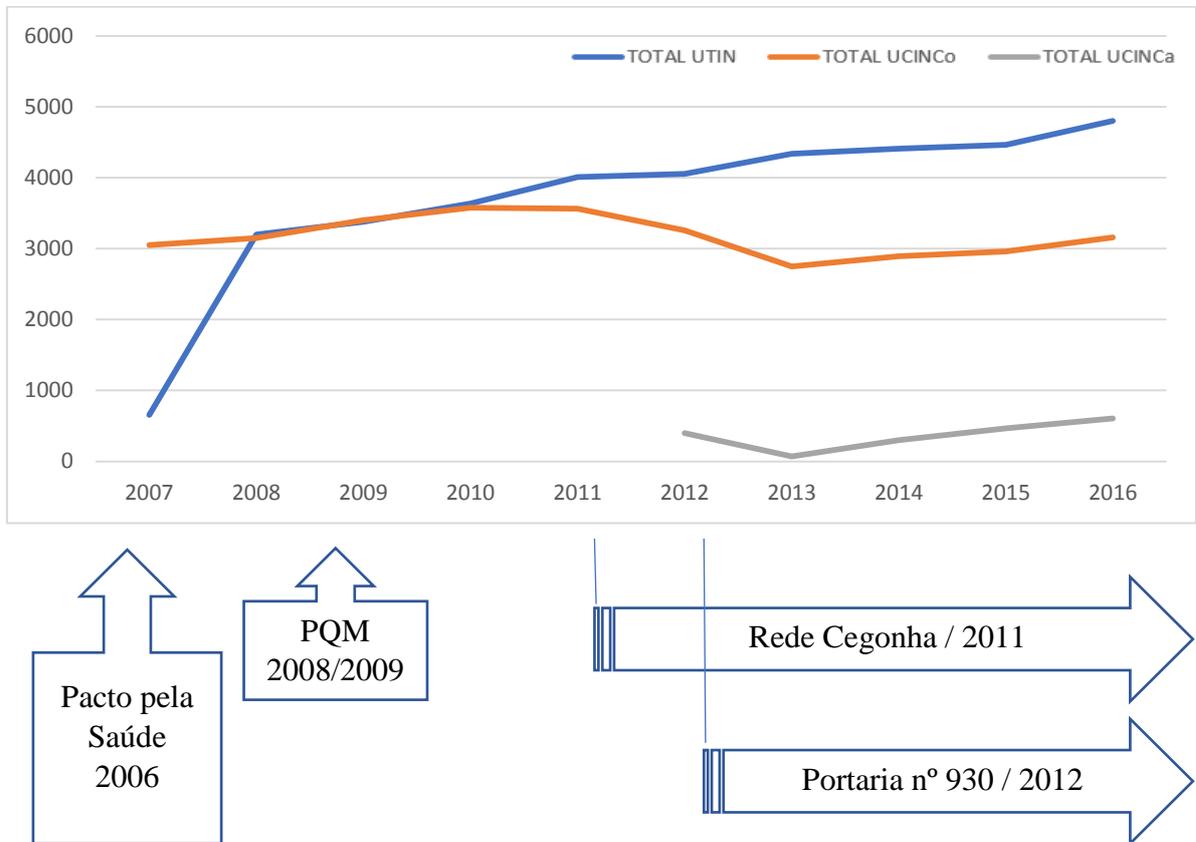
forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

O primeiro eixo da PNAISC foi denominado como “atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido” A sua proposição visa a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção. Previa ainda a vigilância da mortalidade infantil, assumindo o compromisso de contribuir para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal além de possibilitar a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis.

Por fim, em 2016, através da Lei nº 13.257 que estabelece princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano.

No entanto, através da constatação da insuficiência da capacidade instalada, parece existir uma distância entre o que as normativas apregoam e a realidade dos serviços públicos que dispensam o cuidado neonatal no País e, quando não tão insuficiente, a distribuição se mostra heterogênea. Quanto à tendência de crescimento no número de leitos, não se pode concluir que uma ou outra normativa seja relacionada, isoladamente, mas sim, que parece existir num processo de políticas que vinham sendo estudadas ao longo de um período.

Gráfico 3 – Leitos neonatais registrados no CNES, 2007 a 2016 e principais políticas para o Cuidado Neonatal



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2007 a 2016.

6.2 - Série histórica da oferta de leitos e financiamento de Unidades Neonatais

A proposta do estudo foi construir esta série desde 1990, quando da instituição das primeiras regulamentações do SUS. No entanto, não foi possível obter fonte para este dado no MS a não ser a partir da instituição do CNES e da maior estabilidade dos dados neste sistema, o que ocorreu entre os anos de 2006 e 2007. Do mesmo modo, o SIH-SUS só possui dados para extração a partir de 2006.

Analisando a evolução do quantitativo de hospitais que registraram internações em leitos neonatais credenciados ao SUS, nota-se um aumento expressivo entre 2006 e 2011 (30%) e entre 2011 e 2016 bastante menor (9%). Uma possível explicação para este comportamento seria a diminuição dos hospitais de pequeno porte ao longo dos anos e a redistribuição dos tipos de leitos (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de hospitais que apresentaram internações em leitos neonatais nos anos de 2006, 2011 e 2016, nas Regiões Brasileiras

REGIÃO / ANO	Nº DE HOSPITAIS COM INTERNAÇÃO EM LEITOS NEONATAIS		
	2006	2011	2016
NORTE	12	29	33
NORDESTE	45	69	86
CENTRO-OESTE	24	31	27
SUDESTE	142	193	212
SUL	68	88	90
TOTAL	291	410	448

Fonte: SIH-SUS, 2006 a 2016

Quando se analisou o número de leitos cadastrados por hospitais em 2016, foi possível identificar que 80% deles possuem UTIN maior que 6 leitos (Tabela 3). A literatura aponta uma relação inversa entre o tamanho da Unidade Neonatal e a mortalidade, as justificativas registradas incluem a manutenção da capacitação da equipe para as diversas situações clínicas e o acesso as diferentes tecnologias necessárias ao cuidado dos RN de risco⁶⁵.

Tabela 3 – Distribuição de hospitais segundo o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Nº de Leitos de UTIN II	Nº Hospitais	%
1	3	0,6
2	10	2,1
3	11	2,3
4	23	4,8
5	40	8,4
6 a 10	152	31,8
>10	239	50
Total	478	100

FONTES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2013²⁴.

A série histórica de leitos neonatais credenciados no SUS foi construída a partir de 2007, sendo posterior ao aumento da oferta deste cuidado no País, embora pareça ter sido sensível aos investimentos do MS no PQM/PMAQ entre 2008 e 2009. Aqui verificou-se um crescimento de cerca de 300 leitos entre 2009 e 2010, concentrados nas regiões sul e sudeste. Os investimentos aportados ao sistema no período desde a instituição da RC (2011) corresponderam ao aumento

de cerca de 800 leitos até 2016, sendo os maiores crescimentos percentuais observados nas regiões Norte (36%) e Nordeste (24%). Considera-se um aspecto positivo deste período por possibilitar uma redução das desigualdades regionais, favorecendo as regiões que concentram as maiores mortalidades neonatais.

A série também demonstrou que o crescimento do número de leitos de UTIN foi o mais expressivo dentre todos os tipos de leitos da Unidade Neonatal conforme mostra a Tabela 04.

Tabela 04 – Distribuição dos leitos de Terapia Intensiva Neonatal (I, II e III) nos últimos 10 anos, por Região

Regiões	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
N	0	186	190	200	200	204	237	249	286	313
NE	102	589	576	652	811	799	844	901	946	1.064
SE	295	1.506	1.595	1.705	1.869	1.923	2.002	2.070	2.072	2.209
S	179	689	754	782	816	817	843	883	862	893
CO	80	230	266	298	312	312	414	307	301	322
TOTAL	*656	3.200	3.381	3.637	4.008	4.055	4.340	4.410	4.467	4.801

* Desconsiderar na análise – possibilidade de sub-registros / sistema em implantação (nota do autor)

Fonte: CNES / TabNet / DATASUS

Ao rever a literatura internacional em busca de parâmetros que poderiam ter influenciado as normativas brasileiras, encontramos que, em 2002 nos Estados Unidos, Goodman et al⁶⁶ já verificavam como se dava a oferta de leitos de terapia intensiva neonatal, suas variações regionais e a relação com a mortalidade neonatal precoce. Constataram à época a existência de uma média de 3,37 leitos para cada 1.000 nascido vivos, mas este número não parecia ter uma relação consistente com a mortalidade neonatal.

Outro estudo realizado pela Sociedade Espanhola de Neonatologia (SEN), em 2004, foi capaz de definir níveis assistenciais e recomendações mínimas para a atenção neonatal na Espanha. Concluíram que as Unidades que proporcionavam assistência a RN deviam estar organizadas dentro de um sistema de regionalização de cuidados perinatais⁵⁹. Como exemplos dessas recomendações, podemos citar que as hospitalizações conjuntas de mãe e filho deviam ocorrer em enfermarias com, no máximo, dois leitos e aconselhava que a assistência perinatal se organizasse em níveis de complexidade assistenciais I, II e III.

Garcia et al⁵⁹ faz referência a estas recomendações, analisando a parametrização espanhola e constatando que o recém-nascido deveria ser tratado no local mais adequada às suas necessidades prevendo melhores resultados para a queda da mortalidade neonatal e melhora na qualidade da assistência perinatal⁶⁷.

No entanto, no Brasil, as normativas que estabelecem parâmetros de organização da assistência perinatal, não citam as fontes dessas regulamentações e sobre que aspectos elas se organizam. Algumas normativas, citam os valores dispendidos sem explicitar o quantitativo físico a que esse valor deve ser empenhado. Outras vezes, são criadas regulamentações sem a transparência da análise de oferta que norteia esses parâmetros.

Ao considerarmos a relação entre as diárias que os leitos existentes poderiam realizar e as registradas no SIH-SUS tem-se um número equivalente a cerca de 40% para os leitos de UTIN, acima de 100% para a UCINCo e cerca de 20% para UCINCa. Esta informação foi produzida para verificar-se a consistência dos registros de diárias no SIH-SUS uma vez que a metodologia previa que seria também construída uma série histórica das diárias pagas como um outro recurso para verificar a implantação do cuidado neonatal no país e a utilização dos leitos existentes. No entanto a análise realizada indicava a inviabilidade do uso destes dados, uma vez que foi encontrada uma grande diferença entre os valores estimados de diárias e os extraídos do SIH-SUS, portanto, não foi possível de ser explicada e parecia indicar que tal diferença pudesse advir de dificuldades de registro dos serviços prestados no sistema.

Tabela 05 – Estimativa de diárias, por tipo de leitos, nas Regiões Brasileiras em comparação com os registros de diárias no SIH-SUS

Região	Tipo de Leito da Unidade Neonatal / 2016								
	UTIN			UCINCO			UCINCA		
	Estimativa de diária p/leito existente	Diárias registradas no SIH/SUS	%	Estimativa de diária leito existente	Diárias registradas no SIH/SUS	%	Estimat. de diária leito existente	Diárias regist. no SIH/SUS	%
N	114.245	37.317	33%	34.310	27.406	80%	34.310	2.892	8%
NE	388.360	156.350	40%	79.935	123.506	155%	79.935	24.927	31%
CO	117.530	48.755	41%	8.760	17.765	203%	8.760	682	8%
SE	806.285	345.948	43%	57.305	95.447	167%	57.305	6.272	11%
S	325.945	159.789	49%	41.610	49.866	120%	41.610	5.189	12%
TOTAL	1.752.365	748.159	43%	221.920	313.990	141%	221.920	39.962	18%

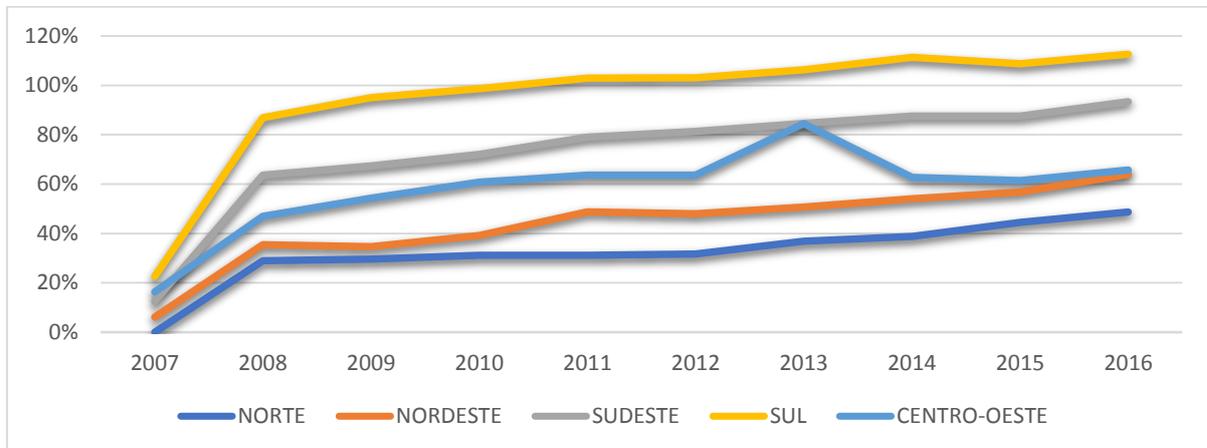
Fonte: SIH-SUS / 2016

A qualidade do cadastro do CNES tem sido uma das questões relevantes para esta pesquisa e também à gestão do MS. Durante o período de 2013 e 2014, pude observar, como consultora técnica, da CGSCAM que houve intensa negociação com os estados com o objetivo de qualificar o registro dos leitos no CNES. Houve relatos de leitos desabilitados neste período decorrente de revisão realizada pelo MS. Por ocasião do lançamento da Rede Cegonha e, com o início do processo de monitoramento do programa, apenas os leitos devidamente operacionais e legítimos do ponto de vista sanitário deveriam estar credenciados. Não houve relatos à época de que o processo de descredenciamento de leitos nesse contexto tenha afetado diretamente a assistência uma vez que tais leitos habilitados no CNES não estavam necessariamente em funcionamento, ou mesmo, existiam de fato.

