



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

Alessandra Georgia Carrazêdo Torres

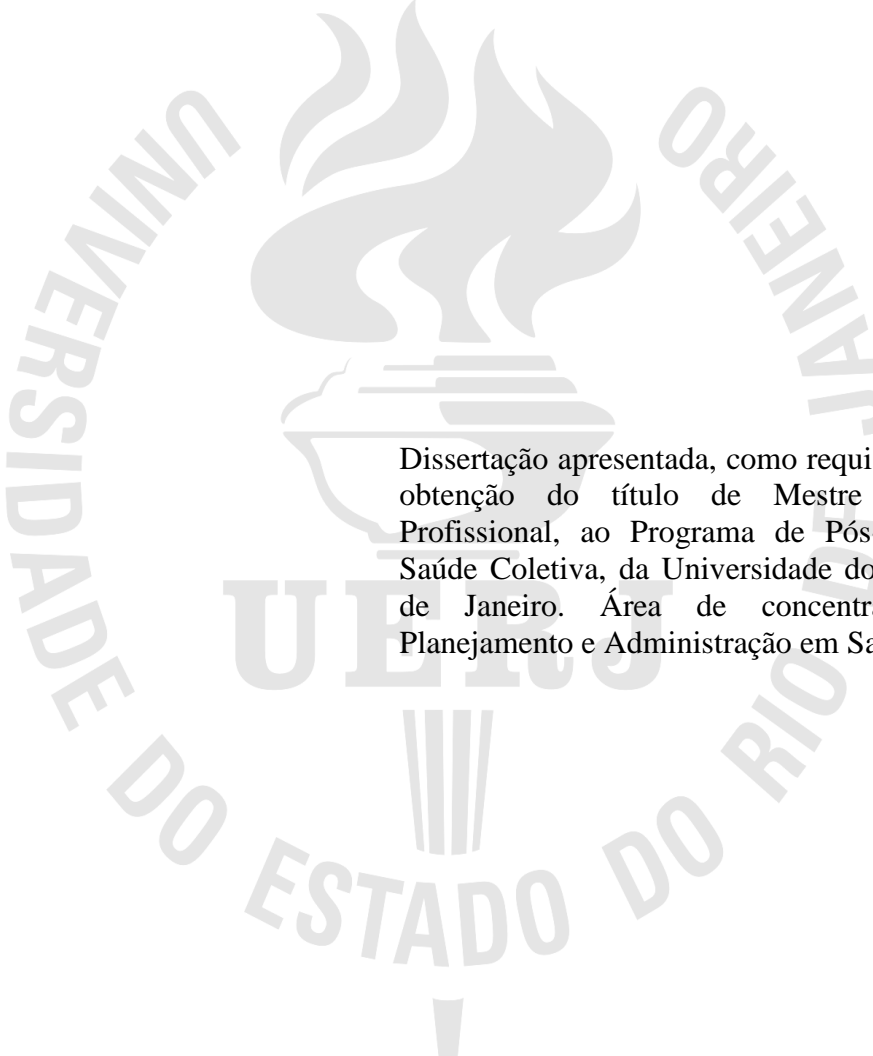
**Estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos  
neonatais de terapia intensiva e de cuidado intermediário no estado do Rio  
de Janeiro, de 2012 a 2020**

Rio de Janeiro

2022

Alessandra Georgia Carrazêdo Torres

**Estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos neonatais de terapia intensiva e de cuidado intermediário no estado do Rio de Janeiro, de 2012 a 2020**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano

Rio de Janeiro

2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

T693 Torres, Alessandra Georgia Carrazêdo

Estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos neonatais de terapia intensiva e de cuidado intermediário no estado do Rio de Janeiro, de 2012 a 2020 / Alessandra Georgia Carrazêdo Torres – 2022.

161 f.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano

Dissertação (Mestrado profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.

1. Gestão em saúde - Rio de Janeiro - Teses. 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal – Teses. 3. Planejamento em saúde – Teses. 4. Recém-nascido – Teses. 5. Serviços de saúde da criança - Teses. 6. Saúde pública – Teses. I. Caetano, Rosângela. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. III. Título.

CDU 614.2(815.3)

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Alessandra Georgia Carrazêdo Torres

**Estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos neonatais de terapia intensiva e de cuidado intermediário no estado do Rio de Janeiro, de 2012 a 2020**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre do Mestrado Profissional, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 19 de maio de 2022.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Rosângela Caetano  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Mario Dal Poz  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro - UERJ  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes  
Fundação Oswaldo Fiocruz

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

A Deus, pela força e amor que me moveram. A meus pais, pelo apoio incondicional. À minha irmã, pelas palavras de apoio e risadas. À minha filha, pelo carinho e preocupação com meu bem-estar físico e emocional. Ao meu marido e amor da minha vida, Rogerio, pelo cuidado, paciência, dedicação e amor, dados a mim, diariamente.

## AGRADECIMENTOS

À professora e orientadora, Rosângela Caetano, por acreditar em mim, pela imensa dedicação no processo de orientação e por todos os ensinamentos na área de Avaliação de Tecnologias e de Neonatologia. Sempre incansável, me ajudou mesmo nos momentos mais difíceis

Aos professores Mario Dal Poz, Eduardo Levcovitz, pelos ensinamentos e apoio prestados e à querida Thais Franco, que sempre esteve disponível, atendendo de forma carinhosa e atenciosa, tanto para o ensino quanto para o apoio técnico.

Aos professores da banca examinadora por terem aceitado e dedicado seu tempo para analisar este trabalho e pelas suas contribuições.

Aos funcionários do IMS - UERJ, que, apesar do distanciamento imposto pela Covid-19, contribuíram para que esse trabalho acontecesse.

Aos meus amigos de turma, por não terem soltado minha mão. Agradecimento especial às amigas Renata Netto, Natalie Martins, Romelia e Jacqueline Hosken, pela ajuda prestada, sempre que precisei.

A todos os professores do Mestrado Profissional pelos ensinamentos, não só os acadêmicos.

À minha família que sempre me apoiou, respeitou e acreditou, a quem devo tudo que aprendi e quem sou.

Ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e à Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, por terem proporcionado essa oportunidade única, de volta ao estudo, de momentos de discussões e aquisição de conhecimentos tão relevantes.

## RESUMO

TORRES, Alessandra Georgia. **Estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos neonatais de terapia intensiva e de cuidado intermediário no estado do Rio de Janeiro, de 2012 a 2020**. 2022. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

O cuidado intensivo neonatal é ferramenta essencial para a assistência de recém-nascidos graves ou potencialmente graves, a fim de diminuir a morbimortalidade neonatal. O objetivo do estudo foi analisar a oferta e distribuição territorial dos leitos intensivos e de cuidados intermediários neonatais, no estado do Rio de Janeiro, de 2012 a 2020 e estimar as necessidades e avaliar sua suficiência considerando o ano de 2020. Foi realizado estudo de caráter exploratório, correspondendo a uma avaliação normativa, com delineamento do tipo transversal e abordagem quantitativa. As fontes de dados utilizadas foram o CNES, para o levantamento dos leitos neonatais e suas modalidades, e o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC-RJ) para obtenção do número de nascidos vivos (NV), em 2020. Para estimativa de necessidades e avaliação da suficiência de leitos neonatais, no ano de 2020, adotou-se os parâmetros propostos na Portaria GM/MS nº 930/2012. A estimativa de leitos necessários considerou dois cenários, onde o primeiro contemplou os usuários que utilizam exclusivamente o SUS (100% dos NV, excluídos os beneficiários de planos privados de saúde), e o segundo, 100% dos NV. Os resultados do estudo apontaram que, ao longo da série histórica, houve queda de 3,3% no total de leitos neonatais disponíveis ao SUS, aumento de 66,7% dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) tipos II e III disponíveis ao SUS, e redução dos leitos de UTIN I. Os leitos de cuidado intermediário neonatal convencional (UCINCo), que representaram a maior parte dos leitos de cuidado intermediário, tiveram redução de cerca de 43%. Os leitos de cuidados intermediários canguru, que constituíram parcela pequena dos leitos neonatais em toda a série histórica (média de 4%), tiveram aumento progressivo ao longo do período estudado. Verificou-se suficiência dos leitos de terapia intensiva no ano de 2020, mas com desigualdades regionais importantes. Foram apontados déficits tanto de leitos de convencionais quanto canguru (UCINCa), estes últimos com situação deficitária em todas as regiões do Estado. Conclui-se que as regiões não estão organizadas sob uma linha de cuidados progressivos, com as três tipologias de leitos previstas na legislação. Há necessidade de investimento na Rede Neonatal estadual, com ampliação dos leitos de todas as modalidades, de forma regionalizada, a fim de melhorar o acesso, evitar o transporte do RN e contribuir para a redução da morbimortalidade neonatal. O estudo pode trazer subsídios ao planejamento dentro da área de cuidado neonatal, baseado na equidade no acesso aos leitos disponíveis no SUS, em particular no Estado do Rio de Janeiro.

Palavras-chave: Leitos. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Estado do Rio de Janeiro.

## ABSTRACT

TORRES, Alessandra Georgia. 2022. **Estimates of need, supply and territorial distribution of neonatal intensive care and intermediate care beds in the state of Rio de Janeiro, from 2012 to 2020.** 2022. 161 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

Neonatal intensive care is an essential tool for the aid of newborns in serious or potentially serious conditions, in order to reduce neonatal morbidity and mortality. The purpose of this study was to analyze the supply and territorial distribution of intensive and intermediate neonatal care beds in the state of Rio de Janeiro, from 2012 to 2020, estimate their needs and evaluate their sufficiency for the year 2020. It was an exploratory study, corresponding to a normative assessment, with a cross-sectional design and a quantitative approach. The databases used were National Register Health Establishments (CNES) for the survey of neonatal beds and their modalities, and the National Live Birth System (SINASC-RJ) for obtaining the number of live births (LB) in 2020. In order to estimate needs and assess the sufficiency of neonatal beds, in 2020, the parameters proposed in Ordinance GM/MS number 930/2012 were used as a basis. The estimate of beds needed was based on two scenarios, in which the first considered who exclusively uses the SUS (100% of LB, excluding beneficiaries of private health insurance), and the second, 100% of LB. The results of the study showed that, throughout the historical series, there was a 3.3% decrease in the total number of neonatal beds available to SUS, an increase of 66.7% in the number of beds of Neonatal Intensive Care Unit types II and III, available to SUS, and a reduction of beds in Neonatal Intensive Care Unit type I. Neonatal Conventional Intermediate Care beds, which accounted for the majority of intermediate care beds, were reduced about 43%. The kangaroo intermediate care beds, which represented a small portion of neonatal beds throughout the historical series (average of 4%), had a progressive increase over the study's period. This research observed that there is a sufficiency of intensive care beds, in 2020, but concerning regional inequalities. As for the intermediate care beds, deficits were identified in both conventional and kangaroo beds, the latter with a deficit situation in all regions. It is concluded that the regions are not organized under a progressive care line, with the three types of beds provided for in the legislation. Therefore, there is a need for investment in the state Neonatal Network, with expansion of beds of all modalities, in a regionalized way, in order to improve access, avoid the transportation of the newborns and contribute to reduce neonatal morbidity and mortality. To summarize, the study can provide, to the health system and researchers, subsidies for planning within the area of neonatal care, based on equity in access to beds available at SUS, particularly in the State of Rio de Janeiro.

Keywords: Beds. Neonatal Intensive Care Unit. State of Rio de Janeiro



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Distribuição proporcional dos óbitos segundo idade para menores de cinco anos - Brasil - 1990 e 2015.....	24
Gráfico 2 –	Taxa de mortalidade neonatal - Brasil e regiões - 1990 a 2016.....	24
Figura 1 –	Fluxo do processo de habilitação das unidades neonatais de qualquer das tipologias descritas na Portaria GM/MS nº 930/2012.....	35
Figura 2 –	Mapa do estado do Rio de Janeiro, dividido por regiões de saúde.....	74
Gráfico 3 –	Número de leitos de cuidados neonatais no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020.....	85
Gráfico 4 –	Número de leitos de terapia intensiva neonatal segundo tipo de leito no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020.....	87
Gráfico 5 –	Número de leitos de terapia intensiva neonatal segundo tipo de leito no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020.....	88
Gráfico 6 –	Evolução no número de leitos de cuidado intermediário convencional e canguru no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020.....	89
Gráfico 7 –	Leitos neonatais disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro, segundo tipo - 2012-2020.....	90
Gráfico 8 –	Evolução dos leitos de terapia intensiva neonatal disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020.....	91
Gráfico 9 –	Evolução dos leitos de cuidados intermediários disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020.....	92

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Etapas para o desenvolvimento do Método Canguru.....	30
Quadro 2 –	Equipamentos mínimos para habilitação como UTIN tipo II.....	36
Quadro 3 –	Equipe mínima de profissionais especialistas para UTIN tipo II.....	37
Quadro 4 –	Equipamentos mínimos para habilitação como UCIN Convencional...	39
Quadro 5 –	Equipe mínima de profissionais especialistas da UCIN Convencional..	40
Quadro 6 –	Equipamentos mínimos para habilitação como UCIN Canguru.....	41
Quadro 7 –	Valores de diárias de leitos intensivos e intermediários neonatais a serem pagos pelo SUS – Competência de fevereiro/2022.....	42
Quadro 8 –	Parâmetros de infraestrutura de leitos neonatais da Rede Cegonha.....	44
Quadro 9 –	Unidades de terapia intensiva neonatal tipo II habilitadas em 2016.....	65
Quadro 10 –	Unidades de terapia intensiva neonatal tipo III habilitadas em 2016....	66
Quadro 11 –	Unidades de cuidado intermediário habilitadas em 2016.....	66
Quadro 12 –	Unidades de cuidado intermediário neonatal Canguru habilitadas em 2016.....	66
Quadro 13 –	Códigos do CNES correspondentes aos leitos intensivos e de cuidados intermediários neonatais.....	77
Quadro 14 –	Tipos de estabelecimentos e definições.....	78
Quadro 15 –	Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com quantitativo de municípios e municípios integrantes.....	79
Quadro 16 –	Relação das Unidades de Saúde com leitos neonatais contratualizados pela Secretaria de Estado de Saúde.....	99

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia - Brasil, regiões e estados - 1990 e 2016.....	26
Tabela 2 –	Quantitativos de Leitos Maternos e Neonatais - Rede Cegonha - 2013-2018.....	31
Tabela 3 –	Leitos de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais habilitados e credenciados entre set.2016 e dez. 2018.....	67
Tabela 4 –	Distribuição dos leitos de terapia intensiva neonatal contratualizados pela Secretaria de Estado de Saúde para o ano de 2020 segundo região de saúde do estado do Rio de Janeiro.....	68
Tabela 5 –	Leitos Totais e Leitos disponíveis ao SUS de terapia intensiva neonatal tipos I, II e II, de cuidados intermediários convencionais e de cuidados intermediários Canguru, no estado do Rio de Janeiro de 2012 a 2020.....	86
Tabela 6 –	Leitos neonatais disponíveis ao SUS por modalidade e Região do Estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020.....	93
Tabela 7 –	Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro registrados segundo modalidade e mês no ano de 2020.....	101
Tabela 8 –	Distribuição dos leitos intensivos e de cuidado intermediário convencional e canguru totais no estado do Rio de Janeiro por população de nascidos vivos e região de saúde em 2020.....	104
Tabela 9 –	Distribuição dos leitos intensivos e de cuidados intermediários convencionais e canguru disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro por população de nascidos vivos e região de saúde em 2020.....	105
Tabela 10 –	Estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando as coberturas de planos de saúde regionais - 2020.....	107
Tabela 11 –	Estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS por região de saúde do	109

estado do Rio de Janeiro considerando 100% dos nascidos vivos -  
2020.....

Tabela 12 –	Análise de sensibilidade referente às estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando as coberturas de planos de saúde regionais e os leitos contratualizados pela SES-RJ - 2020.....	111
Tabela 13 –	Análise de sensibilidade referente às estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando 100% dos nascidos vivos e os leitos contratualizados pela SES-RJ - 2020.....	112

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
AHRNBP-MC	Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-peso - Método Canguru
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CCF	Cuidado Centrado na Família
CER	Central Estadual de Regulação de Leitos
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CGBP	Casa da Gestante, Bebê e Puérpera
CGHOSP	Coordenação Geral de Atenção Hospitalar
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CGSCAM	Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DN	Declaração de Nascidos Vivos
DOU	Diário Oficial da União
ENC	<i>Essencial Newborn Care</i>
ERJ	Estado do Rio de Janeiro
FCC	<i>Family Centered Care</i>
FiO2	Fração de Oxigênio
GAR	Gestante de Alto Risco
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
GM	Gabinete do Ministro
HE	Hospital Especializado

HG	Hospital Geral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Minas Gerais
MMC	Método Mãe-Canguru
MNP	Mortalidade Neonatal Precoce
MNT	Mortalidade Neonatal Tardia
MP	Média de Permanência
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NRS	Núcleos Regionais de Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
ONU	Organização das Nações Unidas
PAS	Programação Anual de Saúde
PBP	<i>Potencialy Better Practices</i>
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PQM	Programa de Qualificação de Maternidades
PRI	Plano Regional Integrado
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para Saúde
RN	Recém-nascido
RNV	Recém-nascido vivo

SADT	Serviço de Apoio de diagnose e Terapia
SAECA	Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Contrato
TEP	Título de Especialista em Pediatria
TI	Taxa de internação
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UCIN	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	Unidade Federativa
UI	Unidade Intermediária
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	17
1	<b>ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS</b> .....	21
1.1	<b>O Cuidado Intensivo e Intermediário Neonatais</b> .....	21
1.1.1	<u>A Terapia Intensiva Neonatal e a Mortalidade Infantil</u> .....	23
1.1.2	<u>A organização do cuidado neonatal no Brasil: uma síntese das portarias governamentais federais</u> .....	28
1.1.2.1	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.....	33
1.1.2.2	Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal.....	38
1.1.3	<u>Parâmetros para dimensionamento da necessidade de leitos intensivos e intermediários neonatais</u> .....	41
1.1.4	<u>Estudos relacionados à capacidade instalada de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários</u> .....	45
1.1.4.1	Estudos com abrangência no Brasil.....	45
1.1.4.2	Estudos tendo como abrangência o estado do Rio de Janeiro.....	48
1.1.4.3	Estudos realizados em outros estados da Federação.....	51
1.2	<b>Papel da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro na organização do Cuidado Neonatal</b> .....	54
1.2.1	<u>Papel dos estados na organização das redes regionalizadas de serviços de saúde: algumas notações históricas</u> .....	54
1.2.2	<u>A Organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)</u> .....	58
1.2.3	<u>A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e a rede de cuidados neonatais</u> .....	65
2	<b>JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b> .....	69
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	72
3.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	72
3.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	72
4	<b>CAMINHOS METODOLÓGICOS</b> .....	73
4.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	73
4.2	<b>Lócus do estudo</b> .....	73
4.3	<b>Delimitação temporal do estudo</b> .....	73



4.4	<b>Etapas do estudo e fontes de dados.....</b>	75
5	<b>ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	83
6	<b>RESULTADOS.....</b>	84
6.1	<b>Leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro no período de 2012-2020..</b>	84
6.1.1	<u>Leitos neonatais totais.....</u>	84
6.1.1.1	Leitos Intensivos neonatais.....	87
6.1.1.2	Leitos de Cuidados Intermediários neonatais.....	88
6.1.2	<u>Leitos neonatais disponíveis ao SUS.....</u>	89
6.1.2.1	Leitos Intensivos neonatais.....	90
6.1.2.2	Leitos de Cuidados Intermediários neonatais.....	91
6.2	<b>Leitos neonatais disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro por Região de Saúde.....</b>	92
6.3	<b>Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro em 2020.....</b>	98
6.4	<b>Distribuição dos leitos por população de nascidos vivos e Região de Saúde.....</b>	102
6.5	<b>Estimativas de Necessidades de Leitos neonatais e exame da sua adequação frente ao recomendado na Portaria GM/MS nº 930/2012.....</b>	106
7	<b>DISCUSSÃO.....</b>	113
	<b>CONCLUSÃO.....</b>	128
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	130
	<b>APÊNDICE A – Expressões utilizadas pela Portaria nº 1631/2015 para determinação da quantidade de leitos.....</b>	140
	<b>APÊNDICE B – Número de Nascidos Vivos no estado do Rio de Janeiro por região de saúde/ residência da mãe entre 2010 e 2020.....</b>	141
	<b>APÊNDICE C – Beneficiários de Planos Privados de Saúde e taxa de cobertura da Saúde Suplementar por região do estado do Rio de Janeiro - 2020.....</b>	142
	<b>APÊNDICE D – Série histórica dos leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro segundo modalidade de leito e por região - de 2012 a 2020.....</b>	143
	<b>APÊNDICE E – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de</b>	

Saúde, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica.....	148
<b>APÊNDICE F</b> – Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS, do Brasil, região Sudeste e estado do Rio de Janeiro, por modalidade, no ano de 2020, extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.....	157
<b>ANEXO A</b> – Tabela de Natureza Jurídica utilizada na classificação das Unidades de Saúde com leitos neonatais no Rio de Janeiro em 2020.....	159
<b>ANEXO B</b> – Carta de Anuência.....	162

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por tema a assistência de alta complexidade, mais especificamente a Terapia Intensiva e o Cuidado Intermediário Neonatais, no estado do Rio de Janeiro (ERJ). Objetivou-se mapear a oferta e a distribuição territorial dos leitos das Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), das Unidades de Cuidado Intermediário Convencional (UCINCo) e das Unidades de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa) no período compreendido entre 2012 e 2020, de acordo com as regiões de saúde, aliado a uma estimativa da necessidade desses leitos no estado, considerando o último ano do período citado.

Em se tratando do Brasil, onde a saúde é direito de todos e sua oferta dever do Estado, assegurado pela Lei nº 8080 de 1990 (BRASIL, 1990), e frente a existência de um cenário de insuficiência orçamentária crônica no sistema público de saúde, é fundamental dimensionar a disponibilidade desses leitos neonatais como forma de poder contribuir para a gestão da assistência neonatal.

A atenção de média e alta complexidade compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender aos problemas de saúde da população cujo cuidado demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Essa complexidade não justifica sua oferta em todos os municípios do país. Desse modo, a gestão da alta complexidade implica em coordenar, planejar, controlar e avaliar o sistema em todas as suas esferas de gestão, aplicando conhecimentos, habilidades e técnicas, a fim de tornar o trabalho mais eficaz (BRASIL, 2015a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

A política de atenção à alta complexidade, incluída nessa a atenção em terapia intensiva, não está desvinculada do restante da rede de assistência, uma vez que a grande demanda para aquela instância pode ser reflexo de cuidados inadequados na atenção básica. Portanto, o cuidado intensivo integra uma rede de atenção norteada desde a Atenção Básica, e que tem no cuidado de urgência/emergência elemento importante, uma vez que a qualidade do primeiro atendimento é imprescindível para o prognóstico dos pacientes críticos. Desse modo, não só o quantitativo de leitos de Terapia Intensiva, mas também a organização do acesso a esses leitos é de suma importância para um impacto positivo no tratamento do paciente crítico (ALBUQUERQUE, 2010).

O cuidado intensivo neonatal é ferramenta essencial para a assistência de recém-nascidos (RN) graves ou com potencial de agravarem, sendo caracterizado por oferecer condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada e de alta complexidade a essa população. Depende, para tal, de equipes multiprofissionais e de especialistas, além de um conjunto de insumos e recursos tecnológicos (GOMES *et al.*, 2005).

Desde a década de 70 e a partir da experiência americana, a organização do cuidado intensivo neonatal tem sido alvo de propostas indicativas de que um sistema regionalizado garantiria o nascimento do RN de risco em unidades de complexidade adequada às suas necessidades de cuidado. Isso possibilitaria resultados melhores em termos de redução da morbimortalidade e, ao mesmo tempo, uma melhor gestão desses recursos, escassos e de alto custo, no Brasil e em todos os lugares. A partir daí, 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, sustentável (GOMES *et al.*, 2005).

No Brasil, esta linha de cuidado vem se organizando a partir do seu último marco legal, a Portaria do Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde (GM/MS) nº 930 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a), que definiu as diretrizes 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 unidades neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (MIRANDA *et al.*, 2021).

O número de leitos de terapia neonatal necessários varia nos diferentes países e regiões, a depender de fatores como número de nascidos vivos, percentual de admissões em UTIN, tempo médio de permanência e frequência de nascimentos prematuros e de baixo peso ao nascer (BPN) (BARBOSA *et al.*, 2002). Além disso, os parâmetros para seu dimensionamento também são diversos. Enquanto a Portaria GM/MS nº 930 de 2012 assume como referência 2 leitos de UTIN por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012a), a Sociedade Brasileira de Neonatologia preconiza a taxa de 4 leitos por 1.000 nascidos vivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

A terapia intensiva neonatal, no Brasil, experimentou grande desenvolvimento nas duas últimas décadas, acompanhando a tendência mundial. No entanto, esse crescimento se fez e ainda continua ocorrendo sem um planejamento estratégico adequado, ocasionando falta de equidade na distribuição dos leitos, com desigualdades nacionais e regionais. Além disso, existem limitações quanto ao acesso, penalizando quase sempre a parcela mais carente da população, com prestação de serviços de qualidade extremamente contrastante, variando entre

unidades altamente sofisticadas e outras sem a estrutura mínima necessária (BARBOSA; CUNHA, 2011).

Nesse contexto, o planejamento e a gestão de leitos neonatais é estratégia central para a garantia do acesso, melhoria do cuidado prestado e redução da morbimortalidade neonatal no Brasil. Elementos de programação como número e proporção adequada entre os diferentes tipos de leitos, considerando o custo, a especialização e a complexidade, devem ser considerados. Para além disso, a fim de assegurar o acesso tempestivo ao cuidado perinatal com qualidade e integralidade, Gomes (2019) elenca alguns outros fatores importantes que incluem a distribuição dos leitos obstétricos e neonatais já existentes e sua regulação; as distâncias geográficas e os diferentes fluxos nas regiões e localidades; a definição de atribuições referentes ao cuidado neonatal nas maternidades de risco habitual, maternidades de referência regional e maternidades de referência macrorregional ou estadual, e o desenvolvimento de estratégias para o uso racional desses leitos.

No entanto, estudos sobre a oferta desses leitos, tão necessários ao cuidado neonatal, são escassos em nosso meio: Barbosa *et al.* (2002); Barbosa (2004); Barbosa e Cunha (2011); Souza (2004); Silva (2006); Albuquerque (2009); Augusto (2017); Alam *et al.* (2020) e Miranda *et al.* (2021). No caso do estado do Rio de Janeiro, a última publicação que contemplou essas informações data de aproximadamente 10 anos (BARBOSA; CUNHA, 2011). Assim, é relevante para o planejamento e gestão dessa assistência, conhecer, de forma mais atualizada, seu quantitativo e distribuição pelas regiões de saúde, bem como estimativas de sua necessidade.

O trabalho está dividido em oito capítulos. Após esta breve introdução, dentro da Contextualização Teórico-conceitual, aborda-se o Cuidado Intensivo e Intermediário Neonatais, sua importância e impactos na mortalidade infantil brasileira. Na sequência, discorre-se sobre como esse cuidado se organizou no Brasil, através de uma síntese das principais portarias governamentais. Após, são descritos os principais parâmetros presentes nas normativas para dimensionamento das necessidades de leitos intensivos e de cuidados intermediários neonatais. Depois disso, aborda-se, a partir da revisão de literatura, alguns estudos realizados no estado e no país relacionados à temática de dimensionamento e oferta dos leitos de Cuidados Intensivos e de Cuidados Intermediários. Ainda como parte da contextualização do estudo, explora-se o papel da Secretaria de Estado de Saúde (SES) na organização do cuidado neonatal e mais especificamente, na organização das redes regionalizadas de saúde. Os dois capítulos subsequentes trazem as justificativas para a execução do estudo no âmbito do mestrado profissional e os objetivos pretendidos. Os

caminhos metodológicos detalham as fontes de dados e as etapas empregadas para a consecução dos objetivos propostos, bem como os aspectos éticos. Os resultados encontram-se subdivididos em três seções, onde são trazidas a capacidade instalada de leitos neonatais segundo modalidade no período estudado, sua distribuição segundo as regiões de saúde e um esforço de estimativa de necessidades e exame de suficiência, considerando a capacidade instalada e o número de nascidos vivos de cada região do estado do Rio de Janeiro no ano de 2020. A esses se seguem um capítulo dedicado à discussão dos resultados e outro às considerações finais do estudo.

## **1 ELEMENTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS**

### **1.1 O Cuidado Intensivo e Intermediário Neonatais**

O Cuidado Neonatal está definido no Eixo Estratégico I (Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido) da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que consiste na 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 (BRASIL, 2015c).

A PNAISC apresenta como ações estratégicas de grande relevância para a prevenção da morbimortalidade neonatal e que afetam diretamente na necessidade ou não de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou de Cuidado Intermediário neonatal, dentro do Eixo Estratégico 1: a atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido, com previsão de capacitação dos profissionais de saúde, a fim de prevenir a asfixia neonatal; a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru” e a qualificação da atenção neonatal, com ênfase ao cuidado progressivo do RN grave ou potencialmente grave, da unidade intensiva para as unidades de cuidado intermediário convencional e canguru (BRASIL, 2015b).

Historicamente, as Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal emergiram nos anos 60, quando a assistência ao recém-nascido era um prolongamento da assistência obstétrica, se restringindo a promover a sobrevivência dos RN, ainda sem a perspectiva da humanização do cuidado neonatal. Ao longo das décadas, a assistência nessas unidades foi se modificando e o foco do tratamento foi ampliado com a implementação, pelo Ministério da Saúde, das Portarias GM/MS nº 693, de 05 de julho de 2000 (BRASIL, 2000b) e nº 1683, de 2007 (BRASIL, 2007), que trouxeram a norma de orientação para a implantação do Método Canguru, e passaram a considerar tanto os aspectos biológicos quanto a qualidade de vida dos RN prematuros, envolvendo não apenas os serviços de saúde, mas também a família (COSTA; PADILHA, 2011).

Henning, Gomes e Morsch (2010) destacam que a forma de cuidado proposta pela Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-peso - Método Canguru<sup>1</sup> (AHRNBP-MC) encontra correspondente, na literatura internacional, no Cuidado Centrado na Família (*Family-Centered Care*, com sigla no português de CCF)<sup>2</sup>, no âmbito do conceito de práticas potencialmente melhores no cuidado neonatal (*Potentially Better Practices* (PBP)), através dos protocolos de rotinas clínicas. Ambos têm suas diretrizes baseadas na identificação das gestantes com maior risco de terem recém-nascidos de baixo-peso, na divulgação das informações sobre os cuidados médicos específicos e humanizados e na participação ativa da família nos cuidados com o paciente.

A partir da tendência mundial de humanização da medicina de alta tecnologia, as unidades de terapia intensiva neonatal brasileiras incorporaram, para além das novas tecnologias e equipes compostas por categorias profissionais diversas, o aspecto da humanização do cuidado, que comprovadamente aumenta a sobrevivência do bebê, seu desenvolvimento neurológico e sua integração ao convívio familiar, tornando-se ambiente terapêutico apropriado para o tratamento do RN de risco (COSTA; PADILHA, 2011).

Com o advento das Portarias do Método Canguru (BRASIL, 2007), da Rede Cegonha (BRASIL, 2011b) e da Portaria GM/MS nº 930/2012 (BRASIL, 2012a), a Unidade Neonatal passa, então, a ser o serviço de internação responsável pelo cuidado integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais com condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, que inclui não apenas a estrutura física (instalações físicas e os equipamentos) e os recursos humanos, mas também os pais.

As Unidades Neonatais devem, portanto, articular uma linha de cuidados progressivos, possibilitando a adequação entre a capacidade instalada e a condição clínica do RN. É de fundamental importância que os RN que necessitem de cuidados específicos encontrados somente nessas unidades e que se encontrem em locais que não disponham das mesmas, recebam os cuidados necessários até sua transferência, que deverá ser feita somente após estabilização e com transporte sanitário adequado e realizado por profissional habilitado (BRASIL, 2012a).

---

<sup>1</sup> O método tem esse nome em função da chamada posição canguru, que consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical, junto ao peito da mãe, pai ou de outros familiares.

<sup>2</sup> Cuidado reconhecido, internacionalmente, e que compõe tanto o cuidado pediátrico como o neonatal, baseado no reconhecimento da importância do apoio familiar dentro do processo saúde-doença (HENNING, 2000).



### 1.1.1 A Terapia Intensiva Neonatal e a Mortalidade Infantil

A relevância da terapia intensiva neonatal tem crescido substancialmente, em paralelo ao avanço nacional na redução da mortalidade infantil, verificada no Brasil, nos últimos 20 anos.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) compreende dois componentes: a mortalidade neonatal (óbitos ocorridos de 0 a 27 dias de vida) e a pós-neonatal (28 dias a 1 ano), com a mortalidade neonatal subdividida em neonatal precoce (0 a 6 dias completos de vida) e neonatal tardia (7 a 27 dias de vida).

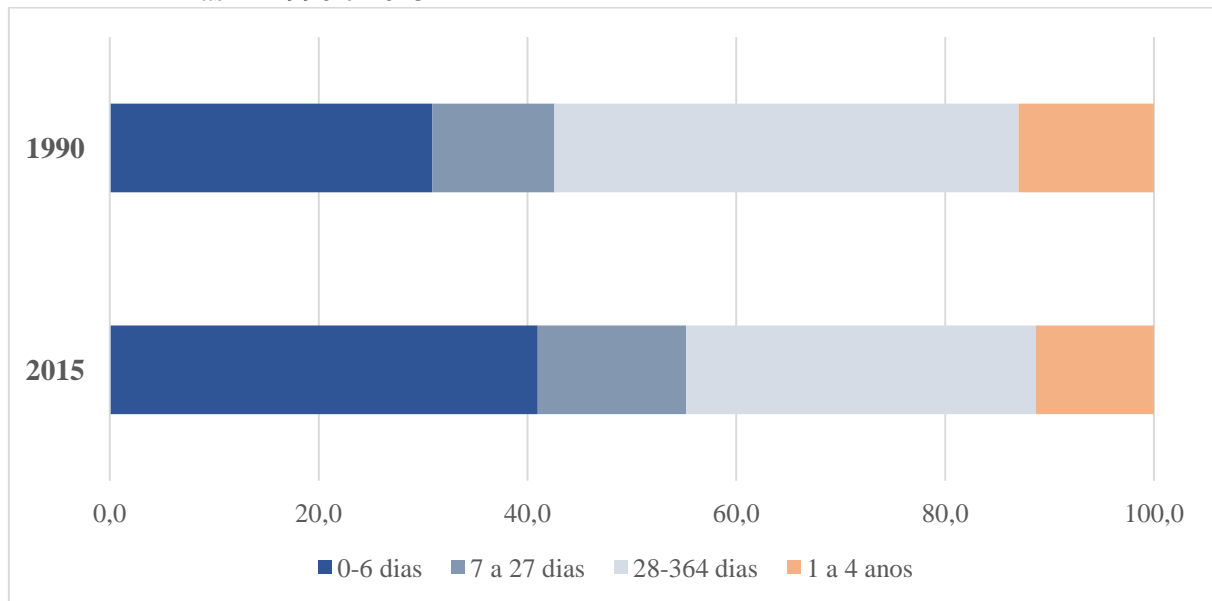
A redução do componente pós-neonatal do coeficiente da mortalidade infantil no Brasil, observada ao longo das décadas de 80 e 90, contribuiu para a maior visibilidade da mortalidade neonatal e crescente produção de estudos sobre esse tema. Isto ocorreu devido ao fato do componente neonatal não ter apresentado a mesma intensidade de queda do componente pós-neonatal (GOMES *et al.*, 2005).

Apesar do significativo avanço na medicina e tecnologia, a redução do componente neonatal da mortalidade ainda é um desafio para todos os países, já que a prevalência de nascimentos prematuros ainda é bastante preocupante em todo mundo. Em países desenvolvidos como a França, por exemplo, a prevalência da mortalidade neonatal era de 6%, em 2004, enquanto nos Estados Unidos (2005) era de 11%. Já nos países em desenvolvimento, como o Brasil, essa prevalência situava-se em torno de 7%, em 2005 (COSTA; PADILHA, 2011).

Trabalho que utilizou as estimativas do estudo Carga Global de Doença (*Global Burden of Disease* (GBD)) de 2015 e avaliou as taxas de mortalidade na infância (menores de 5 anos) e as principais causas de morte, em 1990 e 2015, mostrou que, embora o número absoluto de óbitos tenha apresentado significativa redução (de 191.505, em 1990 para 51.226, em 2015), houve mudança importante na proporção de óbitos por faixa etária entre os períodos: enquanto em 1990, os óbitos neonatais representavam 42,6%, em 2015 já atingiam 55,2% do total de óbitos nos menores de 5 anos (Gráfico 1, a seguir).

Em ambos os períodos e considerando apenas os óbitos nos menores de um ano, a maior proporção de mortes se situava nos primeiros seis dias de vida, com a mortalidade neonatal precoce representando, nos dois anos estudados, 35,5% e 46,2%, respectivamente (FRANÇA *et al.*, 2017).

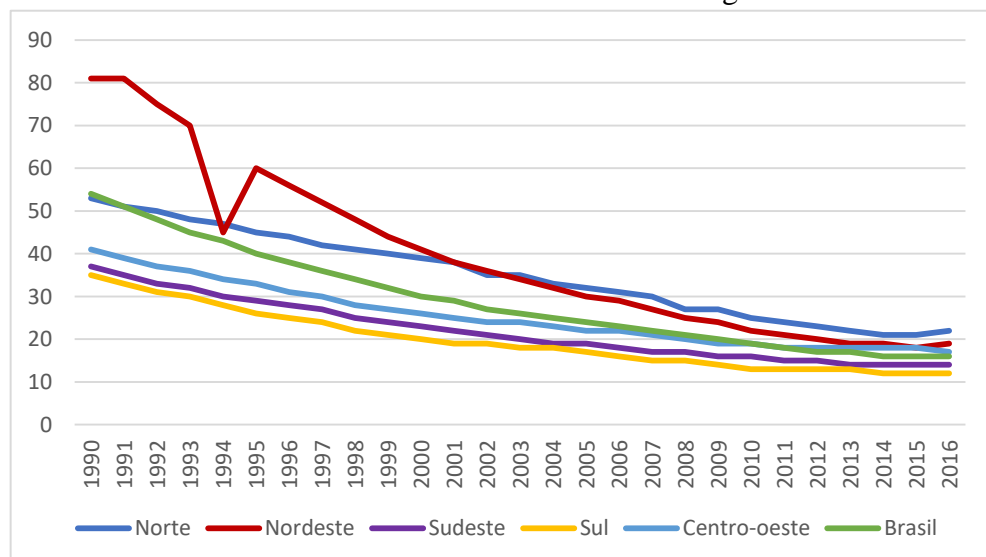
Gráfico 1 – Distribuição proporcional dos óbitos segundo idade para menores de cinco anos - Brasil - 1990 e 2015



Fonte: Adaptado de França *et al.* (2017, p. 50).