Até 2011, antes da publicação da Portaria nº 930/2012, os próprios gestores, municipais e estaduais, habilitavam seus leitos no CNES. A partir de 2012, o gestor local passou a enviar o processo de habilitação para análise do Ministério da Saúde. A metodologia se torna mais burocrática, mas, de certa forma mais fidedigno, uma vez que é indispensável anexar relatórios da vigilância sanitária atestando as condições do leito.

A análise da série histórica construída para o período de 2007 a 2016 foi realizada considerando cada tipo de leito e as regiões brasileiras. Durante todo o período observado, os leitos de UTIN são os que mais se aproximam de uma suficiência, enquanto que os leitos de UCINCo ficam na faixa dos 60% da suficiência e os UCINCa ficam entre 30 e 40%. Observa-se também a variação entre as regiões, o que corrobora com o estudo de suficiência apresentado no contexto das simulações de cenários. A Região Sul ultrapassa, em 2010, a suficiência de leitos, enquanto que a Região Sudeste somente se aproxima da suficiência em 2016. As outras regiões mantem-se abaixo de 60% de cobertura - Gráfico 4.

Gráfico 4 – Percentual da necessidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de 2007 a 2016



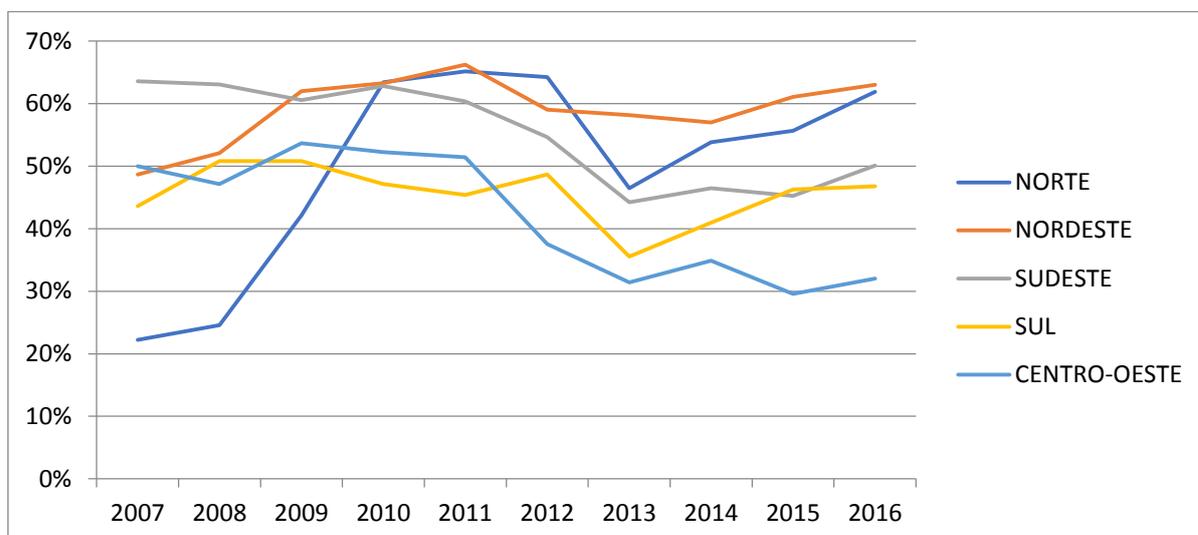
Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2007 a 2016.

Verifica-se uma progressão no aumento dos leitos de UTIN entre 2007 e 2010 e após 2013. Com o advento da Rede Cegonha e a publicação da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, as análises do MS foram no sentido de compreender que ocorreu por parte dos gestores, uma reavaliação e redistribuição dos seus leitos de UTIN e, por parte do MS, um acompanhamento e monitoramento mais intensivo da habilitação e distribuição de leitos.

Neste contexto, leitos ora habilitados como UTI, mas que eram utilizados para cuidados semi-intensivos, puderam ser realocados e habilitados como UCINCo e até mesmo como UCINCa. Isso poderia explicar o decréscimo de leitos de UTIN entre 2011 e 2013. A partir de 2013, com a regularização de habilitações e um melhor entendimento do Cuidado Progressivo Neonatal, o número de leitos de UTIN volta a subir, acompanhando uma progressão nos demais tipos.

Quanto à distribuição de leitos de cuidados intermediários, nota-se uma tendência à estabilidade, mas nenhuma das regiões alcança mais de 70% da necessidade de leitos, observando-se ainda variações entre as regiões. O mesmo fenômeno ocorrido com os leitos de UTIN, onde o número de habilitações cai entre 2012 e 2014, tem aqui a mesma explicação: são leitos informados como aptos a serem habilitados, mas que não estavam operacionais ao monitoramento in loco – Gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição dos leitos de UCINCo entre 2007 e 2016 nas Regiões Brasileiras



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2007 a 2016.

Tabela 06 – Distribuição dos leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru a partir de 2012 e análise da suficiência / Parâmetros Portaria nº 930/2012

REGIÕES / ANOS	2012	2013	2014	2015	2016	SUFICIÊNCIA	% do Leitos de UCINCa x suficiência 2016
NORTE	52	11	54	69	94	322	29
NORDESTE	159	51	126	205	219	833	26
SUDESTE	99	3	62	72	157	1.183	13
SUL	44	3	49	105	114	396	29
CENTRO-OESTE	47	0	9	15	24	245	10
TOTAL	401	68	300	466	608	2.979	20

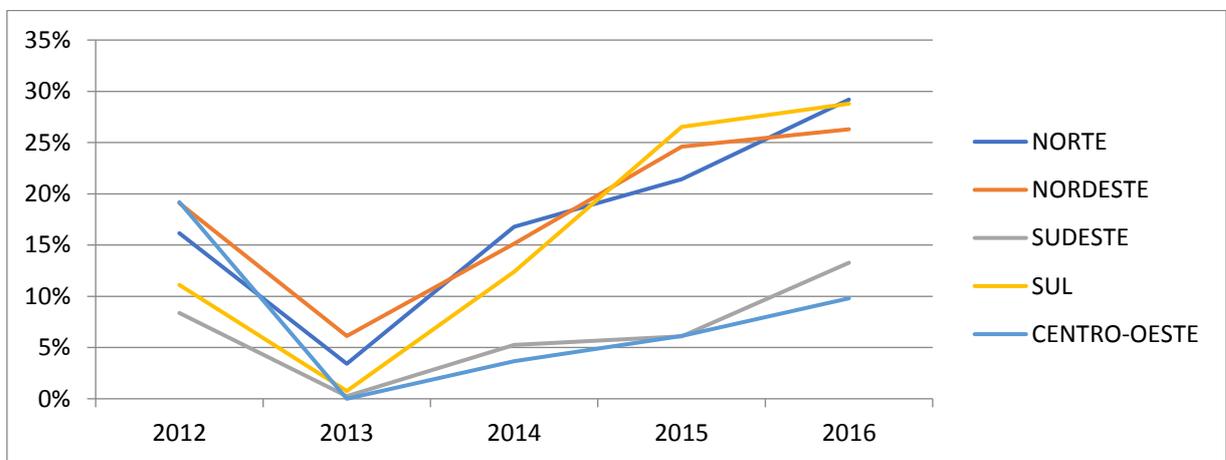
Fonte: CNES, dezembro de 2012 a dezembro de 2016

Os leitos destinados ao Método Canguru são, necessariamente, os que apresentam maior déficit entre os leitos neonatais. Considerando números absolutos, a Região Nordeste é a que concentra o maior número de UCINCa em 2016, sendo também a Região que apresentou maior evolução quantitativa desde a criação e a previsão de financiamento deste leito em 2012. As possíveis oscilações podem estar relacionadas ao fato de este leito estar condicionado à

existência de UCINCo nos estabelecimentos de saúde, de acordo com a Portaria GM/MS nº 930 de 2012.

Em termos relativos com a suficiência, considerando o ano de 2016, temos que os leitos de UCINCa correspondem a apenas 20% da suficiência de acordo com os parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012. A Região Centro-Oeste aparece como a Região mais deficitária desses leitos. Embora nenhuma Região brasileira chegue a atingir 30% da suficiência dos leitos de UCINCa, as regiões Norte, Nordeste e Sul foram as que mostraram maior quantidade deste leito.

Gráfico 6 - Distribuição dos leitos de UCINCa entre 2007 e 2016 nas Regiões Brasileiras

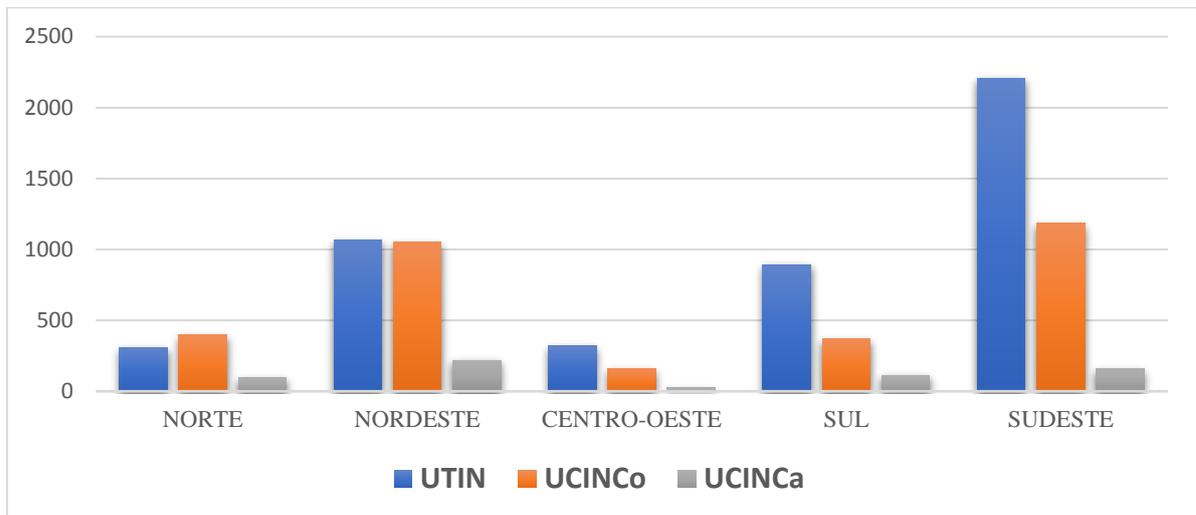


Fonte: CNES, dezembro de 2012 a dezembro de 2016

6.3 Estimativa e análise da necessidade de leitos de Unidades Neonatais para o País através da construção de cenários, segundo os parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012

O Brasil conta atualmente com 8.565 leitos de Unidade Neonatal, distribuídos em três tipos de leitos estabelecidas na Portaria GM/MS nº 930 de 2012. A UTIN corresponde a mais da metade desse total de leitos (56%), a UCINCo vem em segundo lugar com 37% dos leitos neonatais e a UCINCa aparece com apenas 7%.

Gráfico 7 – Distribuição dos leitos neonatais habilitados no SUS nas Regiões brasileiras, por tipo



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, dezembro de 2016

A simulação de seis diferentes cenários objetivou aprofundar a compreensão sobre a suficiência de leitos nas cinco regiões brasileiras e também como se comportava cada estado quando confrontado com cada cenário específico.

6.3.1 Cenário 1: Cálculo da necessidade de leitos, considerando a estimativa de leitos de terapia intensiva neonatal como sendo 5% do número de leitos obstétricos totais no SUS

No final dos anos 90, a única orientação para cálculo de estimativa de oferta de leitos relacionados à Unidade Neonatal foi dada através da Portaria GM/MS nº 3.477 de 1998 que se referia a instituição dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco e trazia no seu Artigo 3º, a orientação de que o número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deveria ser de 5% dos leitos obstétricos totais credenciados no SUS, não mencionando previsão para leitos de cuidado intermediário.

Atualmente, estes leitos são apresentados no CNES como leitos obstétricos cirúrgicos e leitos obstétricos clínicos. Para que pudéssemos simular um cenário onde esta orientação ainda vigorasse, considerou-se o número total de leitos obstétricos habilitados no SUS, em dezembro de 2016, calculando assim a estimativa da oferta para leitos de UTI neonatal (Apêndice 2).

Tabela 07 – Suficiência de leitos de UTI neonatal considerando 5% dos Leitos Obstétricos como cálculo para estimativa da necessidade, por Região

REGIÃO	Leitos Obstétricos Totais SUS	5% dos Leitos Obstétricos Totais			% De Cobertura UTIN
		Leitos UTIN	Suficiência	Adequação	
		Hab. SUS	UTIN	UTIN	
Região Norte	4.412	308	221	87	140
Região Nordeste	15.003	1.064	750	314	142
Região Sudeste	12.327	2.209	616	1.593	358
Região Sul	5.746	893	287	606	311
Região Centro-Oeste	3.235	322	162	160	199
Total	40.723	4.796	2.036	2.760	236

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

Este cenário projeta uma estimativa de leitos de UTI neonatal aquém da estabelecida considerando os cálculos atuais (Portaria nº 930/2012). A exceção dos estados do Amapá e Piauí, todas as Regiões atingiriam a suficiência de leitos de terapia intensiva neonatal se este cenário vigorasse, sem déficit de leitos em números absolutos.

6.3.2 Cenário 2: Cálculo da necessidade de leitos, segundo parâmetros da RDC nº 50 de 2002, considerando o número de nascidos vivos com peso inferior a 2.500 gramas e 1 leito de UTI neonatal para cada 80 RN/ano < 2500g

O SINASC não disponibiliza em suas bases de dados abertas o peso ao nascer e idade gestacional combinados de forma a compor um indicador mais preciso de quais RNs necessariamente deveriam utilizar o cuidado intensivo neonatal (RN com PN<1500g e <32 sem IG)³¹, desta forma, é complexa uma descrição da clientela assistida no país no cuidado neonatal e que pudesse embasar uma estimativa da população que, de fato, demanda este tipo de cuidado.

A intenção, neste cenário, foi verificar como se comportaria a suficiência de leitos intensivos neonatais diante dos parâmetros estabelecidos após a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada nº50 de 2002⁶⁸. Esta RDC trazia a obrigatoriedade de que todo estabelecimento de saúde que atendesse gravidez e/ou parto de alto risco, tivesse um mínimo de 5 leitos de “berçário de cuidados intensivos”, sendo 1 berço a cada 80 RN/ano de baixo peso

(< 2500 g). Cabe ressaltar que este dimensionamento vigorou até a publicação da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, ou seja, por dez anos.

Este dimensionamento indica uma necessidade significativamente menor que a Portaria GM/MS nº 930 de 2012. Segundo Buerton (1995)⁶⁹ desde os anos 90 já existiam estudos nos EUA e Inglaterra indicando uma estimativa próxima à adotada pela Portaria nº930/2012.

Tabela 08 - Déficit de leitos da Unidade Neonatal segundo parâmetros da RDC nº 50 de 2002, considerando 1 leito de UTI neonatal para cada 80 RN/ano < 2500g

REGIÃO	Peso < 2500g	5 leitos p/ cada 80 NV	UTIN HAB. SUS	% COBERTURA DE UTIN
Norte	24.770	310	308	103
Nordeste	64.777	810	1.064	132
Sudeste	107.272	1.341	2.209	165
Sul	34.204	428	893	209
Centro-Oeste	20.221	253	322	128
Total	251.244	3.141	4.796	154

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

À exceção da Região Norte, com quatro de seus estados (Acre, Amazonas, Roraima, Amapá) e dois estados da Região Nordeste (Piauí e Pernambuco) apresentando pequenos déficits, em todas as demais Regiões esta estimativa apontaria para um excedente de leitos de UTIN, totalizando um superávit de mais de 1.600 leitos.

6.3.3 Cenário 3: Cálculo da necessidade de leitos, segundo parâmetros da Portaria nº 930/2012, considerando 100% do número de nascidos vivos

Este cenário mostra o cálculo da necessidade de leitos tal como previsto pela portaria, considerando o número total de nascidos vivos por Região e Unidade Federada. As tabulações apresentadas consideram os dados das regiões e aqueles referentes aos estados e UF encontram-se no Apêndice 4.

O déficit de leitos neonatais caracteriza este cenário quando se considera todo o país, observando-se heterogeneidade entre as Regiões e tipos de leitos. Não somente as Regiões

apresentam déficit distinto, mas em cada uma delas a cobertura potencial, segundo seus estados, também varia.

Apenas cinco estados apresentam excedentes de leitos de UTIN: Sergipe (único estado da Região Nordeste), Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná (que apresenta o maior excedente de leitos de UTIN- 76 leitos) e Rio Grande do Sul.

Tabela 09 - Estimativa de leitos segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012 para a cobertura SUS da população, segundo regiões e tipos de leitos

REGIÃO	NASCIDOS VIVOS	PARÂMETROS PT. 930		
		UTIN	UCINCo	UCINCa
NORTE	321.682	643	643	322
NORDESTE	833.090	1.666	1.666	833
CENTRO-OESTE	245.076	490	490	245
SUL	396.462	793	793	396
SUDESTE	1.182.949	2.366	2.366	1.183
TOTAL	2.979.259	5.959	5.959	2.979

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

A análise por Região demonstra que o Nordeste é a Região com maior déficit de leitos de UTIN em valor absoluto e segundo em termos relativos, e a Região Norte apresenta o maior déficit percentual. Em relação aos leitos de UCINCo e UCINCa, o déficit ocorre em todas as regiões, sendo mais expressivo na Região Centro-Oeste em termos proporcionais. O déficit de leitos de UCINCa é maior do que os outros tipos de leitos, ou seja, déficit de 80% da necessidade.

Tabela 10 - Adequação de leitos habilitados SUS segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, considerando o número total de nascidos vivos

	Déficit de leitos de Unidade Neonatal					
	UTIN		UCINCo		UCINCa	
	Nº leitos	%	Nº leitos	%	Nº leitos	%
NORTE	-335	-52	-245	-38	-228	-71
NORDESTE	-602	-36	-616	-37	-614	-74
CENTRO-OESTE	-168	-34	-333	-68	-221	-90
SUL	100	13	-422	-53	-282	-71
SUDESTE	-157	-7	-1181	-50	-1026	-87
TOTAL	-1.163	-116	-2.798	-246	-2.371	-393

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

A Região Sul é a única a apresentar suficiência de leitos intensivos com 100 leitos acima da necessidade calculada, mas, em contrapartida, é uma das Regiões com maior déficit de UCINCo e a segunda em déficit de UCINCa. O Sudeste apresenta o maior déficit de UCINCo seguido pela Região Nordeste. Em termos relativos, o Norte possui o maior déficit de UCINCa do país.

Tabela 11 - Número de Estados por Região que ofertam cobertura de leitos da Unidade Neonatal igual ou superior a 70%

REGIÕES	Nº UF	UTIN	UCINCo	UCINCa
NORTE	7	1	2	0
NORDESTE	9	4	3	1
SUDESTE	4	4	0	0
SUL	3	3	1	0
CENTRO-OESTE	4	2	1	0
TOTAL	27	14	7	1

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

Considerou-se uma cobertura de 70% da necessidade segundo os tipos de leitos e verificou-se quantas UF em cada Região atendiam a esta cobertura. Neste contexto, nota-se que apenas 14 dos 27 estados, apresentam cobertura de UTIN igual ou acima de 70% (Tabela 11),

enquanto que 7 estados apresentam tal cobertura para os leitos de UCINCo e somente o estado de Sergipe apresenta esta cobertura para UCINCa. Todos os estados das regiões Sul e Sudeste apresentam esta cobertura quando se analisa os leitos de UTIN, mas não mantem o mesmo perfil para os outros dois tipos de leitos, revelando importantes déficits para a realização do Cuidado Progressivo Neonatal.

6.3.4 Cenário 4: Cálculo da necessidade de leitos, considerando o número de nascidos vivos excluindo-se os óbitos neonatais precoces - 0 a 6 dias

O propósito deste cenário foi examinar a suficiência de leitos da Unidade Neonatal e a possível influência dos óbitos precoces e sua variabilidade entre as Regiões brasileiras. Neste sentido, foram considerados os dados disponíveis nos sistemas para o ano de 2014. Subtraiu-se do número de nascidos vivos (2.979.259, em 2014 / SINASC) os óbitos de recém-nascidos ocorridos nos seis primeiros dias de vida, ou seja, óbitos neonatais precoces, e que totalizavam 20.285, correspondendo a cerca de 6,8/1000NV para o país. A maior mortalidade precoce ocorreu nas regiões Nordeste (8,2/1000NV) e Norte (7,8/1000NV).

Tabela 12 – Déficit de leitos da Unidade Neonatal segundo parâmetros da Portaria nº 930/2012 excluindo os óbitos neonatais precoces

REGIÃO	SINASC – ÓBITOS < 6 DIAS	PARÂMETROS PT. 930/2012		
		UTIN	UCINCo	UCINCa
NORTE	319.160	638	638	319
NORDESTE	826.297	1.653	1.653	826
CENTRO-OESTE	243.414	487	487	243
SUL	394.258	789	789	1.176
SUDESTE	1.175.845	2.352	2.352	1.183
TOTAL	2.958.974	5.919	5.919	3.747

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014

Este cenário aproxima-se muito do anterior, o que demonstra que as subtrações dos óbitos neonatais precoces não tiveram impacto relevante na estimativa de leitos neonatais. A diferença da necessidade de leitos de UTIN, deste cenário para o anterior, não chega a 50 leitos para todo o país. O percentual de cobertura de leitos, nos três tipos, não sofre variações significativas em relação ao cenário anterior.

Tabela 13 - Adequação de leitos habilitados SUS segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, considerando o nº total de Nascidos Vivos, excluindo os óbitos neonatais precoces

	UTIN		UCINCo		UCINCa	
	Nº leitos deficitários	%	Nº leitos deficitários	%	Nº leitos deficitários	%
Centro-Oeste	-165	-34	-330	-68	-219	-90
Nordeste	-589	-36	-603	-36	-607	-73
Norte	-330	-52	-240	-38	-225	-71
Sudeste	-143	-6	-1.167	-50	-1.019	-87
Sul	104	13	-418	-53	-280	-71
Total	-1.122	-23	-2.757	-49	-2.351	-78

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014

A Região Sul mantém sua suficiência de em leitos de UTIN e sua insuficiência de leitos intermediários. O Sudeste se aproxima de uma suficiência em UTIN, mas é a Região com maior déficit de leitos de UCINCo e UCINCa em se tratando de números absolutos. O Centro-Oeste segue como a Região mais deficitária em leitos de cuidados intermediários.

6.3.5 Cenário 5: Cálculo da necessidade de leitos, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, considerando 75% do número de nascidos vivos

O desenho deste cenário considera a proporção da população brasileira coberta pelo SUS utilizando uma estimativa média de 75% (IDB,2012)⁷⁰. Supondo, portanto, que todas as UFs possuam igual cobertura populacional, procedemos o cálculo considerando 75% do número de nascidos vivos para todos os estados.

Este cenário projeta uma menor necessidade de leitos neonatais. Seriam necessários menos 1.200 leitos de UTIN em relação ao Cenário 3 e a mesma quantidade para os leitos de UCINCo enquanto que a redução da necessidade para os leitos de UCINCa seria de 645 leitos.