Ainda que tenha ocorrido aumento proporcional do componente da mortalidade neonatal na morte dos menores de um ano, é importante destacar que, em números absolutos, os óbitos até 27 dias têm decaído no país como um todo e em todas as regiões desde 1990 (Gráfico 2). A taxa de mortalidade neonatal passou de 23,1 óbitos por 1.000 nascidos vivos (NV), em 1990, para 9,6 em 2016, com uma redução média nacional de 58,3% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Gráfico 2 – Taxa de mortalidade neonatal - Brasil e regiões - 1990 a 2016



Fonte: Elaboração própria a partir de Organização Pan-Americana de Saúde (2018, p. 85).

Mesmo com reduções importantes, nas regiões mais carentes do país, das taxas de mortalidade neonatal precoce (MNP) e tardia (MNT), os dois componentes da mortalidade neonatal ainda mostram desigualdades inter-regionais importantes (Tabela 1). O Rio de Janeiro, *locus* do estudo proposto, apresentou redução da taxa de MNP de 14,2 para 6,6 óbitos por 1.000 nascidos vivos (queda de 53,5%) e da taxa de MNT de 3,5 para 2,2/1.000 RNV (queda de 37,1%) entre 1990 e 2016 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Tabela 1 – Taxas de mortalidade neonatal precoce e tardia - Brasil, regiões e estados - 1990 e 2016

Estado/Região	Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce		Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	
	1990	2016	1990	2016
<b>Norte</b>	<b>14,1</b>	<b>9,5</b>	<b>4,5</b>	<b>2,5</b>
Rondônia	16,0	7,8	5,0	2,3
Acre	19,7	5,8	4,6	2,7
Amazonas	9,8	9,3	4,5	2,3
Roraima	10,8	10,0	6,5	2,1
Pará	15,3	10,2	3,9	2,7
Amapá	16,6	11,3	5,7	3,8
Tocantins	10,5	9,3	5,5	1,9
<b>Nordeste</b>	<b>19,5</b>	<b>9,0</b>	<b>9,3</b>	<b>2,6</b>
Maranhão	28,7	8,9	6,4	2,3
Piauí	25,3	10,8	5,1	3,4
Ceará	17,3	7,5	8,2	2,4
Rio Grande do Norte	22,5	7,9	6,9	2,4
Paraíba	14,2	7,9	8,9	2,4
Pernambuco	19,0	8,3	11,9	2,7
Alagoas	17,3	8,0	12,6	2,4
Sergipe	20,5	8,9	7,0	3,5
Bahia	21,5	10,7	7,2	2,7
<b>Sudeste</b>	<b>15,1</b>	<b>6,1</b>	<b>3,7</b>	<b>2,2</b>
Minas Gerais	17,0	7,3	4,3	2,2
Espírito Santo	12,7	5,8	3,6	2,2
<i>Rio de Janeiro</i>	<i>14,2</i>	<i>6,6</i>	<i>3,5</i>	<i>2,2</i>
São Paulo	15,2	5,5	3,6	2,2
<b>Sul</b>	<b>11,7</b>	<b>5,1</b>	<b>3,4</b>	<b>1,9</b>
Paraná	14,9	5,4	3,9	2,0
Santa Catarina	12,9	4,8	3,6	1,5
Rio Grande do Sul	11,0	4,9	3,7	2,1
<b>Centro-Oeste</b>	<b>14,5</b>	<b>7,7</b>	<b>3,9</b>	<b>2,4</b>
Mato Grosso do Sul	13,4	6,3	3,7	2,0
Mato Grosso	12,2	8,9	3,6	2,5
Goiás	14,9	8,3	4,6	2,7
Distrito Federal	14,5	6,0	2,7	1,8
<b>Brasil</b>	<b>17,7</b>	<b>7,3</b>	<b>5,4</b>	<b>2,3</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de Organização Pan-Americana de Saúde (2018, p. 84).

A morte que ocorre no período de zero a 27 dias de vida é considerada importante indicador de saúde pública nos países (UNICEF, 2018), com determinantes múltiplos e complexos, referentes a fatores biológicos (da mãe e do recém-nascido), de assistência à saúde e socioeconômicos, estando fortemente relacionada à falta de assistência adequada no pré-natal, parto e puerpério (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Em relação à assistência materno-infantil, faz-se necessário assinalar que tanto a rede básica quanto os serviços de alta complexidade são essenciais para assegurar a integralidade da atenção à gestante e à criança, e que parte importante da mortalidade neonatal é considerada prevenível através da assistência de saúde (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Entre as cinco principais causas de morte nos menores de 5 anos figurava, em 2015, a prematuridade (taxa de mortalidade de 3,18 por 1.000 recém-nascidos vivos - RNV-), anomalias congênitas (3,06/1.000 RNV), asfixia e trauma no nascimento (1,93/1.000 RNV), septicemia e outras infecções neonatais (1,69/1.000 RNV) e infecções do trato respiratório inferior (1,55/1000 RNV) (FRANÇA *et al.*, 2017). Esses dados sinalizam para a importância do fortalecimento da rede de atenção perinatal, do pré-natal até a assistência neonatal, possibilitando avanços tanto no acesso quanto na qualidade da atenção ofertada ao RN de risco, através de cuidado intensivo e especializado (FRANÇA *et al.*, 2017).

A favor dessa relevância, metanálise publicada em 2010 mostrou melhores resultados em saúde para recém-nascidos de muito baixo peso (< 1500 g) e idade gestacional menor que 32 semanas que tiveram acesso a cuidados intensivos em centros especializados com instalações de alta complexidade e, de outro lado, mais chances de mortalidade neonatal para os que não foram admitidos em unidades de alta complexidade (LASWELL *et al.*, 2010). Revisões posteriores apontam, no mesmo sentido, para a importância do cuidado perinatal especializado e regionalizado na sobrevivência dos RN prematuros e de baixo peso (ISMAIL; BOYLE; PILLAY, 2020).

Entretanto, no Brasil, estudo publicado por Costa, Gomes Junior e Magluta (2018) mostrou que, em 2013, 55% dos nascimentos e 38% daqueles com marcadores de gravidade (estabelecidos a partir do peso de nascimento e do escore de Apgar do 5º minuto) para o risco de mortalidade e necessidade de cuidado em UTIN, ocorreram em estabelecimentos sem terapia intensiva, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste.

### 1.1.2 A organização do cuidado neonatal no Brasil: uma síntese das portarias governamentais federais

A organização do cuidado neonatal, no país, tem sido objeto de inúmeras portarias e outros documentos reguladores. A primeira portaria relacionada à organização das Unidades de Terapia Intensiva foi publicada em 1998, Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto (BRASIL, 1998), que estabeleceu os critérios para a classificação das unidades tipificadas como tipos I, II e III, e definiu que todo hospital que atendesse gestante de alto risco (GAR) deveria dispor de leitos intensivos obstétricos e neonatais.

No mesmo ano, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.477<sup>3</sup>, revogada em 29 de maio de 2013, e substituída pela Portaria nº 1.020 (BRASIL, 2013). Esta última instituiu os mecanismos para a organização e implementação da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definiu os critérios para a implantação e habilitação dos serviços estaduais de referência hospitalar, incluídos nestes a Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Em termos de infraestrutura física, estabelecia que, para o atendimento à gestação de alto risco, deveria haver a proporção de 5% de leitos de UTIN em relação aos leitos obstétricos, nos hospitais de média complexidade com mais de 100 leitos e em todos os de alta complexidade. A Portaria definiu também a infraestrutura de funcionamento para as unidades de assistência neonatal, mencionando equipamentos mínimos requeridos e recomendações sobre os recursos humanos. Foram 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.

Entre 2000 e 2010, houve uma consolidação da atenção obstétrica e neonatal na agenda das políticas governamentais. Miranda *et al.* (2021) listam um conjunto de iniciativas federais no campo da atenção obstétrica e neonatal que incluem marcos importantes como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pela Portaria GM/MS nº 569, de 01/06/2000 (BRASIL, 2000a) como resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto; o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 2004 (BRASIL, 2004a); a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, lançada também neste ano (BRASIL, 2004b), e o Programa de Qualificação de

---

<sup>3</sup> Esta portaria criou, à época, os mecanismos para implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar no atendimento às gestantes de alto risco.

Maternidades (PQM), lançado com o objetivo de qualificar o cuidado no parto e nascimento com implementação de estratégias de humanização da atenção obstétrica e neonatal e sendo inicialmente centrado nas unidades do Nordeste e Amazônia Legal (BRASIL 2012d).

Outra iniciativa importante foi a implantação da política pública de saúde, Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-peso - Método Canguru<sup>4</sup> (AHRNBP-MC) normatizada em 1999, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) e considerada um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial.

A política teve sua inspiração no Método Mãe-Canguru (MMC) criado em 1978, na Colômbia, a partir de uma situação crítica de superlotação de RN baixo-peso e prematuros e de elevadas taxas de mortalidade perinatal por infecções cruzadas e pela ausência de recursos tecnológicos. Diferentemente da Colômbia, no Brasil, a introdução do método não teve como objetivo a substituição da estrutura (equipamentos/recursos humanos) mas sim a adoção do método como promoção de uma mudança institucional na busca de uma atenção à saúde centrada na humanização da assistência ao RN de baixo peso ao nascer, na importância dos cuidados maternos para a recuperação dos bebês e no princípio de cidadania da família (BRASIL, 2000b; HENNING, 2010).

O método se baseia no fato de que o adequado desenvolvimento dos RN é determinado não apenas pelo suporte clínico, mas também pelos fatores ambientais e familiares. Sendo assim, a adequação da abordagem das posturas que impliquem modificações ambientais e comportamentais são essenciais para uma maior humanização no atendimento (BRASIL, 2000b). Como descrito nas normativas governamentais, é fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso com necessidade de hospitalização, agregando condutas de maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança desses bebês e do relacionamento familiar (BRASIL, 2007).

Sua segurança e a efetividade têm sido verificadas por inúmeros trabalhos, que

[...] sinalizam para diminuição de infecção relacionada à assistência à saúde, diminuição da apneia da prematuridade, estímulo ao aleitamento materno, controle térmico mais eficiente do recém-nascido, estímulo sensorial adequado, favorecimento do vínculo mãe e filho, melhora do desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido, melhora no relacionamento da família com a equipe de saúde, maior competência e confiança dos pais no manuseio do recém-

---

<sup>4</sup> O método tem esse nome em função da chamada posição canguru, que consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical, junto ao peito da mãe, pai ou de outros familiares (BRASIL, 2007).

nascido de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar (ESTRINGER *et al.*, 2013, p. 1206).

Cabe ainda esclarecer que o Método Canguru não foi criado como um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, que possuem indicações bem estabelecidas (BRASIL, 2007). Alguns estudos sinalizam que este método pode otimizar a utilização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários, além de reduzir custos assistenciais (ESTRINGER *et al.*, 2013).

As normas de orientação para a implantação do Método Canguru encontram-se definidas na Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007), que propõe sua aplicação em três etapas, dispostas no Quadro 1. Considerou-se relevante destacar estas etapas porque um dos tipos de leitos presentes no estudo, é o leito de cuidado intermediário Canguru.

Quadro 1– Etapas para o desenvolvimento do Método Canguru

Etapas	Procedimentos
<p>1ª ETAPA</p> <p>Durante o pré-natal de alto risco e a partir da internação do RN na Unidade Neonatal</p>	<p>Acolher os pais/ família, assegurando a permanência da puérpera na Unidade e esclarecendo sobre condições de saúde e cuidados dispensados ao RN, as rotinas da equipe e o funcionamento da Unidade.</p> <p>Estimular o precoce e livre acesso dos pais, sempre que possível, ao contato com o bebê, estimular a participação dos mesmos, demonstrando suas competências.</p> <p>Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.</p> <p>Oferecer suporte para a amamentação.</p> <p>Garantir à puérpera, a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.</p> <p>Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal.</p> <p>Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais do bebê, garantindo medidas de proteção do estresse e da dor e utilizar o posicionamento adequado do mesmo.</p>
<p>2ª ETAPA</p> <p>Etapa em que o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar.</p>	<p>A equipe deve permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades, acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário e utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.</p> <p>São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa: mãe segura e psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê; compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível; peso mínimo de 1.600g; ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta; sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação; assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g., primeira consulta agendada para até 48 horas da alta e as demais, no mínimo, uma vez por semana; garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.</p>
<p>3ª ETAPA</p> <p>Acompanhamento da criança no ambulatório e/ou no domicílio, até que o RN atinja o peso de 2.500g.</p>	<p>Realizar exame físico completo, tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida; avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre criança e família; apoiar a manutenção de rede social de apoio.</p> <p>Corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apneias.</p> <p>Orientar e acompanhar tratamentos especializados e orientar esquema adequado de imunizações.</p>

Fonte: Elaboração própria a partir Portaria nº 1683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007).



Como outro elemento relevante no cuidado ao recém-nascido, foi criada, em 2011, pela Portaria MS/GM nº 1.459, a Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil - Rede Cegonha (BRASIL, 2011b). Esta consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis à criança.

São objetivos da Rede Cegonha: fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, para que esta garanta acesso, com acolhimento e resolutividade, reduzindo a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Além disso, objetiva também integrar a rede de atenção perinatal, com a definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção e a integração do cuidado da Atenção Básica com a Atenção Hospitalar (BRASIL, 2000b, 2011b).

Especificamente em relação ao componente “parto e nascimento”, a Portaria MS/GM nº 1.459 (BRASIL, 2011b) mencionou a necessidade de suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais (Art. 7), e estabeleceu financiamento para ampliação de leitos de UTIN, com recursos a serem repassados fundo a fundo (Art. 10).

Em 2018, levantamento mostrava que a Rede Cegonha tinha ações em 5.488 municípios, destacando-se entre estas os Centros de Parto Normal, as Casas da Gestante, da Puérpera e do Bebê, além dos leitos para Gestante de Alto Risco (GAR). A Tabela 2 mostra o expressivo progresso no número de leitos maternos e neonatais ocorridos entre 2013 e 2018 nesta Rede. Os leitos de UTIN cresceram 292% no período, enquanto os leitos de cuidado intermediário sofreram aumento de mais de 10 vezes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Tabela 2 – Quantitativos de Leitos Maternos e Neonatais - Rede Cegonha - 2013-2018

Modalidade de leito	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Leitos para gestantes de alto risco	74	283	588	627	1.252	1.679
UCIN convencional	245	1.208	1.458	2.176	2.581	2.655
UCIN Canguru	82	353	460	633	749	781
UTIN II e III	1.573	3.498	3.755	4.334	4.535	4.603

Legenda: Unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN); Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal (UTIN).  
Fonte: Adaptada de Organização Pan-Americana de Saúde (2018, p. 91).

A Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a) pode ser considerada um dos mais importantes marcos legais para o cuidado intensivo neonatal. Foi editada em um contexto em que o Ministério da Saúde (MS) atuava com o intuito de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país. Adotando a perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado, definiu que a unidade neonatal e seus componentes deveriam articular uma linha de cuidados progressivos, o que implica na organização dos serviços para garantir o acesso do recém-nascido grave ou potencialmente grave<sup>5</sup>, ao nível de assistência adequado à sua condição clínica, buscando o uso racional de leitos e a melhor utilização das tecnologias (AUGUSTO, 2017).

Estabelece, em seu art. 3º, as diretrizes para a atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave, a saber: respeito, proteção e apoio aos direitos humanos; promoção da equidade; integralidade da assistência; atenção multiprofissional, com enfoque nas necessidades do usuário; atenção humanizada; e o estímulo à participação e ao protagonismo da mãe e do pai nos cuidados ao RN (BRASIL, 2012a).

Compatível com essas diretrizes, estabelece (Art. 4º) como objetivos da atenção integral ao RN grave ou potencialmente grave:

- a) organizar a Atenção à Saúde Neonatal para que garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- b) priorizar ações que visem à redução da morbimortalidade perinatal e neonatal e que possibilitem o desenvolvimento saudável do recém-nascido e sua integração na família e sociedade;
- c) garantir acesso aos diferentes níveis da assistência neonatal, por meio da melhoria da organização do acesso aos serviços e ampliação da oferta de leitos em unidades neonatal;
- d) induzir a formação e qualificação de recursos humanos para a atenção ao recém-nascido, que deverá ir além da preocupação técnica/tecnológica, incorporando também os referenciais conceituais e organizacionais do SUS;
- e) induzir a implantação de mecanismos de regulação, fiscalização, controle e avaliação da assistência prestada aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves no SUS.

---

<sup>5</sup> Paciente crítico ou gravemente doente é aquele que apresenta instabilidade ou risco de instabilidade de sistema vital com risco de morte. Podem sofrer deterioração de uma ou mais funções dos órgãos vitais, apresentando instabilidade cardiovascular, respiratória, neurológica, renal, metabólica ou patologias que possam levar à instabilidade desses sistemas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020, p. 90).

A Portaria definiu os critérios de classificação e habilitação dos leitos das Unidades Neonatais no SUS (BRASIL, 2012a). De acordo com ela, a Unidade Neonatal é 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.

O artigo 6º classifica as Unidades Neonatais de acordo com as necessidades do cuidado, nos seguintes termos:

- a) Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), classificada em:
  - UTIN tipo I;
  - UTIN tipo II;
  - UTIN tipo III;
- b) Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), com duas tipologias:
  - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo);
  - Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Segundo os requisitos da Portaria GM/MS nº 930 de 2012, as unidades neonatais são assim caracterizadas:

#### 1.1.2.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

As UTIN correspondem a serviços hospitalares voltados para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte (recém-nascidos de qualquer idade gestacional que necessitem de ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com Fração de Oxigênio (FiO<sub>2</sub>) maior que 30%; recém-nascidos menores de 30 semanas de idade gestacional ou com peso de nascimento menor de 1.000 gramas; recém-nascidos que necessitem de cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; recém-nascidos que necessitem de nutrição parenteral; e recém-nascidos que necessitem de cuidados especializados, tais como uso de cateter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, uso de ventilação mecânica e FiO<sub>2</sub> maior que 30%, exsanguinotransfusão ou transfusão de

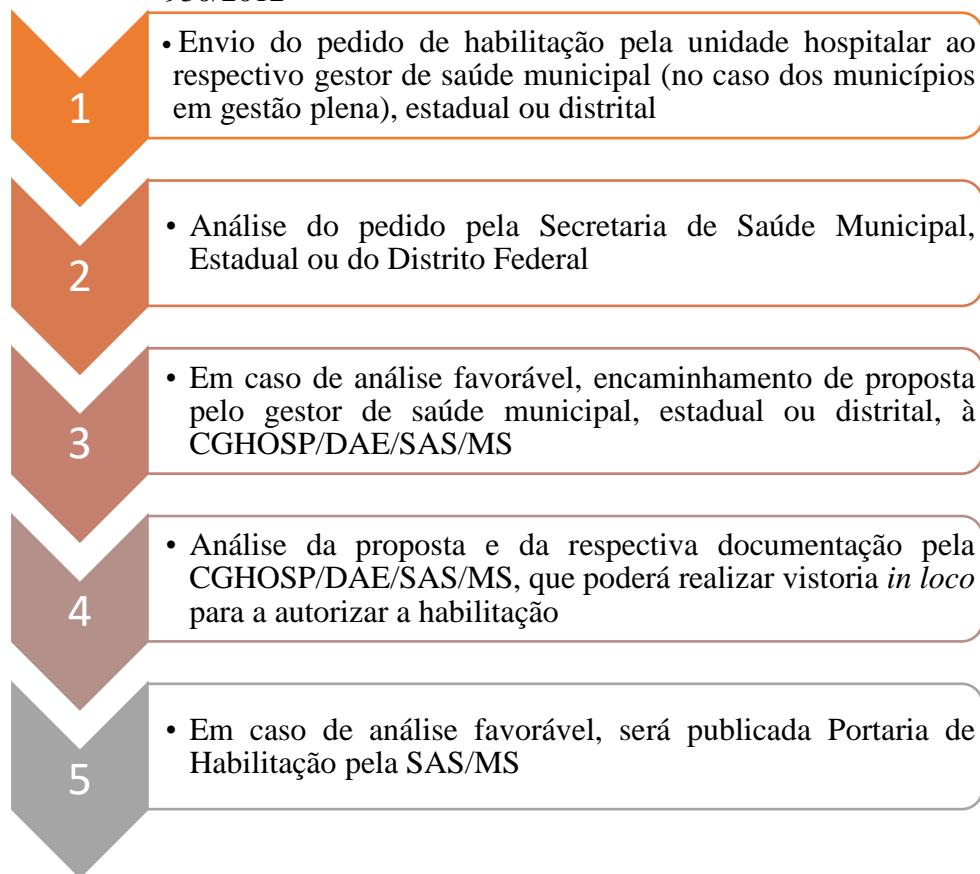
hemoderivados por quadros hemolíticos agudos ou distúrbios de coagulação (BRASIL, 2012a).

As UTIN devem cumprir requisitos de humanização como: controles de ruído e de iluminação; climatização; garantia de livre acesso e de permanência aos pais; garantia de visitas programadas dos familiares e de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.

Segundo a Portaria nº 930/2012 (BRASIL, 2012a), a UTIN poderá ser dos tipos II e III. Embora ainda constem de forma residual no CNES, os leitos de UTI neonatal de tipo I e de Unidade Intermediária (UI) neonatal não deveriam ser mais habilitados (BRASIL, 2012a). Ressalta-se ainda que a migração das UI para as Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) não foi automática, demandando cumprimento de exigências e novos processos de habilitação.

De acordo com o Art. 9º da Portaria, serão habilitadas, pelo Ministério da Saúde, as novas Unidades Neonatais, bem como as já existentes que se adequarem aos seus requisitos. O Art. 26 versa sobre o processo de habilitação das Unidades Neonatais, que seguirá o seguinte fluxo (Figura 1), independentemente de sua tipologia: envio do pedido de habilitação pela unidade hospitalar ao respectivo gestor de saúde municipal (no caso dos municípios em gestão plena), estadual ou distrital e sua posterior análise pelo ente responsável. No caso de análise inicial favorável, ocorrerá o encaminhamento de proposta pelo gestor de saúde municipal, estadual ou distrital à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGHOSP/DAE/SAS), com a documentação prevista na Portaria nº 930 para análise. Em caso de análise final favorável, será publicada portaria de habilitação pela SAS/MS. No caso de processo formalizado por Secretaria de Saúde de Município em gestão plena, deverá constar, além do parecer do gestor de saúde municipal, o parecer do gestor de saúde estadual, que será responsável pela integração da Unidade Neonatal à rede estadual/regional, com a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes. A análise do pedido pela Secretaria de Saúde responsável ficará na posse do gestor de saúde estadual e disponível ao Ministério da Saúde para fins de supervisão e auditoria (BRASIL, 2012a).

Figura 1 – Fluxo do processo de habilitação das unidades neonatais de qualquer das tipologias descritas na Portaria GM/MS nº 930/2012



Legenda: Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (CGHOSP/DAE/SAS/MS).

Fonte: Adaptada de Brasil (2012a).

Para fins de habilitação como UTIN, o serviço hospitalar deverá dispor de equipe multiprofissional especializada, equipamentos específicos próprios, tecnologia adequada ao diagnóstico e terapêutica que variam segundo o tipo de UTIN.

Para habilitação como UTIN tipo II, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura: funcionar em estabelecimento hospitalar cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e que possua no mínimo 80 leitos gerais, dos quais 20 leitos obstétricos, com a seguinte estrutura mínima: centro cirúrgico; serviço radiológico convencional; serviço de ecodopplercardiografia; hemogasômetro 24 horas; Banco de Leite Humano ou unidade de coleta; contar com ambiência e estrutura física que

atendam às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dispor de um conjunto específico de materiais e equipamentos (Quadro 2).

Quadro 2 – Equipamentos mínimos para habilitação como UTIN tipo II

<b>Materiais e Equipamentos</b>
Material e equipamento para reanimação: 1 para cada 5 leitos
Monitor de beira de leito: 1 para cada leito
Ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 para cada 2 leitos, com reserva operacional de 1 equipamento para cada 5 leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 circuitos completos
Ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 para cada 10 leitos ou fração
Equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 para cada 3 leitos
Conjunto de nebulização, em máscara: 1 para cada leito
Conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto inflável com máscara e reservatório: 1 conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 para cada 2 leito
Bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem líquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado, traqueostomia, acesso venoso profundo, exsanguinotransfusão, punção pericárdica, cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral
Eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade
Materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva; oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo 2
Negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 por UTIN
Equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 para cada 5 leitos ou fração
Estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade
Pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito
Equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva: 1 para cada 5 leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva
Materiais de interface facial para ventilação pulmonar não invasiva; 1 por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4
Fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 para cada 3 leitos/fração, com reserva operacional de 1 para cada 5 leitos
Incubadora com parede dupla: 1 por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% dos leitos
Incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 para cada 10 leitos ou fração
Balança eletrônica portátil: 1 para cada 10 leitos
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 para cada 4 leitos ou fração
Refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 por UTIN
Materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Fonte: Adaptado de Brasil (2012a).

Além desses equipamentos, deverá haver garantia de acesso aos seguintes serviços à beira do leito: assistência nutricional, incluindo terapia nutricional (enteral e parenteral); assistência farmacêutica; assistências clínicas vascular e cardiovascular; neurológica; ortopédica; urológica; gastroenterológica; nefrológica e terapia renal substitutiva;

hematológica e hemoterápica; oftalmológica; otorrinolaringológica; de infectologia, além de assistência clínica e cirúrgica pediátrica; assistência psicológica; assistência endocrinológica; serviço de laboratório clínico (microbiologia e hemogasometria); serviços de radiografia móvel, de ultrassonografia portátil, de endoscopia digestiva alta e baixa, de fibrobroncoscopia, de diagnóstico clínico e notificação compulsória de morte encefálica; de eletroencefalografia e de assistência social. Também deve estar incluída a garantia de acesso, no estabelecimento hospitalar ou em outro, com acesso formalizado aos seguintes serviços de diagnóstico e terapêutica: cirurgias cardiovasculares; vascular; neurológica; ortopédica; urológica; de ressonância magnética; tomografia computadorizada; anatomia patológica; agência transfusional 24 horas e assistência clínica de genética. A Portaria nº 930/2012 (BRASIL, 2012a) estabelece ainda uma equipe mínima de profissionais especialistas, disposta no Quadro 3.

**Quadro 3 – Equipe mínima de profissionais especialistas para UTIN tipo II**

<b>Profissional Especialista /Quantitativo /Especificidade</b>
-1 médico responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Medicina Intensiva Pediátrica fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação
-1 médico com jornada horizontal diária mínima de 4 horas, com certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Especialista em Pediatria (TEP) fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 leitos ou fração
-1 médico plantonista com Título de Especialista em Pediatria (TEP) e com certificado de habilitação em Neonatologia ou TEP fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria ou Residência Médica em Medicina Intensiva Pediátrica reconhecida pelo Ministério da Educação ou Residência Médica em Neonatologia ou Residência Médica em Pediatria, reconhecida pelo Ministério da Educação, para cada 10 leitos ou fração, em cada turno
-1 enfermeiro coordenador com jornada horizontal diária de 8 horas com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada em terapia intensiva pediátrica ou neonatal
-1 enfermeiro assistencial para cada 10 leitos ou fração, em cada turno
-1 fisioterapeuta exclusivo para cada 10 leitos ou fração, em cada turno
-1 fisioterapeuta coordenador com, no mínimo, 2 anos de experiência profissional comprovada em Unidade Intensiva Pediátrica ou Neonatal, com jornada horizontal diária mínima de 6 horas
- Técnicos de enfermagem, no mínimo, 1 para cada 2 leitos em cada turno
-1 funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza em cada turno
-1 fonoaudiólogo disponível para a unidade

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria MS/GM nº 930, de 10/05/2012 (BRASIL, 2012a).

Para habilitação como UTIN tipo III, o serviço hospitalar deverá contar com toda a estrutura mínima descrita acima e mais o seguinte: no mínimo 50% dos plantonistas devem ter certificado de habilitação em Neonatologia ou Título de Medicina Intensiva Pediátrica;

enfermeiro coordenador com título de especialização em terapia intensiva/terapia intensiva neonatal ou, no mínimo, 5 anos de experiência profissional comprovada de atuação na área; 1 enfermeiro plantonista assistencial por turno, exclusivo da unidade, para cada 5 leitos ou fração; coordenador de fisioterapia com título de especialização em terapia intensiva pediátrica ou neonatal ou em outra especialidade relacionada à assistência ao paciente grave; bombas de infusão: 4 por leito ou fração; e ventilador mecânico microprocessado: 1 para cada leito (BRASIL, 2012a).

### 1.1.2.2 Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal

Unidades de cuidados intermediários correspondem a ambientes que visam o atendimento de pacientes de gravidade intermediária, considerados como de risco moderado e que não correm risco imediato de morte, mas que requerem monitorização contínua durante as 24 horas do dia e cuidados semi-intensivos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020). Dividem-se em unidades convencionais e Canguru.

As UCIN Convencionais (UCINCo), também conhecidas como Unidades Semi-Intensivas, são serviços em unidades hospitalares destinados ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que demandem assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTIN. Estas poderão se configurar como unidades de suporte às UTIN ou de forma independente, obedecendo à rotina de cada serviço e devem cumprir os mesmos requisitos de Humanização das UTIN (BRASIL, 2012a).

Estas unidades são responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos nas seguintes condições: recém-nascido que após a alta da UTIN ainda necessite de cuidados complementares; recém-nascido com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO<sub>2</sub>) elevada (FiO<sub>2</sub> > 30%); recém-nascido com peso superior a 1.000g e inferior a 1.500g, quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso; recém-nascido maior que 1.500g, que necessite de venoclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável; recém-nascido em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguinotransfusão, recém-nascido submetido a procedimento de exsanguinotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e



equilíbrio hemodinâmico; e recém-nascido submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN.

Para habilitação como UCINCo, o serviço hospitalar deverá contar com a seguinte estrutura mínima: funcionar em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES, com garantia de referência para serviços de maior complexidade, para o atendimento de recém-nascido que necessite de cuidados de tratamento intensivo e cirurgia pediátrica; contar com ambiência e estrutura física que atendam às normas estabelecidas pela ANVISA, e dispor dos equipamentos (BRASIL, 2012a), dispostos no Quadro 4.

**Quadro 4 – Equipamentos mínimos para habilitação como UCIN Convencional**

<b>Materiais e Equipamentos</b>
Incubadoras simples em, no mínimo, 60% dos leitos
Berços de acrílico em, no mínimo, 30% dos leitos
Berço de calor radiante em, no mínimo, 10% dos leitos
Monitor multiparâmetros: 1 para cada 5 leitos
Ressuscitador manual tipo balão auto inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 3 recém-nascidos
Capacetes/ capuz para oxigênio: 1 para cada 4 leitos
Termômetro digital individual: 1 para cada leito
Estetoscópio individual: 1 para cada leito;
Esfigmomanômetro: 1 para 15 leitos ou menor fração
Otoscópio e oftalmoscópio: 1 para 15 leitos ou menor fração
Material e equipamento para reanimação: 1 para cada 15 leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo I da Portaria
Bomba de infusão: 1 para cada leito
Conjunto de nebulizador e máscara: 1 para cada 4 leitos
Aspirador portátil: 1 por unidade
Aparelho de fototerapia: 1 para cada 4 leitos
Balança eletrônica: 1 para cada 15 leitos
Negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 por unidade
Relógios e calendário de parede visíveis
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 por leito (para realização de contato pele a pele/posição Canguru)
Oxímetro de pulso: 1 para cada leito

Legenda: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINC).

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria MS/GM nº 930, de 10/05/2012 (BRASIL, 2012a).

A equipe mínima de profissionais da UCINCo deve ser formada conforme consta no Quadro 5.

Quadro 5 – Equipe mínima de profissionais especialistas da UCIN Convencional

<b>Profissional Especialista /Quantitativo /Especificidade</b>
1 responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias, com certificado de habilitação em neonatologia fornecido pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação; permitido acumular responsabilidade técnica ou coordenação no máximo em duas unidades como UCINCo e UCINCa ou UTIN, podendo acumular a função de médico com jornada horizontal
1 médico com jornada horizontal diária mínima de 4 horas, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 leitos ou fração
1 médico plantonista com habilitação em neonatologia ou título de especialista em pediatria (TEP) fornecido pela SBP ou residência médica em neonatologia ou residência médica em pediatria, reconhecidas pelo Ministério da Educação, para cada 15 leitos ou fração em cada turno
1 enfermeiro coordenador, preferencialmente com habilitação em neonatologia ou no mínimo 2 anos de experiência profissional comprovada, com jornada horizontal diária mínima de 4 horas, podendo acumular responsabilidade técnica ou coordenação de, no máximo, duas unidades como UCINCo e UCINCa
1 enfermeiro assistencial, para cada 15 leitos ou fração, em cada turno
1 técnico de enfermagem para cada 5 leitos, em cada turno
1 fisioterapeuta para cada 15 leitos ou fração em cada turno
1 fonoaudiólogo disponível para a unidade
1 funcionário responsável pela limpeza em cada turno

Legenda: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria MS/GM nº 930, de 10/05/2012 (BRASIL, 2012a).

As UCIN Canguru (UCINCa) são serviços em unidades hospitalares cuja infraestrutura física e material permitem acolher mãe e filho na modalidade método Canguru, para repouso e permanência no mesmo ambiente, 24 horas por dia, até a alta hospitalar. Estas unidades devem possuir suporte assistencial por equipe de saúde adequadamente treinada, que possibilite a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do recém-nascido.

As UCINCa são responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso superior a 1.250g, clinicamente estáveis, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo. Essas unidades deverão dispor dos seguintes equipamentos (Quadro 6).

### Quadro 6 – Equipamentos mínimos para habilitação como UCIN Canguru

<b>Materiais e Equipamentos Mínimos</b>
Incubadoras simples em, no mínimo, 20% dos leitos
Berços de acrílico em, no mínimo, 80% dos leitos
Ressuscitador manual tipo balão auto inflável com reservatório, válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 recém-nascidos
Termômetro digital individual: 1 para cada leito
Estetoscópio individual: 1 para cada leito
Material e equipamento para reanimação: 1 para cada 15 leitos, de acordo com o estabelecido no Anexo I da Portaria
Aspirador portátil: 1 para cada 15 leitos
Balança eletrônica: 1 para cada 15 leitos
Relógios e calendário de parede visíveis
Poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 por leito

Legenda: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN).

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria MS/GM nº 930, de 10/05/2012 (BRASIL, 2012a).

A incubadora de transporte, o esfigmomanômetro, o otoscópio, o oftalmoscópio e o conjunto de nebulizador e máscara poderão ser compartilhados entre as UCINCo e UCINCa, guardando a proporção em relação ao número de leitos (BRASIL, 2012a).

Ademais, a UCINCa deve cumprir os mesmos requisitos de Humanização previstos para a UCINCo, na Portaria GM/MS nº 930 de 2012 (BRASIL, 2012a).

Em 2017, foi publicada a Portaria de Consolidação nº 3, de 28/09/2017 (BRASIL, 2017b) que trata das redes temáticas, das redes de serviços de saúde e das redes de pesquisas em saúde, trazendo as diretrizes para a organização da rede. Em seu capítulo II, “da Organização dos Leitos de Unidade Neonatal”, a Portaria traz desde a definição de Unidade Neonatal até a organização do cuidado neonatal, baseados na Portaria GM/MS nº 930 de 2012.

#### 1.1.3 Parâmetros para dimensionamento da necessidade de leitos intensivos e intermediários neonatais

Existem dois documentos ministeriais que tratam dos parâmetros para o dimensionamento da necessidade de leitos intensivos e intermediários neonatais: a Portaria GM/MS nº 1.631/2015 (BRASIL, 2015c), publicada em substituição à Portaria GM/MS nº 1.101/2002 (BRASIL, 2002a) e a Portaria GM/MS nº 930/2012 (BRASIL, 2012a).

Esta última estabelece que o número de leitos de Unidades Neonatais deverá atender ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1.000 NV, poderão ser contratados 2 leitos de UTIN, 2 leitos de UCINCo e 1 leito de UCINCa (BRASIL, 2012a).

De acordo com esta Portaria, a UCINCa somente funcionará em unidade hospitalar que conte com UCINCo, de forma anexa ou como subconjunto de leitos de uma UCINCo. Além disso, o conjunto de leitos de Cuidados Intermediários conterà, no mínimo, 1/3 de leitos de UCINCa. A Unidade Neonatal que possuir leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa, deverá contar com, pelo menos, 10 leitos totais em ambiente contíguo, podendo compartilhar a mesma equipe prevista para UTIN. Além disso, a Unidade Neonatal deverá obedecer à proporção de 4 leitos de UTIN, 4 leitos de UCINCo e 2 leitos de UCINCa (BRASIL, 2012a).

Destaca-se que os valores pagos em cada tipo de Unidade de Cuidado Neonatal Intensivo ou Intermediário são diferenciados, o que pode impactar na decisão dos provedores de serviços em instalá-los e habilitá-los ao SUS. As internações nos diferentes tipos de leitos integram as chamadas “Ações complementares da atenção à saúde” (Grupo 8) da tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP) e são pagas na forma de diárias pelo SUS. Os valores de diárias a serem pagos e presentes na tabela do SIGTAP, relativos à competência de fevereiro de 2022, de acordo com a tipologia de cada leito, estão dispostos no Quadro 7.

Quadro 7 – Valores de diárias de leitos intensivos e intermediários neonatais a serem pagos pelo SUS – Competência de fevereiro/2022

<b>Tipo de leito (Código)</b>	<b>Valor total da diária (R\$)</b>
UCIN (08.02.01.006-7)	137,20
UTIN Tipo I (08.02.01.016-4)	139,00
UTIN Tipo II (08.02.01.012-1)	478,72
UTIN Tipo III (08.02.01.013-0)	508,63
UCINCo (08.02.01.023-7)	180,00
UCINCa (08.02.01.024-5)	150,00

Fonte: Elaboração própria a partir de SIGTAP (2022a, 2022b, 2022c, 2022d).

Ainda em relação ao dimensionamento dos leitos em questão, recentemente foi publicada a Portaria GM/MS nº 1631, de 1º de outubro de 2015 (BRASIL, 2015c). A Portaria em questão ofereceria, como vantagem ao seu uso, apresentar um rol de critérios e parâmetros referidos como expressão das necessidades de serviços de saúde por meio de estimativas de oferta de ações e serviços, visando contribuir com o planejamento da localização geográfica dos recursos da atenção especializada, de modo a reduzir as desigualdades na oferta e garantir a integralidade da atenção à saúde.

No entanto, embora norteadora, a metodologia utilizada para a construção dos parâmetros apresenta dificuldades para a sua operacionalização, tais como “os distintos perfis epidemiológicos e demográficos, a formação médica e os traços culturais das populações, que modificam o perfil da demanda e da utilização dos serviços de saúde”, em cada território (RIO DE JANEIRO, 2020, p. 91).

Nesse sentido, o artigo 4º da Portaria GM/MS nº 1631/2015 informa que

os parâmetros de planejamento e programação são referenciais quantitativos indicativos, sem qualquer caráter impositivo ou obrigatório, visando a equidade de acesso, a integralidade e a harmonização progressiva dos perfis da oferta das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2015, grifo nosso).

E, ainda, complementa no primeiro parágrafo desse mesmo artigo que

os estados e municípios podem promover a sua alteração, realizando os ajustes necessários para adequação à realidade epidemiológica, demográfica, patamares de oferta e ao estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde existente em seus territórios (BRASIL, 2015).

As limitações assinaladas mais acima demandam uma análise atenta da adequação dos parâmetros obtidos com a realidade local e agregam significativas dificuldades às fórmulas de cálculos dispostas no APÊNDICE A. Por si só complexa, esta inclui a necessidade de obtenção de várias informações específicas, que podem mudar ao longo do tempo e que precisariam ser levantadas junto às bases de informação hospitalar (como o tempo médio de permanência em dias esperados para o tipo de leito/especialidade e a taxa de ocupação esperada para aquele tipo de leito), além de diversos fatores de ajuste para incorporação de internações de não residentes, para a taxa de recusa esperada para o tipo de leito-especialidade e de subnotificação no número de nascidos vivos, registrado no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

Além disso, merece ser mencionado que não foi disponibilizado, até o momento, nenhum sistema que automatizasse os processos de cálculo, permitisse aos gestores públicos a simulação de cenários e de análise situacional, ou fornecesse suporte à decisão (SILVA *et al.*, 2018).

Esse conjunto de questões trazidas talvez seja um dos motivos pelos quais os estudos mais recentes de dimensionamento das necessidades e comparação com a capacidade instalada de leitos neonatais, realizados no país (AUGUSTO, 2017; ALAM *et al.*, 2020; MIRANDA *et al.*, 2021) tenham sido realizados sem utilizar a Portaria nº 1631/2015 (BRASIL, 2015c), fazendo a opção pelos parâmetros dispostos na Portaria GM/MS nº 930 de 2012 (BRASIL, 2012a). Assim, seguindo a tendência de utilização da Portaria GM/MS nº

930 de 2012, pela sua maior facilidade de cálculo e por conta das dificuldades e desvantagens relacionadas à operacionalização da Portaria nº 1631 de 2015 elencadas acima, optou-se por descartar o uso da última no cálculo das estimativas realizadas no presente estudo.

Por fim, cabe assinalar que, em 2017, o Ministério da Saúde publicou o Caderno nº 1, intitulado “Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde”, que visava normatizar “os artigos 102 a 106 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017” (BRASIL, 2017a). Nesse material, na seção I, relativa às redes temáticas, há parâmetros para a rede de atenção à gravidez, parto e puerpério. Nos parâmetros populacionais de definição da população alvo das ações propostas na Rede Cegonha, está descrito que a estimativa do número total de recém-nascidos deve ser feita da seguinte maneira: número de nascidos vivos no ano anterior + proporção de nascimentos não registrados (= SINASC × Fator de correção do sub-registro 1,05), com a informação de que este valor do fator se refere a um valor médio para o Brasil<sup>6</sup>. Além disso, nos parâmetros de infraestrutura para assistência da Rede Cegonha, são mencionados os parâmetros de leitos neonatais dispostos no Quadro 8.

Quadro 8 – Parâmetros de infraestrutura de leitos neonatais da Rede Cegonha

Elemento da Infraestrutura	Leito
UTI neonatal	02 leitos de UTI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
UCI neonatal	03 leitos de UCI neonatal para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço
Leito Canguru	01 leito Canguru para cada 1.000 nascidos vivos na região, devendo ser pactuada a distribuição por município e por serviço.

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva (UTI); Unidade de Cuidado Intermediário (UCI).

Nota (presente no original): UTI neonatal: na Portaria Consolidada nº 3/2017 estão dispostos critérios e parâmetros de serviços para habilitação de leitos de UTI, em especial no artigo 70 que diz: “O número de leitos de Unidades Neonatal atenderá ao seguinte parâmetro de necessidade populacional: para cada 1000 (mil) nascidos vivos poderão ser contratados 2 (dois) leitos de UTIN, 2 (dois) leitos de UCINCo e 1 (um) leito de UCINCa” (BRASIL, 2012a).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2012a, 2017a).

Por fim e fechando esta parte da contextualização relativa ao cuidado neonatal, a seção subsequente sumariza os principais estudos relacionados à capacidade instalada de leitos de terapia intensiva e de cuidados intermediários publicados sobre o tema.

<sup>6</sup> O documento também refere que, para uma melhor aproximação, pode ser verificada a estimativa de sub-registro de Nascidos Vivos nas publicações da RIPSa (Rede Interagencial de Informações para a Saúde) (BRASIL, 2017d, p. 7).

#### 1.1.4 Estudos relacionados à capacidade instalada de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários

A revisão de literatura realizada para subsidiar a elaboração desse estudo identificou um conjunto de trabalhos que envolveram estimativas de oferta e necessidades de leitos neonatais. Alguns têm por foco todo o país, enquanto outros se concentram em realidades mais locais, inclusive o estado do Rio de Janeiro. Estão sumarizados abaixo, sendo dado destaque às estratégias metodológicas utilizadas nos trabalhos considerados relevantes e seus principais resultados.

##### 1.1.4.1 Estudos com abrangência no Brasil

Em 2004, Arnaldo Prata Barbosa, analisando um conjunto de publicações secundárias no manuscrito intitulado “Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível”, já observava que, a despeito do desenvolvimento da terapia intensiva neonatal e pediátrica ocorrido no país, esse crescimento continuava ocorrendo sem um planejamento estratégico adequado. Concluiu que não havia equidade na distribuição dos leitos à época do seu estudo, com desigualdades nacionais e regionais importantes e um acesso que era limitado e penalizava majoritariamente a parcela mais carente da população. Além disso, a qualidade dos serviços prestados era extremamente contrastante, variando de unidades altamente sofisticadas a outras sem a estrutura mínima necessária (BARBOSA, 2004).

Outro estudo importante sobre o tema foi a dissertação de Mestrado, apresentada ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, por Liliane Cristina Rodrigues Augusto intitulada “Implantação do Cuidado Intensivo Neonatal: Análise da oferta de leitos no SUS” (AUGUSTO, 2017). Seu objetivo foi analisar as características da oferta de leitos de Unidade Neonatal no Sistema Único de Saúde, de 1990 até a instituição da Rede Cegonha (em 2011), buscando identificar sua distribuição regional e a existência de déficits.

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 e estimativa da suficiência da oferta de leitos neonatais através da construção de cenários.

Para a consecução do primeiro caminho metodológico, a autora realizou uma análise do modelo de cuidado intensivo neonatal preconizado através das principais políticas, portarias ministeriais e da ANVISA, planos nacionais de saúde, publicações e diretrizes assistenciais relacionadas ao cuidado intensivo neonatal.

A série histórica do número de leitos neonatais disponíveis entre 2007 e 2016 foi construída a partir das bases oficiais do SUS, utilizando-se do mapeamento do número de leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa habilitados como “leitos SUS” no CNES, por Unidade Federativa e agregado para as cinco Regiões brasileiras.

Para a estimativa de população coberta pelo SUS, Augusto (2017) utilizou o número de beneficiários de planos de saúde privados subtraído do total da população residente, considerando o conjunto de dados de dezembro de 2014 presente no site de tabulações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os dados de população residente foram extraídos da estimativa de dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) para o ano de 2014.

Por fim, foi realizado um exercício de programação da oferta de leitos de Unidades Neonatais para os estados brasileiros visando avaliar a adequação da oferta à população coberta para o SUS e sua suficiência, considerando dados de população residente extraídos do IBGE para o ano de 2014 e, para a estimativa de população coberta pelo SUS, o número de beneficiários de planos de saúde privados subtraído do total da população residente, considerando dados da ANS referentes a dezembro desse ano.

Foram construídos seis cenários de estimativa de leitos:

- a) 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;
- b) Cenário 2: Cálculo da suficiência de leitos, considerando os parâmetros da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)/ANVISA nº 50 de 2002, considerando 1 leito de UTI neonatal para cada 80 RN/ano de baixo peso ao nascer (< 2500g);
- c) Cenário 3: Cálculo da suficiência de leitos, considerando 100% do NV e os parâmetros da Portaria nº 930/2012;



- d) Cenário 4: Cálculo da suficiência de leitos, excluindo-se os óbitos neonatais precoces (0 a 6 dias);
- e) Cenário 5: Cálculo da suficiência de leitos, considerando a média de cobertura SUS no Brasil (75%) e os parâmetros da Portaria nº 930/2012;
- f) 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.

Os resultados do trabalho apontaram para um déficit de leitos no país, mais acentuado nas regiões norte e nordeste, enquanto o Sul e Sudeste ofereceriam quantidades suficientes. Todas as regiões apresentavam déficits para os leitos destinados às Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal, fossem eles do tipo convencional ou canguru.

Um terceiro estudo sobre o tema em questão foi o de Miranda *et al.* (2021), denominado “Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória”. O trabalho teve como objetivo avaliar a situação e a adequação dos leitos neonatais em maternidades da Rede Cegonha, levando em conta a implantação das boas práticas ao parto e nascimento e partindo do pressuposto de que as unidades neonatais devem ser organizadas como uma linha de cuidados progressivos com leitos de cuidado intensivo e intermediário (convencional e canguru).

Foi realizado em 606 maternidades brasileiras, públicas ou mistas (privadas conveniadas ao SUS) que preenchiam os seguintes critérios: executar 500 ou mais partos e em região de saúde com plano de ação da Rede Cegonha, independentemente da liberação de recursos financeiros, ou menos de 500 partos e em região de saúde com plano de ação da Rede Cegonha e liberação de recursos financeiros.

Os bancos de dados utilizados foram os da Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha e do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC).

Os dados foram obtidos por meio de observação *in loco* e de um instrumento de contagem de leitos obstétricos e neonatais. Estes foram estruturados em conformidade com as diretrizes da Rede Cegonha, tomando por base a Política Nacional de Humanização, a Rede Cegonha e as normas das Boas Práticas ao Parto e Nascimento. Os dados referentes ao total de leitos neonatais e de leitos UTIN, UCINCo e UCINCa foram apresentados por região do Brasil.

A estimativa de necessidade de leitos intensivos e intermediários neonatais foi baseada nos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 930/2012. Para tal, calcularam uma razão considerando o número de leitos existentes para o total de nascidos vivos nas instituições participantes da pesquisa, em cada região brasileira, de acordo com o SINASC, a fim de estimar o número de leitos necessários para o grupo de mil nascidos vivos.

Constataram que uma minoria das unidades (24,42%) se organizava como uma linha de cuidados progressiva com as três tipologias de leito previstas. Somado a isso, os leitos de cuidado intermediário Canguru representaram apenas 11,27% dos leitos implantados. Observaram concentração de leitos intensivos e intermediários nas regiões Sudeste e Sul, as quais, apesar disso, apresentavam déficit de leitos de cuidado intermediário Canguru. Em relação à adequação dos leitos por número de nascidos vivos, verificaram inadequação dos leitos de cuidado Canguru em todas as regiões do Brasil, déficit de leitos intensivos nas regiões Norte e Nordeste e adequação de leitos de cuidado intermediário convencional em todas as regiões.

#### 1.1.4.2 Estudos tendo como abrangência o estado do Rio de Janeiro

Foram identificados dois trabalhos tendo como *locus* de análise o estado do Rio de Janeiro, ambos do autor Arnaldo Prata Barbosa. O primeiro, de 2002, intitulado “Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade” e o segundo, de 2011, denominado “Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro, Brasil: distribuição de leitos e análise comparativa de equidade em 1997 e 2007”.

O objetivo de ambos os estudos foi descrever as características das unidades e dos leitos de terapia intensiva pediátricas e neonatais, no Rio de Janeiro, correlacionando com a demanda populacional em 1997 (BARBOSA *et al.*, 2002) e em 2007 (BARBOSA; CUNHA, 2011).

Após visita às unidades e identificação da disponibilidade e tipos de leitos, foram feitas comparações entre oferta e demanda, utilizando-se, para tal, das necessidades projetadas de leitos para a população, entre UTI públicas e privadas e entre as regiões geográficas.

Em 2007, o estudo foi realizado com 95 unidades, totalizando 1.094 leitos, ou seja, 15 unidades e 14 leitos foram incluídos ao estudo de 1997 (80 unidades e 1080 leitos). Leitos

públicos correspondiam a 47% e 51%, respectivamente, em 1997 e 2007 (BARBOSA; CUNHA, 2011).

Foram avaliados o número de leitos ativos e sua distribuição de acordo com as regiões geográficas, áreas de planejamento de saúde, natureza pública ou privada, atendimento neonatal, pediátrico ou misto, e tipo de hospital onde estavam instalados, contrapondo-os à demanda da população. As estimativas de necessidade consideraram média de permanência de 20 dias e um percentual de 7% dos nascimentos com previsão de internação em UTI neonatal. A necessidade projetada de leitos intensivos neonatais foi calculada de acordo com a norma do Ministério da Saúde, levando em consideração o número de nascimentos, o percentual de RN admitidos em UTI-Neonatal e a média de permanência (MP) dos pacientes na unidade, a partir da aplicação da seguinte fórmula:

(1)

$$\text{Leito de UTI Neonatal} = \frac{\text{N}^\circ \text{ NV no período} \times \% \text{ admissões em UTI} \times \text{MP}}{\text{N}^\circ \text{ dias do período}}$$

A necessidade de leitos intensivos foi estabelecida em 1/3 e de leitos intermediários, em 2/3. O percentual da população com acesso à medicina suplementar privada foi estabelecido em 25%, a partir de informações sobre número de beneficiários disponibilizadas pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) em relação ao total da população brasileira informado pelo IBGE (BARBOSA; CUNHA, 2011).

O acesso e a adequação às necessidades da população foram pesquisados confrontando-se os dados colhidos com a necessidade projetada de leitos, a natureza pública ou privada, e a distribuição populacional por região geográfica, de acordo com os dados do Censo do IBGE (BARBOSA; CUNHA, 2011; BARBOSA *et al.*, 2002).

Os autores constataram que a maioria das unidades estava instalada na região metropolitana (92,7% em 1997 e 80,1% em 2007). Nesta região, a distribuição entre leitos públicos e privados foi similar em ambos os períodos (1997 e 2007), mas no interior do estado os leitos públicos triplicavam. O acesso aumentou na década entre os dois estudos, principalmente no interior, mas ainda sem equidade na distribuição e acessibilidade aos leitos disponíveis, com déficit no setor público e excesso no privado (BARBOSA; CUNHA, 2011).

Os autores concluíram que haveria a necessidade de 1032 leitos em 1997 e de 833 leitos em 2007, ou seja, 3,2 leitos para cada 1.000 nascidos vivos em 1997 e 3, 8:1000, em 2007. Esta proporção confirma a necessidade de leitos intensivos neonatais em torno de 3 a 4

para cada 1000 nascidos vivos por ano, considerando tanto os leitos de cuidados intermediários quanto os de tratamento intensivo (BARBOSA; CUNHA, 2011).

Com relação à capacidade de acesso da população a esta oferta, os leitos oferecidos pelo SUS totalizaram 57%, enquanto os do setor privado, de “acesso restrito” aos clientes da saúde suplementar, corresponderam a 43% (em 1997). Já em 2007, a distribuição de leitos entre públicos e privados ficou em 58,4% e 41,6%, respectivamente. Os autores sinalizaram, portanto, um desequilíbrio entre oferta e demanda, com menor proporção de leitos no SUS e maior na rede privada (BARBOSA; CUNHA, 2011; BARBOSA *et al.*, 2002).

A análise da equidade realizada em 1997, levou em consideração a distribuição geográfica e o percentual da população com acesso à medicina suplementar privada ou dependente exclusivamente da medicina pública (SUS). Embora considerando que este percentual possa ser um pouco maior nos grandes centros urbanos (de 30% a 35% na cidade do Rio de Janeiro) e menor no interior (em torno de 20%), os autores aplicaram a média de 25%, projetando que seriam necessários em torno de 225 leitos privados e 675 públicos de UTIN (BARBOSA *et al.*, 2002).

Apesar da falta de equidade observada entre as áreas de planejamento de saúde, os autores constataram que não havia carência de leitos de terapia intensiva para atender à população da cidade. De modo geral, foi constatado excesso de oferta de leitos neonatais no setor privado, enquanto no SUS havia pequeno déficit de leitos intensivos (25%) e carência de cerca de 90% de leitos semi-intensivos (BARBOSA *et al.*, 2002).

Barbosa *et al.* (2002) propuseram, além da criação de novos leitos, o remanejamento de leitos intensivos e recursos de hospitais das zonas centro e sul da cidade do Rio de Janeiro para regiões mais carentes e necessitadas, em hospitais já existentes, a fim de possibilitar redução significativa dos custos envolvidos, além de adequar melhor a demanda à oferta de leitos.

No estudo de 2011 (BARBOSA; CUNHA, 2011), que utilizou dados de 2007, os autores observaram significativa redução da inequidade em relação à oferta e distribuição dos leitos de UTIN no ERJ encontrada no estudo que utilizou os dados de 1997 (BARBOSA *et al.*, 2002). Os autores consideraram que houve diminuição da inequidade devido à redução dos leitos na região metropolitana (1001 para 876, redução de 12,5%) e aumento da disponibilidade de leitos nas regiões interioranas do estado (79 para 218, aumento de 175%). Mas apesar disso, concluíram que investimentos ainda eram necessários no setor público, a fim de aumentar a oferta de leitos e aumentar o acesso a esse tratamento especializado.

#### 1.1.4.3 Estudos realizados em outros estados da Federação

O trabalho de Silva (2006), intitulado “Distribuição e densidade de leitos de terapia intensiva neonatal no estado de Santa Catarina em 2005”, teve como objetivos verificar a densidade e a distribuição de leitos de terapia intensiva neonatal naquele estado, caracterizando as unidades de terapia intensiva neonatal segundo a média de leitos por unidade, localização, esfera administrativa e natureza da organização. A autora verificou a adequação às necessidades da população, através da comparação ao número de leitos preconizado pela literatura, natureza pública ou privada dos leitos e distribuição e densidade de leitos pela população de nascidos vivos.

A distribuição das UTIN por macrorregião geográfica de Santa Catarina tomou por base a definição do Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2005. Para o cálculo da densidade, a autora utilizou os dados do SINASC para obtenção do número de nascidos vivos no estado, em 2005, e sua distribuição por macrorregião de residência. Nascimentos com macrorregião de residência ignorada foram incluídos no número total de nascimentos (SILVA, 2006).

Foram identificadas 22 unidades de terapia intensiva neonatal no estado de Santa Catarina em 2005, através dos dados do CNES, DATASUS e da Vigilância Sanitária de Santa Catarina, totalizando 151 leitos e uma média de 6,9 leitos por unidade. A maioria dos leitos de UTIN (68,2%) estava localizada em hospitais gerais (segundo a tendência de localização destas unidades em hospitais terciários, com maior disponibilidade de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e presença de várias especialidades médicas) e o restante distribuído em maternidades (18,2%) e hospitais pediátricos (13,6%). Em relação ao mantenedor, as unidades estavam preponderantemente localizadas em unidades administradas pela esfera privada contratualizada ao SUS (n =11/50%) mas dos 151 leitos encontrados, 128 (84,8%) eram públicos e apenas 23 (15,2%) privados. Analisando o total de leitos exclusivamente públicos (n=128) e a população de nascidos vivos em 2005, Silva (2006) encontrou uma taxa de leitos por nascidos vivos de aproximadamente 1/613.

Levando em conta a proposta da SBP de quatro leitos de terapia intensiva neonatal para cada 1000 nascimentos por ano, e o total de nascidos vivos disponibilizados no SINASC em 2005, Silva (2006) considerou que seriam necessários em torno de 79 leitos, no estado. Analisando apenas os leitos públicos em relação ao total de nascidos vivos, a autora verificou

que a densidade se alterava pouco ou nada entre as oito macrorregiões e não influenciava na densidade global no estado, concluindo que a totalidade de leitos de terapia intensiva neonatal encontrada e sua densidade no estado superaram a média preconizada pela SBP. Porém, ao considerar a distribuição geográfica destes leitos, existia uma distribuição desigual entre as oito macrorregiões de Santa Catarina.

Outro trabalho que tratou do tema da assistência neonatal foi o estudo de Alam *et al.* (2020): “Unidades de terapia intensiva neonatais no Rio Grande do Sul: distribuição de leitos e análise de equidade”. Este pretendeu verificar as UTI neonatais do Rio Grande do Sul, o número de leitos instalados de acordo com as áreas de planejamento de saúde, contrapondo-os à demanda da população e propor melhorias na estratégia de distribuição dessas unidades. Os dados sobre os números de leitos de UTIN tipos I, II e III existentes em junho de 2018 foram obtidos do DATASUS e comparados com os parâmetros da Portaria nº 930/2012.

Comparando-se o número de leitos de UTIN dos três tipos em cada região de saúde no período e considerando a necessidade de 2 leitos de UTIN para cada mil nascidos vivos (Portaria nº 930, Art. 7º – Ministério da Saúde) e a taxa de natalidade de 2014 em cada uma dessas regiões (obtidas através do SINASC), aos autores constataram que somente 18 das 30 regiões estavam adequadas ao preconizado pelo Ministério da Saúde (ALAM *et al.*, 2020).

Existiam 533 leitos de UTI neonatais tipos I, II e III em todo o estado, dos quais 54,6% estavam localizados na Região Metropolitana. Doze das 30 regiões de saúde não possuíam esse tipo de unidade intensiva e, como agravante, algumas unidades de saúde dessas regiões encontravam-se bastante afastadas de regiões com esses leitos, impossibilitando equidade de acesso ao serviço.

De acordo com o critério do Ministério da Saúde de contratação de 2 leitos para cada 1000 nascidos vivos, teoricamente não haveria carência de leitos de terapia intensiva neonatal para atender à população do estado, tendo em vista que existiam 3,7 leitos a cada mil nascidos vivos no Rio Grande do Sul (ALAM *et al.*, 2020).

O estudo de Souza *et al.* (2004), intitulado “Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo”, caracterizou a assistência de saúde prestada em tratamento intensivo pediátrico e neonatal no período de agosto de 2000 a julho de 2002, através da identificação, descrição e distribuição geográfica das unidades.

Como metodologia, foi utilizada a coleta dos dados por meio de questionários preenchidos pelos coordenadores médicos das unidades. Foram listadas 107 unidades de terapia intensiva pediátricas e neonatais no município de São Paulo e 85 forneceram os dados.

Os autores observaram maior número de unidades de terapia intensiva em Núcleos Regionais de Saúde (NRS) com menor população pediátrica, demonstrando distribuição desproporcional das UTI e dos leitos nos cinco Núcleos Regionais de Saúde, com uma concentração dos leitos em regiões centrais mais desenvolvidas. Cerca de metade dos leitos de UTIP/UTIN eram ligados ao setor público.

Adotando o cálculo da necessidade de leitos neonatais do estudo de Barbosa (2004), ou seja, 3,8 leitos para cada 1.000 nascidos vivos, o trabalho de Souza *et al.* (2004) estimou uma necessidade de 790 leitos de UTIN para um total de 207.462 nascidos vivos, no ano de 2002, em São Paulo. O estudo identificou, extrapolando os dados para as unidades não participantes, em torno de 700 leitos de UTIN, representando um déficit de 90 leitos (ou 11,4%).

Assim como Barbosa *et al.* (2002) também observaram uma maior concentração (82,4%) das UTIP nos Hospitais Gerais, que dispunham de maior diversidade de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

Em estudo que descreveu a estrutura e os processos de atendimento à gestante e ao recém-nascido, incluindo os componentes do *Essential Newborn Care* (ENC), das maternidades do estado do Sergipe, Bezerra *et al.* (2019) procuraram correlacionar a organização do cuidado neonatal e a distribuição dos leitos de UTIN com a taxa de mortalidade neonatal, através de um estudo transversal realizado entre junho de 2015 e abril de 2016 nas maternidades com mais de 500 partos/ano.

Foram analisadas 768 puérperas e 11 maternidades elegíveis, totalizando 78 leitos de UTIN e 90 de UCI em atividade, para atendimento da demanda espontânea e programada. Somente seis maternidades (54,5%) realizavam a classificação de risco e quatro (36,3%) possuíam protocolos para atendimento das parturientes de alto risco. Houve baixa adesão aos protocolos de emergências hipertensivas e hemorrágica, e baixa cobertura das políticas de humanização, da classificação de risco para a gestante e das práticas do ENC.

Todos os leitos de UTIN e 75,5% dos leitos de UCI encontravam-se na capital, Aracaju. A distribuição entre públicos e privados correspondia a 43,6 e 56,4% para UTIN e 52,2 e 47,8% para UCI, respectivamente (BEZERRA *et al.*, 2019).

Segundo Bezerra *et al.* (2019), as maternidades do Sergipe apresentaram número e distribuição de leitos de UTIN e de UCI de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, não havendo escassez desses leitos. No entanto, identificaram a necessidade de mais espaço físico, recursos humanos mais especializados e mais recursos materiais, que são obstáculos para uma organização mais completa dos serviços neonatais intensivos.

Além disso, apenas metade das maternidades identificadas eram de referência para gestantes de alto risco e algumas localizavam-se relativamente distantes da capital, podendo resultar em atraso no transporte da gestante para o serviço de referência mais adequado, contribuindo para o aumento da morbimortalidade materna e neonatal.

## **1.2 Papel da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro na organização do Cuidado Neonatal**

É papel das secretarias estaduais de saúde, incluindo a do estado do Rio de Janeiro, coordenar e avaliar a organização da utilização dos recursos a fim de assegurar ao RN, o acesso ao nível de cuidado de que ele necessita, mantendo o uso eficiente e racional dos recursos disponíveis (ENCONTRO, 2019).

Essas Secretarias, em conjunto com as secretarias de saúde municipais e do Distrito Federal, devem estabelecer o planejamento regional da atenção em terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, com a finalidade de incrementar, quantitativa e qualitativamente, o acesso dos pacientes usuários do SUS. No caso de processo formalizado por secretaria de saúde de município em gestão plena, deverá constar, além do parecer do gestor de saúde municipal, o parecer do gestor de saúde estadual, que será responsável pela integração da Unidade Neonatal à rede estadual/regional, com a definição dos fluxos de referência e contrarreferência dos pacientes (BRASIL, 2012a).

Antes de abordar o papel da SES-RJ na organização do cuidado neonatal, faz-se interessante voltar uns passos atrás e destacar, brevemente, alguns aspectos históricos e regulatórios que realçam e foram conformando, ao longo do tempo, o papel dos estados na organização do cuidado à saúde e das redes de atenção.

### **1.2.1 Papel dos estados na organização das redes regionalizadas de serviços de saúde: algumas notações históricas**

A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a base sobre a qual foram construídas e debatidas as propostas de reforma sanitária, constituindo o



arcabouço do planejamento em saúde durante décadas. No entanto, a instituição da regionalização e de redes de atenção à saúde é, cada vez mais, um dos maiores desafios à consolidação do SUS. Ao longo dos anos 90, com a descentralização, a instituição de redes deixou de ser a espinha dorsal em torno da qual deveria ser construída a organização dos serviços.

A descentralização instituída durante os anos 90 pautou-se nas Normas Operacionais Básicas (NOB). No processo de regulamentação do SUS foram editados instrumentos legais para a operacionalização de alguns aspectos de desenvolvimento das políticas de saúde. Desta forma, foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas, as NOB 01/91, 01/92, 01/93, 01/96, com a finalidade de instruir e regular a nova organização do sistema e, também, as Normas Operacionais de Assistência à saúde (NOAS) 01 e 02.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) explicam que as Normas Operacionais foram portarias do Ministério da Saúde que reforçaram o poder de regulamentação da direção nacional do SUS. Tais instrumentos contribuem para a normatização e operacionalização das relações entre as esferas de governo, previstas na Lei Orgânica de Saúde (LOS).

Com o advento da Norma Operacional Básica 91 (NOB - 91), a esfera estadual perdeu protagonismo na gestão do SUS, na medida em que, através dessa Norma, o Ministério retirava o caráter automático das transferências financeiras aos estados e passava a relacionar-se com eles fundamentalmente como meros prestadores de serviços e não como partícipes da gestão do SUS (RIBEIRO; BARROS, 2010).

O papel da esfera estadual de governo no sistema de saúde foi sendo resgatado, de forma lenta e progressiva, a partir da NOB-96 que introduziu distintas condições de gestão, entre elas a “gestão plena do sistema estadual”, retomando o processo de descentralização do SUS, ao conferir a estados e municípios em condição de gestão plena, a autonomia para gerir o sistema como um todo, na sua esfera de governo (RIBEIRO; BARROS, 2010).

Este processo foi sendo aprofundado sucessivamente e culminou com a publicação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). As NOAS 2001 e 2002 tratam da organização dos sistemas de saúde e do fortalecimento do papel dos estados como coordenadores de um processo articulado de regionalização do SUS. Essas duas Normas foram responsáveis pela introdução das ferramentas de planejamento e programação em saúde como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI).

As NOAS-SUS 01/2001 (BRASIL, 2001) e NOAS-SUS 01/2002 (BRASIL, 2002b) definiam, há 20 anos, o processo de regionalização da assistência e criavam mecanismos de

fortalecimento da capacidade de gestão do SUS. A fim de criar avanços na organização de redes de serviços articuladas e resolutivas, estas passaram a ser formalizadas pela instância estadual, mediante processo de programação integrada.

A NOAS 2001 destacava, contudo, a heterogeneidade existente nos municípios brasileiros e, também, entre os estados:

Existem, no Brasil, milhares de municípios pequenos demais para gerirem, em seu território, um sistema funcional completo, assim como existem dezenas que demandam a existência de mais de um sistema em sua área de abrangência, mas, simultaneamente, são polos de atração regional. Da mesma forma, nas áreas contíguas às divisas interestaduais, é frequente que a rede de serviços de saúde deva se organizar com unidades situadas em ambos os lados da demarcação político-administrativa. Qualquer solução para esses problemas tem que superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a consequente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos (BRASIL, 2001).

Através da NOAS-SUS 01/2001 foi instituído o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como um instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal. Este instrumento foi baseado na definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso a um conjunto de ações e serviços de saúde, em todos os níveis de atenção e o mais próximo possível de sua residência. A partir daí, passou a caber às Secretarias de Estado de Saúde e do Distrito Federal, a elaboração do PDR em consonância com o Plano Estadual de Saúde (PES), sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Conselho Estadual de Saúde (CES) e o encaminhamento ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

Lima sinaliza que as NOAS 01/2001 e 01/2002

[...]representaram uma tentativa do Ministério da Saúde de equacionar o problema de acesso da população brasileira aos serviços de saúde nos níveis de maior complexidade sob a perspectiva territorial, tendo como eixo a macroestratégia da regionalização. A partir dos esforços de reorganização do sistema, com base na elaboração de instrumentos de planejamento pelos entes subnacionais, buscou-se racionalizar os recursos e ampliar a oferta desses serviços, seguindo uma lógica de estabelecimento de redes regionais de assistência (LIMA, 2010, p. 12).

A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é definida como de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado de Saúde e do Distrito Federal. O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade (BRASIL, 2001).

A programação da alta complexidade deve ser feita no âmbito regional/estadual e, em alguns casos, macrorregional, tendo em vista as características especiais desses serviços, que requerem alta densidade tecnológica, alto custo, necessidade de profissionais especializados e, por isso, economia de escala. Esta deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados (BRASIL, 2001).

A NOAS 2001 sinaliza, por fim, que a programação da Atenção de Alta Complexidade deve ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pelas SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que o PDR apontará as áreas de abrangência dos municípios-polo e dos serviços de referência nessa Atenção (BRASIL, 2001).

Cabe à SES, portanto, a coordenação da Programação Pactuada e Integrada (PPI) no âmbito do estado. A PPI, aprovada pela CIB, deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, independente da sua condição de habilitação (BRASIL, 2001).

A garantia de acesso da população aos serviços não disponíveis em seu município de residência é de responsabilidade do gestor estadual, de forma solidária com os municípios de referência, observados os limites financeiros, devendo este gestor organizar o sistema de referência utilizando mecanismos e instrumentos necessários, compatíveis com a condição de gestão do município onde os serviços estiverem localizados. Cabe às SES a gestão do SUS nos municípios não habilitados, enquanto for mantida a situação de não habilitação e à Comissão Intergestores Bipartite Estadual a desabilitação dos municípios, que deverá ser homologada pela Comissão Intergestora Tripartite (BRASIL, 2001).

Além disso, as funções de controle e avaliação, de competência das SES, devem ser coerentes com os processos de planejamento, programação e alocação de recursos em saúde tendo em vista sua importância para a revisão de prioridades e diretrizes, contribuindo para o alcance de melhores resultados em termos de impacto na saúde da população. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS deve se dar principalmente, nas seguintes dimensões: avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários; resultados e impacto sobre a saúde da população (BRASIL, 2001).

O Pacto pela Saúde de 2006 manteve as normas gerais de regionalização da assistência instituídas pela NOAS através dos dispositivos Plano Diretor de Regionalização,

Plano Diretor de Investimento e a Programação Pactuada e Integrada. No entanto, alterou a forma de definição das competências dos municípios e das regiões anteriormente estabelecidas pela NOAS, com a criação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), posteriormente Comissão Intergestores Regional (CIR) que, em conjunto com as CIB, passariam a ser responsáveis pelo desenho das redes assistenciais (BRASIL, 2006).

A implementação do Pacto de Gestão passou a exigir dos gestores estaduais e municipais e dos Colegiados de Gestão Regional, uma alta capacidade de formulação sistêmica e de definição de novas estratégias, o que torna central o fortalecimento da função de planejamento regional do estado (BRASIL, 2006).

Em 2011, o Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011a) pretendeu dar caráter de normativa legal ao processo de organização regional da assistência à saúde, substituindo o Termo de Compromisso de Gestão solidário e cooperativo, estabelecido pelo Pacto da Saúde de 2006 e pelo Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Este corresponde a um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos para a implementação integrada das ações e serviços de saúde com a criação do Mapa da Saúde, que nada mais é do que a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados tanto pelo SUS quanto pela iniciativa privada. No entanto, a despeito do fato de ser um instrumento jurídico, apenas dois estados (Ceará e Mato Grosso do Sul) assinaram o COAP (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017). O estado do Rio de Janeiro, assim como outros 23 estados e mais o Distrito Federal, não assinaram o Contrato.

### 1.2.2 A Organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Para um adequado cuidado aos recém-nascidos, as Unidades Neonatais devem estar articuladas compondo uma linha de cuidados progressivos, de acordo com a condição clínica e complexidade do cuidado exigido pelo RN e fazendo parte de uma Rede de Atenção à Saúde, que considere, na sua programação e gestão, as necessidades de saúde, a oferta de serviços e a racionalização na incorporação de tecnologias, em todos os níveis de atenção à saúde.

Assim, considerou-se oportuno trazer alguns comentários sobre as Redes de Atenção em Saúde e o papel do planejamento no seu desenho, implementação e avaliação.

A fim de estabelecer as diretrizes para a organização dessas Redes, o Ministério da saúde, lançou, em 2017, a Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017b), onde foi feita a consolidação das normas sobre as redes do SUS, dentre elas, a Portaria MS/GM nº4279, de 30/12/2010 (BRASIL, 2010).

De acordo com esta norma, onde estão estabelecidas as diretrizes para a organização das RAS, estas são definidas como:

[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017b), ao estabelecer os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização das Redes de Atenção à Saúde, na agenda do governo brasileiro, criou uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência.

Esta fragmentação dentro do modelo assistencial do SUS tem sido alvo de crítica, nas últimas décadas, por representar um modelo com pouca articulação sistêmica entre os elementos gerencial, técnico-assistencial e organizativo. Por conta disso, surgiram algumas propostas de organização dos serviços e dos processos de saúde, conhecidos por modelos de atenção à saúde ou modelos assistenciais. A proposta de estruturação das RAS surge, portanto, como uma possibilidade de resolução dessa fragmentação pois seus fundamentos se baseiam em estruturar e organizar os serviços de acordo com as necessidades de saúde da população e na coordenação da atenção (BINSFIELD, 2020).

O conteúdo da Portaria de Consolidação nº 3 (BRASIL, 2017b) está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), da Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), da publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo MS e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em regiões de saúde de diversos estados.

Nos Sistemas Nacionais de Saúde, como no caso do SUS, e que operam, portanto, redes com populações definidas geograficamente, a saúde é entendida como bem público e o sistema é universal e equitativo. Nesse contexto, segundo Kushnir e Chorny (2010), as redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades.

Segundo esses autores, a regionalização e a constituição de redes são compreendidas em suas dimensões técnica e política, mas apesar de serem a única forma de garantia de acesso ao cuidado integral, envolvem disputas de poder e requerem decisões de política pública que certamente ferem interesses. A região é institucionalizada e tem comando único porque sem institucionalidade não é possível garantir o direito e, sem comando único não é possível cobrar a responsabilidade sanitária (KUSHNIR; CHORNY, 2010).

Os principais elementos que constituem as redes são: população, estrutura operacional e modelo de atenção. A estrutura operacional conta com os centros de comunicação, com a atenção primária em saúde (ordenadora do cuidado), com os pontos de atenção secundária e terciária, com os sistemas de apoio diagnósticos, terapêuticos, farmacêutico e de informação, com os sistemas logísticos (soluções tecnológicas que organizam os fluxos de informação, produtos e pessoas), com o sistema de governança, que inclui o desenho institucional, com o sistema gerencial, com o sistema de financiamento e, finalmente, com o modelo de atenção. Este último se refere à forma de organização das práticas e processos de trabalho em saúde, e considera a busca de diferentes estratégias para condições agudas e crônicas e a premência na incorporação de modelos de cuidados inovadores para as condições crônicas (BINSFIELD, 2020).