Tabela 14 – Estimativa de leitos, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, para a cobertura SUS da população

Região	Nascidos Vivos x 75% Cobertura SUS	Parâmetros Portaria GM/MS Nº 930 de 2012		
		UTIN	UCINCo	UCINCa
NORTE	241.262	483	483	241
NORDESTE	624.818	1.250	1.250	625
CENTRO-OESTE	183.807	368	368	184
SUL	396.462	793	793	396
SUDESTE	887.212	1.774	1.774	887
TOTAL	2.333.561	4.667	4.667	2.334

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

Neste contexto, o Sudeste passa a ser suficiente em relação aos leitos de UTIN e a região Centro-Oeste está próxima desta suficiência. Sergipe é o único estado a apresentar suficiência de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa – Apêndice 6.

Os maiores déficits concentram-se nas regiões Norte e Nordeste. Esta estimativa não muda o cenário dos leitos de UCINCo e UCINCa onde o déficit caracteriza todas as Regiões (Tabela 15).

Tabela 15 - Déficit de leitos habilitados SUS segundo parâmetros da Portaria nº 930/2012 considerando o nº total de Nascidos Vivos

REGIÃO	CENÁRIO 5: 75% SINASC					
	Adequação de leitos de Unidade Neonatal					
	UTIN		UCINCO		UCINCA	
	Nº leitos	%	Nº leitos	%	Nº leitos	%
CENTRO-OESTE	-46	-12	-211	-57	-160	-87
NORDESTE	-186	-15	-200	-16	-406	-65
NORTE	-175	-36	-85	-18	-147	-61
SUDESTE	435	24	-589	-33	-730	-82
SUL	298	50	-224	-38	-183	-62
Total	327	2	-1.308	-32	-1.626	-71

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

Segundo os dados da ANS, pode-se observar variações expressivas na proporção da população beneficiária de planos de saúde privados segundo os estados e Regiões. Por exemplo, no Acre apenas 6% da população é beneficiária de planos de saúde enquanto que em São Paulo, essa proporção sobe para 43%. A Taxa de Cobertura de Planos de Saúde média para o Brasil em 2016 foi de 24,7%, valor considerado neste cenário e que não permite descrever as referidas variações.

Este cenário foi descrito por ser aquele que tem sido adotado pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno – CGSCAM do Ministério da Saúde em seus planejamentos e priorizações de demandas, sendo realizada mensalmente a atualização dos leitos habilitados SUS. Cabe ressaltar que este cálculo deveria ser ajustado para considerar as variações da cobertura do SUS em cada estado e Região, dotando a CGSCAM de uma estimativa mais acurada.

6.3.6 Cenário 6: Cálculo da necessidade de leitos, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, considerando o percentual de cobertura SUS do número de nascidos vivos específico para cada estado

Por fim, descrevemos este cenário que, a partir da análise dos cenários anteriores, demonstra ser o mais apropriado para uso pela CGSCAM uma vez que projeta uma adequação de leitos baseada na proporção de leitos considerando a cobertura SUS específica de cada estado.

Tabela 16 – Estimativa de leitos, segundo parâmetros da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, para a cobertura SUS da população

REGIÃO	SINASC 2014 x % POP COB SUS	Parâmetros Portaria GM/MS Nº 930 de 2012		
		UTIN	UCINCo	UCINCa
NORTE	241.262	573	573	286
NORDESTE	733.119	1.466	1.466	733
CENTRO-OESTE	196.061	392	392	196
SUL	301.311	603	603	301
SUDESTE	745.258	1.491	1.491	745
TOTAL	2.333.561	4.524	4.524	2.262

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

Em comparação com os cenários 3 e 5, respectivamente, os que consideram a proporção de leitos neonatais para cada 1000 nascidos vivos e a que considera 75% de cobertura SUS, temos com o cenário 6 resultados intermediários de suficiência e adequação de leitos. Aqui, passamos a ter uma suficiência de leitos de UTIN, mas o cuidado progressivo, representado pela existência de leitos de cuidado intermediário, não se comporta da mesma forma mantendo-se insuficiente em todas as Regiões.

Tabela 17 - Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 930/2012, considerando a média de cobertura SUS específica para cada UF

CENÁRIO 6: COBERTURA SUS ESPECÍFICA POR UF						
Adequação de leitos de Unidade Neonatal						
REGIÃO	UTIN	%	UCINCO	%	UCINCA	%
NORTE	-265	54	-175	70	-192	33
NORDESTE	-402	73	-416	72	-514	30
SUDESTE	718	148	-306	80	-588	21
SUL	290	148	-232	62	-187	38
CENTRO-OESTE	-70	82	-235	40	-172	12
TOTAL	272	106	-1.363	70	-1.654	27

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

São identificadas maiores variações de necessidade de adequação de leitos entre os estados, o que é esperado, uma vez que se tomou como base de cálculo a cobertura populacional do SUS específica de cada estado (Tabela 17). Este cenário parece trazer uma perspectiva mais justa em comparação com as demais e, portanto, acreditamos ser a melhor opção para ser utilizada quando não há possibilidade de financiamento de leitos neonatais tal como previsto na Portaria nº 930/2012.

6.4 Análise Conjunta dos Cenários

Ao se fazer uma análise conjunta dos seis cenários, deve-se ressaltar que o cenário 3, corresponde ao previsto na Portaria GM/MS nº 930 de 2012 e em suas alterações que atualmente regulamentam a Unidade Neonatal em termos de oferta e processo de trabalho. A portaria

estabelece toda necessidade de leitos independente de ser ofertado pelo SUS ou pela saúde suplementar.

A exclusão dos óbitos neonatais precoces no cenário 4, não se mostrou sensível a análises distintas das obtidas com o calculado considerando a Portaria GM/MS nº 930 de 2012, a diferença entre Regiões onde há maior taxa de óbitos também não se mostrou um fator a ser considerado. Este cenário pode, portanto, ser descartado na análise de oferta de leitos.

A análise que considera a cobertura do SUS (Cenário 5) reduz significativamente a necessidade de leitos, no entanto deve-se avaliar que o cálculo deveria ser realizado ponderando as variações de cobertura do setor privado entre os estados e Regiões (Cenário 6). Deve-se ainda levar em conta a realidade econômica brasileira pois a cobertura do setor privado tem um comportamento susceptível às variações de mercado e do poder aquisitivo da população que, eventualmente, pode ter implicações significativas na cobertura deste cuidado crítico. Além do mais, estar coberto por um plano de saúde hoje em dia, não implica necessariamente, beneficiar-se de procedimentos de alto custo ou vagas em unidades de tratamento intensivo. O cenário 5 tem relevância por ser aquele atualmente adotado pela CGSCAM para fins de priorização de ações relacionadas a cobertura de leitos neonatais para o país, juntamente com dados referentes ao óbito neonatal.

Para os leitos de terapia intensiva, dois outros cenários puderam ser calculados baseados em normativas dos anos 1998 e 2002. Estas portarias não fazem referência direta ao cuidado intermediário e, portanto, não se encontrou parâmetro para este cálculo. Estes cenários (1 e 2) apontam para uma menor exigência de oferta de leitos, o que poderia estar associado ao momento da expansão deste cuidado no SUS.

O cálculo em separado para cada tipo de leito e os déficits diferenciados observados, são maiores para o cuidado intermediários sendo a oferta mais restrita à de UCINCa. Este processo parece apontar para um esforço de implantação do conceito de Unidade Neonatal conforme estabelecido na Portaria GM/MS nº 930/2012 e ressaltar o conceito de cuidado progressivo, possibilitando que o RN seja cuidado no melhor tipo de leito para cada momento da assistência.

Tabela 18 – Adequação de leitos de UTIN segundo os cenários estudados

REGIÃO	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 4	Cenário 5	Cenário 6
	5% dos leitos obstétricos 1998	<2500g 5 leitos p/ 80 NV 2002	Portaria GM/MS nº 930 de 2012	Exclusão óbitos precoces	Cobertura 75% SUS	Cobertura % SUS por UF
NORTE	87	-2	-335	-330	-175	-265
NORDESTE	314	254	-602	-589	-186	-402
SUDESTE	1.593	868	-157	-143	435	718
SUL	606	465	100	104	298	290
CENTRO-OESTE	160	69	-168	-165	-46	-70
TOTAL	2.760	1.655	-1.163	-1.122	327	272

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, dezembro de 2016; SINASC 2014; ANS, dezembro de

2016

Observa-se déficit de leitos intensivos em quase todas as regiões brasileiras, principalmente quando se destaca os cenários projetados nos três primeiros cenários. O cenário 5, usualmente utilizado pela CGSCAM para avaliação das demandas relativas à habilitação de leitos, revela uma suficiência de UTIN no Sudeste e no Sul do país. Esta suficiência deixa de ocorrer no Sudeste quando 100% dos nascidos vivos são considerados no cálculo. O Sudeste também se destaca em superávit de leitos de UTIN quando o parâmetro de cálculo passa a considerar 5% de seus leitos obstétricos habilitados no SUS e ao considerar os parâmetros da RDC nº 50 de 2002.

Mais uma vez, nota-se que o cenário 6 parece representar uma distribuição mais justa de leitos entre as Regiões sem se distanciar muito do que hoje é preconizado (pouco mais de 50 leitos de diferença para o país).

Tabela 19 – Adequação de leitos de UCINCo segundo os cenários estudados

REGIÃO	Cenário 3	Cenário 4	Cenário 5	Cenário 6
	Portaria GM/MS nº 930/2012	Exclusão óbitos precoce	Cobertura 75% SUS	Cobertura % SUS por UF
NORTE	-245	-240	-85	-175
NORDESTE	-616	-603	-200	-416
SUDESTE	-1.181	-1.167	-589	-306
SUL	-422	-418	-224	-232
CENTRO OESTE	-333	-330	-211	-235
TOTAL	-2.798	-2.757	-1.308	-1.363

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

Quando se trata de leitos de UCINCo e UCINCa, todas as regiões apresentam déficits importantes e, em que pese a Região Norte concentrar déficits consideráveis de UTIN, é a Região com melhor distribuição de leitos de cuidado intermediário. Inversamente, as Regiões com melhores resultados quanto à distribuição de leitos de UTIN, são as que apresentam maiores déficits de leitos de UCINCo e UCINCa.

Tabela 20 – Adequação de leitos de UCINCa segundo os cenários estudados

REGIÃO	Cenário 3	Cenário 4	Cenário 5	Cenário 6
	Portaria GM/MS nº 930/2012	Exclusão óbitos precoce	Cobertura 75% SUS	Cobertura % SUS por UF
NORTE	-228	-225	-147	-192
NORDESTE	-614	-607	-406	-514
SUDESTE	-1.026	-1.019	-730	-588
SUL	-282	-280	-183	-187
CENTRO OESTE	-221	-219	-160	-172
TOTAL	-2.371	-2.351	-1.623	-1.654

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde / CNES – dezembro de 2016 / SINASC, 2014.

Novamente, o cenário 6 embora apresentando amplas variações de cobertura entre os estados e Regiões, no computo geral não traz diferenças significantes no total de leitos demandados para o cuidado progressivo em relação ao cenário 5.

Cabe ainda ressaltar que nenhuma das três normativas estudadas (Portaria GM/MS 3477/1998, RDC/ ANVISA nº 50 de 2002 e Portaria nº 930/2012) apresenta uma justificativa para o uso do parâmetro explicitado, o que torna seu efeito indutor inadequado para a conformação do sistema, quando se considera o papel do Ministério da Saúde no SUS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos com este estudo, ofertar ao sistema de saúde e aos pesquisadores uma sistematização da oferta de leitos neonatais no país além de uma análise da oferta de leitos destinados à admissão de RNs de risco em Unidades Neonatais, considerando os parâmetros já estabelecidos, com vistas à constituição de uma suficiência deste conjunto de tecnologias de saúde no SUS, e que assegurem o acesso em tempo oportuno do bebê que dele necessite.

A análise da oferta de leitos de Unidade Neonatal considerando os parâmetros da Portaria nº 930/2012 aponta para um déficit de leitos neonatais quando se considera o país, observando-se diferenças entre as Regiões e tipos de leitos. Não somente as Regiões apresentavam déficit distinto, mas em cada uma delas a cobertura potencial, segundo seus estados, também variou.

Apenas 14 dos 27 estados, apresentavam cobertura de UTIN igual ou acima de 70%, enquanto que 7 estados apresentam tal cobertura para os leitos de UCINCo e somente o estado de Sergipe apresenta esta cobertura para UCINCa. Para os leitos de terapia intensiva, dois outros cenários puderam ser calculados baseados em normativas dos anos 1998 e 2002. Estas portarias não fazem referência direta ao cuidado intermediário e, portanto, não se encontrou parâmetro para este cálculo. Estes cenários apontam para suficiência de leitos, ou seja, menor exigência de oferta de leitos, o que poderia estar associado ao momento da expansão deste cuidado no SUS.

Três outros cenários foram também estudados: o cenário 4 que considerou a exclusão dos óbitos neonatais do número de NV e que não se mostrou sensível para análise; o cenário 5, onde foi considerada a cobertura SUS em 75% da população reduzindo a necessidade de leitos e, de certo modo viabilizando o financiamento e habilitação desses leitos quando utilizado como ferramenta na gestão de processos da CGSCAM e, o cenário 6, calculado da mesma forma que o anterior porém, considerando a cobertura SUS específica de cada estado, trazendo um cenário aparentemente mais justo sem um aumento importante no computo geral de leitos para o país.

Cabe ressaltar que a análise da regionalização dos leitos não foi alvo deste estudo, o que implica dizer que caberia à gestão dos SUS em seus diferentes níveis, tomando em consideração não somente os parâmetros da Portaria nº 930/2012 mas analisar as características da população de cada território, sua dimensão, seus meios de transporte e a oferta local de equipe qualificada para deliberar a respeito da implantação de uma Unidade Neonatal, que pode ser caracterizada

como um cuidado complexo e dependente de equipe neonatal adequada, suporte de subespecialistas e de estrutura de diagnóstico.

A portaria não prevê um número mínimo de leitos para compor a Unidade Neonatal, o que pode implicar na compreensão de que seria útil à população a implantação de 2 ou 3 leitos de um tipo ou mais de um. A literatura aponta no sentido de que a complexidade do cuidado neonatal exige a manutenção da expertise da equipe o que não parece ocorrer em unidades pequenas, há evidências de que haja uma menor mortalidade dos RN de risco se as Unidades Neonatais fossem capazes de cuidar de pelo menos 75 RN <1500 ao ano.

As normativas estudadas apresentaram algum poder de indução em relação ao Cuidado Neonatal, mas essa indução se mostra relativamente fraca quando as normas não vêm acompanhadas de financiamento para as ações que normatizam ou propõe.

É comum a norma estabelecer critérios ou determinar alterações, mas não financiar ou financiar parte, ou ainda financiar inadequadamente um conjunto de ações. Chama a atenção, o fato de que foram previstos determinados valores para financiamento de um processo, mas esse repasse não foi mantido ao longo dos anos, seja por restrições orçamentárias, seja por possíveis desacertos de concepção. Por esse motivo, concluímos que não se deve esperar uma indução forte por parte das normas em relação a implantação e implementação de leitos neonatais, no contexto do SUS.

Nota-se que o momento de elaboração de uma dada política ou portaria parece ser diferentes do seu contexto de execução e implementação das ações previstas no texto normativo. Oscilações orçamentárias têm sido frequentes no âmbito da Saúde. O próprio SUS, foi desenhado e implantado num contexto político controverso. Além do mais, não se pode afirmar com precisão o tempo que envolve a implantação de um leito no sistema público de saúde. Portanto, é complexo avaliar em que medida uma política ou normativa, isoladamente, influencia a criação de um leito e a manutenção da assistência neste.

Outra reflexão a se fazer, é pertinente às valorações destacadas em portarias que financiam e são destinadas à execução de um processo de saúde ou ferramenta assistencial. Não está claro, na grande maioria das normas estudadas, em que se baseou os valores que definem, por exemplo, a criação de um leito. Os custeios para manutenção da assistência, normalmente, são frutos de análises de série histórica de diárias pagas ou produzidas por um serviço naquele tipo de leito ou assistência, mas ainda assim, parece ser um dado frágil quando não vem fundamentado e abalizado nas portarias.

Da mesma forma, quando um texto normativo lista os requisitos físicos e humanos, mínimos para a instituição e execução de um tipo de cuidado, este deveria vir acompanhado de uma parametrização, indicando, por exemplo, quantos respiradores neonatais ou quantos especialistas são necessários para “x” número de leitos. Algumas portarias, ao listar estes requisitos mínimos, até fazem referência à RDC vigente que, da mesma forma, pode deixar margem a dúvidas aos gestores no momento da implantação do cuidado.

Também não foi possível separar o que pode ser fruto de um programa sem supor que existiram influências de políticas anteriores e contextos mais ou menos favoráveis. É o caso da Rede Cegonha que, pode-se dizer, implicou em muitos avanços relativos à melhoria da qualidade e acesso à saúde perinatal, mas não podemos desvincular a RC de um processo que se iniciou anos antes com o PQM. Qualquer tendência de crescimento no número de leitos, por exemplo, não deve estar relacionada à publicação de uma única portaria, mas sim, num processo de políticas que vinham sendo estudadas ao longo de um período.

É questionável também o efeito de uma portaria que estrutura um programa, mas não financia ou subfinancia o processo. Não é possível identificar induções potentes nesses casos. A exemplo da UCINCa, certamente, o financiamento tem sido um indutor na oferta desses leitos, embora, o valor despendido para esse cuidado esteja distante do total instituído para os leitos de UTIN. É claro que o primeiro implica na utilização de tecnologias complexas e o outro em ações muito mais sensíveis ao cuidado que deve incluir a família. Quando tem sido sugerido a um gestor estadual ou municipal, uma forma de organização sem que haja uma orientação bem detalhada do ordenamento em que o processo deve ser instituído, abre-se margem para a opção, por parte deste gestor, pelo tipo de cuidado que angariar mais recursos e, talvez não seja o mais adequado para aquele serviço ou adjacências.

Em se tratando especificamente da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, que foi fundamental para o estudo, também pareceu inquestionável que ela vem influenciando a organização do Cuidado Neonatal por trazer conceitos preciosos para a esta assistência como a ideia do Cuidado Progressivo, dimensionando e qualificando a equipe. Mas, quando a Portaria GM/MS nº 1.459 de 2011, atribui valores para a implantação e custeio do Cuidado Neonatal, por exemplo, não fica claro a base utilizada para os valores estabelecidos, portanto, em que pese nosso entendimento de que seus parâmetros relacionados a número de leitos por nascidos vivos foram estudados e amparados por estudos nacionais e pela literatura internacional, a valoração não fica tão clara da forma como foi instituída e em que cálculos ela se apoia.

Especificamente no caso dos leitos neonatais, a implantação de UTINs é preterida sobre os leitos de UCINCo e UCINCa, que integram e possibilitam a articulação de uma linha de cuidados progressivos ao RN. Essa predileção por parte dos gestores deve-se, substancialmente, ao valor de custeio e incentivos relacionados aos leitos de terapia intensiva neonatal, essencialmente mais elevados que os valores destinados aos leitos de cuidado intermediário neonatal.

Para a indução de mudanças e práticas, sobretudo com estímulo à implementação do cuidado progressivo, é necessário clarificar os reais custos dos leitos neonatais contrapondo o aspecto financeiro com as consequências de não ofertar ao RN o cuidado demandado pela sua condição clínica específica. Em outras palavras, a permanência do RN numa UTIN por tempo maior que o necessário, poderia incidir em mais intervenções, maiores custos e maiores riscos iatrogênicos ou relacionados à infecção, atrasando até mesmo a sua alta, enquanto que a continuidade do tratamento num leito de cuidados intermediários, apesar desse leito gerar menos rotatividade e oferecer ao gestor repasses financeiros mais módicos, possa propiciar uma continuidade terapêutica mais humanizada, com uma recuperação mais rápida e um processo de adaptação mais adequado e favorável para o bebê e sua família.

Propomos assim, um estudo aprofundado dos custos de uma Unidade Neonatal, para que se possa chegar a uma valoração justa aos gestores e economicamente viável para o Estado, através de um modo de financiamento global da Unidade Neonatal com o cuidado progressivo instituído, sem que uma ou outro tipo de leito seja superestimada do ponto de vista financeiro e, conseqüentemente, seja ofertada para além da suficiência ou com distribuição heterogênea em determinada Região. O aumento do valor das diárias dos leitos de UCINCo e UCINCa, ou ainda o pagamento de valores similares (diária única), também poderia inferir numa proporção mais adequada na suficiência destes leitos. Do mesmo modo, na impossibilidade orçamentária de se implementar a distribuição de leitos prevista por mil nascidos vivos, sugere-se utilizar como ferramenta de gestão um critério próximo ao último cenário, idealmente considerando a cobertura SUS da população por Região de Saúde, como exemplo, ao contrário de se utilizar uma média proporcional de cobertura para todo o Brasil, devido às suas proporções continentais e diferenças regiões contudentes.

Algumas perguntas ainda permanecem sem respostas: o parâmetro de cálculo, hoje estabelecido, do número de leitos por mil nascidos vivos é o ideal para o País? As regulamentações hoje vigentes são efetivas para garantir que o mesmo leito habilitado no SUS para um dado estabelecimento e, visível no CNES, corresponda a um leito hábil a receber um

RN de risco neste estabelecimento? Os sistemas de informação existentes e da forma como estão sendo gerenciados hoje, são capazes de produzir dados fidedignos para que seja avaliada a rotatividade de um leito neonatal ou sua utilização e custos efetivos? Em outras palavras, qual seria a melhor forma de se monitorar a utilização plena de um leito para a produção do cuidado?

Entendemos que seria importante analisar em estudos futuros, como se deu o entendimento da implantação do cuidado neonatal por parte de gestores e profissionais da área de neonatologia, uma vez que a visão que tivemos foi exclusivamente a partir de dois tipos de documentos: os bancos de dados públicos e as normativas – no entanto, existe um contexto dessa implantação, muito mais local, nos estados e municípios, que não puderam ser abordados nesse momento, mas que pode esclarecer melhor esse processo uma vez que a realidade envolve múltiplos atores. Este não só foi um limite para nosso estudo como parece ser uma proposta para estudos futuros.

Outra limitação encontrada, está relacionada à robustez dos dados extraídos dos sistemas de informação acessados neste estudo. O SIH-SUS demonstrou fragilidades na verificação das diárias de procedimentos neonatais pesquisadas, além do fato de que, suas informações estão acessíveis com meses de defasagem da ocorrência do evento, impossibilitando uma análise precisa de valores de diárias pagas, o tempo de permanência e sua relação com o número de leitos em operação no país.

O CNES, por sua vez, traz o número de leitos registrados no SUS, mas não podemos afirmar que todos esses leitos estão acessíveis para a prestação da assistência, uma vez que, podem não existir de fato ou estarem impedidos de ser usados em determinado período de tempo. Os dados registrados no início da implementação dos dois sistemas, 2006 para o SIH-SUS e 2007 para o CNES, precisaram ser descartados por refletir possíveis erros de registros ou sub-registros.

Diante das análises desenvolvidas nesta pesquisa, concluímos que há ainda muito que ser pesquisado sobre este tema e, que as políticas que trazem no seu corpo instrumentos que tratam de pactuações entre o MS, os estados e municípios, além de processos de monitoramento, auditorias e avaliações, com a participação popular, a inclusão dos profissionais envolvidos diretamente no processo assistencial e os gestores, assim como propõe a Rede Cegonha quando trata da cogestão, parecem traçar um caminho mais interessante e frutífero. Em que pese as contradições e complexidades do contexto político e econômico brasileiro, as normativas poderiam ser mais facilmente implantadas se apostassem na capacidade de acordos entre os

estados, municípios e sociedades organizadas. E reiteramos que, há que se considerar, a ótica de quem vivenciou localmente os processos regimentais envolvendo o cuidado neonatal, como profissionais da área de neonatologia e gestores locais, sugerindo assim estudos futuros e aprofundados para uma compreensão apurada da oferta do cuidado neonatal no Brasil.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Normativas com relevância para o Cuidado Neonatal no Brasil, entre 1990 a 2016

Ano	Norma	Financiamento	Finalidade / Assunto
1990	Lei nº 8.069	Não trata, especificamente, de financiamento	Estatuto da Criança e do Adolescente – UTI neonatais deverão dispor de BLH ou unidade de coleta de leite humano, alta responsável, orientações aos pais e desenvolvimento infantil.
1991	PROASP	Não trata, especificamente, de financiamento	Programa de Atenção à Saúde PERINATAL - Pela primeira vez, a assistência perinatal foi definida como área programática nas diretrizes governamentais de atenção à saúde no Brasil. O programa objetivava a organização da assistência perinatal de forma hierarquizada e regionalizada, a melhoria da qualidade ao parto, o incremento da assistência ao recém-nascido promovendo alojamento conjunto e berçários de alto risco e o incentivo ao aleitamento materno
1993	PRT GM/MS 1.016	Não trata, especificamente, de financiamento	Torna obrigatória a implantação do Alojamento conjunto e suas Normas Básicas
1994	PRT SAS/MS 155	Institui procedimentos SIH/SUS para os Hospitais Amigos da Criança	Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) - estímulo ao aleitamento materno

1998	PRT GM/MS 3.432	Não trata, especificamente, de financiamento	Estabelece critérios de classificação de complexidade para as UTI / Define equipe mínima e estrutura física / Hospital que atenda gestante de alto risco deve dispor de leitos de UTIN
1998	PRT GM/MS 3.477	Não trata, especificamente, de financiamento	Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no Atendimento da Gestante de Alto Risco / Dimensão de UTIN - 5% dos leitos obstétricos/ Define infraestrutura
1999	PRT GM/MS 1.091	Incorpora R\$ 13.079.970,00 aos limites financeiros anuais das UFs, destinados ao custeio das UCIN	Organização da assistência neonatal para RN de médio risco / Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal - UCIN no SUS / Normas e Critérios para Inclusão da UCIN no SUS
2000	PRT SAS/MS 72	Valor total procedimento R\$ 488,58	Inclui na Tabela SIH/SUS procedimento 71.300.12-0 - Atendimento ao Recém-nascido de Baixo Peso / Faz referências à permissão do acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil.