Para que sejam efetivas e eficientes na garantia da qualidade da atenção prestada à população, as RAS devem considerar um modelo baseado nos seguintes fundamentos: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos. Além disso, é preciso considerar como atributos das RAS, a população; a extensa gama de estabelecimentos de saúde; uma atenção primária à saúde estruturada; a prestação de serviços especializados em lugar adequado; os mecanismos de coordenação; a continuidade do cuidado; a integração da assistência em todos níveis de atenção; a governança; a participação social; a atenção centrada no indivíduo, a família e a comunidade; a gestão integrada; recursos humanos suficientes; os sistemas de informação integrados; o financiamento tripartite; a intersetorialidade e a gestão baseada em resultado (BRASIL, 2017b).

Segundo Kuschnir (2014), a região sanitária, que tem base social e cultural para além do território e da população, é o reconhecimento de uma região real, pelo sistema de saúde.

No contexto do SUS, o desenho da região se materializa no PDR e no COAP, o que implica na definição dos limites geográficos, população coberta e no conjunto de ações e serviços a serem ofertados, observando a acessibilidade e parâmetros de escala para conformação dos serviços (BINSFELD, 2020). No entanto, segundo Chorny *et al.* (2015), a existência de PDR sem compromisso com a realidade da provisão da atenção e que não sejam

atualizados ou avaliados, por si só, é um forte indicador de fragmentação da atenção e distanciamento da concepção de redes.

A organização dos níveis de atenção, onde a rede se estrutura a partir da combinação dos pontos de atenção primário, secundário e terciário, de diferentes densidades tecnológicas, tem como pressuposto a concentração de serviços de maior densidade tecnológica, de demanda e utilização mais restritas, e a dispersão daquele de menor densidade. A concentração mencionada permitiria uma estruturação dos serviços, fundamental para garantia do uso racional de recursos e para governança da rede (BINSFELD, 2020).

Esta lógica está subjacente à necessidade de organização de uma rede de cuidados neonatais com níveis de complexidade assistencial crescentes, permitindo, segundo Mendes (2011), economia de escala, qualidade e acesso. Isso porque:

[...] A dispersão destes serviços [de maior complexidade tecnológica] leva à ociosidade e ineficiência, já que toda uma infraestrutura (equipamentos, serviços de apoio diagnóstico, profissionais especializados, custos de manutenção etc.) precisa ser mobilizada para o funcionamento dos serviços especializados e quanto menor for a utilização maior será o custo médio [...]. Outra questão que justifica essa concentração é a busca por qualidade. No caso dos serviços de saúde costuma haver uma relação entre quantidade e qualidade, que é explicada pelo fato de, quanto maior for o volume de procedimentos e atendimentos realizados, mais capacitada estará a equipe de saúde e melhores serão os resultados do cuidado (BINSFELD, 2020, p. 27-28).

No entanto, o desenho das RAS, aí incluída a rede de cuidados neonatais, é um desafio, principalmente no campo do planejamento e programação, pela necessidade de traduzir o conceito de redes para uma realidade específica onde os territórios são diferentes tanto na concepção da composição epidemiológica, quanto das necessidades de saúde, demandas e oferta de serviços (BINSFELD, 2020).

Ao desenhar uma rede, é necessária a noção de processo, que deve se dar da forma mais suave possível para o usuário, com o menor número de barreiras entre serviços e níveis de atenção. Para isso, a fim de instituir redes, é necessário lançar mão de mecanismos de coordenação assistencial, entre os níveis assistenciais e na gestão clínica. Alguns mecanismos e instrumentos de coordenação que incluem mudanças nas conformações organizacionais e até adoção de estratégias mais específicas de coordenação do cuidado (as mais conhecidas são os programas de gestão de enfermidades e gestão de casos) têm sido adotados em diferentes sistemas de saúde, conformando o grande campo das estratégias de integração e coordenação do cuidado (KUSHNIR, 2014).

Dá a importância do planejamento em saúde que é de suma importância para a identificação dos problemas e dos seus fatores causais, para a definição de prioridades de

intervenções tecnicamente factíveis e politicamente viáveis, para o estabelecimento claro das estratégias de intervenção que serão operacionalizadas e para a definição dos responsáveis pelos processos de avaliação e de desenvolvimento das ações propostas. Para que as metas sejam operacionalizadas é necessário calcular os recursos físicos, materiais e humanos necessários e mapear os que estão disponíveis. Para isto, é necessário um diagnóstico que defina as estratégias, sempre tendo o cuidado de otimizar a produtividade das unidades, dos serviços, dos equipamentos e dos recursos humanos (CHORNY *et al.*, 2015).

Para que se realize o planejamento em saúde no âmbito do SUS, são necessários dois momentos articulados entre si. O primeiro consiste na formulação da agenda da Política com a relação dos problemas prioritários a serem alcançados e o segundo se refere à elaboração do Plano propriamente dito. É necessário definir a base territorial com a qual se irá trabalhar e reconhecer a existência das três esferas de gestão (federal, estadual e municipal), onde serão desenvolvidos os planejamentos, as Políticas e os Planos de Saúde seguidos dos objetivos correspondentes a cada problema priorizado e da operacionalização (TEIXEIRA, 2010).

As normas auxiliam no processo de definição do planejamento, funcionando como uma orientação de resposta aos problemas identificados e sua adequação à realidade só é demonstrada na prática, na medida em que sua implementação seja avaliada (CHORNY *et al.*, 2015).

Planejamento implica que os critérios sejam definidos e os mecanismos e indicadores que serão utilizados para avaliar sua implantação, sejam desenhados. É de suma importância destacar que o processo de avaliação é permanente, não se esgotando na avaliação dos resultados alcançados e que se for percebida a ausência de condições para mudar o que foi planejado como prioridade, novas estratégias devem ser desenhadas, a fim de criar as condições que possibilitem a mudança (CHORNY *et al.*, 2015).

O diagnóstico de situação, deve buscar informações que permitam identificar e avaliar os atributos da RAS, sendo que o primeiro a ser considerado é o conhecimento das necessidades e preferências em saúde da população, que é traduzido na análise das suas condições de vida e saúde.

Sobre as necessidades no setor saúde que deveriam orientar o planejamento e organização das redes de atenção, há que se destacar sua imprecisão conceitual, que origina, dentre outros, um debate sobre necessidades “em saúde” e “de saúde” (CAMPOS, 2013; CAMPOS; BATAIERO, 2007; CARNUT; FERRAZ, 2021). Segundo Carnut e Ferraz (2021, p. 452), as primeiras guardariam relação com a “forma como as condições políticas, econômicas, ambientais e educacionais, entre tantas outras da organização das sociedades, são



responsáveis pela geração de saúde-doença nas populações”. Já as necessidades de saúde teriam um escopo de significado ainda mais amplificado, englobando as várias formas e múltiplas “dimensões em que os diversos segmentos sociais e interessados na discussão (usuários, grupos específicos, gestores, pesquisadores, técnicos, profissionais de saúde etc.) compreendem o que é necessário para ter saúde a partir de seus repertórios” (CARNUT; FERRAZ, 2021, p. 452)<sup>7</sup>.

Campos (2013), por sua vez, considera que, para se utilizar a noção de necessidade em saúde no planejamento e na programação das ações e serviços de saúde, ela precisa ser trazida para “um contexto mais próximo ao funcionamento real das organizações que compõem o setor saúde”. Ou seja, reconhecendo sua complexidade, utilizar uma abordagem mais operativa e restrita, com foco nas necessidades que “podem ser modificadas por cuidados de saúde (promoção da saúde, prevenção de doenças, processos diagnósticos e terapêuticos, reabilitação, cuidados paliativos etc.) e realizadas por serviços de saúde” (CAMPOS, 2013, p. 45). Essa redução implicaria, portanto, em reduzir o escopo das necessidades de saúde a uma de suas dimensões, no caso, a das necessidades de serviços de saúde, o que possibilitaria o emprego de características relacionadas à demanda, oferta e padrões históricos de utilização para a estimativa dessas necessidades de serviços.

Para a aproximação ao diagnóstico das condições de vida e de saúde de determinada população, utiliza-se um amplo rol de informações, como a oferta de serviços e recursos a serem utilizados pela população e a forma efetiva como operam, definindo as dimensões da estrutura e desempenho de serviços de saúde. A partir da análise da estrutura é possível correlacionar as informações sobre a suficiência da capacidade instalada, expressa através da relação entre recursos disponíveis e a população que deles necessita, o que permite avaliar a cobertura. No entanto, é necessária a autossuficiência de recursos nos territórios e em graus que vão depender do tamanho da população e de seu perfil epidemiológico. Se houver uma insuficiência de recursos muito significativa, não é possível pensar a instituição de RAS, sem que haja investimento em novas ações e serviços (CHORNY *et al.*, 2015).

---

<sup>7</sup> Uma discussão mais aprofundada desse tema foge ao escopo dessa dissertação e ao tempo disponível para sua consecução. Para um panorama dos múltiplos significados que rondam essa questão, sugere-se a leitura do trabalho de Carnut e Ferraz (2021, p. 459-460), que objetivou revisar, de forma sistematizada, a literatura científica sobre necessidades em/de saúde e sua aplicação no SUS. A partir da literatura compilada e revisada, os autores identificaram três núcleos de sentido para o termo necessidades em/de saúde, que podem ser resumidos como a) relacionados à ideia de “direito social constituído”; b) referentes à efetivação dos direitos sociais, em que “as necessidades significam a operação deste direito na vida concreta dos indivíduos”; c) relacionados ao “ajuste entre as condições de vida e trabalho com a diversidade inerente às coletividades”, em termos de sexo, idade, raça, renda, acesso a bens e serviços, e características culturais e subjetivas de grupos e indivíduos.

A gestão de sistemas e de serviços engloba uma gama muito ampla de mudanças introduzidas e funções, que vão desde a formulação de políticas até a do plano, passando pela gestão de redes de serviços e a gestão de funções ao nível das unidades (CHORNY *et al.*, 2015). Outra forma de elaboração da programação em saúde é através das ferramentas de gestão da clínica, como as diretrizes clínicas, que têm quatro funções essenciais na organização da atenção à saúde: função gerencial, educacional, comunicacional e legal. É na função gerencial que se encontra o papel de fornecer instrumentos que contenham os parâmetros de atenção que serão utilizados para a programação dos serviços e ações de saúde em relação a um problema ou necessidade de saúde da população (MENDES, 2011).

Após a definição da programação, tendo como base as diretrizes clínicas e parâmetros epidemiológicos, é possível inferir uma aproximação da oferta em quantidade e qualidade, que deve ser comparada com o diagnóstico da oferta real para que as possíveis inadequações da oferta de atenção à saúde sejam identificadas. O resultado apontaria para os déficits que podem ser levantados considerando-se os territórios (região, microrregião ou macrorregião) ou os níveis de atenção (primária, secundária ou terciária). Desta análise resultam duas possíveis situações: a primeira seria uma capacidade potencial de oferta de serviços que atenderia à demanda da população, implicando na necessidade de aumento dos recursos de custeio, de profissionais, insumos ou um rearranjo organizacional para adequar a oferta conforme a demanda definida e a segunda seria uma situação de déficit da capacidade instalada para atender à demanda programada o que geraria uma necessidade de investimentos para ampliar a oferta de serviços (BINSFELD, 2020).

Esta análise entre o que deveria ser ofertado em quantidade com uma comparação da oferta real para que as possíveis inadequações de atenção à saúde sejam identificadas foi um dos objetivos do presente estudo. Desta forma, os resultados do trabalho objetivam identificar a oferta e distribuição dos leitos neonatais e as necessidades baseadas na legislação atual a fim de apontar suficiência ou déficit de leitos nos territórios (região de saúde) no nível terciário, possibilitando subsidiar a elaboração de planos de investimentos que passam a cobrir lacunas de oferta ou necessidade de incremento e aperfeiçoamento, com base em diretrizes clínicas e análise de custos otimizados.

Por fim, e com vistas a estabelecer relação com o objeto de fundo dessa dissertação, cabe ser destacado que, a partir do referencial da Portaria nº 4.279, foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite, em 2011 e 2012, um conjunto de redes temáticas, priorizando algumas linhas de cuidado (BRASIL, 2010). As linhas de cuidado permitiriam

[...] uma forma de articulação entre as diversas unidades de saúde em um determinado território e também de integração das práticas clínicas, realizadas no interior dos estabelecimentos para tratar determinadas condições de saúde (BINSFELD, 2020, p. 41).

Uma dessas redes temáticas corresponde à Rede Cegonha, com recorte de atenção à gestante e à criança até 24 meses e importante, como já discutido anteriormente, para o incremento do cuidado neonatal (BRASIL, 2011b). Cada rede temática é formada por componentes específicos, que no caso desta Rede específica, compreende: a) o pré-natal, parto e nascimento; b) o puerpério e atenção integral à saúde da criança; c) o sistema logístico (transporte sanitário); d) a regulação (BRASIL, 2014a).

### 1.2.3 A Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro e a rede de cuidados neonatais

Considerando o exposto anteriormente, é papel da SES-RJ, o planejamento regional, a organização da Rede de Atenção à Saúde, a definição dos fluxos de referência e contrarreferência e o credenciamento e habilitação dos leitos intensivos (UTIN, tipos II e III) e de cuidados intermediários (UCINCo e UCINCa) no âmbito do estado, a fim de prover à sociedade avanços tecnológicos baseados em evidências, aliados a práticas humanizadas e respeitadas (RIO DE JANEIRO, 2020).

Essa organização, contudo, é ainda um desafio no estado do Rio de Janeiro, por suas características históricas de fusão de dois estados e concentração de aproximadamente 75% da população na região Metropolitana. Além disso, sua capital foi durante a maior parte de sua existência o Distrito Federal, centralizando mais recursos públicos em saúde que qualquer outra cidade do país, com importante componente sob gestão federal, guardando a lembrança de seu passado recente e do legado dos serviços ligados ao seguro social.

O credenciamento e habilitação dos leitos neonatais são feitos pela SES-RJ e pactuados “*ad referendum*” na CIB, em adequação à Portaria GM/MS nº 930 de 10/05/2012. Na deliberação CIB-RJ nº 3.903, de 03 de novembro de 2016, as seguintes unidades de saúde, listadas nos Quadros 9, 10, 11 e 12, a seguir, tiveram leitos neonatais pactuados.

Quadro 9 – Unidades de terapia intensiva neonatal tipo II habilitadas em 2016

CNES	Estabelecimento	Município
2280868	Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena	Angra dos Reis
2696932	SES RJ Hospital Estadual Roberto Chabo	Araruama
2267802	Hospital Geral de Arraial do Cabo	Arraial do Cabo
5878640	Hospital e Maternidade Theresa Sacchi de Moura	Barra Mansa
2278855	Hospital São José do Avaí	Itaperuna
2275562	Hospital Alcides Carneiro	Petrópolis
2270390	Hospital e Maternidade Herculano Pinheiro	Rio de Janeiro
2295415	Hospital Universitário Gaffree e Guinle	Rio de Janeiro
2270021	Maternidade Escola da UFRJ	Rio de Janeiro
2269988	MS HSE Hospital Federal dos Servidores do Estado	Rio de Janeiro
2269945	SMS Maternidade Alexander Fleming	Rio de Janeiro
2280248	SMSDC Maternidade Carmela Dutra	Rio de Janeiro
2270714	SMSDC Hospital Maternidade Fernando Magalhães	Rio de Janeiro
2273748	Hospital Universitário Sul Fluminense	Vassouras
0025135	Hospital Municipal São João Batista	Volta Redonda

Legenda: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fonte: Adaptado de Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (2016).

Quadro 10 – Unidades de terapia intensiva neonatal tipo III habilitadas em 2016

CNES	Estabelecimento	Município
2269880	Hospital Geral de Bonsucesso	Rio de Janeiro
2296616	UFRJ Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	Rio de Janeiro

Legenda: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fonte: Adaptado de Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (2016).

Quadro 11 – Unidades de cuidado intermediário habilitadas em 2016

CNES	Estabelecimento	Município
2280248	SMSDC Maternidade Carmela Dutra	Rio de Janeiro
6007317	Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo	Duque de Caxias
6518893	Hospital da Mulher Heloneida Studart	São João de Meriti
5478898	Hospital Estadual Vereador Melchiades Calazans	Nilópolis
2270390	Hospital e Maternidade Herculano Pinheiro	Rio de Janeiro

Legenda: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fonte: Adaptado de Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (2016).

Quadro 12 – Unidades de cuidado intermediário neonatal Canguru habilitadas em 2016

CNES	Estabelecimento	Município
2280248	SMSDC Maternidade Carmela Dutra	Rio de Janeiro
2270390	Hospital e Maternidade Herculano Pinheiro	Rio de Janeiro

Legenda: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fonte: Adaptado de Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (2016).

Além da Deliberação CIB nº 3903 de novembro de 2016, que dispôs sobre o credenciamento e habilitação dos leitos de UTIN tipos II e III nas unidades, existem no *site* da

CIB-RJ diversas deliberações definindo o número de leitos intensivos ou de cuidados intermediários do ERJ credenciados pela SES-RJ, entre setembro de 2016 e dezembro de 2018 (último ano que consta na página), conforme elencado na Tabela 3.

Tabela 3 – Leitos de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários Neonatais habilitados e credenciados entre set. 2016 e dez. 2018

<b>Unidade de Saúde</b>	<b>UTIN II</b>	<b>UTIN III</b>	<b>UCINCo</b>	<b>UCINCa</b>
Hospital dos Plantadores de Cana	10	—	20	10
Hospital Geral de Nova Iguaçu	25	—	—	—
Instituto Fernandes Figueira- Fiocruz	—	—	8	4
Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	—	4	—	—
Maternidade Carmela Dutra	14	—	—	—
Hospital e Maternidade Herculano Pinheiro	4	—	10	3
Hospital e Maternidade Fernando Magalhães	18	—	—	—
Hospital Mat. Maria Amélia Buarque de Holanda	12	—	22	8
Maternidade Escola da UFRJ	—	—	6	4
Hospital Federal dos Servidores do Estado	8	—	12	—
Hospital Geral de Bonsucesso	—	12	—	—
Maternidade Alexander Fleming	—	—	11	4
Hospital Municipal Miguel Couto	4	—	—	—
Hospital da Mulher Mariska Ribeiro	—	—	11	4
Hospital São João Batista	10	—	—	—
Hospital Jardim Amália	3	—	—	—
Hospital São José do Avai	2	—	—	—
Hospital Universitário de Vassouras	4	—	—	—
Hospital Alcides Carneiro	2	—	10	5
Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	12	—	—	—
Hospital Universitário Antônio Pedro	1	—	—	4
Hospital das Clínicas de Volta Redonda	2	—	—	—
Hospital Escola Gioseffi Jannuzzi	10	—	—	—
<b>Total</b>	<b>141</b>	<b>16</b>	<b>110</b>	<b>46</b>

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II (UTIN tipo II); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Fonte: Elaboração própria a partir de Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio De Janeiro (2016).

O regramento legal do SUS permite ainda, aos seus gestores, que, quando a disponibilidade de oferta de serviços através dos leitos SUS da rede própria for insuficiente para garantir o atendimento necessário à população, essa oferta seja complementada por contratualização de leitos complementares adicionais, na rede filantrópica/privada de saúde (RIO DE JANEIRO, 2020). Isso exige formalização jurídica por meio de instrumento contratual de prestação de serviços que estabeleça, de forma clara e objetiva, os direitos e

deveres de cada uma das partes. A celebração do contrato tem dupla função: estabelecer uma ferramenta formal de compromisso entre as partes no aspecto qualiquantitativo e garantir a legalidade dos repasses dos recursos financeiros (BRASIL, 2016, 2017a), além de exigir, por parte dos prestadores, o compromisso com os objetivos, atividades e metas estabelecidos pelos gestores do SUS, de acordo com as necessidades de saúde identificadas (BRASIL, 2001).

A previsão da necessidade de complementação de serviços deverá constar no Plano de Saúde respectivo (Plano Estadual de Saúde (PES), no caso do presente estudo, ou Plano Municipal de Saúde) e estar detalhada na Programação Anual de Saúde (PAS).

Assim, além da rede neonatal de leitos habilitados pelo SUS no ERJ, composta pelos leitos públicos e conveniados ao SUS, existem também os leitos contratualizados diretamente pela SES-RJ com unidades privadas de saúde. Dada sua importância para o estudo proposto, esses leitos foram levantados, totalizando 353 em 2020, quase a metade dos quais encontram-se presentes na região Metropolitana I do estado (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos leitos de terapia intensiva neonatal contratualizados pela Secretaria de Estado de Saúde para o ano de 2020 segundo região de saúde do estado do Rio de Janeiro

Região de saúde	Nº de Leitos	% do total
Metropolitana I	175	49,6
Médio Paraíba	62	17,6
Norte Fluminense	55	15,6
Metropolitana II	51	14,4
Serrana	10	2,8
<b>Total</b>	<b>353</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaboração própria a partir de Rio de Janeiro, 2021c.

Finalizando a discussão acerca do papel da SES-RJ na organização da rede de cuidados neonatais, precisa ainda ser mencionada a Central Estadual de Regulação de Leitos (CER), responsável pela regulação de um conjunto de leitos disponibilizados nos prestadores públicos estaduais, próprios e contratualizados, e aqueles universitários e federais disponíveis para o SUS. O Plano de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (PES) para o período 2020-2023 (RIO DE JANEIRO, 2020) sinaliza que uma prioridade estratégica para a SES-RJ é a atenção materno-infantil, aí incluídos os atendimentos direcionados à gestação de alto risco e leitos de UTI materna e UTIN.

## 2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Mortes infantis representam um evento indesejável em saúde pública, pois são mortes precoces e, em grande parte, evitáveis. Tradicionalmente considerada como um indicador da situação de saúde das populações, a TMI é utilizada para definição das políticas públicas direcionadas à saúde infantil. Sua redução fez parte das Metas do Milênio, compromisso das nações da Organização das Nações Unidas (ONU) para o alcance de patamares mais dignos de vida para a população mundial, pois reflete as condições de vida da sociedade (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

O Brasil atingiu a meta prevista para o indicador antes do estabelecido, mas ainda há muito a ser feito. Reduções posteriores continuam previstas para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), uma nova agenda global que as Nações Unidas lançaram em 2015 como seguimento das Metas do Milênio. Como parte do ODS 3 — Saúde e Bem-Estar: “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, encontra-se especificamente listado:

[...] Objetivo 3.2: Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (NAÇÕES UNIDAS BRASIL, 2021).

O componente pós-neonatal predominou no Brasil até o final da década de 80, quando passou a prevalecer o componente neonatal, que corresponde a cerca de 70% da mortalidade infantil (FRANÇA; LANSKY, 2008). Em 2018, a taxa de mortalidade neonatal no país correspondia a 9,15 óbitos/1.000 nascidos vivos, mas com importantes diferenciais entre as regiões e unidades da federação. No caso do estado do Rio de Janeiro, este indicador se situava em 8,4 óbitos/1.000 nascidos vivos nesse ano (BRASIL, 2021c).

Apesar dos avanços demonstrados na saúde materna e cobertura dos serviços de saúde, persistem importantes desafios para a redução da mortalidade neonatal no contexto atual do país, que dizem respeito a velhos e novos problemas. Tanto a maior qualificação do cuidado pré-natal quanto a regulação da assistência hospitalar no setor público e privado de saúde devem ser ações prioritárias, devido ao maior potencial de redução da mortalidade neonatal em mais curto prazo, além de terem um possível impacto nas mortalidades perinatal e materna, principalmente de mortes de mulheres e crianças de baixo risco (FRANÇA; LANSKY, 2008).

Nesse contexto, a oferta e distribuição regional adequadas dos leitos e unidades de cuidados intensivos e intermediários neonatais são também uma estratégia importante a ser considerada. E uma análise atualizada dessa oferta de recursos de densidade tecnológica/complexidade mais elevada, que devem servir a bases populacionais maiores, ajuda a evidenciar alguns dos desafios a serem enfrentados na construção da regionalização e na instituição de redes.

No Brasil, o cuidado neonatal se organizou a partir de seu último marco legal, a Portaria GM/MS nº 930 de 10 de maio de 2012 (BRASIL, 2012a), que definiu as diretrizes para a organização da atenção ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatais no âmbito do SUS.

A organização da oferta de leitos para a assistência intensiva neonatal deve ser adequada, possibilitando que o recém-nascido de risco possa nascer em unidade de saúde com recursos compatíveis às suas necessidades, estando organizadas em um sistema regionalizado e hierarquizado (AUGUSTO, 2017). Além disso, as unidades neonatais devem ser estruturadas como uma linha de cuidados progressivos, com leitos de cuidado intensivo e intermediário (convencional e canguru) (MIRANDA *et al.*, 2021).

Com a implantação da Rede Cegonha, em 2011, os leitos neonatais apresentaram um aumento significativo em todas as modalidades no Brasil. Os leitos de UTIN tipo II e III passaram de 1573, em 2013, para 4603, em 2018, apontando para um aumento de 293% (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Apesar disso, parecem persistir iniquidades na distribuição geográfica desses leitos no estado do Rio de Janeiro, com grande concentração na região metropolitana e carência no interior.

Ainda se conhece pouco sobre a distribuição dessas unidades, sua estrutura e a forma como se presta assistência intensiva em nosso meio. Miranda *et al.* (2021) sinalizam que a grande maioria da produção bibliográfica sobre os cuidados intensivos é de natureza essencialmente clínica, sendo raros aqueles que se voltam para a oferta do cuidado intensivo neonatal ou sobre estimativas de sua necessidade. Isto também se aplica ao estado do Rio de Janeiro (BARBOSA; CUNHA, 2011; BARBOSA *et al.*, 2002), onde a última publicação sobre o quantitativo de leitos de UTIN disponíveis tomou por base o ano de 2007.

Desta forma, os resultados do estudo podem ser relevantes não só para a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, mas também para a comunidade científica. Essas informações mais atualizadas podem auxiliar no planejamento e gestão do cuidado neonatal prestado no estado do RJ e no direcionamento do planejamento de estratégias para avançar



nessa atenção e contribuir para a formulação de políticas de saúde mais eficazes, aumentando a equidade nesse cuidado.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a oferta e distribuição territorial dos leitos intensivos e de cuidados intermediários no estado do Rio de Janeiro no período 2012 a 2020 e estimar suas necessidades para o ano de 2020.

#### **3.2 Objetivos Específicos:**

- a) Analisar a série histórica da oferta de leitos de terapia intensiva e de cuidado intermediário neonatais, segundo tipo de leito e distribuição regional no estado do Rio de Janeiro no período 2012 a 2020;
- b) Estimar a necessidade de leitos de terapia intensiva neonatal e de cuidado intermediário neonatais no estado do Rio de Janeiro e suas regiões para o ano de 2020, utilizando como parâmetro a Portaria GM/MS nº 930/2012;
- c) Avaliar a suficiência de leitos de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediário neonatais disponíveis ao SUS, nas regiões do estado considerando o ano base de 2020.

## 4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de caráter exploratório, correspondendo a uma avaliação normativa, com delineamento do tipo transversal e abordagem quantitativa.

Avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização, serviços ou bens produzidos e os resultados obtidos, com critérios e normas (HARTZ, 1997). No estudo realizado, a avaliação normativa diz respeito a um julgamento da oferta e suficiência dos leitos de UTIN, UCINCo e UCINCa ancorada nos critérios estabelecidos pela Portaria GM/ MS nº 930 de 2012.

O estudo se apoiou essencialmente no uso de informações já disponíveis em bases de dados secundárias, cuja utilização para o desenvolvimento de pesquisas sobre serviços de saúde tem sido cada vez mais frequente (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016). Focou, essencialmente, em quantitativos e estimativas, sem se aprofundar na análise de qualidade do cuidado prestado ou de elementos epidemiológicos ou representativos da carga da doença e outras especificidades relacionada aos processos nosológicos neonatais.

### 4.2 Lócus do estudo

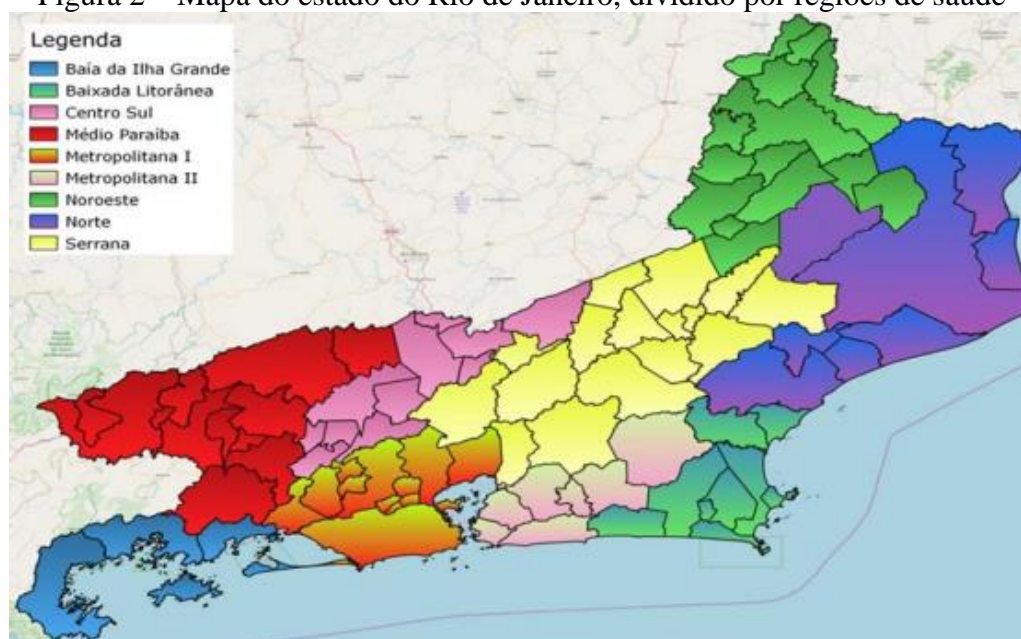
O estudo teve como lócus o estado do Rio de Janeiro, que apresentava uma população estimada em cerca de 17,4 milhões de habitantes para o ano de 2020. Seu território corresponde a uma área de 43,8 Km<sup>2</sup>, ou 4,73% da região Sudeste e a apenas 0,51% do território nacional, mas abriga 8,4% da população brasileira, resultando na maior densidade demográfica entre as unidades federadas – 365,23 habitantes/km<sup>2</sup> – e na maior taxa de urbanização do país (96%) e participação de 14,5% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional (IBGE, 2021).

O estado compreende 92 municípios, reunidos em nove regiões de saúde (Figura 2), que correspondem à mesma divisão geográfica das regiões administrativas, com algumas adaptações. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro é a segunda maior área metropolitana

do Brasil (atrás apenas da grande São Paulo) e concentra cerca de 73% da população do estado. Divide-se em Metropolitana I e Metropolitana II (IBGE, 2020).

A região de saúde da Metropolitana I é composta por 11 municípios e concentra 61% da população do ERJ. Desse percentual, 39% correspondem à população do município do Rio, capital do estado. A Região de Saúde da Metropolitana II é composta por 7 municípios e a 12% da população do estado. As demais regiões de saúde respondem por aproximadamente 27% da população do estado e apresentam perfis distintos em relação ao porte populacional, densidade demográfica e número de municípios, o que, em alguma medida, configura as características da atenção da alta complexidade no estado (IBGE, 2020).

Figura 2 – Mapa do estado do Rio de Janeiro, dividido por regiões de saúde



Fonte: (RIO DE JANEIRO, 2020)

### 4.3 Delimitação temporal do estudo

O intervalo temporal coberto pelo estudo compreendeu o período de 2012 a 2020. A escolha desse período considerou, por um lado, verificar a tendência de oferta da terapia intensiva e de cuidado intermediário em um intervalo temporal relativamente grande, entendendo que a instalação e habilitação desse tipo de cuidado demanda tempo, pela sua complexidade e requerimentos em termos de recursos humanos especializados, ao mesmo

tempo que garante a obtenção dos dados mais atualizados possíveis disponíveis nos bancos públicos de informação.

Além disso, pretendeu-se que o período pudesse contemplar a publicação da Portaria GM/MS nº 930/2012 (BRASIL, 2012a), que definiu as diretrizes para a organização da atenção ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de unidades neonatais no âmbito do SUS, bem como a instituição da Rede Cegonha, a partir de 2011 (BRASIL, 2011b), que tem o cuidado adequado ao recém-nascido como um de seus componentes.

#### **4.4 Etapas do estudo e fontes de dados**

O estudo envolveu três etapas, cujos caminhos metodológicos e fontes de informação encontram-se detalhados na sequência: a) levantamento e caracterização da oferta de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatais no estado e para o período supracitado; b) estimativa da necessidade desses dois tipos de leitos, considerando o ano de 2020; c) exame da suficiência dos leitos neonatais disponíveis no SUS frente a necessidade projetada.

Para caracterização da oferta, foram levantados o número de Unidades de Saúde e os quantitativos de leitos de Terapia Intensiva Neonatal, classificados pelo porte como tipo I, II e III, e de Cuidados Intermediários Neonatais, do tipo Convencional e Canguru, disponíveis no estado do Rio de Janeiro, independente da natureza jurídica do prestador.

As unidades de saúde e o número de leitos foram identificados através dos dados secundários públicos presentes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e, também, através das informações de leitos contratualizados diretamente pela SES (Quadro 16).

O CNES constitui fonte de informação relevante sobre a infraestrutura de serviços de saúde nacional, principalmente pelo fato de suas informações não se limitarem à rede prestadora de serviços para o SUS, mas possuírem dados de todos os estabelecimentos de saúde presentes no território brasileiro. Criado em 2000, o cadastramento e a manutenção dos dados cadastrais passaram a ser obrigatórios, a partir de 2006, para que todo e qualquer estabelecimento de saúde, de qualquer natureza jurídica, independentemente de possuírem caráter público ou privado ou de estarem vinculados ou não ao SUS, possa funcionar em território brasileiro, devendo os prestadores preceder aos licenciamentos necessários ao

exercício de suas atividades, bem como às suas renovações<sup>8</sup>. Ademais, a publicação da Portaria MS/SAS nº 118, de 18 de fevereiro de 2014, determina a desativação automática do CNES dos estabelecimentos de saúde que estejam há mais de seis meses sem atualização cadastral, tornando-os impedidos de apresentar registros de atendimento da atenção ambulatorial e/ou hospitalar do SUS, de produção das respectivas equipes e profissionais e de ações de vigilância sanitária, bem como de requerer novas habilitações ou inscrição em novos programas e/ou políticas (BRASIL, 2014b), o que contribuiria para aproximar os dados existentes da realidade.

O código CNES é o número que identifica de forma unívoca os estabelecimentos cadastrados e sua obtenção está incluída entre a lista de procedimentos para se abrir um estabelecimento de saúde, devendo ser solicitada junto ao gestor público municipal ou estadual (BRASIL, 2021)<sup>9</sup>. Até 2011, antes da publicação da Portaria MS 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. Segundo Augusto (2017), ainda que essa exigência tenha tornado o processo mais burocrático, possibilitaria tornar as informações disponíveis mais fidedignas, na medida em que define como indispensável a anexação de relatórios da vigilância sanitária atestando as condições do leito.

O acesso aos dados para a construção da série histórica dos leitos neonatais foi realizado pelo endereço eletrônico <http://cnes2.datasus.gov.br>, utilizando-se o campo “Relatórios” e, dentro destes, “Leitos”, onde foram buscados os leitos de interesse em “Leitos Complementares”, utilizando-se os códigos dispostos no Quadro 13. A busca foi realizada entre julho e novembro de 2021.

---

<sup>8</sup> A inclusão de um estabelecimento no CNES é feita por meio do preenchimento de um conjunto de formulários específicos com dados sobre área física, recursos humanos, equipamentos, serviços ambulatoriais e hospitalares em funcionamento, independentemente de prestarem ou não atendimento aos usuários do SUS (ROCHA *et al.*, 2018).

<sup>9</sup> CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Wiki Saúde. [S.l.]. 2021. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/p%c3%a1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/p%c3%a1gina_principal). Acesso em: 9 ago. 2021.

Quadro 13 – Códigos do CNES correspondentes aos leitos intensivos e de cuidados intermediários neonatais

<b>Código CNES</b>	<b>Descrição</b>
65	Unidade Intermediária Neonatal
80	UTI Neonatal tipo I
81	UTI Neonatal tipo II
82	UTI Neonatal tipo III
92	UCI Neonatal Convencional
93	UCI Neonatal Canguru

Legenda: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Unidade de Cuidados Intermediários (UCI); Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

Os leitos de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatais estão incluídos nos chamados leitos complementares, tornando-se importante assinalar algumas distinções relevantes para a pesquisa executada, presentes nas Portaria nº 1.300/GM/MS, de 23 de novembro de 2012 (BRASIL, 2012b) e na Portaria de Consolidação nº 03/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b). Leitos existentes correspondem aos leitos habitualmente utilizados para internação, mesmo que alguns deles, eventualmente, não possam ser utilizados por alguma razão, no espaço de tempo de até uma competência. Essa quantidade é sempre informada pelo gestor. No caso específico dos leitos complementares, como os leitos de terapia intensiva e de cuidados intermediários, leitos SUS correspondem à quantidade de leitos habilitados pelo Ministério da Saúde, mediante publicação de Portaria no Diário Oficial da União (DOU). Para os leitos complementares, um leito NÃO SUS inclui tanto leito que não é utilizado no âmbito do SUS (presente somente em hospitais privados) ou leito utilizado no âmbito do SUS, mas que não foi habilitado pelo Ministério da Saúde, podendo ocorrer em hospitais públicos e privados.

Os dados relativos ao número de registro da Unidade de Saúde no CNES, nome da unidade, município de localização, total de leitos existentes e de leitos disponíveis (habilitados) ao SUS segundo a modalidade obtidos para o último mês (dezembro) de cada ano do período analisado e alimentaram um banco de dados construído no software Excel®.

Para a análise da série histórica, os leitos de terapia intensiva foram considerados no seu total e por cada um dos tipos de UTIN. 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 do código 65 (Unidade Intermediária Neonatal). Os leitos de UCINCa foram, desde o início, cadastrados através de um só código (93).

As informações relativas aos leitos neonatais do ano de 2020, utilizados nas estimativas de necessidade de leitos, foram analisados ainda considerando o tipo de unidade e a natureza jurídica do prestador.

Os tipos de unidade onde os leitos estão disponíveis foram classificados conforme o disposto na base do CNES. A esse respeito, vale ressaltar que, em 2017, houve uma alteração no Cadastro, em função do disposto no Título VII, Capítulo IV, Seção IV, da Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Até então, os estabelecimentos de natureza hospitalar eram divididos em hospitais gerais (código 5) e especializados (código 7), e dentro deste último existia um código específico para maternidades (7.05), existindo também um estabelecimento denominado “centro de parto normal isolado” (código 61).

A Portaria de Consolidação, em consonância à Portaria GM/MS nº 2.022, de 7 de agosto de 2017 (BRASIL, 2017c), estabeleceu uma nova tipificação dos tipos de estabelecimentos, criando uma categoria específica denominada “Centro de Assistência Obstétrica e Neonatal Normal” (código 6). Em virtude do intervalo temporal que cobre o período de modificação acima, os códigos, com as respectivas definições utilizadas para os diversos tipos de estabelecimentos, encontram-se dispostos no Quadro 14.

Quadro 14 – Tipos de estabelecimentos e definições

<b>Tipo de Estabelecimento</b>	<b>Definição</b>	<b>Código CNES</b>
Hospital Geral	Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT de média complexidade.	5
Hospital Especializado	Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT. Pode ter ou não Alta Complexidade. Geralmente de referência regional, macrorregional ou estadual.	7
Centro de Parto Normal Isolado	Unidade intra-hospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico-puerperal, conforme especificações da Portaria MS 985/99.	61
Centro de Assistência Obstétrica e Neonatal Normal	Local de prestação de conjunto de cuidados e outros tratamentos prestados à gestante, parturiente e recém-nascido, por razões obstétricas ou neonatais	6

Legenda: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); Serviço de apoio de diagnose e terapia (SADT); Ministério da Saúde (MS).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2017a)



Os leitos foram ainda classificados segundo a natureza jurídica, que identifica a constituição jurídico-institucional das entidades públicas e privadas nos cadastros da administração pública do País. O CNES utiliza a Tabela de Natureza Jurídica 2018, publicada no Diário Oficial da União nº 222, de 20/11/2018, que organiza estes códigos segundo cinco grandes categorias: a) administração pública; b) entidades empresariais; c) entidades sem fins lucrativos; d) pessoas físicas e organizações internacionais; e) outras instituições extraterritoriais. O detalhamento dos códigos de natureza jurídica que integram cada uma dessas categorias está disponível no ANEXO A, ao final dessa dissertação.

A fim de avaliar a distribuição espacial dos leitos de UTIN e de UCIN no estado do Rio de Janeiro por região de saúde, os dados dos diferentes tipos de leito presentes em cada município foram agrupados pelas nove regiões de saúde estabelecidas pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), presente no *site* da Secretaria Estadual de Saúde do Estado, conforme disposto no Quadro 15.

Quadro 15 – Regiões de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com quantitativo de municípios e municípios integrantes

<b>Regiões de Saúde</b> (número de municípios)	<b>Municípios</b>
<b>Baía da Ilha Grande</b> (3 municípios)	Angra dos Reis, Mangaratiba, Paraty
<b>Baixada Litorânea</b> (9 municípios)	Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema
<b>Centro-Sul</b> (11 municípios)	Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras
<b>Médio Paraíba</b> (12 municípios)	Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda
<b>Metropolitana I</b> (12 municípios)	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica
<b>Metropolitana II</b> (07 municípios)	Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá
<b>Noroeste</b> (14 municípios)	Aperibé, Bom Jesus de Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antônio de Pádua, São José de Ubá, Varre-Sai
<b>Norte</b> (08 municípios)	Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco de Itabapoana, São João da Barra
<b>Serrana</b> (16 municípios)	Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes

Fonte: (RIO DE JANEIRO, 2020)

A estimativa da necessidade de leitos foi realizada considerando o ano de 2020 e utilizando por base a recomendação da Portaria GM/MS nº 930/2012, de dois leitos de UTIN, dois leitos de UCINCo e um leito de UCINCa para cada 1.000 NV.

A opção pelo uso dos parâmetros dessa Portaria tomou por base três elementos: a) o fato desse documento legal ser o que rege os critérios para habilitação no SUS, pelo MS, dos leitos complementares relacionados à terapia intensiva e aos cuidados intermediários neonatais; b) as dificuldades de utilização da Portaria nº 1631/2015, como parâmetro dada sua complexidade e a exigência, para o cálculo da estimativa de necessidade de leitos, de um conjunto grande de fatores não estão facilmente disponíveis nos bancos de dados do SUS, como o número de internações anuais esperadas, a taxa de internação (TI) esperada, fator de ajuste para a taxa de recusa esperada, tempo médio de permanência dias esperado e taxa de ocupação esperada para os leitos intensivos neonatais; c) a ampla utilização da Portaria nº 930/ nos estudos identificados na revisão de literatura, conforme detalhadamente descrito na seção 1.6 desta dissertação.

O número de NV de cada município do estado do Rio de Janeiro foi extraído do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do estado (RIO DE JANEIRO, 2021a), que possui dados relativos ao ano de 2020 mais atualizados que o DATASUS. Isso acontece porque as Secretarias Municipais de Saúde coletam as Declarações de Nascidos Vivos (DN) nos estabelecimentos de saúde e nos cartórios (para partos domiciliares) e entram com as informações nelas contidas no SINASC, que em um primeiro momento são consolidadas no estado. Depois, as bases de dados municipais e estaduais são consolidadas em uma base nacional, no Ministério da Saúde. O MS só pode considerar a base nacional completa após todas as UF terem enviado seus dados. A partir daí, é feita a consolidação, inclusive com a redistribuição dos dados pelo local de residência da mãe, que é a forma tradicional de apresentar os dados de Nascidos Vivos (RIO DE JANEIRO, 2021b).

Para os anos considerados fechados nacionalmente, os dados são provenientes da base nacional consolidada, mas para os anos ainda em fechamento, os dados são provenientes da base estadual consolidada. O ano de 2020 ainda não estava fechado em termos nacionais quando da extração dos dados utilizados na pesquisa (RIO DE JANEIRO, 2021a).

A pesquisa na base de dados de Nascidos Vivos-RJ foi realizada colocando-se no campo linha: “Região de Saúde/ município de residência da mãe”, na coluna: “ano de

nascimento”, no conteúdo: “Nascimentos por residência da mãe”<sup>10</sup> e, em períodos disponíveis, “2020”. Foram buscados os dados de nascidos vivos relativos a este ano calendário, para as nove regiões do ERJ, considerando a região de residência da mãe, conforme disposto no APÊNDICE B. A esses quantitativos, foi aplicado um fator de correção, de modo a corrigir eventuais subregistros de nascimentos. Para o Brasil como um todo, o fator a ser aplicado corresponde ao número de RNV registrado no SINASC multiplicado por 1,05. Esse fator foi aplicado nas estimativas uma vez que não foi identificado valor específico para o ERJ nos dados da Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA).

A partir desses quantitativos, convertendo por regra de três para 1.000 NV e utilizando-se dos parâmetros listados na Portaria para cada tipo de leitos, foram obtidos os números de leitos intensivos e de cuidados intermediários neonatais minimamente necessários para atender aos nascidos vivos em cada região de saúde do estado.

A estimativa de leitos necessários foi feita a partir de dois cenários distintos: o primeiro, composto apenas por usuários que utilizam exclusivamente do SUS, e o segundo, composto por todos os usuários, isto é, considerando 100% do número de nascidos vivos estimados, em ambos os casos usando como denominador os leitos disponíveis ao SUS, que é o foco da Portaria de 2012 mencionada e tendo por base a concepção do SUS como um sistema universal. Para obtenção dos “usuários exclusivos do SUS”, foi empregada a taxa de cobertura da saúde suplementar no RJ presente na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a fim de discutir a questão da equidade no acesso aos leitos neonatais. Cabe destacar que o modo de estimativa que leva em conta a cobertura de planos de saúde tem sido aquele “adotado pela Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM) do Ministério da Saúde em seus planejamentos e prioridades de demandas” (AUGUSTO, 2017).

A construção desses dois cenários permitiu estimar a necessidade global dos leitos neonatais do ERJ, bem como as necessidades de leitos para aqueles que tão somente tem acesso aos serviços exclusivamente pelo SUS. Para estimar a cobertura de planos de saúde privados, foram pesquisados dados públicos secundários presentes no ANS Tabnet que consta da página da ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021), através do levantamento do número de beneficiários de planos privados de saúde por município do ERJ. Estes dados foram agregados por região de saúde do ERJ. Após, obteve-se a taxa de

---

<sup>10</sup> Nascimentos p/ residência mãe inclui todo os nascidos vivos de mães residentes no estado do Rio de Janeiro, mesmo que os nascimentos tenham ocorridos em outras Unidades da Federação, mas cuja mãe residia no estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2021b).

cobertura da saúde suplementar de cada região do estado, através de cálculo baseado na multiplicação do número de beneficiários de planos privados de cada região por 100, divididos pela população de cada região do estado, conforme consta no APÊNDICE C.

De posse da estimativa da necessidade de leitos por 1.000 NV, foi possível realizar o exame da suficiência dos leitos neonatais disponíveis no SUS frente à necessidade projetada pela Portaria.

Foi realizada comparação do número de leitos identificados no CNES e o número de leitos minimamente necessários, de acordo com o critério previsto pelo Ministério da Saúde na Portaria GM/MS nº 930/2012, para cada um dos tipos de leitos encontrados e região de saúde, o que forneceu informação sobre a suficiência, déficit ou excesso de leitos intensivos e de cuidados intermediários.

Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas do software EXCEL da Microsoft®, versão 2013, e apresentados na forma de tabelas descritivas, com valores absolutos, médias e proporções.

Adicionalmente, em função da existência de leitos de UTIN contratualizados anualmente pela SES-RJ e que não se encontram presentes na base do CNES, foi realizada análise de sensibilidade agregando esse quantitativo levantado junto à Superintendência de Atenção Especializada, Controle e Avaliação (SAECA), aos leitos disponíveis ao SUS em cada uma das regiões de saúde onde existiam.

## 5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo não envolveu qualquer tipo de pesquisa direta com seres humanos. Como foram utilizados apenas dados secundários de domínio público e simulações, fica dispensada a necessidade de submissão ao Conselho de Ética em Pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012c) e Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde.

Cumprindo as exigências da SES-RJ, o projeto foi submetido a avaliação da Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde, em conjunto com Área Técnica Superintendência de Regulação da SES-RJ, recebendo aprovação em 24/11/2021 (ANEXO B).

## 6 RESULTADOS

Os resultados foram organizados de forma a apresentarem, inicialmente, a evolução temporal dos quantitativos de leitos neonatais no ERJ, segundo tipo de leito, para o total de leitos e de leitos disponíveis ao SUS. Na sequência, são trazidos os leitos disponíveis ao SUS e, em seguida, a análise da distribuição desses leitos, pelas regiões de saúde. Depois disso, são apresentadas as Unidades de Saúde que possuem leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS para todas as modalidades, o tipo de hospital e de administração, para o ano de 2020. Após, são disponibilizados os resultados dos leitos por nascidos vivos e regiões de saúde. Por fim, são exibidas as estimativas de necessidades de leitos, as análises de suficiência ou déficit, por região e modalidade de leito e as análises de sensibilidade.

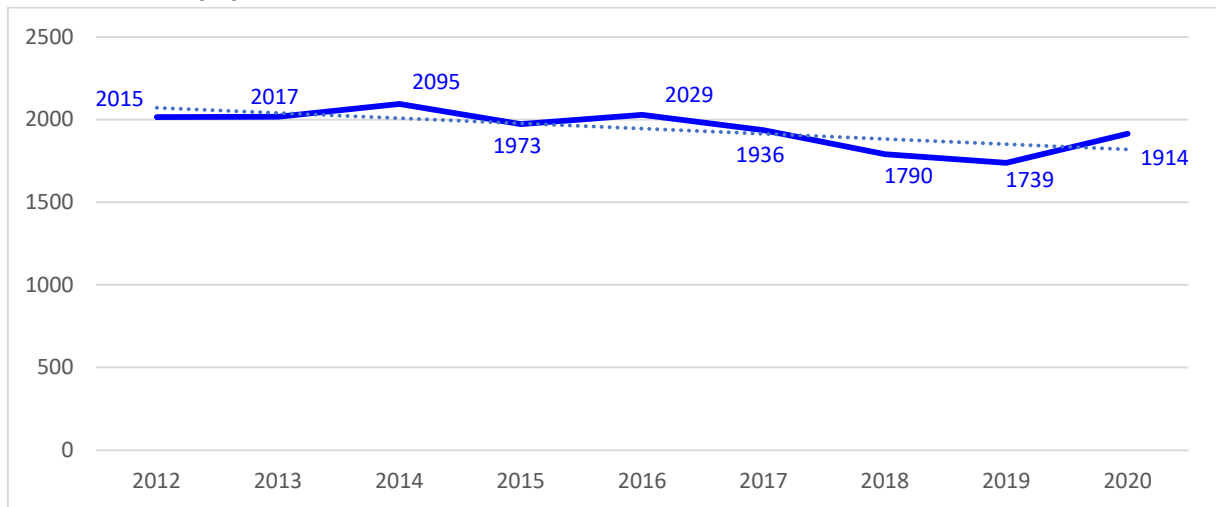
### 6.1 Leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro no período de 2012-2020

A série histórica dos leitos de UTIN (de todos os tipos), UCINCo e de UCINCa, obtidos a partir do SCNES, relativa ao período de 2012 a 2020 e detalhada pelas regiões do ERJ, está disponibilizada no APÊNDICE D. Para os resultados, expressos doravante, recortes específicos foram realizados e estão apresentados na forma de tabelas e gráficos, de modo a facilitar a visualização.

#### 6.1.1 Leitos neonatais totais

Considerando-se os anos extremos do período estudado, observou-se redução no número total de leitos neonatais (2015 leitos, em 2012 e 1914 leitos, em 2020), representada por queda de 5%. Houve alguma flutuação ao longo do tempo, com períodos de aumento no número de leitos, em 2014 e 2016, mas tendência de queda até 2020 (Gráfico 3).

Gráfico 3 – Número de leitos de cuidados neonatais no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020



Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

A série histórica dos leitos de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários, de 2012 a 2020, tanto os totais quanto os disponíveis ao SUS, no ERJ, está presente na Tabela 5.

Tabela 5 – Leitos Totais e Leitos disponíveis ao SUS de terapia intensiva neonatal tipos I, II e III, de cuidados intermediários convencionais e de cuidados intermediários Canguru, no estado do Rio de Janeiro de 2012 a 2020

Ano	UTIN I		UTIN II		UTIN III		Total UTIN		UCINCo		UCINCa		TOTAL	
	Leitos totais	Leitos SUS	Leitos totais	Leitos SUS	Leitos totais	Leitos SUS	Leitos totais	Leitos SUS	Leitos totais	Leitos SUS	Leitos totais	Leitos SUS	Leitos totais	Leitos SUS
<b>2012</b>	547	21	541	192	313	41	1.401	254	547	391	67	67	2.015	712
<b>2013</b>	431	16	596	240	297	41	1.324	297	718	285	75	0	2.117	582
<b>2014</b>	369	16	602	240	406	41	1.377	297	638	244	80	0	2.095	541
<b>2015</b>	270	16	572	236	415	41	1.257	293	646	251	70	4	1.973	548
<b>2016</b>	273	16	690	295	363	67	1.326	378	629	247	74	12	2.029	637
<b>2017</b>	218	16	649	263	345	55	1.242	334	614	270	80	26	1.936	630
<b>2018</b>	247	16	592	274	353	55	1.192	345	518	251	80	34	1.790	630
<b>2019</b>	249	16	604	294	296	71	1.149	381	481	230	109	89	1.739	700
<b>2020</b>	256	16	715	294	400	71	1.371	381	461	248	82	60	1.914	689

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo I (UTIN I); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II (UTIN II); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo III (UTIN III); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

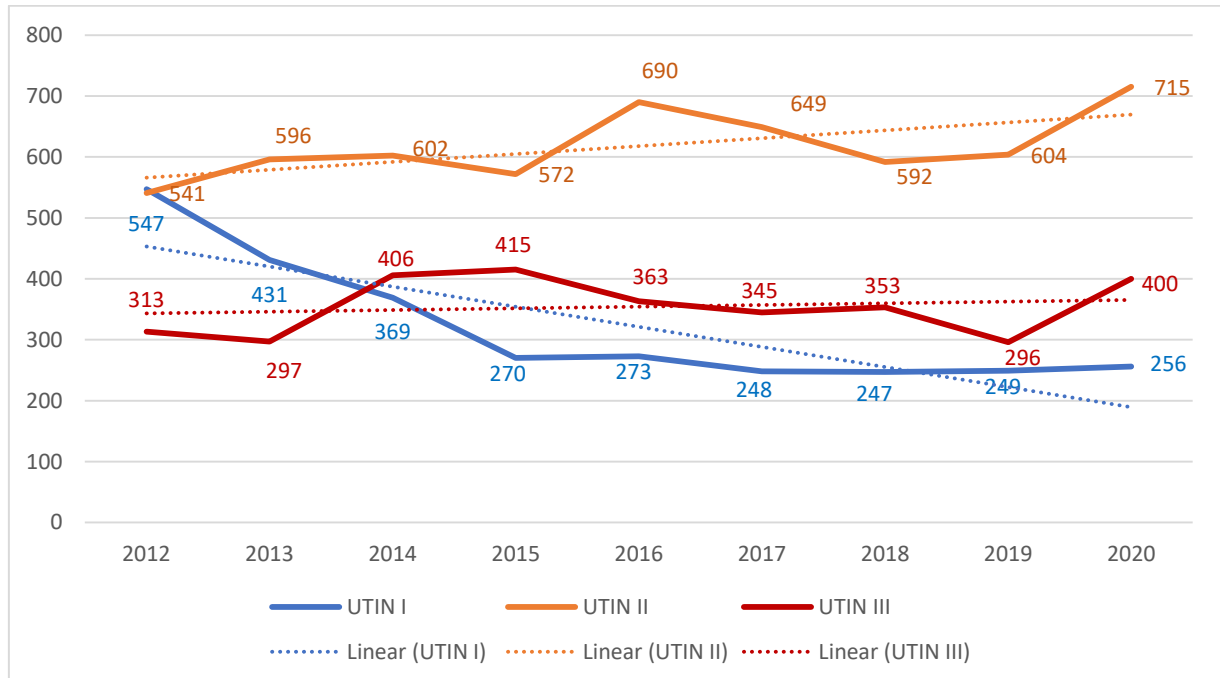
Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).



### 6.1.1.1 Leitos Intensivos neonatais

Leitos de terapia intensiva corresponderam à maioria absoluta dos leitos neonatais, em proporção superior a 63% em todos os anos estudados, chegando a atingir 72% do total em 2020. Dentre os leitos de UTIN, a maioria é de UTIN do tipo II, em percentual igual ou superior a 50%, desde 2016. Observou-se redução progressiva (547 em 2012 e 256 em 2020) nos leitos de UTIN tipo I ao longo da série histórica desse tipo de leito. Ainda assim, mesmo nove anos após a vigência desta Portaria, esses leitos ainda representam 16,28 % dos leitos intensivos. Por outro lado, leitos de UTIN II apresentaram tendência de aumento progressivo, ao longo do período, elevando-se de 541, em 2012, para 715, em 2020 (aumento de 32,2%) e leitos de UTI III tiveram tendência geral de estabilidade ao longo do período, com um aumento importante em 2014 e 2015, mas que não se manteve (Gráficos 4 e 5).

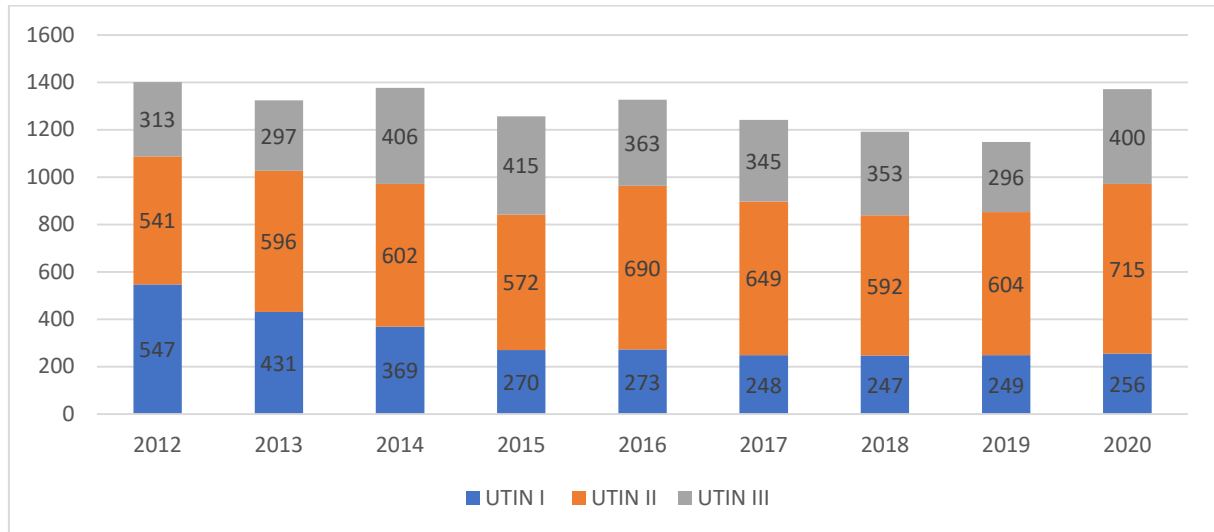
Gráfico 4 – Número de leitos de terapia intensiva neonatal segundo tipo de leito no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020



Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo I (UTIN I); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II (UTIN II); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo III (UTIN III).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

Gráfico 5 – Número de leitos de terapia intensiva neonatal segundo tipo de leito no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020



Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo I (UTIN I); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II (UTIN II); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo III (UTIN III).

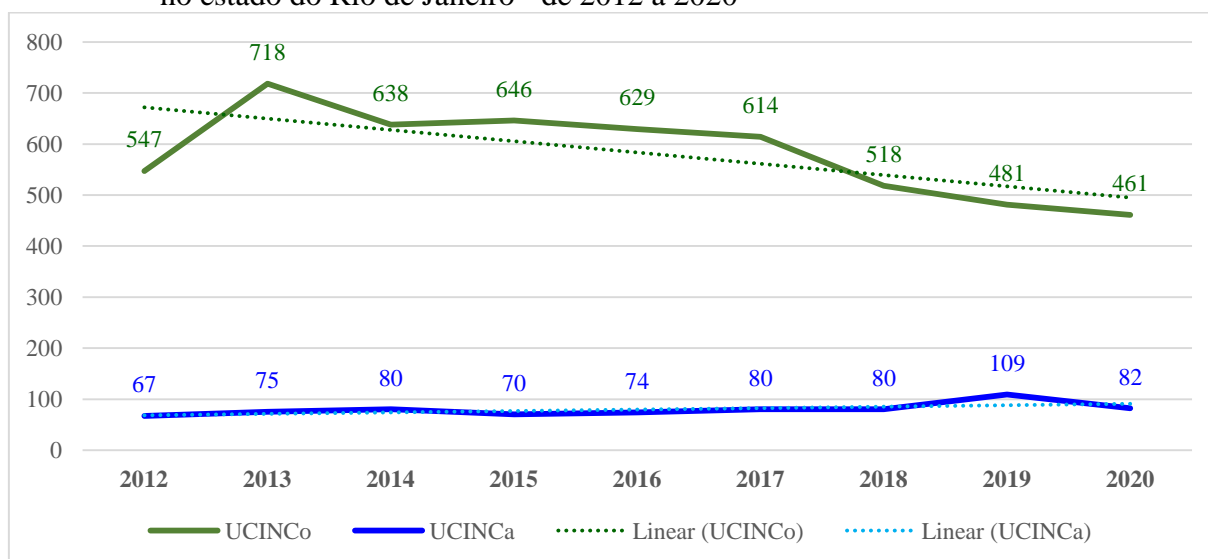
Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

#### 6.1.1.2 Leitos de Cuidados Intermediários neonatais

Leitos convencionais representam a maior parte dos leitos de cuidados intermediários neonatais. A proporção dos leitos de UCINCo em relação aos leitos neonatais totais variou entre 21,8 a 32,7%, exceto em 2013, quando corresponderam a pouco mais de 18%. Destaca-se, em termos de números absolutos, o importante aumento ocorrido entre 2012 e 2013 (547 para 718), bem como a tendência de queda progressiva a partir de 2015 (Gráfico 4).

Os leitos de UCINCa são minoria, dentre os leitos neonatais, em toda a série histórica (média de 4%), mesmo que com pequena tendência de aumento no número absoluto, ao longo do período analisado (de 67, em 2012 para 82, em 2020). Em 2019, houve um aumento expressivo desses leitos, que atingiram 109 leitos, número que reduziu substancialmente no ano seguinte, recuperando valores pouco acima de 80 (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Evolução no número de leitos de cuidado intermediário convencional e canguru no estado do Rio de Janeiro - de 2012 a 2020



Legenda: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

### 6.1.2 Leitos neonatais disponíveis ao SUS

O quantitativo de leitos disponíveis ao SUS corresponde a um conjunto muito menor e mais restrito dos leitos neonatais no estado (Tabela 6). Assim, destaca-se a baixa proporção dos leitos disponíveis ao SUS (média no período de 32,4% e mediana de 32,5%), variando entre 25,8% e 40,3%, em relação ao total de leitos neonatais disponíveis, nos anos analisados.

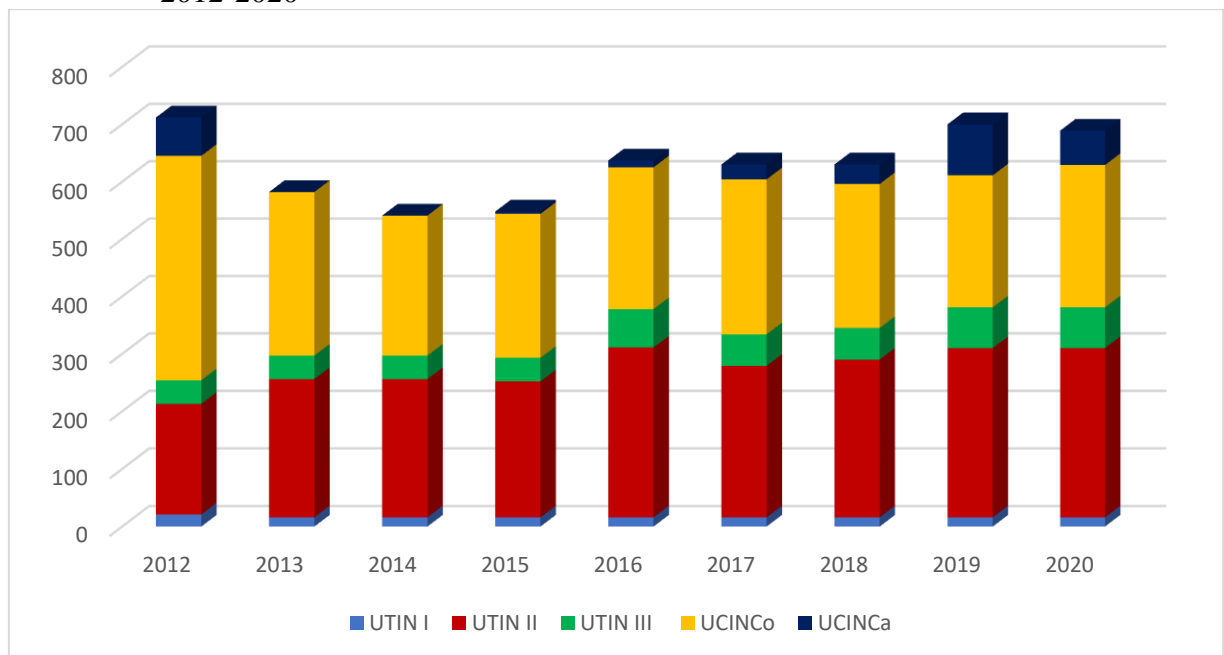
Os períodos com as melhores proporções de leitos disponíveis ao SUS em relação aos leitos totais foram 2012 (35,3%), 2018 (35,2%), 2019 (40,3%) e 2020 (36%). Houve queda de 3% dos leitos entre 2012 e 2020, com flutuações ao longo do período, mas em nenhum ano o número de leitos atingiu novamente o valor do ano de 2012 (712 leitos).

Essas desigualdades de proporções entre leitos totais e disponíveis ao SUS mostram-se diferenciadas segundo tipo de leito. Enquanto, em média, apenas cerca de 26% dos leitos de UTIN (mediana de 27%, variando entre 18% em 2012 a 33% em 2019) estão disponíveis ao SUS, 47% (mediana 44%) e 39% (mediana 32%) dos leitos de cuidado intermediário convencional e canguru, respectivamente, estão à disposição do sistema público

### 6.1.2.1 Leitos Intensivos neonatais

Exceto em 2012, os leitos de UTIN representaram a maioria dos leitos de cuidados neonatais disponíveis ao SUS (média de 51%, mediana de 59%), com proporções que variaram de 36%, em 2012 a 59%, em 2016 (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Leitos neonatais disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro segundo tipo - 2012-2020

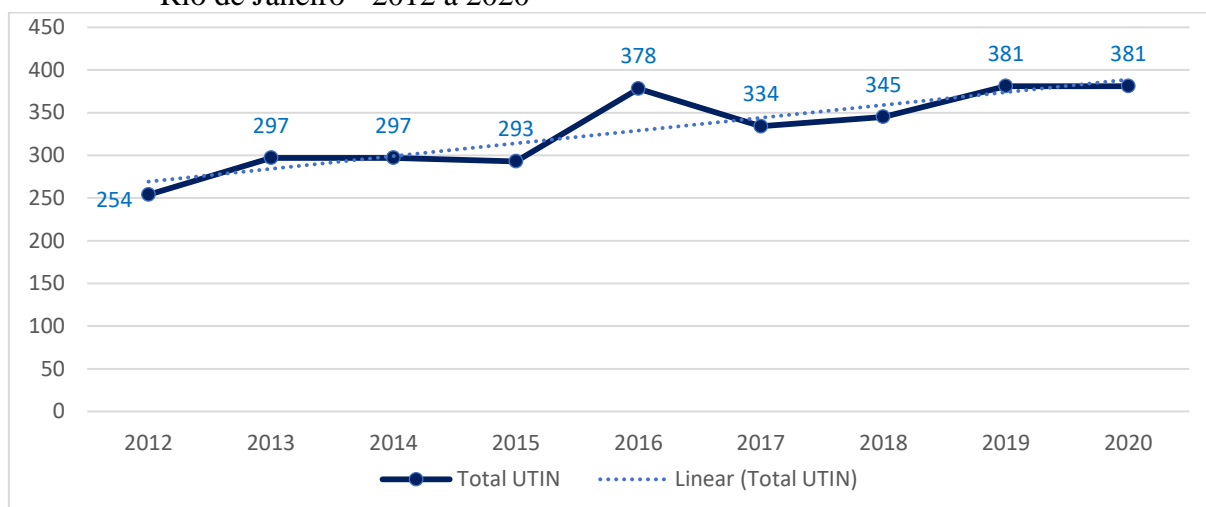


Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo I (UTIN I); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II (UTIN II); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo III (UTIN III); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

Em termos absolutos, o número de leitos de UTIN aumentou de 254, em 2012, para 381, em 2020, demonstrando tendência de aumento (Gráfico 8).

Gráfico 8 – Evolução dos leitos de terapia intensiva neonatal disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020



Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

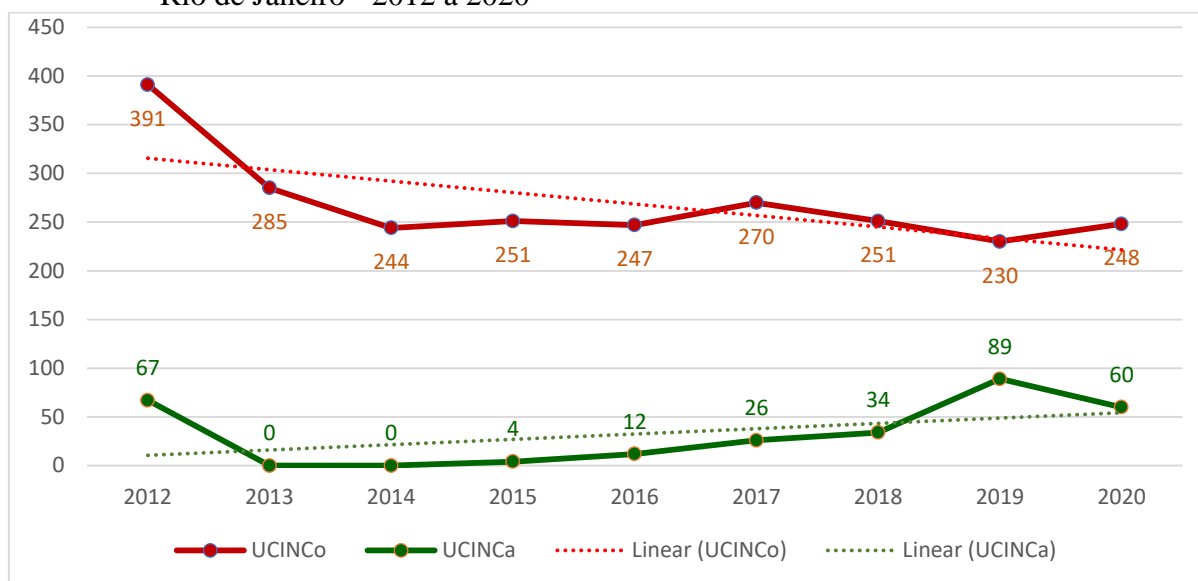
A maioria dos leitos de UTIN disponíveis ao SUS é do tipo II (média e mediana de 78,6 % dos leitos de terapia intensiva neonatal), com os leitos do tipo III representando em média 16,5 % do total de leitos intensivos. Em termos absolutos, leitos do tipo II e III apresentaram tendência de aumento no intervalo temporal estudado, de respectivamente, 53% e 73%. Tal como observado para os leitos de UTIN I totais, os leitos de UTIN I disponíveis ao SUS, reduziram em 2013 e mantiveram o mesmo patamar baixo até o fim do período.

#### 6.1.2.2 Leitos de Cuidados Intermediários neonatais

Houve redução no número de leitos de UCINCo (cerca de 43 %, considerando os extremos anuais) ao longo da série estudada. A proporção de leitos de UCINCo em relação aos leitos totais disponíveis ao SUS (média de 42,8% e mediana de 42,9%) variou de 54,9 %, em 2012, a 32,9%, em 2019, com tendência de queda ao longo do período.

Destaca-se a ausência de registro no CNES de leitos de UCINCa nos anos de 2013 e 2014, com aumento progressivo até o ano de 2019. De forma geral, estes leitos apresentaram tendência de aumento entre os anos de 2015 e 2019 (de 4 para 89), voltando a decair, em 2020, para 60 leitos (Gráfico 9).

Gráfico 9 – Evolução dos leitos de cuidados intermediários disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020



Legenda: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

## 6.2 Leitos neonatais disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro por Região de Saúde

Verificou-se uma distribuição bastante desproporcional dos leitos neonatais entre as regiões de saúde do estado, com grande concentração na região Metropolitana I, seguida das regiões Metropolitana II, Norte e Médio Paraíba e um quantitativo bastante baixo nas regiões Noroeste, Baixada Litorânea, Serrana, Centro Sul e Baía de Ilha Grande (Tabela 6).

A região Metropolitana I concentrou os leitos neonatais de todas as modalidades, no período estudado. A proporção dos leitos neonatais, nesta região, foi igual ou maior que 69% (média de 72,0% e mediana 70,9%) em todos os anos do período, chegando a corresponder a 76,8% em 2017, mas com tendência de desconcentração ao longo do período.

Os leitos neonatais das regiões Serrana, Centro-Sul, Noroeste, Baía de Ilha Grande, Baixada Litorânea e Centro Sul representaram parcela muito pequena dos leitos neonatais de todos os tipos, em todo o período.

As regiões da Baía de Ilha Grande e Baixada Litorânea não registraram nenhum leito de UCINCa no período analisado.