2000	PRT GM/MS 569	Prevê financiamento R\$ 100.000.000,00 do MS destinados a Assistência Obstétrica e Neonatal, R\$ 34.038.000,00 oriundos do empréstimo BID/BIRD/REFORSUS destinados à aquisição de equipamentos hospitais gestação de alto risco e de UTIs neonatais e R\$ 310.000.000,00 anuais, do MS recursos adicionais para Assistência Obstétrica e Neonatal	Institui o PHPN, no SUS mencionando no Componente II a Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal, reconhece que todo RN tem direito à adequada assistência neonatal
2002	RDC 307/ANVISA	Não trata, especificamente, de financiamento	Torna obrigatória a existência de UTI de adulto e neonatal em hospitais terciários e de maior complexidade
2002	RDC 50 / ANVISA	Não trata, especificamente, de financiamento	Regulamento Técnico para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. / Cita o termo "Berçário de cuidados intensivos – UTI neonatal" Mínimo de 5 leitos, sendo 1 berços a cada 80 RN/ano de baixo peso (-2500 g) e Berçário de cuidados intensivos – Ambiente hospitalar destinado à assistência aos recém-nascidos que requeiram assistência ininterruptas. /Conceito de UTI neonatal - berçário de cuidados

			intensivos com todos os ambientes de apoio necessários
2004	Pacto Nacional Redução Mortalidade Materna e Neonatal	Prevê financiamento para fortalecimento de ações do cuidado perinatal no país, menciona a garantia de leitos de UTIN e UIN	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal / Prevê organização do acesso, adequação da oferta de serviços, qualificação dos hospitais amigos da criança
2005	PRT GM/MS 1.067	Repasse de incentivos do PHPN para 100% dos municípios que informarem, por meio do Sisprenatal, a realização dos procedimentos estabelecidos nesta Portaria	Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal – Entre seus princípios e diretrizes estabelece que todo RN tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura; toda mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal tem direito a atendimento adequado e seguro; reclassificação das unidades de referência para atendimento às gestantes e RNs de risco nos estados e municípios
2006	PRT GM/MS 399	Prevê financiamento através do redirecionamento de recursos já aprovados	Aprova o Pacto pela Saúde 2006 e estabelece como metas a redução da mortalidade infantil e materna
2007	PRT GM/MS 1.683	Não trata, especificamente, de financiamento	Estabelece as Normas a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

2008	RDC nº 36 - Anvisa	Não trata, especificamente, de financiamento	Regulamento técnico para serviços de atenção obstétrica e neonatal.
2008	PRT SAS/MS 7	Financia procedimento	Inclui Procedimento: 03.10.01.002-0 - ATENDIMENTO AO RECEM- NASCIDO NO MOMENTO DO NASCIMENTO
2010	PRT GM/MS 72	Não trata, especificamente, de financiamento	Estabelece a vigilância do óbito infantil e fetal
2010	RDC nº 07 - ANVISA	Não trata, especificamente, de financiamento	Requisitos para Unidades de Terapia Intensiva / Definição de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm): UTI destinada à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos numa mesma sala, porém havendo separação física entre os ambientes de UTI Pediátrica e UTI Neonatal.
2011	PRT GM/MS 2.351	Prevê financiamento de maternidades (valores por serviço): Obras e Reformas: R\$300.000,00; Equipamentos: R\$100.000,00; Ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto: R\$ 100.000,00/leito e R\$ 20.000,00/leito para reforma; Custeio de	Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha, especificando serviços a serem ofertados.

		leitos UTIN: Diária de R\$800,00; Custeio de UCI: Diária de R\$280,00	
2011	PRT GM/MS 1.459	Financiamentos pré-estabelecidos	Institui a Rede Cegonha, reorganização do cuidado perinatal no SUS, inclui atendimento ao recém-nascido e crianças de alto risco
2012	PRT GM/MS 930	Financiamentos pré-estabelecidos	Estabelece parâmetros para Unidade Neonatal, incluindo estimativa de necessidade de leitos e prevê e financia leitos de Unidade Canguru
2012	PRT SAS/MS 1.300	Revê habilitações de leitos da Unidade Neonatal no SUS, estabelece valores de diárias de UCINCo: R\$ 180,00 e UCINCa: R\$ 150,00	Estabelece habilitações para a Unidade Neonatal e cadastro no CNES
2012	PRT SAS/MS 706	Inclui Habilitações no SCNES para UTIN tipo II e III e para a UCINCo	Fica incluído na Tabela de Serviços Especializados do SCNES, o serviço 162 - SERVIÇO DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL / Fica incluído na Tabela de Serviço Especializado do SCNES, o serviço 163 - SERVIÇO DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS - UCINCO E UCINCA / Conceitua Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional Qualificada / Valor fixo pré-pago no teto financeiro do gestor por diária do leito. O prestador

			registra a produção normalmente e gera crédito.
2014	PRT SAS/MS 1.153	São instituídos novos incrementos financeiros aos valores dos procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde habilitados na IHAC: I - Procedimentos de parto normal e cesariana em gestação de alto risco e II - Atendimentos ao recém-nascido em sala de parto	Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)
2014	PRT SAS/MS 371	Altera o Procedimento: 03.10.01.002-0 “Atendimento ao RN no Momento no Nascimento” com inclusão de CBO’s	Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao RN no SUS ... segundo evidências científicas, um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de ventilação com pressão positiva para iniciar e/ou manter movimentos respiratórios efetivos, um em cada 100 neonatos precisa de intubação e/ou massagem cardíaca e um em cada 1.000 necessita de intubação traqueal, massagem e medicações... descreve condições e

			equipamentos necessários para a reanimação de RN
2015	PRT GM/MS 1130	O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS (Art. 18)	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) - Organizada em eixos estratégicos; no primeiro eixo, propõe a melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal; capacitação de profissionais para a prevenção de asfixia neonatal; reforça a importância da assistência humanizada ao RN prematuro e de baixo peso / Método Canguru e a qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos RNs graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a UTIN, a UCINCo e a UCINCa

Apêndice 2 - Cenário 1: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria GM/MS 3477/1998 - Leitos de UTIN igual a 5% dos leitos obstétricos - Fonte: CNES, 2016 / SINASC, 2014

REGIÃO / UNIDADE DA FEDERAÇÃO	LEITOS OBSTÉTRICOS TOTAIS SUS	LEITOS UTIN HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UTIN	ADEQUAÇÃO UTIN	% DE COBERTURA UTIN
Região Norte	4.412	308	221	87	140
.. Rondônia	484	26	24	2	107
.. Acre	209	15	10	5	144
.. Amazonas	1.001	59	50	9	118
.. Roraima	164	8	8	0	98
.. Pará	1.938	153	97	56	158
.. Amapá	217	9	11	-2	83
.. Tocantins	399	38	20	18	190
Região Nordeste	15.003	1.064	750	314	142
.. Maranhão	2.128	132	106	26	124
.. Piauí	1.163	37	58	-21	64
.. Ceará	2.140	221	107	114	207
.. Rio Grande do Norte	1.079	75	54	21	139
.. Paraíba	1.129	58	56	2	103
.. Pernambuco	2.478	124	124	0	100
.. Alagoas	833	90	42	48	216
.. Sergipe	353	109	18	91	618
.. Bahia	3.700	218	185	33	118
Região Sudeste	12.327	2.209	616	1.593	358
.. Minas Gerais	3.161	574	158	416	363
.. Espírito Santo	722	128	36	92	355
.. Rio de Janeiro	2.817	378	141	237	268
.. São Paulo	5.627	1.129	281	848	401
Região Sul	5.746	893	287	606	311
.. Paraná	2.374	396	119	277	334
.. Santa Catarina	1.232	151	62	89	245
.. Rio Grande do Sul	2.140	346	107	239	323
Região Centro-Oeste	3.235	322	162	160	199
.. Mato Grosso do Sul	545	44	27	17	161
.. Mato Grosso	766	93	38	55	243
.. Goiás	1.376	105	69	36	153
.. Distrito Federal	548	80	27	53	292
Total	40.723	4.796	2.036	2.760	236

Apêndice 3 - Cenário 2: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na RDC/ ANVISA nº 50 de 2002 - 5 leitos de UTI neonatal para cada 80 NV < 2500g - Fonte: CNES, 2016 / SINASC, 2014

REGIÃO / UNIDADE DA FEDERAÇÃO	SINASC 2014 / Peso < 2500g	1 leito de UTIN para cada 80 NV < 2500g			% DE COBERTURA UTIN
		LEITOS UTIN HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UTIN	ADEQUAÇÃO UTIN	
Região Norte	23.810	308	298	10	103
.. Rondônia	1.797	26	22	4	116
.. Acre	1.302	15	16	-1	92
.. Amazonas	6.084	59	76	-17	78
.. Roraima	827	8	10	-2	77
.. Pará	10.722	153	134	19	114
.. Amapá	1.258	9	16	-7	57
.. Tocantins	1.820	38	23	15	167
Região Nordeste	64.365	1.064	805	259	132
.. Maranhão	8.322	132	104	28	127
.. Piauí	3.646	37	46	-9	81
.. Ceará	10.258	221	128	93	172
.. Rio Grande do Norte	3.880	75	49	27	155
.. Paraíba	4.116	58	51	7	113
.. Pernambuco	11.080	124	139	-15	90
.. Alagoas	3.905	90	49	41	184
.. Sergipe	2.598	109	32	77	336
.. Bahia	16.560	218	207	11	105
Região Sudeste	107.183	2.209	1.340	869	165
.. Minas Gerais	24.407	574	305	269	188
.. Espírito Santo	4.427	128	55	73	231
.. Rio de Janeiro	21.189	378	265	113	143
.. São Paulo	57.160	1.129	715	415	158
Região Sul	34.178	893	427	466	209
.. Paraná	13.678	396	171	225	232
.. Santa Catarina	7.221	151	90	61	167
.. Rio Grande do Sul	13.279	346	166	180	208
Região Centro-Oeste	20.104	322	251	71	128
.. Mato Grosso do Sul	3.439	44	43	1	102
.. Mato Grosso	4.147	93	52	41	179
.. Goiás	8.312	105	104	1	101
.. Distrito Federal	4.206	80	53	27	152
Total	249.640	4.796	3.121	1.676	154

Apêndice 4 - Cenário 3: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 930/2012 - Fonte: CNES, 2016 / SINASC, 2014