Tabela 6 – Leitos neonatais disponíveis ao SUS por modalidade e Região do Estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020

(continua)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2012	Metropolitana I	14	129	41	<b>184</b>	288	67	<b>355</b>	<b>539</b>
	Metropolitana II	7	0	0	<b>7</b>	24	0	<b>24</b>	<b>31</b>
	Médio Paraíba	0	22	0	<b>22</b>	16	0	<b>16</b>	<b>38</b>
	Norte	0	10	0	<b>10</b>	29	0	<b>29</b>	<b>39</b>
	Serrana	0	8	0	<b>8</b>	6	0	<b>6</b>	<b>14</b>
	Baixada Litorânea	0	7	0	<b>7</b>	12	0	<b>12</b>	<b>19</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	8	0	<b>8</b>	<b>12</b>
	Noroeste	0	6	0	<b>6</b>	0	0	<b>0</b>	<b>6</b>
	Centro Sul	0	6	0	<b>6</b>	8	0	<b>8</b>	<b>14</b>
	<b>ERJ</b>	<b>21</b>	<b>192</b>	<b>41</b>	<b>254</b>	<b>391</b>	<b>67</b>	<b>458</b>	<b>712</b>
2013	Metropolitana I	9	166	41	<b>216</b>	186	0	<b>186</b>	<b>402</b>
	Metropolitana II	7	7	0	<b>14</b>	24	0	<b>24</b>	<b>38</b>
	Médio Paraíba	0	26	0	<b>26</b>	6	0	<b>6</b>	<b>32</b>
	Norte	0	10	0	<b>10</b>	35	0	<b>35</b>	<b>45</b>
	Serrana	0	8	0	<b>8</b>	6	0	<b>6</b>	<b>14</b>
	Baixada Litorânea	0	4	0	<b>4</b>	9	0	<b>9</b>	<b>13</b>
	Baía de Ilha Grande	0	7	0	<b>7</b>	7	0	<b>7</b>	<b>14</b>
	Noroeste	0	6	0	<b>6</b>	4	0	<b>4</b>	<b>10</b>
	Centro Sul	0	6	0	<b>6</b>	8	0	<b>8</b>	<b>14</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>240</b>	<b>41</b>	<b>297</b>	<b>285</b>	<b>0</b>	<b>285</b>	<b>582</b>

Tabela 6 – Leitos neonatais disponíveis ao SUS por modalidade e Região do Estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020

(continuação)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2014	Metropolitana I	9	166	41	<b>216</b>	156	0	<b>156</b>	<b>372</b>
	Metropolitana II	7	7	0	<b>14</b>	18	0	<b>18</b>	<b>32</b>
	Médio Paraíba	0	32	0	<b>32</b>	6	0	<b>6</b>	<b>38</b>
	Norte	0	10	0	<b>10</b>	26	0	<b>26</b>	<b>36</b>
	Serrana	0	8	0	<b>8</b>	10	0	<b>10</b>	<b>18</b>
	Baixada Litorânea	0	7	0	<b>7</b>	9	0	<b>9</b>	<b>16</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	7	0	<b>7</b>	<b>11</b>
	Noroeste	0	6	0	<b>6</b>	4	0	<b>4</b>	<b>10</b>
	Centro Sul	0	0	0	<b>0</b>	8	0	<b>8</b>	<b>8</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>240</b>	<b>41</b>	<b>297</b>	<b>244</b>	0	<b>244</b>	<b>541</b>
2015	Metropolitana I	9	169	41	<b>219</b>	170	0	<b>170</b>	<b>389</b>
	Metropolitana II	7	7	0	<b>14</b>	21	0	<b>21</b>	<b>35</b>
	Médio Paraíba	0	22	0	<b>22</b>	6	0	<b>6</b>	<b>28</b>
	Norte	0	10	0	<b>10</b>	20	0	<b>20</b>	<b>30</b>
	Serrana	0	8	0	<b>8</b>	10	0	<b>10</b>	<b>18</b>
	Baixada Litorânea	0	4	0	<b>4</b>	9	0	<b>9</b>	<b>13</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	7	0	<b>7</b>	<b>11</b>
	Noroeste	0	6	0	<b>6</b>	4	0	<b>4</b>	<b>10</b>
	Centro Sul	0	6	0	<b>6</b>	4	4	<b>8</b>	<b>14</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>236</b>	<b>41</b>	<b>293</b>	<b>251</b>	4	<b>255</b>	<b>548</b>



Tabela 6 – Leitos neonatais disponíveis ao SUS por modalidade e Região do Estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020

(continuação)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2016	Metropolitana I	9	200	67	<b>276</b>	185	8	<b>193</b>	<b>469</b>
	Metropolitana II	7	27	0	<b>34</b>	8	0	<b>8</b>	<b>42</b>
	Médio Paraíba	0	6	0	<b>6</b>	6	0	<b>6</b>	<b>12</b>
	Norte	0	20	0	<b>20</b>	20	0	<b>20</b>	<b>40</b>
	Serrana	0	16	0	<b>16</b>	4	0	<b>4</b>	<b>20</b>
	Baixada Litorânea	0	4	0	<b>4</b>	9	0	<b>9</b>	<b>13</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	7	0	<b>7</b>	<b>11</b>
	Noroeste	0	12	0	<b>12</b>	4	0	<b>4</b>	<b>16</b>
	Centro Sul	0	6	0	<b>6</b>	4	4	<b>8</b>	<b>14</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>295</b>	<b>67</b>	<b>378</b>	<b>247</b>	<b>12</b>	<b>259</b>	<b>637</b>
2017	Metropolitana I	9	192	55	<b>256</b>	206	22	<b>228</b>	<b>484</b>
	Metropolitana II	7	7	0	<b>14</b>	8	0	<b>8</b>	<b>22</b>
	Médio Paraíba	0	26	0	<b>26</b>	6	0	<b>6</b>	<b>32</b>
	Norte	0	10	0	<b>10</b>	20	0	<b>20</b>	<b>30</b>
	Serrana	0	8	0	<b>8</b>	10	0	<b>10</b>	<b>18</b>
	Baixada Litorânea	0	4	0	<b>4</b>	9	0	<b>9</b>	<b>13</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	7	0	<b>7</b>	<b>11</b>
	Noroeste	0	6	0	<b>6</b>	4	0	<b>4</b>	<b>10</b>
	Centro Sul	0	6	0	<b>6</b>	0	4	<b>4</b>	<b>10</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>263</b>	<b>55</b>	<b>334</b>	<b>270</b>	<b>26</b>	<b>296</b>	<b>630</b>

Tabela 6 – Leitos neonatais disponíveis ao SUS por modalidade e Região do Estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020

(continuação)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2018	Metropolitana I	9	192	55	<b>256</b>	169	25	<b>194</b>	<b>450</b>
	Metropolitana II	7	7	0	<b>14</b>	8	0	<b>8</b>	<b>22</b>
	Médio Paraíba	0	26	0	<b>26</b>	6	0	<b>6</b>	<b>32</b>
	Norte	0	10	0	<b>10</b>	20	0	<b>20</b>	<b>30</b>
	Serrana	0	10	0	<b>10</b>	20	5	<b>25</b>	<b>35</b>
	Baixada Litorânea	0	7	0	<b>7</b>	9	0	<b>9</b>	<b>16</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	7	0	<b>7</b>	<b>11</b>
	Noroeste	0	8	0	<b>8</b>	4	0	<b>4</b>	<b>12</b>
	Centro Sul	0	10	0	<b>10</b>	8	4	<b>12</b>	<b>22</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>274</b>	<b>55</b>	<b>345</b>	<b>251</b>	<b>34</b>	<b>285</b>	<b>630</b>
2019	Metropolitana I	9	195	63	<b>267</b>	162	66	<b>228</b>	<b>495</b>
	Metropolitana II	7	8	0	<b>15</b>	8	4	<b>12</b>	<b>27</b>
	Médio Paraíba	0	36	0	<b>36</b>	0	0	<b>0</b>	<b>36</b>
	Norte	0	20	8	<b>28</b>	0	10	<b>10</b>	<b>38</b>
	Serrana	0	10	0	<b>10</b>	20	5	<b>25</b>	<b>35</b>
	Baixada Litorânea	0	3	0	<b>3</b>	1	0	<b>1</b>	<b>4</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	7	0	<b>7</b>	<b>11</b>
	Noroeste	0	8	0	<b>8</b>	24	0	<b>24</b>	<b>32</b>
	Centro Sul	0	10	0	<b>10</b>	8	4	<b>12</b>	<b>22</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>230</b>	<b>89</b>	<b>319</b>	<b>700</b>

Tabela 6 – Leitos neonatais disponíveis ao SUS por modalidade e Região do Estado do Rio de Janeiro - 2012 a 2020

(conclusão)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2020	Metropolitana I	9	195	63	<b>267</b>	184	37	<b>221</b>	<b>488</b>
	Metropolitana II	7	8	0	<b>15</b>	8	4	<b>12</b>	<b>27</b>
	Médio Paraíba	0	36	0	<b>36</b>	0	4	<b>4</b>	<b>40</b>
	Norte	0	20	8	<b>28</b>	20	10	<b>30</b>	<b>58</b>
	Serrana	0	10	0	<b>10</b>	16	5	<b>21</b>	<b>31</b>
	Baixada Litorânea	0	3	0	<b>3</b>	1	0	<b>1</b>	<b>4</b>
	Baía de Ilha Grande	0	4	0	<b>4</b>	7	0	<b>7</b>	<b>11</b>
	Noroeste	0	8	0	<b>8</b>	4	0	<b>4</b>	<b>12</b>
	Centro Sul	0	10	0	<b>10</b>	8	0	<b>8</b>	<b>18</b>
	<b>ERJ</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); Unidade de Cuidado Intermediário (UCIN).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

### 6.3 Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro em 2020

Considerando o total de leitos neonatais registrados no CNES em 2020, foram identificadas 109 Unidades de Saúde com leitos de UTIN ou UCIN no estado do Rio de Janeiro (APÊNDICE E). Dentre estas, oito (7,3%) possuíam apenas leitos de cuidados intermediários, sem registro da presença de leitos de UTIN. Dezesesseis Unidades (14,7%) tinham leitos das três modalidades (UTIN, UCINCo e UCINCa), mas apenas uma (Instituto Fernandes Figueira- Fiocruz) possuía leitos de todos os tipos: UTIN tipos I, II e III, UCINCo e UCINCa. Os leitos de UCINCa estavam presentes em apenas 18 Unidades, 16 (88,9%) das quais eram da administração pública e 2 de entidades empresariais sem fins lucrativos.

Quanto ao tipo de hospital, observou-se que a maioria das Unidades (62 ou 56,9%) estava dentro de hospitais gerais, com o restante situado em unidades especializadas. Somente cinco unidades (4,6%) estavam localizadas em hospitais universitários. Em termos de porte, 34 das 109 Unidades (31,2%) tinham menos de 10 leitos neonatais, 64 (58,7%) possuíam entre 10 e 40 leitos e apenas 11 Unidades (10%) possuíam mais de 40 leitos. Destas estas últimas, de maior porte, apenas 4 (36,4%) eram da administração pública.

Estas 109 Unidades juntas, disponibilizaram, em 2020, 1371 leitos (71,6%) de UTIN, 461 (24,1%) de UCINCo e 82 (4,3%) de UCINCa. A situação no que se refere aos leitos neonatais disponíveis ao SUS é bem mais diversa. Estes leitos (presentes em apenas 40 Unidades de saúde) totalizaram, em 2020, 689 leitos, com a seguinte distribuição por tipo: 381 leitos (55,3 %) de UTIN, 248 (36%) de UCINCo e 60 (8,7%) de UCINCa. No entanto, é importante destacar que, em 2020, 73,2% dos leitos canguru estavam à disposição do SUS.

Em 2020, além dos 381 leitos de UTIN disponíveis ao SUS e constantes no CNES, foram contratualizados, pela SES, leitos de UTIN nas Unidades listadas no Quadro 16.

Quadro 16 – Relação das Unidades de Saúde com leitos intensivos neonatais contratualizados pela Secretaria de estado de Saúde do Rio de Janeiro em 2020

TC	Região	Unidades de Saúde	CNES	Nº leitos	CNPJ
017/2020	Metropolitana I	Unidade Neonatal Lagoa-PERINATAL	6821529	10	29.274.024/0007-06
019/2020	Norte Fluminense	CEPLIN- Instituto de Neonatologia e Pediatria Ltda	3315924	35	39.695.945/0001-06
020/2020	Norte Fluminense	UTI Neonatal Nicola Albano Ltda	3410374	20	04.219.353/0001-38
015/2020	Metropolitana II	CRPT Assist. Médica e Hospitalar Natocare	55859	16	03.146.010/0003-90
003/2020	Médio Paraíba	Intensi Baby Centro Perinatal e Ped. Santa Maria Ltda	6392415	10	08.264.054/0001-76
008/2020	Metropolitana I	LLAK Medicina Neonatal Ltda- Bangu	6670504	12	40.398.398/0003-42
009/2020	Metropolitana I	LLAK Medicina Neonatal Ltda- Campo Grande	5188326	12	40.398.398/0001-80
016/2020	Metropolitana II	NEOTIN- Neonatal Terapia Intensiva	3022080	35	00.247.125/0002-00
010/2020	Metropolitana I	NEOUNIDAS- Terapia Intensiva Neonatal Ltda	6933823	15	72.148.950/0002-79
011/2020	Metropolitana I	NEOVIDA Centro Inf. de Terapia. Intensiva e Urgências Caxias	7454007	37	04.720.837/0001-66
004/2020	Médio Paraíba	Centro de Terapia Intensiva Neovida Resende	5042062	10	04.394.778/0001-83
005/2020	Médio Paraíba	Centro de Terapia Intensiva Neovida Resende- Volta Redonda	6255981	13	04.394.778/0002-64
006/2020	Médio Paraíba	PROBABY- Terapia Intensiva Neon. Ped. Sul Fluminense	3337669	13	01.542.811/0001-87
013/2020	Metropolitana I	UPNI-Urgência Pediátrica de Nova Iguaçu Ltda	3152626	20	04.133.755/0001-96
014/2020	Metropolitana I	UTI RIO Soc. Civil Ltda	6121705	50	08.866.771/0001/78
002/2020	Médio Paraíba	GLN Serviços MÉDICOA Hospitalares e Assessoria Ltda - Volta Redonda	7052987	16	10.562.0003/0001-72
007/2020	Metropolitana I	Clínica Materno-Infantil Domingos Lourenço Ltda	5073898	15	08.026.117/0001-56
021/2020	Serrana	HTCTO- FESO	2297795	10	32.190.092/0003-78
011/2020	Metropolitana I	Unidade Neonatal Lagoa Ltda - Laranjeiras	3008533	4	29.274.024/0001-10
<b>TOTAL</b>				<b>353</b>	

Legenda: Termo de Contrato (TC); Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Fonte: Elaboração própria a partir de Rio de Janeiro, 2021c.

Os dados coletados no estudo extraídos do SCNES foram sempre relativos ao mês de dezembro, em todos os anos e, também, para 2020. Porque as Unidades de saúde podem atualizar o Sistema a qualquer momento, optou-se, para este ano em questão que será utilizado para examinar as estimativas de leitos necessários e sua adequação ao disposto na Portaria GM/MS nº 930/2012, em fazer uma extração adicional com os quantitativos registrados para todos os meses de 2020 (Tabela 7).

Percebe-se que os leitos disponíveis ao SUS permaneceram inalterados durante todo o período, para todas as modalidades, conferindo maior tranquilidade para as estimativas realizadas. Já os leitos totais, que incluem todos aqueles registrados no CNES apresentaram variações, com o total de leitos de todas as modalidades em 2020 variando entre 1.654 (janeiro) a 1.954 (novembro), frente aos valores de dezembro (1.914), às custas principalmente de leitos de terapia intensiva.

Tabela 7 – Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro registrados segundo modalidade e mês no ano de 2020

Mês	Leitos	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total de leitos
<b>Janeiro</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	242	582	284	1108	466	80	546	1654
<b>Fevereiro</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>252</b>	<b>60</b>	<b>312</b>	<b>693</b>
	Leitos totais	242	593	371	1206	433	82	515	1721
<b>Março</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>252</b>	<b>60</b>	<b>312</b>	<b>693</b>
	Leitos totais	249	586	386	1221	473	82	555	1776
<b>Abril</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	249	644	395	1288	493	82	575	1863
<b>Mai</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	249	644	395	1288	493	82	575	1863
<b>Junho</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	244	649	395	1288	490	82	572	1860
<b>Julho</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	244	654	410	1308	482	82	564	1872
<b>Agosto</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	240	739	410	1389	482	82	564	1953
<b>Setembro</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	250	729	410	1389	482	82	564	1953
<b>Outubro</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	250	740	400	1390	478	82	560	1950
<b>Novembro</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	250	740	400	1390	482	82	564	1954
<b>Dezembro</b>	<b>Leitos SUS</b>	<b>16</b>	<b>294</b>	<b>71</b>	<b>381</b>	<b>248</b>	<b>60</b>	<b>308</b>	<b>689</b>
	Leitos totais	256	715	400	1371	461	82	543	1914

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo I (UTIN I); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo II (UTIN II); Unidade de Terapia Intensiva Neonatal tipo III (UTIN III); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); Unidade de Cuidado Intermediário (UCIN).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

#### 6.4 Distribuição dos leitos por população de nascidos vivos e Região de Saúde

O estado possuía, em 2020, um total de 1.371 leitos de UTIN, 461 leitos de UCINCo e 82 leitos canguru registrados no CNES, correspondendo a uma relação por 1000 nascidos vivos de, respectivamente 6,89; 2,32 e 0,41/1000.

Ao avaliar-se a distribuição geográfica dos leitos totais de UTIN nas nove Regiões de Saúde e comparando com os nascidos vivos por região nesse ano (Tabela 8), observou-se que, apesar da região Metropolitana I (região mais central do estado e com a maior população de RN) possuir o maior número de leitos, não é a região que detém a melhor razão leitos para cada grupo de 1000 NV. Esta região apresentou cerca de 7,3 leitos/1000 RN, enquanto as regiões Norte e Médio Paraíba apresentaram as melhores relações leito/ 1000 NV, respectivamente de 10,8 e 10,0 leitos UTIN/1000 RNV. Observou-se, portanto, uma distribuição desproporcional entre as regiões, com uma variação de 10,8 leitos/1000 NV, na região Norte até 2,2 leitos/1000 NV, na Região Serrana. No entanto, é importante destacar que todas as regiões apresentaram relações leitos de UTIN/ 1000 NV dentro do mínimo preconizado pela Portaria nº 930/2012 (2 leitos/1000 NV). Já com relação aos leitos de UCINCo, apenas as regiões Norte, Médio Paraíba, Metropolitana I, Baía de Ilha Grande e Centro Sul apresentaram o mínimo de leitos para cada grupo de 1000 NV preconizado pela Portaria (2 leitos/1000 NV).

Essa desigualdade se repete para os leitos de UCINCa, mas de forma piorada. Para estes últimos, a situação é ainda mais complexa já que em nenhuma região, o mínimo de 1 leito para cada 1000 NV foi atingido. Destaca-se que nas regiões Baía de Ilha grande, Centro-Sul, Noroeste e Baixada Litorânea, não há nenhum leito desse tipo habilitado.

No caso dos leitos disponíveis ao SUS, o quadro é semelhante, mas ainda mais desfavorável (Tabela 9). Ao avaliar-se a distribuição geográfica desses leitos na modalidade UTIN nas nove Regiões de Saúde e comparando com os nascidos vivos por região, no ano de 2020, observou-se que apenas as regiões Metropolitana I, Médio Paraíba, Centro-Sul e Norte, atingiram o mínimo preconizado pela Portaria nº 930/2012 de 2 leitos/1000 NV. Já com relação aos leitos de UCINCo, apenas a região Centro Sul apresentou o mínimo preconizado de leitos/1000 NV, na Portaria. Destaca-se que quando se realizou essa análise, onde levou-se em conta a população, a região da Baía de Ilha Grande mostrava uma relação leitos /1000 NV de 1,9, enquanto a Região Metropolitana I, que possui mais leitos no estado, apresentou relação de apenas 1,5 leitos/1000 NV.



Com relação aos leitos de UCINCa, nenhuma região atingiu a relação mínima preconizada na Portaria e as regiões Baía de Ilha grande, Centro-Sul, Noroeste e Baixada Litorânea, não apresentam nenhum leito canguru habilitado.

Tabela 8 – Distribuição dos leitos intensivos e de cuidado intermediário convencional e canguru totais no estado do Rio de Janeiro por população de nascidos vivos e região de saúde em 2020

<b>Região de Saúde</b>	<b>População de NV*</b>	<b>Nº Leitos de UTIN</b>	<b>Leitos UTIN/ 1000 NV</b>	<b>Nº Leitos de UCINCo</b>	<b>Leitos UCINCo/ 1000 NV</b>	<b>Nº Leitos de UCINCa</b>	<b>Leitos UCINCa/ 1000 NV</b>
Norte	13.334	146	10,8	71	5,3	10	0,7
Médio Paraíba	10.738	111	10,0	21	1,9	6	0,6
Metropolitana I	126.973	922	7,3	304	2,4	54	0,4
Baía de Ilha Grande	3.636	19	5,2	15	4,1	0	0
Centro Sul	4.054	18	4,4	8	2,0	0	0
Noroeste	4.135	16	4,1	4	1,0	0	0
Metropolitana II	22.980	83	3,6	13	0,8	4	0,2
Baixada Litorânea	11.596	31	2,7	3	0,3	0	0
Serrana	11.619	25	2,2	22	1,9	8	0,7

Legenda: Rio de Janeiro (RJ); nascidos vivos (NV); Unidade de Terapia Intensiva (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas :\* Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

Tabela 9 – Distribuição dos leitos intensivos e de cuidados intermediários convencionais e canguru disponíveis ao SUS no estado do Rio de Janeiro por população de nascidos vivos e região de saúde em 2020

Região de Saúde	População de NV*	Nº Leitos de UTIN	Leitos UTIN/ 1000 NV	Nº Leitos de UCINCo	Leitos UCINCo/ 1000 NV	Nº Leitos de UCINCa	Leitos UCINCa/ 1000 NV
Médio Paraíba	10.738	36	3,3	0	0	4	0,4
Centro Sul	4.054	10	2,5	8	2,0	0	0
Norte	13.334	28	2,1	20	1,5	10	0,8
Metropolitana I	126.973	267	2,1	184	1,5	37	0,3
Noroeste	4.135	8	1,9	4	1,0	0	0
Baía de Ilha Grande	3.636	4	1,1	7	1,9	0	0
Serrana	11.619	10	0,9	16	1,4	5	0,4
Metropolitana II	22.980	15	0,7	8	0,4	4	0,2
Baixada Litorânea	11.596	3	0,3	1	0,1	0	0

Legenda: Sistema Único de Saúde (SUS); Rio de Janeiro (RJ); nascidos vivos (NV); Unidade de Terapia Intensiva (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: \* Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b) e Rio de Janeiro (2021a).

### **6.5 Estimativas de Necessidades de Leitos neonatais e exame da sua adequação frente ao recomendado na Portaria GM/MS nº 930/2012**

Com relação ao cálculo do número de leitos necessários, a aplicação da metodologia descrita no Capítulo de metodologia considerou o número de nascidos vivos de acordo com as estatísticas vitais fornecidas pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC-RJ) para o ano de 2020.

Utilizando-se como base a Portaria GM/MS nº 930/2012, montou-se dois cenários: no primeiro cenário, considerou-se os leitos disponíveis ao SUS do ERJ e a população de NV de 2020 que não possuía planos privados de saúde e, portanto, utilizava exclusivamente o sistema público para acesso a esses leitos especializados; e, no segundo, considerou-se os leitos SUS e o número total de nascidos vivos no ano de 2020, partindo-se da premissa do SUS como um sistema de cobertura universal.

O cenário 1, que considerou a cobertura de usuários com planos de saúde por região, projetou menor necessidade de leitos neonatais (Tabela 10). Seriam necessários 289 leitos de UTIN, a mesma quantidade de leitos de UCINCo, com necessidade de 145 leitos de UCINCa, sinalizando para uma suficiência dos leitos de terapia intensiva e déficits de, respectivamente, -41 e -85 para os leitos de cuidado intermediário convencional e canguru.

Ainda que o número total de leitos de UTIN no estado cumpra o previsto na Portaria de 2012, as desigualdades regionais se expressaram em déficits presentes nas regiões Metropolitana II (-17 leitos), Baixada Litorânea (-16), Serrana (-8) e Baía de Ilha Grande (-2), com a região Noroeste apresentando valor estimado absolutamente igual à oferta disponível. No caso dos leitos de UCINCo, apenas a Metropolitana I (+21), Baía de Ilha Grande e Centro Sul (ambas com +1 leito por 1.000 NV) apresentaram suficiência de leitos frente ao preconizado. Assinalam-se déficits expressivos nas regiões Metropolitana II (-24), Baixada Litorânea (-18) e Médio Paraíba (-16). No caso dos leitos de UCINCa, a situação deficitária é generalizada, chegando a -45 leitos/1000 NV e -12 leitos/1000 NV nas Metropolitanas I e II. Por fim, registra-se que a Baía de Ilha Grande possui situação de insuficiência para todos os tipos de leitos neonatais.

Tabela 10 – Estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando as coberturas de planos de saúde regionais - 2020

Regiões	Pop Nascidos Vivos 2020*	Cobertura planos de saúde	Pop nascidos vivos descontando cobertura saúde suplementar	UTIN **			UCINCo***			UCINCa****		
				Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa de Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado
Metropolitana I	126.973	35,77	81.555	163	267	104	163	184	21	82	37	-45
Metropolitana II	22.980	29,52	16.197	32	15	-17	32	8	-24	16	4	-12
Médio Paraíba	10.738	26,01	7.945	16	36	20	16	0	-16	8	4	-4
Norte	13.334	24,32	10.091	20	28	8	20	20	0	10	10	0
Serrana	11.619	21,01	9.178	18	10	-8	18	16	-2	9	5	-4
Baixada Litorânea	11.596	17,2	9.602	19	3	-16	19	1	-18	10	0	-10
Baía de Ilha Grande	3.636	14,69	3.102	6	4	-2	6	7	1	3	0	-3
Noroeste	4.135	13,99	3.556	7	8	1	7	4	-3	4	0	-4
Centro Sul	4.054	13,38	3.512	7	10	3	7	8	1	4	0	-4
<b>TOTAL</b>	<b>209.067</b>		<b>144.738</b>	<b>289</b>	<b>381</b>	<b>92</b>	<b>289</b>	<b>248</b>	<b>-41</b>	<b>145</b>	<b>60</b>	<b>-85</b>

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: \* Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05; \*\* Estimativa baseada no disposto na Portaria GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UTIN para cada 1.000 NV; \*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UCINCo para cada 1.000 NV; \*\*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 1 (um) leitos de UCINCa para cada 1.000 NV

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b) e Rio de Janeiro (2021a).

Os cálculos das necessidades de leitos, segundo parâmetros da Portaria nº 930/2012, considerando 100% do número de nascidos vivos (cenário 2) estão dispostos na tabela 11 e, como esperado, aprofundam-se as situações de insuficiência. Nesse cenário, até mesmo em relação aos leitos de UTIN passa a existir inadequação (déficit de -37 leitos por 1.000 NV), com os déficits de leitos necessários de UCINCo e UCINCa para o ERJ como um todo chegando a, respectivamente, -170 e -140 leitos por 1.000 NV.

Nenhuma região de saúde do estado possui suficiência de todos os tipos de leitos neonatais. Mesmo a Metropolitana I, que possui as maiores ofertas, apresenta os maiores déficits de leitos de UCINCo (-70) e UCINCa (-90), frente aos parâmetros previstos de leitos. Destaca-se que as regiões Metropolitana II, Serrana e Baixada Litorânea apresentam estimativas deficitárias para todos os tipos de leitos, frente ao preconizado pela Portaria.

Tabela 11 – Estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando 100% dos nascidos vivos - 2020

Regiões	Pop Nascidos Vivos 2020*	UTIN **			UCINCo***			UCINCa****		
		Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado
Metropolitana I	126.973	254	267	13	254	184	-70	127	37	-90
Metropolitana II	22.980	46	15	-31	46	8	-38	23	4	-19
Médio Paraíba	10.738	21	36	15	21	0	-21	11	4	-7
Norte	13.334	27	28	1	27	20	-7	13	10	-3
Serrana	11.619	23	10	-13	23	16	-7	12	5	-7
Baixada Litorânea	11.596	23	3	-20	23	1	-22	12	0	-12
Baía de Ilha Grande	3.636	7	4	-3	7	7	0	4	0	-4
Noroeste	4.135	8	8	0	8	4	-4	4	0	-4
Centro Sul	4.054	8	10	2	8	8	0	4	0	-4
<b>TOTAL</b>	<b>209.067</b>	<b>418</b>	<b>381</b>	<b>-37</b>	<b>418</b>	<b>248</b>	<b>-170</b>	<b>209</b>	<b>60</b>	<b>-149</b>

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: \* Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05; \*\* - Estimativa baseada no disposto na Portaria GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UTIN para cada 1.000 NV; \*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UCINCo para cada 1.000 NV; \*\*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 1 (um) leitos de UCINCa para cada 1.000 NV

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b) e Rio de Janeiro (2021a).

Como mencionado anteriormente, existe contratualização de leitos de terapia intensiva pela SES-RJ em algumas regiões de saúde, que em 2020 totalizaram 353 em todo estado (Quadro 16). Assim, procedeu-se às análises de sensibilidade dispostas nas Tabelas 12 e 13, considerando estes leitos em questão agregados àqueles disponíveis ao SUS. No que tange ao cenário 1, que se limita à população estimada de nascidos vivos sem acesso a planos de saúde, o excedente de leitos se acentua, passando de 289 para 445, mas Baixada Litorânea e a Baía de Ilha Grande se mantêm aquém da relação preconizada. Em relação ao cenário 2, que considera 100% dos nascidos vivos em 2020, a situação também melhora, deixando de existir insuficiência no total de leitos do estado (de déficit de -37 leitos para excedente de +316). Na Metropolitana II, o déficit de leitos de UTIN (-31 leitos) antes existente deixa de existir (+20), e a situação deficitária da região Serrana é minorada (de -13 para -3 leitos). Contudo, como a contratualização se limita apenas a algumas regiões do estado (Metropolitanas I e II, Médio Paraíba, Norte Fluminense e Serrana), algumas regiões se mantêm inalteradas em seus números. Ademais, como a contratualização é restrita apenas a leitos de UTIN, os cenários relativos a leitos de UCINCo e UCINCa se mantêm como antes.



Tabela 12 – Análise de sensibilidade referente às estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro, considerando as coberturas de planos de saúde regionais e os leitos contratualizados pela SES-RJ - 2020

Regiões	Pop Nascidos Vivos 2020*	Cobertura planos de saúde	Pop nascidos vivos descontando cobertura saúde suplementar	UTIN **			UCINCo***			UCINCa****		
				Estimativa Necessidades	Leitos SUS†	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado
Metropolitana I	126.973	35,77	81.555	163	442	279	163	184	21	82	37	-45
Metropolitana II	22.980	29,52	16.197	32	66	34	32	8	-24	16	4	-12
Médio Paraiba	10.738	26,01	7.945	16	98	82	16	0	-16	8	4	-4
Norte	13.334	24,32	10.091	20	83	63	20	20	0	10	10	0
Serrana	11.619	21,01	9.178	18	20	2	18	16	-2	9	5	-4
Baixada Lit.	11.596	17,2	9.602	19	3	-16	19	1	-18	10	0	-10
BIG	3.636	14,69	3.102	6	4	-2	6	7	1	3	0	-3
Noroeste	4.135	13,99	3.556	7	8	1	7	4	-3	4	0	-4
Centro Sul	4.054	13,38	3.512	7	10	3	7	8	1	4	0	-4
<b>TOTAL</b>	<b>209.067</b>		<b>144.738</b>	<b>289</b>	<b>734</b>	<b>445</b>	<b>289</b>	<b>248</b>	<b>-41</b>	<b>145</b>	<b>60</b>	<b>-85</b>

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: \* Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05; \*\*Estimativa baseada no disposto na Portaria GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UTIN para cada 1.000 NV; \*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UCINCo para cada 1.000 NV; \*\*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 1 (um) leitos de UCINCa para cada 1.000 NV; † - Leitos disponíveis ao SUS corresponderam ao somatório de leitos habilitados presentes no SCNES e contratualizados pela SES-RJ para 2020.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b), Rio de Janeiro (2021a) e Rio de Janeiro (2021c).

Tabela 13 – Análise de sensibilidade referente às estimativas de necessidades de leitos SUS e comparação entre os leitos necessários e leitos disponíveis ao SUS, por região de saúde do estado do Rio de Janeiro considerando 100% dos nascidos vivos e os leitos contratualizados pela SES-RJ - 2020

Regiões	Pop Nascidos Vivos 2020*	UTIN **			UCINCo***			UCINCa****		
		Estimativa Necessidades	Leitos SUS†	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado	Estimativa Necessidades	Leitos SUS	Déficit (-) de leitos frente ao estimado
Metropolitana I	126.973	254	442	188	254	184	-70	127	37	-90
Metropolitana II	22.980	46	66	20	46	8	-38	23	4	-19
Médio Paraíba	10.738	21	98	77	21	0	-21	11	4	-7
Norte	13.334	27	83	56	27	20	-7	13	10	-3
Serrana	11.619	23	20	-3	23	16	-7	12	5	-7
Baixada Litorânea	11.596	23	3	-20	23	1	-22	12	0	-12
Baía de Ilha Grande	3.636	7	4	-3	7	7	0	4	0	-4
Noroeste	4.135	8	8	0	8	4	-4	4	0	-4
Centro Sul	4.054	8	10	2	8	8	0	4	0	-4
<b>TOTAL</b>	<b>209.067</b>	<b>418</b>	<b>734</b>	<b>316</b>	<b>418</b>	<b>248</b>	<b>-170</b>	<b>209</b>	<b>60</b>	<b>-149</b>

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Notas: \* Excluídos 14 nascidos vivos com município de residência da mãe ignorado e aplicado fator de correção para subnotificação de 1,05; \*\* Estimativa baseada no disposto na Portaria GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UTIN para cada 1.000 NV; \*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 2 (dois) leitos de UCINCo para cada 1.000 NV; \*\*\*\* Estimativa baseada no disposto na GM/MS nº 930/2012 de 1 (um) leitos de UCINCa para cada 1.000 NV; † - Leitos disponíveis ao SUS corresponderam ao somatório de leitos habilitados presentes no SCNES e contratualizados pela SES-RJ para 2020.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b) e Rio de Janeiro (2021a) e Rio de Janeiro (2021c).

## 7 DISCUSSÃO

A morbimortalidade neonatal reflete, em última instância, o acesso e a qualidade dos serviços ofertados às mães e aos recém-nascidos no pré-natal, parto e pós-parto e a adequada assistência durante esses períodos é considerada intervenção imprescindível à promoção da saúde neonatal. Pode-se elencar como fatores que contribuem para o aumento do risco de morbidade e morte neonatal, as profundas desigualdades nacionais e regionais; o acesso limitado aos cuidados necessários; a iniquidade na distribuição de leitos intensivos neonatais e a fragilidade dos serviços prestados (SILVA *et al.*, 2014).

Este trabalho examinou a capacidade instalada de leitos de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatais no estado do Rio de Janeiro, em termos de uma perspectiva temporal de médio prazo (utilizando o período 2012-2020) e geográfica (a partir das regiões sanitárias). Ademais, partindo dos nascidos vivos em 2020 no estado, estimou as necessidades desses leitos considerando os parâmetros dispostos na Portaria GM/MS nº 930/2012 e examinou sua suficiência, tendo em vista a disponibilidade de leitos ao SUS nesse ano.

Embora a população do ERJ corresponda a aproximadamente 8,2% da população brasileira<sup>11</sup> e a população de NV do ERJ a 7,3% do total de NV no país em 2019<sup>12</sup>, a capacidade instalada no Rio de Janeiro é, ainda assim, bastante significativa. Em que pese a existência de estudos recentes sobre a capacidade instalada de leitos neonatais (ALAM *et al.*, 2020; AUGUSTO, 2017; MIRANDA *et al.*, 2021, para citar alguns), estes não examinaram a situação por unidade da Federação. E as publicações que tiveram como lócus o RJ, são todas mais antigas: Barbosa (2004), Barbosa e Cunha (2011) e Barbosa *et al.* (2002). Assim, optou-se por proceder a levantamento, no CNES, dos leitos registrados por estado (disponível no APÊNDICE F), com vistas a ter algum parâmetro de comparação, em que pese o reconhecimento de que o ERJ apresenta especificidades importantes, destacadas na contextualização desse trabalho.

Verifica-se que o ERJ possuía 12% dos 15.826 leitos neonatais do país em dezembro de 2020, correspondendo ao segundo maior quantitativo dentre as UF e superado apenas por São Paulo (SP), que sozinho detém 24,6% dos leitos nacionais.

---

<sup>11</sup> Dados populacionais extraídos de IBGE (2021).

<sup>12</sup> No site do DATASUS, os dados mais atualizados de NV são de 2019 (BRASIL, 2021a).

Essa situação — de predomínio de São Paulo (2.414, 25,8%) e segunda posição para o RJ (1.371) — se repete para o número absoluto de leitos de terapia intensiva, com o ERJ possuindo ainda maior proporção (14,7%) dos leitos nacionais registrados. Por modalidade de leitos intensivos, o estado possuía em 2020 respectivamente, 16,3%, 11,3% e 27,1% dos leitos de UTIN I, UTIN II e UTIN III de todo país. Ressalta-se que o predomínio de leitos intensivos em relação aos leitos neonatais guarda relação com o verificado em outros estudos. Em levantamento nacional realizado em 2016, a partir de dados do CNES, Augusto (2017) identificou 8.565 leitos neonatais no país, sendo a maioria deles de UTIN (56%), seguidos por leitos de UCINCo (37%) e, em menor número, de UCINCa (7%).

Ainda que ocupe a segunda posição em termos de número de leitos de cuidados intermediários convencionais, a proporção em termos nacionais corresponde a apenas 9,1%. Já o número total de leitos Canguru é, comparativamente, reduzida em relação a outras UF (com SP, BA, MG e RS possuindo maior quantidade), com o RJ representando 5,9% dos leitos canguru registrados no país<sup>13</sup>. Essa situação demonstra a pouca valorização com a linha de cuidados neonatais baseada na transição necessária entre o leito intensivo e o de cuidado intermediário.

Ao considerar-se o âmbito nacional, percebe-se que a proporção de leitos intensivos e de cuidados intermediários convencionais disponíveis ao SUS é bem maior que no estado — respectivamente, 52,3% versus 27,8% e 68,4% versus 53,8%, no ERJ. No caso dos leitos Canguru, contudo, a proporção de leitos disponível ao sistema público no Brasil e no ERJ é relativamente assemelhada: 70,2% e 73,2%. Ademais, de acordo com a tabela constante do APÊNDICE E, onde constam as Unidades de Saúde e seus leitos neonatais para o ano de 2020, os leitos de UCINCa no ERJ estão presentes quase que exclusivamente no setor público, com a exceção de duas unidades privadas sem fins lucrativos, mas nenhuma delas se encontrava em Hospital privado.

Esses valores expressam o grande número de leitos presentes na rede privada não conveniada ao SUS e cuja capacidade instalada reflete os interesses econômicos envolvidos na oferta de alguns tipos de leitos, sobretudo os de UTIN e UCINCo. Significativa fatia dos leitos neonatais disponíveis ao SUS é suprida por instituições privadas, em complemento aos serviços realizados pelo prestador público de saúde. A Lei Federal 8080/90 (artigo 4º), que instituiu o SUS, e a Constituição Federal (CF) (artigo 196) asseguraram que o setor privado

---

<sup>13</sup> Se for considerada apenas a região Sudeste, os leitos relativos ao RJ, independentemente de estarem ou não acessíveis ao SUS, sobem para 25% dos leitos totais, 24% dos leitos de UTIN I e de UTIN II, 42% dos leitos de UTIN III, 22% dos leitos de UCINCo e 18% dos leitos de UCINCa.

pudesse participar como prestador de serviços de saúde ao SUS, de forma complementar, por meio de convênios e contratos, quando a capacidade de produção do estado for insuficiente para atender à demanda. Isto, aliado a outros fatores, permitiu ao setor privado se organizar de forma dominante na oferta de procedimentos de maior lucratividade, como os leitos intensivos.

Há que se mencionar também a elevada proporção de usuários que detém cobertura de planos de saúde privados no ERJ, em 2020, mas que diferem grandemente em termos regionais<sup>14</sup>, com a proporção de beneficiários da Metropolitana I representando quase o dobro de algumas outras regiões<sup>15</sup>. É importante ter em mente, contudo, algumas limitações oriundas desses dados procedentes da ANS. Os registros de coberturas de planos de saúde são referentes às quantidades de planos de saúde, podendo um habitante possuir mais de plano por habitante, em particular nas regiões com melhores condições econômicas e de renda. Além disso, os planos são referentes ao município onde foram contratados, que não necessariamente corresponde ao município de residência do usuário.

O ERJ detinha, em 2020, 7% dos leitos neonatais do Brasil, superado por SP (2.252) e MG (928), e 17% dos leitos do Sudeste (4.064). Possuía 7,8% (381) dos leitos disponíveis ao SUS de terapia intensiva neonatal nacionais (4.895), representando 80% dos leitos de UTIN I, 6,9% dos de UTIN II e 11,4% dos de UTIN III disponíveis ao sistema público no país

Ressalta-se, ainda, que o predomínio de leitos de UTIN II dentre os leitos disponíveis ao SUS de terapia intensiva evidenciados no ERJ nesse ano (294; 77,2%) também se mostra presente em termos nacionais, que possuía inclusive uma maior proporção de leitos dessa tipologia (4.252/4.895, 86,9%). Outro ponto a sinalizar é o quantitativo relativamente grande de leitos de UTIN III, de mais elevada complexidade, vis-à-vis o total de leitos intensivos disponíveis ao SUS (18,6%) no estado, os quais para o país como um todo atinge apenas 12,7%, estando ausentes em 17 unidades da Federação. Por fim, o RJ registrava 16 dos 20 leitos de UTIN I, de complexidade tecnológica menor, ainda presentes no SUS, esperados de não serem mais habilitados depois da publicação da Portaria GM/MS nº 930/2012, que propôs sua extinção progressiva.

---

<sup>14</sup> Os dados para 2020 sinalizam para valores de cobertura de 35,8% na Metropolitana I; 29,5% na Metropolitana II; 26% no Médio Paraíba; 24% na região Norte; 21% na Serrana; 17% na Baixada Litorânea; 14,7% na Baía de Ilha Grande; 14% na região Noroeste e 13,4% na região Centro-Sul.

<sup>15</sup> Dados obtidos através de dados do número de beneficiários de planos privados de saúde por município do ERJ, que foram agregados por região de saúde do ERJ (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021). Após a extração dos dados, obteve-se a taxa de cobertura da saúde suplementar de cada região do Estado, através de cálculo baseado na multiplicação do número de beneficiários de planos privados de cada região por 100, divididos pela população de cada região do Estado.

Já as proporções de leitos intermediários convencionais e canguru no ERJ registrados no Sistema correspondiam a 7,1% e 6,2% dos leitos nacionais SUS, respectivamente 3.477 e 973. Vale ressaltar que as proporções de leitos Canguru dentre os leitos neonatais SUS no estado (8,7%) é inferior ao verificado no Brasil como um todo, onde esta modalidade responde a 10,4% dos leitos neonatais disponíveis ao SUS. Chama a atenção, ainda, o fato de o estado possuir 26 dos 315 antigos leitos de Unidade Intermediária Neonatal (código 65-CNES) presentes no SUS<sup>16</sup>.

O ano de 2020, contudo, representa apenas um retrato estático da realidade. Assim, buscou-se examinar o quantitativo e comportamento dos leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS no período entre 2012 e 2020, no qual eventos importantes — o estabelecimento da Rede Cegonha, em 2011, e a própria publicação da Portaria GM/MS nº 930/2012, que definiu parâmetros para a organização da rede neonatal — poderiam ter influenciado a capacidade instalada estadual. Salienta-se que o parâmetro preconizado na Portaria GM/MS nº 930/2012 é aquém do recomendado pelo Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (de, no mínimo, 4 leitos de UTIN para cada 1000 NV). Atualmente, este grupo trabalha na atualização desse parâmetro com base em informações técnicas e epidemiológicas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

O primeiro destaque a ser dado se refere à flutuação e tendência de redução no total de leitos neonatais disponíveis ao SUS, ao longo da série histórica estudada.

Quanto aos leitos de cuidado intensivo disponíveis ao SUS, observou-se aumento dos leitos de UTIN tipos II e III, e diminuição dos leitos de UTIN I, no intervalo temporal estudado. Esse resultado vai ao encontro do preconizado na Portaria GM/MS nº 930/ 2012, que propôs a extinção progressiva dos leitos de UTIN tipo I (BRASIL, 2012a). No entanto, esses leitos (16, sendo 9 em unidades de saúde de administração federal e 7 de administração federal) ainda representam 16,3 % dos leitos intensivos, mesmo nove anos após a vigência da Portaria<sup>17</sup>.

Quanto aos leitos de cuidado intermediário, houve redução no número absoluto ao longo do período estudado. Leitos convencionais representaram a maior parte desses, mesmo com tendência de queda progressiva a partir de 2015. Os leitos de cuidados intermediários

---

<sup>16</sup> Em 2020, ainda existia registro de 330 leitos (315 disponíveis ao SUS) com esse código no país, previsto de ser progressivamente substituído.

<sup>17</sup> Embora ainda constem de forma residual no CNES, os leitos de UTI neonatal de tipo I e Unidade Intermediária (UI) neonatal não são mais habilitados. Ressalta-se, ainda, que a migração para UCINCo e UCINCa não foi automática, demandando cumprimento de exigências e novos processos de habilitação

canguru, que sempre representaram parcela pequena dos leitos neonatais em toda a série histórica, tiveram aumento progressivo entre 2015 e 2019, com queda em 2020, o que muito provavelmente indica problemas de atualização do Cadastro.

Essa baixa representatividade dos leitos Canguru não é exclusividade do ERJ. Em estudo nacional, Miranda *et al.* (2021) mostraram que estes leitos eram a minoria (11,27% dos leitos implantados) dentro dos leitos neonatais e, com relação à composição das Unidades Neonatais, evidenciaram que poucas instituições (24,42%) apresentaram as três tipologias de leitos neonatais, indicando que a maioria não se organizava como uma linha de cuidados progressivos com as três tipologias de leito previstas e possível fragmentação do cuidado. Ressalta-se ainda que, de acordo com estudo de Machado (2017), dados do Ministério da Saúde apontavam existir, em 2017, um déficit de 1.049 leitos, distribuídos por todas as regiões do país.

Convém assinalar que, a despeito das dificuldades para sua implantação, o cuidado ao recém-nascido na UCINCa apresenta inúmeras vantagens: redução da mortalidade neonatal, incremento da possibilidade de aleitamento materno exclusivo, melhor vínculo mãe-bebê, diminuição do risco de infecções e sepse, e de readmissão hospitalar, quando comparado com o cuidado convencional (BOUNDY, 2016; CONDE, 2011).

Além das vantagens clínicas, por se tratar de uma tecnologia leve e relacional, a UCINCa apresenta vantagens econômicas. Estudo conduzido por Estringer *et al.* (2013), em maternidades do RJ, comparou o método Canguru com método convencional para RN estáveis clinicamente e que poderiam receber assistência nos dois tipos de cuidado. O estudo concluiu que a UCINCo apresentou custos 25% superiores aos da UCINCa, sinalizando que o avanço no credenciamento de leitos canguru poderia representar economia importante para o SUS.

A manutenção do RN na UTIN por falta de unidade intermediária pode ocasionar maiores intervenções, maiores custos e riscos de iatrogenia ou infecções, e é nesse contexto que o cuidado intermediário promove uma atenção mais adequada (AUGUSTO, 2017). Além disso, a internação de um bebê que poderia ser tratado junto à mãe em uma UCINCa ou UCINCo, em uma UTIN representa um uso ineficiente de um recurso reconhecidamente escasso, com impacto em outros RNV que possam necessitar do leito de maior complexidade.

A criação da Portaria MS/GM nº 1.459 em 2011, foi elemento relevante no cuidado ao recém-nascido, pela instituição da Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil - Rede Cegonha (BRASIL, 2011b). Especificamente em relação ao componente “parto e nascimento”, a Portaria mencionou a necessidade de suficiência de leitos obstétricos e

neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais (Art. 7), e estabeleceu financiamento para ampliação de leitos de UTIN, com recursos a serem repassados fundo a fundo (Art. 10).

Em 2018, levantamento mostrou que a instituição da Rede Cegonha induziu a expressivo progresso no número de leitos maternos e neonatais entre 2013 e 2018. Leitos de UTIN cresceram 292% no período, enquanto os leitos de cuidado intermediário sofreram aumento de mais de 10 vezes (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018), permitindo sinalizar para o impacto da publicação dessa política.

Cabe ainda lembrar que a publicação da Portaria GM/MS nº 930 em 2012 (BRASIL, 2012a) definiu, orientada pela égide da integralidade e da humanização do cuidado, que a unidade neonatal e seus componentes deveriam articular uma linha de cuidados progressivos, o que implicaria na organização dos serviços para garantir o acesso do recém-nascido grave ou potencialmente grave, ao nível de assistência adequado à sua condição clínica, buscando o uso racional de leitos e a melhor utilização das tecnologias (AUGUSTO, 2017). No entanto, apesar dessa regulamentação, e de seu financiamento previsto através da Portaria 1.300/2012 (BRASIL, 2012b), a implantação das UCINCa no país (e no estado) ainda é bastante incipiente. Esse cenário, como já sinalizado por Miranda *et al.* (2021), indica inadequações importantes na organização da atenção ao recém-nascido, que deve basear o cuidado ofertado de forma progressiva e articulado com condição clínica do RN.

Cabe então perguntar: Por que a implantação dos leitos intermediários, sobretudo os leitos de UCINCa, não aconteceu conforme a previsão da Portaria nº 930/2012, ou vem se realizando de forma ainda lenta e incipiente tanto no ERJ, quanto no país? A pergunta se faz ainda mais oportuna porque é sabido que a internação de um bebê, que poderia ser tratado junto à mãe em uma UCINCa ou UCINCo, em uma UTIN representa um uso ineficiente de um recurso reconhecidamente escasso, com impacto em outros RNV que possam necessitar do leito de maior complexidade (AUGUSTO, 2017).

O valor da diária de pagamento à mãe-filho na UCINCa pode ser um fator interveniente nessa equação. Enquanto, considerando fevereiro de 2022, os leitos de UTIN II têm valores de diárias de R\$ 478,72 reais e os de UTIN III de R\$ 508,63, os de UCINCa, que passaram a ser remunerados após a Portaria GM/MS nº 930, tem valor de diária na Tabela Unificada de Procedimentos do SUS estabelecidos em R\$150,00 reais, sendo usual também tempos prolongados de permanência.

A instalação dos leitos de UCINCa demanda também mudanças no espaço da unidade neonatal, a fim de proporcionar estrutura acolhedora para o binômio mãe-bebê para a prática



do método. A ausência de tais mudanças e adequações da infraestrutura já foram apontadas como um entrave para a implantação do MC no estudo de Cardoso *et al.* (2015), além da falta de apoio institucional e a falta de recursos humanos (BRASIL,2018b).

Outro resultado apontado por esta pesquisa foi a clara desigualdade presente entre as várias regiões de ERJ no que se refere à capacidade instalada dos leitos para cuidados aos RN, seja no que se refere aos seus quantitativos, seja no que se refere às diferentes modalidades. Verificou-se distribuição desproporcional dos leitos neonatais, com grande concentração na região Metropolitana I de todas as modalidades e em todos os anos estudados, ainda que com alguma tendência de desconcentração ao longo do período enquanto outras regiões, como Noroeste, Baixada Litorânea, Serrana, Centro Sul e Baía de Ilha Grande, possuem expressiva carência e, em alguns casos, até ausência de certas modalidades de cuidado. Dentro da Metropolitana I, essa concentração de leitos também se encontra presente. Esta região é composta por 12 municípios, totalizando população de 10.542.254 habitantes. No entanto, só na capital, cuja população em 2020 correspondia a aproximadamente 6.747.815 habitantes, situavam-se 374 (76,6%) dos 488 leitos neonatais da região, 200 (75%) dos 267 leitos de UTIN; 137 (74,5%) dos 184 leitos de UCINCo e a totalidade dos 37 leitos de UCINCa.

Os leitos de UCINCa, no presente estudo, concentraram-se na região Metropolitana I até 2017. Em 2012, a região chegou a registrar 100% desses leitos. Progressivamente, essa concentração diminuiu ao longo do período, quando outras regiões (Norte, Serrana, Metropolitana II, Centro-Sul e Médio Paraíba) passaram a incorporar esses leitos. Entretanto, a região da Baía de Ilha Grande continua totalmente carente, sem registro de nenhum leito de UCINCa.

Apesar do desenvolvimento da terapia intensiva neonatal ocorrido no país, esse crescimento ocorreu sem um planejamento estratégico adequado e, portanto, sem uma distribuição equânime dos leitos, com desigualdades nacionais e regionais importantes e um acesso limitado penalizando a parcela da população que utiliza exclusivamente o SUS. Além disso, verificam-se contrastes na qualidade dos serviços prestados, com unidades privadas altamente sofisticadas e outras sem a estrutura mínima necessária (BARBOSA; CUNHA, 2011).

Por conta dessa falta de um planejamento mais racional e orientado pelas necessidades, a situação de desigualdade regional verificada no ERJ encontra-se presente no país como um todo e, também, inter e intra regiões e Unidades da Federação. Miranda *et al.* (2021), ao analisar a distribuição nacional dos leitos neonatais totais, em números absolutos, verificaram diferenças regionais significativas, com concentração da maioria dos leitos na

Região Sudeste (quase seis vezes o número de leitos da região Centro Oeste). Em levantamento nacional, realizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, utilizando dos dados do CNES, desigualdades geográficas na distribuição dos leitos de UTIN também foram identificadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2018).

Especificamente em relação ao Rio de Janeiro, dois estudos anteriores e mais antigos — Barbosa e Cunha (2011) e Barbosa *et al.* (2002) — também observaram que, da mesma forma que no presente estudo, a maioria dos leitos neonatais estavam presentes na região metropolitana do estado, em proporções inclusive maiores que o verificado no presente estudo (92,7% em 2002 e 80,1% em 2011).

O estudo de 2011 sinalizava para uma redução da inequidade na oferta e distribuição dos leitos de UTIN no ERJ, quando comparado aos quantitativos levantados por Barbosa *et al.* (2002), com aumento da disponibilidade de leitos nas regiões interioranas do estado (79 para 218, aumento de 175%). Apesar desta redução da inequidade, os autores concluíram que investimentos ainda eram necessários no setor público, a fim de aumentar a oferta de leitos e aumentar o acesso a esse tratamento especializado. Os dados trazidos aqui sinalizam que ainda se faz necessário diminuir a desigualdade entre as regiões do ERJ, a fim de que todas as regiões sejam autossuficientes, o que é a base do trabalho em Redes.

A oferta de leitos de cuidado neonatal no ERJ e as configurações estabelecidas pela estrutura disponível e pelas necessidades em saúde influencia a capacidade de atendimento aos RNV e o delineamento de fluxos que expressam as fragilidades e desequilíbrios da rede de atenção à saúde dos diferentes territórios (SOUZA, 2004). Assim, a análise da suficiência de leitos neonatais estimada tendo por base o ano de 2020, mostrou que, no cenário 1 (que comparou a estimativa de necessidades de leitos SUS em comparação aos leitos disponíveis ao SUS, excluindo-se as coberturas de planos de saúde), houve suficiência dos leitos de terapia intensiva, mas déficits de 41 leitos de cuidados intermediários convencionais e de 85 leitos de cuidado intermediário canguru, no estado. Estudo de Barbosa e Cunha (2011) já apontava para deficiências no quantitativo de leitos de cuidados intermediários necessários, fossem eles do tipo convencional ou canguru, em todas as regiões do país.

Mesmo com o número total de leitos de UTIN no estado cumprindo o mínimo previsto na Portaria nº 930 de 2012, foram apontadas desigualdades regionais, com déficits nas regiões Metropolitana II, Baixada Litorânea, Serrana e Baía de Ilha Grande. No caso dos leitos de UCINCo, com exceção das regiões Metropolitana I, Baía de Ilha Grande e Centro Sul, todas as outras apresentaram insuficiência de leitos, com déficits expressivos nas regiões Metropolitana II, Baixada Litorânea e Médio Paraíba. No caso dos leitos de UCINCa, a

situação deficitária foi generalizada, cabendo ainda assinalar que a região da Baía de Ilha Grande encontra-se em situação de deficiência para todos os tipos de leitos neonatais.

No cenário 2 projetado, que considerou os leitos disponíveis ao SUS e o número total de nascidos vivos no ano de 2020, aprofundaram-se as situações de insuficiência; o ERJ, como um todo, apresenta déficit de leitos de UTIN, de UCINCo e de UCINCa, por 1000 NV. Além disso, todas as regiões de saúde do ERJ apresentam insuficiência de algum tipo de leito neonatal. Na Metropolitana I, onde foram observadas as maiores ofertas de leitos, observou-se os maiores déficits de leitos de UCINCo e UCINCa, por conta da grande quantidade de nascidos vivos nesta região vis-à-vis os leitos disponíveis ao SUS. As regiões Metropolitana II, Serrana e Baixada Litorânea apresentam estimativas deficitárias para todos os tipos de leitos.

Outros trabalhos que examinaram suficiência dos leitos existentes a partir dos parâmetros assinalados pela Portaria GM/MS nº 930/2012 também sinalizaram para grande insuficiência de leitos de UCINCa (BRASIL, 2012a). Miranda *et al.* (2021) mostraram que a quantidade de leitos de UCINCa é inadequada e insuficiente em todas as regiões brasileiras, exceto na região Norte. Referiram, ainda, que as regiões mais ricas e desenvolvidas do país e que incorporaram alta tecnologia, apresentaram adequação de leitos intensivos, ultrapassando o preconizado pelo MS. Trazem como explicação o fato das regiões Sul e Sudeste, durante as décadas de 1980 e 1990, terem vivenciado uma grande expansão no número de leitos neonatais de terapia intensiva no setor público, concentrando, nessas regiões, grande quantidade de recursos materiais e humanos. Estudo conduzido por Augusto (2017), também de base nacional, verificou que o maior déficit de leitos neonatais era da tipologia UCINCa.

Com a contratualização dos leitos de terapia intensiva pela SES-RJ, explorada nas análises de sensibilidade, verifica-se aumento dos leitos disponíveis no cenário 1, embora algumas regiões, como a Baixada Litorânea e a Baía de Ilha Grande, se mantenham deficitárias. Em relação ao cenário 2, a situação também melhorou, deixando de existir insuficiência no total de leitos de UTIN no estado em algumas regiões. Contudo, como a contratualização se limita a algumas regiões do estado (Metropolitanas I e II, Médio Paraíba, Norte Fluminense e Serrana), as demais se mantiveram inalteradas em seus números. E, como a contratualização é restrita apenas a leitos de UTIN, os cenários relativos a leitos de UCINCo e UCINCa se mantêm como antes.

É relevante ainda ser apontado que, ao mesmo tempo em que existe contratualização de leitos complementares adicionais na rede filantrópica/privada de saúde por Chamamento Público, o Plano Estadual de Saúde relativo ao período 2020-2023 sinaliza para “importante

número de leitos complementares ainda não habilitados pelo MS, nas três esferas administrativas públicas, que correspondem a aproximadamente 30% do total de leitos complementares instalados no estado” (RIO DE JANEIRO, 2020, p. 85). Especificamente em relação aos leitos neonatais, o número desses leitos relativo a abril/2019 corresponde a 93 leitos de UTIN II (51 na esfera municipal e 42 na estadual), 25 de UTIN III (todos na esfera administrativa municipal) e, no caso dos leitos de UCINCo e UCINCa, exatamente onde estão presentes as piores situações de déficit, identificadas nessa dissertação a, respectivamente, 150 leitos (94 municipais, 36 federais e 20 estaduais) e 32 leitos (22 municipais e 10 na esfera federal) (RIO DE JANEIRO, 2020, p. 86). Investimentos e esforços da gestão estadual, a quem cabe a organização da rede de cuidado neonatal, para providenciar a habilitação esses leitos, certamente poderiam minimizar as situações de deficiência aqui apontadas, bem como reduzir a contratualização dos leitos privados/filantrópicos.

Ainda que não tenha sido tratado nesta dissertação, é relevante pensar não apenas a suficiência de leitos neonatais, mas também a suficiência dos leitos obstétricos, principalmente os destinados às gestantes de alto risco (GAR), a fim de definir possíveis planejamentos para esses leitos.

Uma vez que a gestante vai demandar cuidados no nível de atenção terciário ou alta complexidade (Atenção Hospitalar), onde o parto acontece na grande maioria das vezes, os leitos obstétricos devem ser considerados quando se pensa em Rede de Atenção Perinatal e necessidades de leitos neonatais. Antes do nascimento de um RN elegível para um leito intensivo, há uma gestante que necessita de um leito obstétrico ou uma GAR que irá necessitar de tratamento intensivo. Portanto, a rede deve ser organizada de modo a garantir acesso e continuidade do cuidado, com referenciamento responsável, de acordo com o porte do município e organização regionalizada da assistência, contemplando o acesso ao cuidado em todos os níveis de complexidade no pré-natal, parto e puerpério e atenção ao RN, conforme a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

No entanto, ao se analisar o Plano Regional Integrado (PRI) da SES-RJ mais atualizado (RIO DE JANEIRO, 2018), observa-se que, em algumas regiões do estado (como a Centro-Sul, Baixada-Litorânea e Noroeste), há descompassos na Rede de Atenção Perinatal, uma vez que a Unidade de Saúde de referência para a internação do RN grave nem sempre é a mesma de referência para o parto, sobretudo aqueles de risco.

Na região Centro-Sul, por exemplo, o hospital de referência para os leitos neonatais intensivos não possuía, na data de edição do PRI, leito obstétrico habilitado para a atenção ao parto de alto risco, exigindo que a mãe realizasse um parto de risco em uma determinada

unidade hospitalar e o RN fosse transportado para outra unidade, caso necessitasse de cuidado em unidade intensiva, estratégia que está em desacordo com uma boa prática em gestão perinatal. A Região Centro-Sul, apresentava um déficit de 16 leitos obstétricos, que, com o fechamento da maternidade de Paraíba do Sul, se elevou para um déficit de 27 leitos de atendimento das gestantes (SES-RJ, 2018)<sup>18</sup>. Na Região da Baixada Litorânea, os leitos de GAR estão concentrados no Hospital Estadual dos Lagos, em Saquarema. A maternidade foi pactuada, na última atualização do plano de ação da Rede Cegonha, como referência para o parto e nascimento de alto risco, já que desde sua inauguração em 2014 existia proposta de ser a referência de parto e nascimento de alto risco da região, nunca concretizada. Além deste não ser habilitado em GAR (embora já exista processo de habilitação em curso), vários municípios da região têm queixas frequentes sobre o acesso às vagas do hospital<sup>19</sup>. Por fim, na região Noroeste, apesar do presente estudo não ter evidenciado déficit de leitos intensivos neonatais, de acordo com o PRI, há déficit de seis leitos de obstetrícia, o que dificulta o acesso das gestantes ao parto na Atenção Hospitalar e aumenta os riscos no parto e cuidados do RN elegível para um leito intensivo.

A respeito desses desequilíbrios acima citados, convém lembrar que a transferência de um RN crítico não é uma prática baseada na melhor evidência e pode se traduzir em impactos na morbimortalidade neonatal. Em países desenvolvidos, 15 a 20% dos RN nascem em locais sem infraestrutura adequada e precisam ser transferidos para centros mais desenvolvidos. No Brasil, esses dados não são conhecidos, mas estima-se que o número desses RN seja maior. A maioria dos estudos que analisaram resultados relacionados ao nível de cuidados perinatais indica que a morbimortalidade de RN muito prematuros ou doentes aumenta quando os partos ocorrem em centros sem a especialização adequada para o atendimento. Estudo de coorte (ARAÚJO *et al.*, 2011) que avaliou a influência do local de nascimento e do transporte sobre a morbimortalidade de RN prematuros transferidos para UTIN, verificou que o transporte neonatal expõe sérias deficiências: transferências sem acompanhamento de pediatra ou mesmo; transferência sem incubadora de transporte, fazendo com que quase 50% deles chegassem hipotérmicos ao hospital de referência; transporte com baixa utilização da bomba

---

<sup>18</sup> Em relação à referência para GAR na região, e considerando toda a complexidade operacional que envolve a habilitação para esse tipo de assistência, a região Centro Sul propôs que a Maternidade de Alto Risco do Hospital Universitário de Vassouras fosse habilitada em GAR, com o mínimo de 10 leitos, por possuir estrutura física e operacional necessária para tal. O processo de habilitação/credenciamento do Hospital Sul Fluminense como Maternidade de Alto Risco estava em andamento na SES/RJ sob o nº E-08/00002848/2006.

<sup>19</sup> Além disso, devido ao descredenciamento, em 2017, do hospital referência para o parto de risco habitual em Araruama, por determinação do Ministério Público, seu prestador contratualizado de referência para parto e nascimento passou a ser também o Hospital Estadual dos Lagos.

de infusão, do oxímetro e do controle glicêmico, imprescindíveis para o adequado monitoramento clínico do RN, facilitando desenvolvimento de hipoglicemia e hipoxemia. Na organização do atendimento perinatal, em um sistema hierarquizado de cuidados neonatais, o transporte deve ser regionalizado, com sede nos municípios de referência, funcionando 24 horas por dia, com veículos e equipamentos adequados para o transporte neonatal e com uma equipe especializada em transporte de RN (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Algumas limitações do estudo empreendido merecem menção. A primeira, que merece uma discussão um pouco mais aprofundada devido à sua relevância para estudos baseados em capacidade instalada de serviços de saúde, se refere à coleta de dados secundários disponíveis na base de dados do SCNES. A utilização desse Cadastro para o desenvolvimento de pesquisas sobre serviços de saúde tem sido cada vez mais frequente porque permite a obtenção rápida e pouco custosa das informações e a possibilidade de acompanhamento temporal, além do grande volume de informações dotada de amplitude populacional e geográfica. Seu uso permite desenvolver estudos relacionados à capacidade instalada e mão-de-obra assistencial (MACHADO; MARTINS; LEITE, 2016; PELISSARI, 2019).

Alguns estudos têm evidenciado problemas em relação ao uso do CNES como fonte de informação. Machado, Martins e Leite (2016) mencionam problemas de incompletude ou inconsistência no CNES, dentre os quais o não preenchimento do CNPJ (29,7%) e erros na informação sobre fontes de pagamento (4,2%) dos estabelecimentos. Trabalho de Rocha *et al.* (2018) comparou a confiabilidade de um conjunto de dados registrados no CNES aos resultados obtidos a partir um *survey* realizado em 2.777 hospitais de todo o país. O *status* de funcionamento das Unidades de Saúde estava atualizado em 89% dos casos, mas o número de leitos em apenas 44%. Esses autores também mencionam outros estudos que teriam evidenciado desatualização dos dados, não lançamento de informações sobre abertura ou fechamento de estabelecimentos, bem como descompasso entre os serviços cadastrados e aqueles de fato existentes em determinados estabelecimentos e em algumas unidades da federação.

Especificamente em relação aos leitos registrados, divergências interferem em diversos âmbitos da formulação de políticas públicas em saúde. Por diversas vezes, esses dados são utilizados como base para o enquadramento em linhas de financiamento público, tornando estabelecimentos de saúde, até um determinado porte, aptos a pleitear recursos oriundos de políticas públicas e erros ou inconsistências de porte podem fomentar desequilíbrios de financiamento. Além disso, a impossibilidade de estimar, de forma precisa, o porte de um dado hospital dispara um efeito cascata que afeta negativamente as atividades

de regulação, uma vez que dificulta o real conhecimento da disponibilidade de leitos nas diferentes redes de assistência à saúde (BARBOSA *et al.*, 2015 *apud* ROCHA *et al.*, 2018).

A Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014b), com o intuito de realizar controle sobre a alimentação do CNES, previu a desativação automática no Sistema dos estabelecimentos que não atualizassem seus registros a cada seis meses, na tentativa de assegurar que os dados estivessem o mais próximo da realidade. No entanto, essa exigência mostra-se como estratégia insuficiente para assegurar a atualização dos dados. É necessária a criação de regras no aplicativo CNES para que o gestor responsável pela homologação dos dados possa perceber qual alteração foi realizada no Cadastro e se ela se mostra coerente.

Como problema adicional, o CNES não dispõe de informações precisas sobre a rede privada não conveniada ao SUS, pois esta base de dados está ligada à operacionalização de transferência de recursos, o que faz com que os gestores estaduais e municipais mantenham um cadastro mais coerente destes estabelecimentos, priorizando-os em relação aos estabelecimentos de saúde que não prestam serviço ao SUS (BARBOSA, 2019). Caberia à ANS elaborar normativas para que os prestadores da saúde suplementar fossem penalizados quando não atualizassem seus cadastros.

Em relação ao trabalho aqui executado, aponta-se que o fato de alguns leitos não aparecerem como disponíveis ao SUS no SCNES pode ter levado a superestimativas da necessidade de leitos e a falsos *déficits*. O contraponto é a possibilidade de existirem leitos registrados e não mais existirem ou estarem ativos, o que pode subestimar a necessidade. Acentua-se, pois, a importância da atualização do cadastro de leitos no SCNES pelos gestores, tendo em vista sua utilização para avaliação de novas habilitações pelo Ministério da Saúde (RIO DE JANEIRO, 2018).

Outra limitação foi a utilização dos dados de 2020, ano em que se iniciou a pandemia de Covid-19 no Brasil, causando a parada ou redução de muitas ações de saúde, o que pode ter contribuído para uma maior desatualização dos dados dos Sistemas de Informação do Data-SUS, dentre eles o CNES e o SINASC. A pandemia também impossibilitou visitas “*in loco*”, que possibilitariam confirmar os dados obtidos do CNES<sup>20</sup>. No caso do SINASC, a

---

<sup>20</sup> A fim de utilizar uma outra fonte de dados além do CNES e com o intuito de “validar” o estudo com uso de outros dados, foram verificados os relatórios da Vigilância Sanitária do ERJ referentes ao ano de 2020, que utilizam visita *in loco*. No entanto, devido à pandemia de Covid 19 e ao fato de o órgão não inspecionar anualmente todo o universo das Unidades de Saúde do estado, isto não se mostrou uma opção razoável. Foram encontrados apenas 18 relatórios referentes a unidades com UTIN ou UCIN. Soma-se a esse contexto, o fato de os dados do estudo terem sido coletados para o mês de dezembro e os dos relatórios da vigilância sanitária serem de meses diversos. Por fim, cabe mencionar que, com o processo de descentralização dos serviços de inspeção sanitária e licenciamento de Unidades de Alta Complexidade ao município do Rio de Janeiro, as

tentativa de minimização de eventuais incompletudes levou à opção por usar os dados do SINASC-RJ, de gestão estadual e que contém os dados mais atualizados oriundos dos diferentes municípios. Ainda assim, reforça-se a possibilidade de alguns possíveis impactos na estimativa de necessidades de leitos e no exame da sua suficiência.

A despeito do trabalho ter levantado as informações sobre suficiência de leitos por regiões de saúde, informações sobre os fluxos inter-regionais no ERJ também não foram coletadas, o que poderia ser útil para verificar de que forma a distribuição dos leitos existentes impacta (e impacta diferentemente nas diferentes regiões) nos itinerários dos RN que necessitam do cuidado especializado aqui tratado.

Não exatamente uma limitação, mas um aspecto que merece ser ressaltado se refere ao uso do proposto na Portaria GM/MS nº 930/2012 como parâmetro quantitativo para avaliar a suficiência dos diversos tipos de leitos neonatais (BRASIL, 2012a). Não se discute a relevância de sua publicação para a organização do cuidado do RN ao defini-lo como um cuidado necessariamente progressivo, com valorização do Método Canguru na concepção do cuidado que se deseja para os bebês de risco, e nem para o estabelecimento de parâmetros para a definição da quantidade e qualidade de recursos tecnológicos e humanos multidisciplinares. Especificamente em relação à quantidade (em termos populacionais e de proporcionalidade) proposta para os vários tipos de leitos por nascidos vivos, a Portaria estabeleceu um parâmetro rígido de recomendação de leitos que não considerou as diferenças regionais e não apresentou uma justificativa a respeito dos mesmos, ainda que seja razoável supor que levaram em conta estudos nacionais e internacionais. Além disso, é importante ter em mente que sua publicação está para completar 10 anos, período em que a lógica que rege o cuidado a essa população específica e a evolução tecnológica sofreram alterações importantes.

O presente trabalho, por ser um estudo quantitativo, se debruçou sobre a capacidade instalada e realizou-se um exame “cru” dessa capacidade. “Cru” no sentido de restrito, uma vez que não se dedicou a examinar se os “leitos” se faziam acompanhar de todos os insumos e recursos humanos exigidos e que são essenciais à garantia da qualidade da atenção prestada. Também não foram avaliados aspectos relevantes à organização da rede neonatal como: tempo de permanência dos RN, situação de alta, acesso aos leitos através de referência e da regulação, estudos de filas, existência e condições para o transporte.

A qualidade dos processos assistenciais prestados nas unidades de saúde neonatais e que vão muito além da simples quantidade e disponibilidade da oferta de equipamentos de

---

unidades hospitalares privadas e os hospitais públicos municipais e federais presentes na capital passaram a ser de competência da vigilância sanitária municipal, o que não permitiu o acesso a esse material.



saúde, de maior ou menor complexidade, não foi avaliada. É essencial que um olhar aprofundado seja dirigido para as práticas lá executadas, sendo, portanto, necessários novos estudos, que avaliem como se organizam os processos de atenção aos RN dentro das maternidades e hospitais que possuem leitos neonatais habilitados no ERJ.

## CONCLUSÃO

Os resultados do estudo apontam que, ao longo da série histórica, houve tendência de redução no total de leitos neonatais disponíveis ao SUS e aumento representativo dos leitos de UTIN II e III, disponíveis ao SUS, queda no número absoluto de leitos de cuidados intermediários convencionais e ainda uma escassez absoluta e relativa de leitos de UCINCa.

Além disso, quanto à suficiência de leitos neonatais no ano de 2020, o trabalho apontou que há suficiência dos leitos de terapia intensiva, mas com desigualdades importantes na distribuição, déficits de leitos das várias tipologias em diversas regiões do estado e inadequação, particularmente acentuada em relação aos leitos canguru, os quais não atendem ao mínimo de leitos/1000 NV preconizado na Portaria GM/MS nº 930 de 2012, em nenhuma região. Portanto, as regiões não estão organizadas sob uma linha de cuidados progressivos, com as três tipologias de leitos previstas na legislação.

Ainda que a contratualização desses leitos privados e de entidades filantrópicas de terapia intensiva pela SES-RJ minore as deficiências de algumas regiões de saúde fluminense, como é restrita apenas a leitos de UTIN, não produz qualquer impacto nos cenários relativos ao cuidado intermediário convencional e canguru, indicando vazios assistenciais nessas áreas e comprometendo o acesso dos RN aos serviços de que precisam.

Portanto, há necessidade de investimento na Rede Neonatal estadual, com ampliação dos leitos de todas as modalidades, mas e principalmente, dos leitos de UCINCo e UCINCa. A implantação desses leitos neonatais deve se dar de forma regionalizada, observando as regiões deficitárias, a fim de melhorar o acesso, evitar o transporte do RN e contribuir para a redução da morbimortalidade neonatal.

Esperou-se, com este estudo, ofertar ao sistema de saúde e aos pesquisadores subsídios ao planejamento dentro da área de cuidado neonatal, além de possibilitar um aprofundamento do debate acerca da busca por equidade no acesso a leitos neonatais no Sistema Único de Saúde e, em particular no Estado do Rio de Janeiro.

Por fim, com o sentido de contribuir na definição de futuras linhas de investigação, reitera-se a necessidade da realização de estudos adicionais. A fim de saber “para onde vamos” em um futuro próximo, novos estudos podem utilizar o presente estudo como base para criação de cenários de previsões de estimativas de necessidades futuras de leitos. Além desses, outros estudos devem avaliar os mecanismos e critérios de gestão adotados na contratualização destes leitos pelo SUS, a fim de colaborar para compreensão dos fatores

determinantes e condicionantes deste processo, bem como esforços para entender, e quiçá reduzir, o número de leitos neonatais não habilitados pelo Ministério da Saúde, nas três esferas administrativas públicas do Estado.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **ANS Tabnet**. 2021. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_br.def](http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def). Acesso em: 25 jul. 2021.
- ALAM, L. A. A. *et al.* Unidades de terapia intensiva neonatais no Rio Grande do Sul: distribuição de leitos e análise de equidade. **Revista AMRIGS**, v. 64, n. 3, p. 348-352, 2020.
- ALBUQUERQUE, N. **Avaliação do acesso a leitos de UTI através da Central de Regulação Hospitalar do SUS em PE no ano de 2009**. 2010. 47 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de saúde como requisito para obtenção do grau de especialista em Gestão Hospitalar) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Pernambuco, 2010.
- ARAÚJO, B. F. *et al.* Influência do local de nascimento e do transporte sobre a morbimortalidade de recém-nascidos prematuros. **J. Pediatr.**, v. 87, n. 3, p. 257-262, 2011. Disponível em: <https://www.jped.com.br/pt-influencia-do-local-nascimento-e-articulo-resumen-X2255553611012330>. Acesso em: 11 out.2021.
- AUGUSTO, L. C. R. **A implantação do Cuidado Intensivo Neonatal**: análise da oferta de leitos no SUS. 2017. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.
- BARBOSA, A. P. *et al.* Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro: distribuição de leitos e análise de equidade. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, v. 48, p. 303-311, dez. 2002.
- BARBOSA, A. P. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 6, p. 437-438, 2004.
- BARBOSA, A. P.; CUNHA, A. J. L. A. C. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Rio de Janeiro, Brasil: distribuição de leitos e análise comparativa de equidade em 1997 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, supl. 2, p. S263-S271, 2011.
- BARBOSA, M. N. **Possibilidades e limitações de uso das bases de dados do DATASUS no controle externo de políticas públicas de saúde no Brasil**. 2019. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Auditoria do Setor Público) – Instituto Serzedelo Corrêa, Brasília, DF, 2019.
- BEZERRA, F. D. *et al.* Perinatal care in a Northeastern Brazilian state: structure, work, processes, and evaluation of the components of essential newborn care. **Rev. Paul. Pediatr.**, v. 37, n. 2, p.140–148, abr. 2019.
- BINSFELD, L. **Planejamento e programação nas redes de atenção à saúde**: organização da atenção às malformações congênitas. 2020. 191 f. Tese (Doutorado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: [http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/arquivos\\_pdf-word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/arquivos_pdf-word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf). Acesso em: 9 ago. 2021.

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. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html). Acesso em: 21 ago. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS: Atualização 2015**. Brasília, DF: CONASS, 2015a. Disponível em: [https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/104\\_assis-de-media-e-alta-compl\\_jun2015.pdf](https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/104_assis-de-media-e-alta-compl_jun2015.pdf). Acesso em: 17 nov. 2021.