REGIÃO / UNIDADE DA FEDERAÇÃO	SINASC 2014	2 leitos de UTIN para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UTIN	2 leitos de UCINCo para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCo	1 leitos de UCINCa para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCa
		LEITOS UTIN HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UTIN	ADEQUAÇÃO UTIN		LEITOS UCINCo HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCo	ADEQUAÇÃO UCINCo		LEITOS UCINCa HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCa	ADEQUAÇÃO UCINCa	
Região Norte	321.682	308	643	-335	48	398	643	-245	62	94	322	-228	29
.. Rondônia	27.560	26	55	-29	47	45	55	-10	82	6	28	-22	22
.. Acre	17.139	15	34	-19	44	21	34	-13	61	10	17	-7	58
.. Amazonas	81.145	59	162	-103	36	81	162	-81	50	49	81	-32	60
.. Roraima	11.120	8	22	-14	36	0	22	-22	0	0	11	-11	0
.. Pará	143.503	153	287	-134	53	179	287	-108	62	16	144	-128	11
.. Amapá	16.271	9	33	-24	28	18	33	-15	55	0	16	-16	0
.. Tocantins	24.944	38	50	-12	76	54	50	4	108	13	25	-12	52
Região Nordeste	833.090	1.064	1.666	-602	64	1.050	1.666	-616	63	219	833	-614	26
.. Maranhão	117.071	132	234	-102	56	81	234	-153	35	28	117	-89	24
.. Piauí	47.941	37	96	-59	39	62	96	-34	65	17	48	-31	35
.. Ceará	128.681	221	257	-36	86	290	257	33	113	21	129	-108	16
.. Rio Grande do Norte	48.111	75	96	-21	78	18	96	-78	19	22	48	-26	46
.. Paraíba	57.535	58	115	-57	50	53	115	-62	46	29	58	-29	50
.. Pernambuco	143.489	124	287	-163	43	159	287	-128	55	15	143	-128	10
.. Alagoas	51.859	90	104	-14	87	140	104	36	135	8	52	-44	15
.. Sergipe	34.369	109	69	40	159	65	69	-4	95	27	34	-7	79
.. Bahia	204.034	218	408	-190	53	182	408	-226	45	52	204	-152	25
Região Sudeste	1.182.949	2.209	2.366	-157	93	1.185	2.366	-1.181	50	157	1.183	-1.026	13
.. Minas Gerais	267.130	574	534	40	107	197	534	-337	37	53	267	-214	20
.. Espírito Santo	56.548	128	113	15	113	44	113	-69	39	8	57	-49	14
.. Rio de Janeiro	233.584	378	467	-89	81	247	467	-220	53	12	234	-222	5
.. São Paulo	625.687	1.129	1.251	-122	90	697	1.251	-554	56	84	626	-542	13
Região Sul	396.462	893	793	100	113	371	793	-422	47	114	396	-282	29
.. Paraná	159.915	396	320	76	124	114	320	-206	36	11	160	-149	7
.. Santa Catarina	93.232	151	186	-35	81	47	186	-139	25	10	93	-83	11
.. Rio Grande do Sul	143.315	346	287	59	121	210	287	-77	73	93	143	-50	65
Região Centro-Oeste	245.076	322	490	-168	66	157	490	-333	32	24	245	-221	10
.. Mato Grosso do Sul	44.058	44	88	-44	50	72	88	-16	82	9	44	-35	20
.. Mato Grosso	56.499	93	113	-20	82	15	113	-98	13	9	56	-47	16
.. Goiás	99.798	105	200	-95	53	60	200	-140	30	0	100	-100	0
.. Distrito Federal	44.721	80	89	-9	89	10	89	-79	11	6	45	-39	13
Total	2.979.259	4.796	5.959	-1.163	80	3.161	5.959	-2.798	53	608	2.979	-2.371	20

Apêndice 5 - Cenário 4: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 930/2012, excluindo-se os óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias de vida) - Fonte: CNES, 2016 / SINASC, 2014

REGIÃO / UNIDADE DA FEDERAÇÃO	SINASC 2014 - ÓBITOS 0 a 6 DIAS	2 leitos de UTIN para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UTIN	2 leitos de UCINCo para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCo	1 leitos de UCINCa para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCa
		LEITOS UTIN HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UTIN	ADEQUAÇÃO UTIN		LEITOS UCINCo HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCo	ADEQUAÇÃO UCINCo		LEITOS UCINCa HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCa	ADEQUAÇÃO UCINCa	
Região Norte	319.160	308	638	-330	48	398	638	-240	62	94	319	-225	29
.. Rondônia	27.369	26	55	-29	47	45	55	-10	82	6	27	-21	22
.. Acre	17.023	15	34	-19	44	21	34	-13	62	10	17	-7	59
.. Amazonas	80.535	59	161	-102	37	81	161	-80	50	49	81	-32	61
.. Roraima	11.015	8	22	-14	36	0	22	-22	0	0	11	-11	0
.. Pará	142.297	153	285	-132	54	179	285	-106	63	16	142	-126	11
.. Amapá	16.131	9	32	-23	28	18	32	-14	56	0	16	-16	0
.. Tocantins	24.790	38	50	-12	77	54	50	4	109	13	25	-12	52
Região Nordeste	826.297	1.064	1.653	-589	64	1.050	1.653	-603	64	219	826	-607	27
.. Maranhão	116.045	132	232	-100	57	81	232	-151	35	28	116	-88	24
.. Piauí	47.526	37	95	-58	39	62	95	-33	65	17	48	-31	36
.. Ceará	127.829	221	256	-35	86	290	256	34	113	21	128	-107	16
.. Rio Grande do Norte	47.749	75	95	-20	79	18	95	-77	19	22	48	-26	46
.. Paraíba	57.102	58	114	-56	51	53	114	-61	46	29	57	-28	51
.. Pernambuco	142.480	124	285	-161	44	159	285	-126	56	15	142	-127	11
.. Alagoas	51.424	90	103	-13	88	140	103	37	136	8	51	-43	16
.. Sergipe	34.081	109	68	41	160	65	68	-3	95	27	34	-7	79
.. Bahia	202.061	218	404	-186	54	182	404	-222	45	52	202	-150	26
Região Sudeste	1.175.845	2.209	2.352	-143	94	1.185	2.352	-1.167	50	157	1.176	-1.019	13
.. Minas Gerais	265.488	574	531	43	108	197	531	-334	37	53	265	-212	20
.. Espírito Santo	56.203	128	112	16	114	44	112	-68	39	8	56	-48	14
.. Rio de Janeiro	232.051	378	464	-86	81	247	464	-217	53	12	232	-220	5
.. São Paulo	622.103	1.129	1.244	-115	91	697	1.244	-547	56	84	622	-538	14
Região Sul	394.258	893	789	104	113	371	789	-418	47	114	394	-280	29
.. Paraná	158.951	396	318	78	125	114	318	-204	36	11	159	-148	7
.. Santa Catarina	92.745	151	185	-34	81	47	185	-138	25	10	93	-83	11
.. Rio Grande do Sul	142.562	346	285	61	121	210	285	-75	74	93	143	-50	65
Região Centro-Oeste	243.414	322	487	-165	66	157	487	-330	32	24	243	-219	10
.. Mato Grosso do Sul	43.772	44	88	-44	50	72	88	-16	82	9	44	-35	21
.. Mato Grosso	56.115	93	112	-19	83	15	112	-97	13	9	56	-47	16
.. Goiás	99.093	105	198	-93	53	60	198	-138	30	0	99	-99	0
.. Distrito Federal	44.434	80	89	-9	90	10	89	-79	11	6	44	-38	14
Total	2.958.974	4.796	5.918	-1.122	81	3.161	5.918	-2.757	53	608	2.959	-2.351	21

Apêndice 6 - Cenário 5: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 930/2012, considerando a média de cobertura SUS para o BRASIL (75%) - Fonte: CNES, 2016 / SINASC, 2014 / ANS, 2014

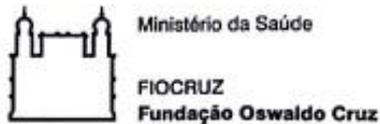
REGIÃO /UNIDADE DA FEDERAÇÃO	SINASC 2014 x 75% POP SUS	2 leitos de UTIN para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UTIN	2 leitos de UCINCo para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCo	1 leitos de UCINCa para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCa
		LEITOS UTIN HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UTIN	ADEQUAÇÃO UTIN		LEITOS UCINCo HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCo	ADEQUAÇÃO UCINCo		LEITOS UCINCa HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCa	ADEQUAÇÃO UCINCa	
Região Norte	241.262	308	483	-175	64	398	483	-85	82	94	241	-147	39
.. Rondônia	20.670	26	41	-15	63	45	41	4	109	6	21	-15	29
.. Acre	12.854	15	26	-11	58	21	26	-5	82	10	13	-3	78
.. Amazonas	60.859	59	122	-63	48	81	122	-41	67	49	61	-12	81
.. Roraima	8.340	8	17	-9	48	0	17	-17	0	0	8	-8	0
.. Pará	107.627	153	215	-62	71	179	215	-36	83	16	108	-92	15
.. Amapá	12.203	9	24	-15	37	18	24	-6	74	0	12	-12	0
.. Tocantins	18.708	38	37	1	102	54	37	17	144	13	19	-6	69
Região Nordeste	624.818	1.064	1.250	-186	85	1.050	1.250	-200	84	219	625	-406	35
.. Maranhão	87.803	132	176	-44	75	81	176	-95	46	28	88	-60	32
.. Piauí	35.956	37	72	-35	51	62	72	-10	86	17	36	-19	47
.. Ceará	96.511	221	193	28	114	290	193	97	150	21	97	-76	22
.. Rio Grande do Norte	36.083	75	72	3	104	18	72	-54	25	22	36	-14	61
.. Paraíba	43.151	58	86	-28	67	53	86	-33	61	29	43	-14	67
.. Pernambuco	107.617	124	215	-91	58	159	215	-56	74	15	108	-93	14
.. Alagoas	38.894	90	78	12	116	140	78	62	180	8	39	-31	21
.. Sergipe	25.777	109	52	57	211	65	52	13	126	27	26	1	105
.. Bahia	153.026	218	306	-88	71	182	306	-124	59	52	153	-101	34
Região Sudeste	887.212	2.209	1.774	435	124	1.185	1.774	-589	67	157	887	-730	18
.. Minas Gerais	200.348	574	401	173	143	197	401	-204	49	53	200	-147	26
.. Espírito Santo	42.411	128	85	43	151	44	85	-41	52	8	42	-34	19
.. Rio de Janeiro	175.188	378	350	28	108	247	350	-103	70	12	175	-163	7
.. São Paulo	469.265	1.129	939	190	120	697	939	-242	74	84	469	-385	18
Região Sul	297.347	893	595	298	150	371	595	-224	62	114	297	-183	38
.. Paraná	119.936	396	240	156	165	114	240	-126	48	11	120	-109	9
.. Santa Catarina	69.924	151	140	11	108	47	140	-93	34	10	70	-60	14
.. Rio Grande do Sul	107.486	346	215	131	161	210	215	-5	98	93	107	-14	87
Região Centro-Oeste	183.807	322	368	-46	88	157	368	-211	43	24	184	-160	13
.. Mato Grosso do Sul	33.044	44	66	-22	67	72	66	6	109	9	33	-24	27
.. Mato Grosso	42.374	93	85	8	110	15	85	-70	18	9	42	-33	21
.. Goiás	74.849	105	150	-45	70	60	150	-90	40	0	75	-75	0
.. Distrito Federal	33.541	80	67	13	119	10	67	-57	15	6	34	-28	18
Total	2.234.444	4.796	4.469	327	107	3.161	4.469	-1.308	71	608	2.234	-1.626	27

Apêndice 7 - Cenário 6: Adequação de leitos habilitados no SUS aos parâmetros estabelecidos na Portaria nº 930/2012, considerando a média de cobertura SUS específica para cada Unidade da Federação - Fonte: CNES, 2016 / SINASC, 2014

REGIÃO / UNIDADE DA FEDERAÇÃO	SINASC 2014 x % POP COB SUS	2 leitos de UTIN para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UTIN	2 leitos de UCINCo para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCo	1 leitos de UCINCa para cada 1.000 NV			% DE COBERTURA UCINCa
		LEITOS UTIN HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UTIN	ADEQUAÇÃO UTIN		LEITOS UCINCo HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCo	ADEQUAÇÃO UCINCo		LEITOS UCINCa HABILIT. SUS	SUFICIÊNCIA UCINCa	ADEQUAÇÃO UCINCa	
Região Norte	286.297	308	573	-265	54	398	573	-175	70	94	286	-192	33
.. Rondônia	24.627	26	49	-23	53	45	49	-4	91	6	25	-19	24
.. Acre	16.079	15	32	-17	47	21	32	-11	65	10	16	-6	62
.. Amazonas	69.065	59	138	-79	43	81	138	-57	59	49	69	-20	71
.. Roraima	10.364	8	21	-13	39	0	21	-21	0	0	10	-10	0
.. Pará	127.835	153	256	-103	60	179	256	-77	70	16	128	-112	13
.. Amapá	14.682	9	29	-20	31	18	29	-11	61	0	15	-15	0
.. Tocantins	23.198	38	46	-8	82	54	46	8	116	13	23	-10	56
Região Nordeste	733.119	1.064	1.466	-402	73	1.050	1.466	-416	72	219	733	-514	30
.. Maranhão	108.787	132	218	-86	61	81	218	-137	37	28	109	-81	26
.. Piauí	43.725	37	87	-50	42	62	87	-25	71	17	44	-27	39
.. Ceará	110.459	221	221	0	100	290	221	69	131	21	110	-89	19
.. Rio Grande do Norte	40.568	75	81	-6	92	18	81	-63	22	22	41	-19	54
.. Paraíba	51.469	58	103	-45	56	53	103	-50	51	29	51	-22	56
.. Pernambuco	120.644	124	241	-117	51	159	241	-82	66	15	121	-106	12
.. Alagoas	45.671	90	91	-1	99	140	91	49	153	8	46	-38	18
.. Sergipe	29.503	109	59	50	185	65	59	6	110	27	30	-3	92
.. Bahia	181.680	218	363	-145	60	182	363	-181	50	52	182	-130	29
Região Sudeste	745.258	2.209	1.491	718	148	1.185	1.491	-306	80	157	745	-588	21
.. Minas Gerais	196.803	574	394	180	146	197	394	-197	50	53	197	-144	27
.. Espírito Santo	39.644	128	79	49	161	44	79	-35	55	8	40	-32	20
.. Rio de Janeiro	146.927	378	294	84	129	247	294	-47	84	12	147	-135	8
.. São Paulo	358.884	1.129	718	411	157	697	718	-21	97	84	359	-275	23
Região Sul	301.311	893	603	290	148	371	603	-232	62	114	301	-187	38
.. Paraná	118.638	396	237	159	167	114	237	-123	48	11	119	-108	9
.. Santa Catarina	71.667	151	143	8	105	47	143	-96	33	10	72	-62	14
.. Rio Grande do Sul	108.938	346	218	128	159	210	218	-8	96	93	109	-16	85
Região Centro-Oeste	196.061	322	392	-70	82	157	392	-235	40	24	196	-172	12
.. Mato Grosso do Sul	34.928	44	70	-26	63	72	70	2	103	9	35	-26	26
.. Mato Grosso	47.339	93	95	-2	98	15	95	-80	16	9	47	-38	19
.. Goiás	83.507	105	167	-62	63	60	167	-107	36	0	84	-84	0
.. Distrito Federal	30.435	80	61	19	131	10	61	-51	16	6	30	-24	20
Total	2.234.444	4.796	4.524	272	106	3.161	4.524	-1.363	70	608	2.262	-1.654	27

ANEXOS

Anexo 1 - Registro do Projeto

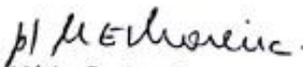


REGISTRO DE PROJETO

Informamos que o projeto "Incorporação do cuidado intensivo neonatal no SUS: análise do modelo" desenvolvido por **Liliane Cristina Rodrigues Augusto** sob a responsabilidade da pesquisadora Cynthia Magluta foi devidamente protocolado neste Departamento sob o nº 1740/Dpq/2016.

O projeto de pesquisa só poderá ser desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2016.


Dr^a. Kátia Sydrônio
Vice-Diretora de Pesquisa

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Lorch Scott A.. The importance of understanding hospital and country-specific case-mix for neonatal patients . J. Pediatr. (Rio J.) [Internet]. 2015 June [cited 2017 Mar 20] ; 91(3): 207-209.
- 2 Zeitlin JA, Saurel-Cubizolles MJ, Ancel PY, EUROPOP Group. Marital status, cohabitation, and risk of preterm birth in Europe: where births outside marriage are common and uncommon. Paediatr Perinat Epidemiol. 2002;16(2):124-30.
- 3 Organização da Assistência Perinatal no Brasil. Maria Auxiliadora Mendes Gomes in MOREIRA, MEL., LOPES, JMA and CARALHO, M., orgs. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7.
- 4 Mwamakamba Lutufyo Witson, Zucchi Paola. Estimativa de custo de permanência hospitalar para recém-nascidos prematuros de mães adolescentes em um hospital público brasileiro. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2014 June [cited 2017 Feb 09] ; 12(2): 223-229.
- 5 Magluta, Cynthia. Estratégias para disseminação e implementação de diretrizes clínicas em maternidades públicas: práticas referidas pelos gestores das UTI neonatais. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – IFF, Rio de Janeiro, RJ, 2010.
- 6 Leal M do C, Gama SGN da. Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Agosto de 2014;30: S5–S5.
- 7 Ministério da Saúde (BR). Descritivo sobre os incentivos financeiros de custeio do bloco MAC e incrementos relacionados à produção de procedimentos de média e alta complexidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
- 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento / Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. ISBM: 978-85-7811-201-1.

9 LEAL, M. C.e SZWARCOWALD, C. L., 1996 Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, de 1979 a 1993. 1 - Análise por grupo etário segundo região de residência. *Revista de Saúde Pública*, 30: 403-412.

10 Wanderley, K. L., 2004 Uma análise das internações obstétricas e neonatais no estado de Alagoas, Brasil, 2000. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.) – ENSP, Rio de Janeiro, RJ, 2004.

11 Barbosa Arnaldo Prata. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2004 Dec [cited 2015 Nov 30]; 80(6): 437-438.

12 GESTÃO EM SAÚDE. Vecina Neto G, Malik AM Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 400p.

13 FORMIGLI, V. L. A. et al., 1996. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Caderno de Saúde Pública*, 12 supl.2: 33-41.

14 Duarte Cristina Maria Rabelais. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad. Saúde Pública*. 2007 Julho; 23(7): 1511-1528.

15 AVERY, G. B. Perspectivas em neonatologia. *Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido*. Rio de Janeiro: Artes Médicas,1978.

16 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM/MS 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). *Diário Oficial da União* 11 maio 2012; Seção 1.

17 Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011.

18 Oliveira Isabel Cristina dos Santos, Rodrigues Renata Gomes. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1937-1979). *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2005 Dec [cited 2017 Feb 21]; 14(4): 498-505.

19 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) [internet]. Secretaria de Atenção à Saúde [acessado 2013 nov 15]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>

20 WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. *Rev. bras. Hist., São Paulo*, v. 19, n. 37, p. 103-124, Sept. 1999.

21 GESTÃO EM SAÚDE. Vecina Neto G, Malik AM Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 400p.

22 Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS.

23 Costa Roberta, Padilha Maria Itayra. Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva em Florianópolis (década de 1980). *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 June [cited 2016 Mar 16]; 16(2): 247-254.

24 Souza Daniela C. de, Troster Eduardo J., Carvalho Werther Brunow de, Shin Shieh H., Cordeiro Andréa M. G.. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2004 Dec [cited 2017 Mar 14] ; 80(6): 453-460.

25 Walsh-Sukys M, Fanaroff AA. Perinatal services and resources. In: Fanaroff AA, Martin RJ, editors. *Neonatal-perinatal medicine diseases of the fetus and infant*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p. 13-22.

26 Downes JJ. Evolução histórica, estado atual e desenvolvimento prospectivo do tratamento intensivo pediátrico: terapia intensiva neonatal e neonatologia. *Clín Ter Intensiva* 1992; 1: 1-25.

27 Hess JH. Chicago Plan for Care Premature Infantes. JAMA [serial on the Internet] 1975 jul [cited 2002 Aug 10]; 146(10): 891-3. Available from <http://www.neonatology.org>.

28 Levels of Neonatal Care. COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN Pediatrics Sep 2012, 130 (3) 587-597; DOI: 10.1542/peds.2012-1999.

29 Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. JAMA. 2010;304(9):992-1000pmid:20810377.

30 Guidelines for perinatal care , 7oEdição, American Academy Of Pedioatrics, The American College os obstetrics and Gynecologists, 2012).

31 Walsh-Sukys M, Fanaroff AA. Perinatal services and resources. In: Fanaroff AA, Martin RJ, editors. Neonatal-perinatal medicine diseases of the fetus and infant. 6th ed. St. Louis: Mosby; 1997. p. 13-22.

32 American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Emergency contraception. Pediatrics. 2012;130:1174-82.

33 De Souza DC, Troster EJ, de Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. J Pediatr (Rio J). 2004; 80: 453-60.

34 Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil - 1998-2001 Ivone Kamada, Semiramis Melani Melo Rocha, Claudia Benedita dos Santos Barbeira DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000400005>.

35 IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de Informações básicas municipais - MUNIC. Perfil dos municípios brasileiros: 2014.

36 Rhodes Andrew, Moreno Rui Paulo. Prestação de terapia intensiva: um problema global. Rev. bras. ter. intensiva [Internet]. 2012 Dec [cited 2017 Mar 20] ; 24(4): 322-325.

37 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014

38 Baptista Tatiana Wargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2007 Mar [cited 2015 Nov 30] ; 23(3): 615-626.

39 Gill Walt, Jeremy Shiffman, Helen Schneider, Susan F Murray, Ruairi Brugha, Lucy Gilson; ‘Doing’ health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges. Health Policy Plan 2008; 23 (5): 308-317. doi: 10.1093/heapol/czn024

40 Dalfior Eduardo Tonole, Lima Rita de Cássia Duarte, Contarato Priscilla Caran, Andrade Maria Angélica Carvalho. Análise do processo de implementação de políticas de saúde: um estudo de caso baseado no enfoque da política institucional. Saúde debate [Internet]. 2016 Dec [cited 2017 Mar 20] ; 40(111): 128-139.

41 Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima, R de CD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc. São Paulo. 2008; 17(2): 107-119.

42 Ministério da Saúde (BR). Descritivo sobre os incentivos financeiros de custeio do bloco MAC e incrementos relacionados à produção de procedimentos de média e alta complexidade. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

43 Ministério da Saúde (BR). Diagnóstico da capacidade de planejamento, programação, regulação, controle e avaliação do SUS no estados e ações estratégicas para sua qualificação. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

44 Belizán, J. M. ; Martinez, G. & Capurro, H. Perinatal Health in Latin America. In: CARRERA, J. M. ; CABERO, L. & BARAIBAR, R. (Eds.) The Perinatal Medicine of the New Millenium. Proceedings of the 5th World Congress of Perinatal Medicine. Barcelona: Monduzzi Editore, 2001.

45 Merhy E.E.E & Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

46 AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, 13(3): 16-29, 2004.

47 Waechter EH, Blake, FG. Enfermagem Pediátrica. 9. ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979.

48 Silva Letícia Krauss. Avaliação tecnológica e análise custo-efetividade em saúde: a incorporação de tecnologias e a produção de diretrizes clínicas para o SUS. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2003 [cited 2017 Mar 20] ; 8(2): 501-520.

49 Banta HD & Luce BR 1993. Health care technology and its assessment: an international perspective. Oxford University Press. Nova York.

50 HARTZ, ZMA., org. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p. ISBN 85-85676-36-1.

51 Portaria nº 72, de 02 de março de 2000. Incluir na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2000.

52 Brasil. Lei 8080 de 19 de Setembro de 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. Diário Oficial da União 1990; set 20.

53 Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [legislação na Internet]. Brasília; 1990 [citado 2008 mar. 12].

54 BRASIL. Ministério da Saúde Programa de assistência integral à saúde da mulher. Brasília, DF, 1983.

55 BRASIL. Ministério da Saúde. Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, DF, 1994.

56 BRASIL. Ministério da Saúde. Normas básicas para alojamento conjunto: passo 7: iniciativa Hospital Amigo da Criança. Brasília: Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Brasília, DF, 1994.

57 BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, DF, 2000.

58 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) [Internet]. Resolução - RDC n. 307, de 14 de novembro de 2002. Altera a Resolução - RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. 2002 [acesso 2012 Ago 27].

59 BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

60 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações. Programáticas estratégicas. Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010. Série ODM Saúde Brasil, v.03, p.184, 2010.

61 BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

62 Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Diário Oficial Uniao. 12 jul 2007.

63 ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada RDC n. 36/2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Republicada em 11/07/2008. Brasília, 2008.

64 Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial Uniao. 05 ago 2015.

65 Effects of a Birth Hospital's Neonatal Intensive Care Unit Level and Annual Volume of Very Low-Birth-Weight Infant Deliveries on Morbidity and Mortality Erik A. Jensen, MD^{1,2}; Scott A. Lorch, MD, MSCE^{2,3,4} Author Affiliations Article Information JAMA Pediatr. 2015;169(8):e151906. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.1906

66 Goodman DC, Fisher ES, Little GA, Thérèse AS, Chang C, Shoendorf KS. The relation between the availability of neonatal intensive care and neonatal mortality. N Engl J Med. 2002; 346:1538-44.

67 Garcia R, Fernández Lorenzo J R, Echániz U I, Bolet M F, Herranz C G, Moreno H J, Salguero G E, Sánchez L M. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimo para la atención neonatal. Asociación Española de Pediatría. Elsevier España. Anpedi. 2012.

68 Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC n. 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de saúde [Internet]. Brasília; 2002 [citado 2008 mar. 25].

69 (Journal of Epidemiology and Community Health 1995;48:617-628

70 Indicadores e Dados Básicos - Brasil - IDB / 2012, Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f16.def>>. Acesso em: 12 dez. 2016