BRASIL. **Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm). Acesso em: 17 jul. 2021

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. Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 17 jul. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Tabnet**. 2021a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 24 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html). Acesso em: 4 maio 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 4 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013**. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020\\_29\\_05\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html). Acesso em: 18 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.101, de 12 de junho de 2002**. Estabelece na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101\\_12\\_06\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html). Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral   Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema  nico de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.300, de 23 de novembro de 2012**. Inclui habilitações, tabela de habilitações do sistema de cadastro de estabelecimentos de saúde - SCNES, inclui procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS e altera atributos referentes a nome, descrição e habilitação dos procedimentos na tabela de procedimentos, medicamentos e OPM do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1300\\_23\\_11\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1300_23_11_2012.html). Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do sistema único de saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.631, de 1  de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631\\_01\\_10\\_2015.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html). Acesso em: 24 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n  1.683 de 12 de julho de 2007**. Aprova, na forma do Anexo, a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683\\_12\\_07\\_2007.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.htm). Acesso em: 22 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 118, de 18 de fevereiro de 2014**. Desativa automaticamente no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) os Estabelecimentos de Saúde que estejam há mais de 6 (seis) meses sem atualização cadastral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0118\\_18\\_02\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0118_18_02_2014.html). Acesso em: 19 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.022, de 7 de agosto de 2017**. Altera o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no que se refere à metodologia de cadastramento e atualização cadastral, no quesito Tipo de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: [https://www.in.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/kujrw0tzc2mb/content/id/19236814/do1-2017-08-15-portaria-n-2-022-de-7-de-agosto-de-2017--19236724](https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/kujrw0tzc2mb/content/id/19236814/do1-2017-08-15-portaria-n-2-022-de-7-de-agosto-de-2017--19236724). Acesso em: 4 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998**. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html). Acesso em: 25 out. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html). Acesso em: 19 set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html). Acesso em: 29 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 693 GM/MS, de 05 de julho de 2000**. Aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693\\_05\\_07\\_2000.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0693_05_07_2000.html). Acesso em: 14 maio 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012**. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html). Acesso em: 22 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em: 19 set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//resolucao-cns-466-12.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNESNet**. 2021b. Disponível em : [http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp). Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Acesso em: 13 set. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf). Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório final plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-final-pqm/>. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Indicadores Brasileiros para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. Objetivo 3 - Boa saúde e bem-estar. Indicador



3.2.2 - Taxa de mortalidade neonatal. Dados. 2021c. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador322>. Acesso em: 9 ago. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 8 mar. 2022.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface Comunic. Saúde, Educ.**, v. 11, n. 23, p. 605-618, set./ dez. 2007.

CAMPOS, F. C. C. Necessidades em saúde: uma abordagem operacional para o nível dos serviços de saúde. **Consensus (Brasília)**, n. 9, p. 44-53, 2013. Disponível em: [https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo\\_consensus\\_9.pdf](https://www.conass.org.br/consensus/wp-content/uploads/2019/04/Artigo_consensus_9.pdf). Acesso em: 22 jun. 2021

CARDOSO, J. S. *et al.* Análise Situacional da Implantação do Método Canguru em Maternidades Públicas Brasileiras. *In*: Sanches, M. T. C. *et al.* (org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. São Paulo: Instituto da Saúde; 2015. p. 165-186

CARNUT, L.; FERRAZ, C. B. Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate**, v. 45, n. 129, p. 451-466, abr./jun. 2021.

CHORNY, A. H. *et al.* O diagnóstico de situação. Módulo 11. *In*: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2015. p. 39-62.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Deliberação CIB nº 3.903 de 03 de Novembro de 2016**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/508-2016-deliberacoes/outubro/4451-deliberacao-cib-n-3-903-de-03-de-novembro-de-2016.html>. Acesso em: 25 ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2271 de 23 de abril de 2020**. Define as Unidades de Terapia Intensiva e Unidades de Cuidado Intermediário conforme sua complexidade e nível de cuidado, determinando a responsabilidade técnica médica, as responsabilidades éticas, habilitações e atribuições da equipe médica necessária para seu adequado funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2020/2271>. Acesso em: 6 maio 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, vol. 4). Disponível em: [https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_4.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_4.pdf). Acesso em: 18 ago 2021.

COSTA, M. F. S. C.; GOMES JUNIOR, S. C.; MAGLUTA, C. Análise da distribuição dos nascimentos com marcadores de gravidade em maternidades com unidade de terapia intensiva

neonatal no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Colet.** v. 26, n. 2, p. 125-130, 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/sydvcwgx5c6nbyblrwxgdqg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 25 ago. 2021.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Rev. Gaúch. Enferm.**, v. 32, p. 248–255, jun. 2011.

ENCONTRO com Especialistas: Gestão de Leitos Neonatais.[ *S. l.: s. n*] 2019. 1 vídeo (79 min). Publicado pelo canal Portal de Boas Práticas IFF/Fiocruz. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=plBXl8YKzck>. Acesso em: 18 set. 2021.

ESTRINGER, A. P. *et al.* Análise de custos da atenção hospitalar a recém-nascidos de risco: uma comparação entre Unidade Intermediária Convencional e Unidade Canguru. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1205-1216, 2013.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Revista Brasileira de Epidemiologia* maio 2017; 20, supl. 1: 46–60.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. *In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, 16., 2008, Caxambu. **Anais** [...] Caxambu: Abep, 2008. p. 1-29. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1763/1723>. Acesso em: 17 jul. 2021.

GOMES, M. A. S. M. *et al.* Assistência e mortalidade neonatal no setor público do Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma análise do período 1994/2000. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 4, p. 1269-1277, 2005.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-9788575414033.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2021.

HENNING, M. A. S.; GOMES, M. A. S. M.; MORSCH, D. S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis**, v. 20, n. 3, p. 835-852, 2010.

IBGE. Comissão Nacional de Classificação. **Tabela de natureza jurídica 2018.** Estrutura Detalhada (códigos e denominações). 2018. Disponível em: <https://concla.ibge.gov.br/estrutura/natjur-estrutura/natureza-juridica-2018>. Acesso em: 2 maio 2021.

IBGE. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação.** 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps//populacao/projecao/>. Acesso em: 22 maio 2021.

ISMAIL, A. Q. T.; BOYLE, E.M.; PILLAY, T. O impacto do nível de prestação de cuidados neonatais nos desfechos de bebês prematuros nascidos entre 27 e 31 semanas de gestação ou

com peso ao nascer entre 1000 e 1500 g: uma revisão da literatura. **BMJ Pediatra Open**, v. 4, n. 1, p. e000583, 2020. DOI: 10.1136/bmjpo-2019-000583

KUSCHNIR, R. Organizando redes de atenção à saúde: perfis assistenciais, articulação entre níveis e organização de linhas de cuidado. *In*: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M. C. R. (org.). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2014. 268p.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LASSWELL, S. M. *et al.* Perinatal regionalization for very low-birthweight and very preterm infants: a meta-analysis. **JAMA**, v. 304, n. 9, p. 992-1000, 2010. DOI:10.1001/jama.2010.1226.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2021.

LIMA, C. A. de S. **Análise do processo de implementação das Normas Operacionais da Assistência à Saúde**. 2010. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MACHADO, J. P.; MARTINS, M.; LEITE, I. C. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 19, n. 3, p. 567-581, 2016.

MACHADO, L. G. **Fatores associados à transferência de recém-nascidos elegíveis para a Unidade de Cuidados Intermediários Canguru em maternidades brasileiras**. 2017. 74 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25228>. Acesso em: 29 jun. 2021.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana de saúde, 2011. 549 p. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes\\_Atencao\\_Saude\\_Eugenio\\_2ed.PDF](https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF). Acesso em: 3 ago. 2021.

MIRANDA, E. C. S. *et al.* Situação dos leitos neonatais em maternidades brasileiras: uma análise exploratória. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 909–918, 2021.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: 3 Saúde e Bem-Estar**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 9 ago. 2021.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Desigualdade espacial da mortalidade neonatal no Brasil: 2006 a 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2431–2441, 2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2015**. Nova Iorque: Organização das Nações Unidas, 2015.

Disponível em: <http://abm.org.br/ods/wpcontent/uploads/2017/10/Relatorio-sobre-os-Objetivos-do-Milenio-2015.pdf>. Acesso em: 25 maio 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 28 jul. 2021.

OUVERNEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciênc. Amp. Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1193–1207, abr. 2017.

PELLISSARI, M. R. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 2, n. 1, p. 160-166, jul. 2019.

RIBEIRO, P.; BARROS, E. Regionalização e Coordenação Intergovernamental. *In*: UGÁ, M. A. D. *et al.* (org.). **A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 59-68. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/c2hxb/epub/uga9788575415924.epub>. Acesso em: 13 nov. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Planejamento Regional Integrado (PRI)**. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/planejamento-em-saude/regioes-de-saude/planejamento-regional-integrado>. Acesso em: 10 fev. 2022

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDI1NTY%2C>. Acesso em: 9 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Informações de Saúde**. 2021a. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/tabcgi.exe?sinasc/nascido.def>. Acesso em: 10 mar. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Nascidos Vivos no Estado do Rio de Janeiro - Notas Técnicas**. 2021b. Disponível em: [http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/sinasc/Nota\\_Tecnica\\_Nascidos\\_Vivos.pdf](http://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnet/sinasc/Nota_Tecnica_Nascidos_Vivos.pdf). Acesso em: 9 ago. 2021.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Equipe de Faturamento. Superintendência de Atenção Especializada Controle e Avaliação (SAECA). **Planilha com relação de UTI'S N [mensagem pessoal]**. 2021c. Mensagem recebida por <agctorres73@gmail.com> em 23 ag. 2021.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 229-240, 2018.

SIGTAP. **Diária de unidade de cuidados intermediários em neonatologia**. 2022a. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0802010067/02/2022>. Acesso em: 28 mar. 2022

SIGTAP. **Diária de unidade de terapia intensiva neonatal – UTIN (tipo II)**. 2022b. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0802010121/02/2022>. Acesso em: 28 mar. 2022

SIGTAP. **Diária de unidade de terapia intensiva neonatal – UTIN (tipo III)**. 2022c. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0802010130/02/2022>; Acesso em: 28 mar. 2022

SIGTAP. **Diária de unidade de terapia intensiva neonatal (UTI I)**. 2022d. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0802010164/02/2022>. Acesso em: 28 mar. 2022

SILVA, C. F. *et al.* Fatores associados ao óbito neonatal de recém-nascidos de alto risco: estudo multicêntrico em unidades neonatais de alto risco no nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, 2014.

SILVA, C. P. **Distribuição e densidade de leitos de Terapia Intensiva Neonatal no estado de Santa Catarina em 2005**. 2006. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SILVA, P. S. V. B. *et al.* FMF. GRSUS: Gerenciamento de Recursos de Saúde: um estudo sob a ótica da portaria GM/MS 1631/2015 no estado do Pará. 2018. *In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E GESTÃO DE TECNOLOGIA*, 15., 2018. São Paulo: USP, 2018. DOI: 10.5748/9788599693148-15CONTECSI/PS-5891. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/327068121\\_grsus\\_gerenciamento\\_de\\_recursos\\_de\\_saude\\_um\\_estudo\\_sob\\_a\\_otica\\_da\\_portaria\\_gmms\\_16312015\\_no\\_estado\\_do\\_para](https://www.researchgate.net/publication/327068121_grsus_gerenciamento_de_recursos_de_saude_um_estudo_sob_a_otica_da_portaria_gmms_16312015_no_estado_do_para). Acesso em: 13 dez. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Neonatologia. **Relação do número de leitos de UTI neonatal por 1000 nascidos vivos**. 2012. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/neonatologia/conteudos-gerais/>. Acesso em: 22 jun. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Faltam 3,3 mil leitos de UTI neonatal no País, denuncia a SBP ao cobrar medidas para o Nascimento Seguro de brasileiros**. 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/faltam-33-mil-leitos-de-uti-neonatal-no-pais-denuncia-a-sbp-ao-cobrar-medidas-para-o-nascimento-seguro-de-brasileiros/>. Acesso em: 19 mar. 2022.

SOUZA, D. C. *et al.* Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. **J. Pediatr.**, v. 80, n. 6, p. 453-460, dez. 2004.

TEIXEIRA, C.F. **Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010. 161 p.

UNICEF. **Levels and Trends in Child Mortality Report 2018**. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/47626/file/un-igme-child-mortality-report-2018.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

**APÊNDICE A – Expressões utilizadas pela Portaria nº 1631/2015 para determinação da quantidade de leitos**

<b>Cálculo de leito-especialidade (NLe)</b>	$NLe = \frac{NI^e \times TMP^e \times Fnr}{365 \times p}$
<b>Cálculo do nº nascidos vivos</b>	Nº de nascidos vivos= Nº de nascidos vivos (SINASC) x fator de correção do sub-registro
<b>Cálculo das taxas de internação (TI) em leitos de UTIN ou UCIN</b>	TI neonatal= Nº de internações da população residente com idade de 0 a 27 dias/Nº de nascidos vivos por local de residência da mãe
<b>Cálculo do nº de internações esperadas em UTI</b>	$NI^{UTIe} = \sum (NI^e \times p^{UTIe})$

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN); número de leito especialidade (NLe).

Nota:  $NI^e$ : número de internações anuais esperadas para o tipo de leito-especialidade, que é obtido através da equação:  $NI^e = Pop^e \times TI^e \times FR^e$ ;  $Pop^e$ : população de referência para aquele tipo de leito-especialidade;  $TI^e$ : taxa de internação esperada para aquele tipo de leito-especialidade;  $FR^e$ : fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito-especialidade;  $TMP^e$ : tempo médio de permanência (dias) esperado para aquele tipo de leito/especialidade;  $p$ : taxa de ocupação esperada para aquele tipo de leito;  $Fnr$ : fator de ajuste para incorporação de internações de não residentes, calculado como  $Fnr = (100 - PIr)$ ;  $PIr$ : percentual de internações de residentes;  $\sum$ - sinal que exprime adição de forma condensada.

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria nº 1631 de 2015 (BRASIL, 2015c).

**APÊNDICE B – Número de Nascidos Vivos no estado do Rio de Janeiro por região de saúde/ residência da mãe entre 2010 e 2020**

<b>Região de residência da Mãe</b>	<b>Baía de Ilha Grande</b>	<b>Baixada Litorânea</b>	<b>Centro-Sul</b>	<b>Médio Paraíba</b>	<b>Metropolitana I</b>	<b>Metropolitana II</b>	<b>Norte</b>	<b>Noroeste</b>	<b>Serrana</b>	<b>Total</b>
2010	3.550	9.672	4.157	10.965	135.326	23.255	12.425	4.113	11.783	215.246
2011	3.628	10.176	4.115	11.120	140.142	24.074	11.509	4.023	11.782	220.569
2012	3.776	10.383	4.080	11.245	140.941	24.211	12.374	4.029	11.798	222.837
2013	3.741	10.477	3.933	11.213	141.161	24.063	13.621	3.987	11.812	224.008
2014	3.981	11.286	4.398	11.536	145.929	25.936	14.457	4.014	12.032	233.569
2015	4.057	11.745	4.372	11.601	147.969	25.762	14.941	4.194	12.305	236.946
2016	3.719	11.138	4.156	10.812	136.708	23.566	13.440	3.960	11.625	219.124
2017	3.814	11.442	4.313	10.923	138.980	24.109	13.718	4.076	11.841	223.216
2018	3.771	11.778	4.400	11.173	135.457	23.670	13.738	4.315	12.221	220.523
2019	3.532	11.519	4.080	10.626	126.543	22.796	13.166	4.227	11.699	208.188
2020	3.463	11.044	3.861	10.227	120.927	21.886	12.699	3.938	11.066	199.111

Fonte: Elaboração própria a partir de Rio de Janeiro (2021a).

**APÊNDICE C – Beneficiários de Planos Privados de Saúde e taxa de cobertura da Saúde Suplementar por região do estado do Rio de Janeiro - 2020**

<b>Região</b>	<b>Nº de Beneficiários de planos privados de saúde</b>	<b>População 2020 IBGE</b>	<b>Taxa de cobertura (%)</b>
Metropolitana I	3.770.593	10.542.254	35,77
Metropolitana II	629.050	2.131.058	29,52
Médio-Paraná	238.775	918.097	26,01
Norte	232.306	955.122	24,32
Serrana	205.176	976.775	21,01
Baixada Litorânea	147.139	855.444	17,20
BIG	43.485	295.944	14,69
Noroeste	48.894	349.417	13,99
Centro-Sul	45.765	342.078	13,38

Fonte: (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2021).



**APÊNDICE D** – Série histórica dos leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro segundo modalidade de leito e por região - 2012 a 2020

(continua)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2012	Metropolitana I	444	295	227	<b>966</b>	405	67	<b>472</b>	1438
	Metropolitana II	65	54	21	<b>140</b>	49	0	<b>49</b>	189
	Médio Paraíba	6	124	0	<b>130</b>	19	0	<b>19</b>	149
	Norte	28	22	65	<b>115</b>	38	0	<b>38</b>	153
	Serrana	4	8	0	<b>12</b>	8	0	<b>8</b>	20
	Baixada Litorânea	0	18	0	<b>18</b>	12	0	<b>12</b>	30
	Baía de Ilha Grande	0	6	0	<b>6</b>	8	0	<b>8</b>	14
	Noroeste	0	8	0	<b>8</b>	0	0	<b>0</b>	8
	Centro Sul	0	6	0	<b>6</b>	8	0	<b>8</b>	14
	<b>ERJ</b>	<b>547</b>	<b>541</b>	<b>313</b>	<b>1401</b>	<b>547</b>	<b>67</b>	<b>614</b>	<b>2015</b>
2013	Metropolitana I	336	335	241	<b>912</b>	498	68	<b>566</b>	1478
	Metropolitana II	57	64	21	<b>142</b>	59	0	<b>59</b>	201
	Médio Paraíba	6	129	0	<b>135</b>	25	3	<b>28</b>	163
	Norte	28	22	35	<b>85</b>	73	0	<b>73</b>	158
	Serrana	4	8	0	<b>12</b>	14	0	<b>14</b>	26
	Baixada Litorânea	0	15	0	<b>15</b>	22	0	<b>22</b>	37
	Baía de Ilha Grande	0	9	0	<b>9</b>	15	0	<b>15</b>	24
	Noroeste	0	8	0	<b>8</b>	4	0	<b>4</b>	12
	Centro Sul	0	6	0	<b>6</b>	8	4	<b>12</b>	18
	<b>ERJ</b>	<b>431</b>	<b>596</b>	<b>297</b>	<b>1324</b>	<b>718</b>	<b>75</b>	<b>793</b>	<b>2117</b>

**APÊNDICE D** – Série histórica dos leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro, segundo modalidade de leito e por região, de 2012 a 2020

(continuação)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2014	Metropolitana I	288	341	320	<b>949</b>	418	73	<b>491</b>	1440
	Metropolitana II	57	77	21	<b>155</b>	53	0	<b>53</b>	208
	Médio Paraíba	1	125	0	<b>126</b>	30	3	<b>25</b>	151
	Norte	19	10	65	<b>94</b>	66	0	<b>66</b>	160
	Serrana	4	8	0	<b>12</b>	18	0	<b>18</b>	30
	Baixada Litorânea	0	27	0	<b>27</b>	18	0	<b>84</b>	111
	Baía de Ilha Grande	0	6	0	<b>6</b>	15	0	<b>15</b>	21
	Noroeste	0	8	0	<b>8</b>	4	0	<b>4</b>	12
	Centro Sul	0	0	0	<b>0</b>	16	4	<b>19</b>	19
	<b>ERJ</b>	<b>369</b>	<b>602</b>	<b>406</b>	<b>1377</b>	<b>638</b>	<b>80</b>	<b>718</b>	<b>2095</b>
2015	Metropolitana I	197	315	329	<b>841</b>	443	57	<b>500</b>	1341
	Metropolitana II	50	84	21	<b>155</b>	53	0	<b>53</b>	208
	Médio Paraíba	0	93	0	<b>93</b>	23	3	<b>29</b>	122
	Norte	19	10	65	<b>94</b>	60	0	<b>60</b>	154
	Serrana	4	14	0	<b>18</b>	17	6	<b>23</b>	41
	Baixada Litorânea	0	24	0	<b>24</b>	19	0	<b>19</b>	43
	Baía de Ilha Grande	0	6	0	<b>6</b>	15	0	<b>15</b>	21
	Noroeste	0	16	0	<b>16</b>	4	0	<b>4</b>	20
	Centro Sul	0	10	0	<b>10</b>	12	4	<b>16</b>	26
	<b>ERJ</b>	<b>270</b>	<b>572</b>	<b>415</b>	<b>1257</b>	<b>646</b>	<b>70</b>	<b>716</b>	<b>1976</b>

**APÊNDICE D** – Série histórica dos leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro, segundo modalidade de leito e por região, de 2012 a 2020

(continuação)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2016	Metropolitana I	196	404	267	<b>867</b>	441	57	<b>498</b>	1365
	Metropolitana II	50	76	21	<b>147</b>	40	4	<b>44</b>	191
	Médio Paraíba	0	93	6	<b>99</b>	29	3	<b>32</b>	131
	Norte	19	20	69	<b>108</b>	60	0	<b>60</b>	168
	Serrana	8	22	0	<b>30</b>	17	6	<b>23</b>	53
	Baixada Litorânea	0	29	0	<b>29</b>	11	0	<b>11</b>	40
	Baía de Ilha Grande	0	6	0	<b>6</b>	15	0	<b>15</b>	21
	Noroeste	0	16	0	<b>16</b>	4	0	<b>4</b>	20
	Centro Sul	0	24	0	<b>24</b>	12	4	<b>16</b>	40
	<b>ERJ</b>	<b>273</b>	<b>690</b>	<b>363</b>	<b>1326</b>	<b>629</b>	<b>74</b>	<b>703</b>	<b>2029</b>
2017	Metropolitana I	185	347	249	<b>781</b>	432	59	<b>491</b>	1272
	Metropolitana II	43	96	21	<b>160</b>	38	4	<b>42</b>	202
	Médio Paraíba	0	93	6	<b>99</b>	29	3	<b>32</b>	131
	Norte	12	25	69	<b>106</b>	60	10	<b>70</b>	176
	Serrana	8	16	0	<b>24</b>	17	0	<b>17</b>	41
	Baixada Litorânea	0	32	0	<b>32</b>	11	0	<b>11</b>	43
	Baía de Ilha Grande	0	6	0	<b>6</b>	15	0	<b>15</b>	21
	Noroeste	0	16	0	<b>16</b>	4	0	<b>4</b>	20
	Centro Sul	0	18	0	<b>18</b>	8	4	<b>12</b>	30
	<b>ERJ</b>	<b>248</b>	<b>649</b>	<b>345</b>	<b>1242</b>	<b>614</b>	<b>80</b>	<b>694</b>	<b>1936</b>

**APÊNDICE D** – Série histórica dos leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro, segundo modalidade de leito e por região, de 2012 a 2020

(continuação)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2018	Metropolitana I	190	323	276	<b>789</b>	331	54	<b>385</b>	1174
	Metropolitana II	40	56	0	<b>96</b>	38	4	<b>42</b>	138
	Médio Paraíba	0	96	6	<b>102</b>	29	3	<b>32</b>	134
	Norte	9	32	71	<b>112</b>	55	10	<b>65</b>	177
	Serrana	8	10	0	<b>18</b>	27	5	<b>32</b>	50
	Baixada Litorânea	0	35	0	<b>35</b>	11	0	<b>11</b>	46
	Baía de Ilha Grande	0	6	0	<b>6</b>	15	0	<b>15</b>	21
	Noroeste	0	16	0	<b>16</b>	4	0	<b>4</b>	20
	Centro Sul	0	18	0	<b>18</b>	8	4	<b>12</b>	30
	<b>ERJ</b>	<b>247</b>	<b>592</b>	<b>353</b>	<b>1192</b>	<b>518</b>	<b>80</b>	<b>598</b>	<b>1790</b>
2019	Metropolitana I	185	351	202	<b>738</b>	317	83	<b>400</b>	1138
	Metropolitana II	49	36	0	<b>85</b>	13	4	<b>17</b>	102
	Médio Paraíba	0	96	6	<b>102</b>	23	0	<b>23</b>	125
	Norte	7	40	81	<b>128</b>	71	10	<b>81</b>	209
	Serrana	8	10	7	<b>25</b>	27	8	<b>35</b>	60
	Baixada Litorânea	0	31	0	<b>31</b>	3	0	<b>3</b>	34
	Baía de Ilha Grande	0	6	0	<b>6</b>	15	0	<b>15</b>	21
	Noroeste	0	16	0	<b>16</b>	4	0	<b>4</b>	20
	Centro Sul	0	18	0	<b>18</b>	8	4	<b>12</b>	30
	<b>ERJ</b>	<b>249</b>	<b>604</b>	<b>296</b>	<b>1149</b>	<b>481</b>	<b>109</b>	<b>590</b>	<b>1739</b>

**APÊNDICE D** – Série histórica dos leitos neonatais do estado do Rio de Janeiro, segundo modalidade de leito e por região, de 2012 a 2020

(conclusão)

Ano	Região	UTIN I	UTIN II	UTIN III	Total UTIN	UCINCo	UCINCa	Total UCIN	Total leitos neonatais
2020	Metropolitana I	192	442	288	<b>922</b>	304	54	<b>358</b>	1280
	Metropolitana II	49	34	0	<b>83</b>	13	4	<b>17</b>	100
	Médio Paraíba	0	105	6	<b>111</b>	21	6	<b>27</b>	138
	Norte	7	40	99	<b>146</b>	71	10	<b>81</b>	227
	Serrana	8	10	7	<b>25</b>	22	8	<b>30</b>	55
	Baixada Litorânea	0	31	0	<b>31</b>	3	0	<b>3</b>	34
	Baía de Ilha Grande	0	19	0	<b>19</b>	15	0	<b>15</b>	34
	Noroeste	0	16	0	<b>16</b>	4	0	<b>4</b>	20
	Centro Sul	0	18	0	<b>18</b>	8	0	<b>8</b>	26
	<b>ERJ</b>	<b>256</b>	<b>715</b>	<b>400</b>	<b>1371</b>	<b>461</b>	<b>82</b>	<b>543</b>	<b>1914</b>

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); Unidade de Cuidado Intermediário (UCIN).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continua)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
12505	Hospital Universitário Antônio Pedro	Público	0	0	8	8	0	0	8	8	4	4	20	20	HG
12599	Hospital Getúlio Vargas Filho	Público	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0	7	7	HE
2270692	Hospital Aristarcho Pessoa	Público	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	HG
2273438	Hospital Central da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro	Público	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	HG
2280132	Instituto Nacional de Cardiologia	Público	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	HE
2282097	PRONTONIL	Privado	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	HE
2298090	Hospital Unimed de Nova Friburgo	Privado	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	HG
2708353	IFF Fiocruz	Público	6	6	8	8	14	14	8	8	4	4	40	40	HE
2814188	Perinatal Laranjeiras Casa de Saúde Laranjeiras	Privado	25	0	8	0	0	0	0	0	0	0	33	0	HE
3008533	Unidade Neonatal Lagoa Ltda	Privado	16	0	19	0	0	0	0	0	0	0	35	0	HE
3013014	Hospital do Amparo	Privado	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0	HG
3014681	Hospital de Clínicas Mario Leoni	Privado	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	HG
3019527	Casa de Saúde Nossa Senhora de Fatima Nova Iguaçu SA	Privado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	HG
3042219	Casa de Saúde Santa Lucia	Privado	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	HG

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continuação)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
3065634	CHN Complexo Hospitalar de Niterói	Privado	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	HG
3130339	Casa de Saúde e Maternidade Terezinha de Jesus LTDA	Privado	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	HE
3315916	Clínica Cirúrgica e Maternidade Lilia Neves	Privado	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	4	0	HG
3603474	Hospital Pasteur	Privado	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	25	0	HG
3972976	Hospital Unimed Petrópolis	Privado	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	HG
5106702	Unimed Costa do Sol Hospital	Privado	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	HG
5158044	Hospital Naval Marcilio Dias	Público	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	HG
5510341	Hospital Egas Moniz da Obra Portuguesa de Assistência	Privado	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	HG
6043941	Hospital Central da Aeronáutica HCA	Público	5	0	0	0	0	0	5	0	0	0	10	0	HG
6274242	Unidade Neonatal Lagoa Ltda	Privado	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	0	HE
6291724	Neo ped	Privado	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	HE
6411770	Unidade Neonatal Lagoa Barra	Privado	20	0	12	0	39	0	0	0	0	0	71	0	HE
6734014	Hospital Icaraí	Privado	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	HE

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continuação)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
6821529	UTI Neonatal Icaraí	Privado	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	22	0	HE
7244339	Hospital Caxias D'or	Privado	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	HG
7052987	GLN Hospitalar	Privado	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	16	0	HG
2280868	Hospital e Maternidade Codrato de Vilhena	Privado sem fins lucrativos	0	0	7	4	0	0	15	7	0	0	22	11	HG
2267802	Hospital Geral de Arraial do Cabo	Público	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	3	3	HG
3337669	ABC Centro de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica	Privado	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	HE
5878640	Hospital Maternidade Theresa Sacchi de Moura	Público	0	0	6	6	0	0	0	0	0	0	6	6	HE
6392415	Intensi Baby	Privado	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8	0	HE
5852870	Clipel	Privado	0	0	15	0	0	0	0		0	0	15	0	HE
2298317	Hospital dos Plantadores de Cana	Privado sem fins lucrativos	0	0	20	20	0	0	20	20	10	10	50	50	HG
3132471	Hospital Geral Pronto Cardio	Privado	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	HG
155055	Maternidade Santa Cruz da Serra	Público	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	HE
2290227	Hospital Estadual Adão Pereira Nunes	Público	0	0	12	12	0	0	0	0	0	0	12	12	HG



**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continuação)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
2278855	Hospital São José do Avai	Público	0	0	16	8	0	0	3	3	0	0	19	11	HG
2697041	Hospital São Joao Batista de Macaé	Público	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	HG
7011857	Complexo Regional de Mesquita Maternidade e Clínica da Mulher	Público	0	0	10	0	0	0	15	8	0	0	25	8	HE
5073898	Domingos Lourenço Hospital e Maternidade	Privado	0	0	45	0	0	0	0	0	0	0	45	0	HE
55859	NATOCARE UTI Neonatal	Privado	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	11	0	HE
12521	Hospital Estadual Azevedo Lima	Público	0	0	7	0	0	0	5	0	0	0	12	0	HG
2798662	HGNI	Público	0	0	30	25	0	0	15	0	0	0	45	25	HG
7454007	Neovida Nova Iguaçu	Privado	0	0	28	0	0	0	0	0	0	0	28	0	HE
2275562	Hospital Alcides Carneiro	Público	0	0	10	10	0	0	10	10	8	5	28	25	HE
2288907	APMIR	Privado sem fins lucrativos	0	0	10	10	0	0	8	0	0	0	18	10	HE
5042062	Neovida Resende	Privado	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	HE
3521133	Hospital Cemeru	Privado	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	9	0	HG
2295415	Hospital Universitário Gaffree e Guinle	Público	0	0	6	6	0	0	4	0	0	0	10	6	HG

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continuação)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
6427138	Hospital São Matheus	Privado	0	0	12	0	0	0	4	0	0	0	16	0	HG
2270021	Maternidade Escola da UFRJ	Público	0	0	16	16	0	0	6	6	4	4	26	26	HE
6933823	Neounidas	Privado	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	5	0	HE
6159397	Perinatal Barra Casa de Saúde Laranjeiras	Privado	0	0	52	0	0	0	0	0	0	0	52	0	HE
2270390	SMS Hospital Maternidade Herculano Pinheiro	Público	0	0	4	4	0	0	15	7	4	3	23	14	HE
2298120	SMS Hospital Municipal Albert Schweitzer	Público	0	0	11	0	0	0	12	0	0	0	23	0	HE
7185081	SES Hospital Estadual Transplante Câncer e Cirurgia Infantil	Público	0	0	16	16	0	0	0	0	0	0	16	16	HE
7041624	SMS Hospital Municipal da Mulher Mariska Ribeiro	Público	0	0	10	10	0	0	11	11	4	4	25	25	HE
2270269	SMS Hospital Municipal Miguel Couto	Público	0	0	4	4	0	0	5	0	0	0	9	4	HG
2270609	SMS Hospital Municipal Lourenco Jorge	Público	0	0	10	10	0	0	15	15	4	4	29	29	HG
2295407	SMS Hospital Municipal Rocha Faria	Público	0	0	20	0	0	0	15	7	2	0	37	7	HG
7027397	SMS Maternidade Maria Amelia Buarque de Hollanda	Público	0	0	13	12	0	0	22	22	8	8	43	42	HE
2269945	SMS Hospital Maternidade Alexander Fleming	Público	0	0	10	10	0	0	11	11	4	4	25	25	HE
2280248	SMS Maternidade Carmela Dutra	Público	0	0	14	14	0	0	0	0	0	0	14	14	HE

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continuação)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
6995462	SMS Hospital Municipal Pedro II	Público	0	0	10	10	0	0	14	14	3	0	27	24	HG
2270714	SMS Hospital Maternidade Fernando Magalhaes	Público	0	0	18	18	0	0	24	24	6	6	48	48	HE
2297434	Hospital São Jose dos Lários	Privado sem fins lucrativos	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8	0	HG
6518893	SES Hospital da Mulher Heloneida Studart	Público	0	0	20	20	0	0	29	29	0	0	49	49	HE
2292912	Hospital Escola Luiz Gioseffi Jannuzzi	Privado sem fins lucrativos	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0	10	10	HG
7529384	SES Hospital Estadual dos Lagos Nossa Senhora de Nazareth	Público	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	13	0	HG
7938861	CIS Centro Integrado de Saúde	Privado sem fins lucrativos	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8	0	HG
2273748	HUV Hospital Universitário de Vassouras	Privado sem fins lucrativos	0	0	10	10	0	0	8	8	4	4	22	22	HG
25186	HINJA	Público	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	8	0	HG
9903496	GLN Hospitalar	Privado sem fins lucrativos	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	12	0	HG
25135	Hospital Municipal São Joao Batista	Público	0	0	10	10	0	0	4	0	2	0	16	10	HG

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continuação)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
6255981	Neovida (Volta Redonda)	Privado	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	11	0	HE
26050	Hospital Santa Cecília	Privado sem fins lucrativos	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	6	0	HG
5108969	Hospital Unimed (Campos dos Goytacazes)	Privado	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	11	0	HG
2287250	Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos	Privado sem fins lucrativos	0	0	0	0	20	8	5	0	0	0	25	8	HG
3410374	UTI Neonatal Nicola Albano	Privado	0	0	0	0	48	0	40	0	0	0	88	0	HE
3014673	Hospital Daniel Lipp	Privado	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	10	0	HG
6121705	UTI Rio Serviços Médicos Ltda	Privado	0	0	0	0	60	0	5	0	0	0	65	0	HE
3315924	UTI Neonatal Nicola Albano	Privado	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	20	0	HE
7591136	Maternidade Municipal Mariana Bulhões	Público	0	0	0	0	25	0	0	0	0	0	25	0	HE
2275635	Hospital Santa Teresa	Privado sem fins lucrativos	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	7	0	HG
3152626	UPNI	Privado	0	0	0	0	9	0	8	0	0	0	17	0	HE
7659415	Hospital Oeste D'or	Privado	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	16	0	HG

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(continuação)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
9151583	Hospital Real D'or	Privado	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	12	0	HG
5188326	Llak Medicina Neonatal	Privado	0	0	0	0	20	0	0	0	0	0	20	0	HE
6670504	Llak Medicina Neonatal Bangu	Privado	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	13	0	HE
2269880	MS HGB Hospital Geral de Bonsucesso	Público	0	0	0	0	12	12	22	0	6	0	40	12	HG
2269988	MS HSE Hospital dos Servidores do Estado	Público	0	0	0	0	8	8	12	12	0	0	20	20	HG
2269783	UERJ Hospital Universitário Pedro Ernesto	Público	0	0	0	0	25	25	0	0	0	0	25	25	HG
6933823	Neo Unidas Terapia Intensiva Neonatal	Privado	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	15	0	HE
2296616	UFRJ Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira	Público	0	0	0	0	4	4	0	0	0	0	4	4	HE
2297795	Hospital das Clínicas de Teresópolis	Privado sem fins lucrativos	0	0	0	0	6	0	6	6	0	0	12	6	HG
6635148	Hospital Unimed	Privado	0	0	0	0	6	0	6	0	0	0	12	0	HG
6200702	Hospital Municipal Dr. Rodolpho Perissé	Público	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2	1	HG
6007317	Hospital Municipal Moacyr Rodrigues do Carmo	Público	0	0	0	0	0	0	10	10	0	0	10	10	HG
2280396	Hospital Municipal Ângela Maria Simões Menezes	Público	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	HG

**APÊNDICE E** – Unidades de Saúde do estado do Rio de Janeiro, com leitos neonatais existentes e disponíveis ao SUS, distribuídos por modalidade e cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, no ano de 2020, por tipo de estabelecimento e natureza jurídica

(conclusão)

Código CNES	Unidades de Saúde	Natureza jurídica	UTIN I		UTIN II		UTIN III		UCINCo		UCINCa		Total leitos	Total leitos SUS	Tipo
			Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS	Leitos	Leitos SUS			
2271826	Hospital Maternidade Doutor Mario Dutra de Castro	Público	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	6	0	HE
2267187	Hospital Flavio Leal	Privado sem fins lucrativos	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3	0	HG
6753469	Hospital Central do Exército	Público	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	7	0	HG
5717256	Hospital Municipal Ronaldo Gazolla	Público	0	0	0	0	0	0	10	0	5	0	15	0	HG
5412447	Hospital Público Municipal de Macaé	Público	0	0	10	0	0	0	4	0	0	0	14	0	HG
2285916	Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião	Privado sem fins lucrativos	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	HG
<b>TOTAL</b>			<b>256</b>	<b>16</b>	<b>715</b>	<b>294</b>	<b>400</b>	<b>71</b>	<b>461</b>	<b>248</b>	<b>82</b>	<b>60</b>	<b>1914</b>	<b>689</b>	

Legenda: Hospital Especializado (HE); Hospital Geral (HG).

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).

**APÊNDICE F** – Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS, do Brasil, região Sudeste e estado do Rio de Janeiro, por modalidade, no ano de 2020, extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(continua)

UF	UTIN I		UTIN II		UTIN III		Total UTIN		U. Interm. Neonatal*		UCINCo		Total UCINCo**		UCINCa		Total Leitos neonatais		% Leitos Brasil	
	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS
AC	0	<b>0</b>	28	<b>15</b>	0	<b>0</b>	28	<b>15</b>	0	<b>0</b>	18	<b>16</b>	18	<b>16</b>	24	<b>13</b>	70	<b>44</b>	0,4	<b>0,5</b>
AL	10	<b>0</b>	104	<b>75</b>	28	<b>9</b>	142	<b>84</b>	0	<b>0</b>	167	<b>131</b>	167	<b>131</b>	42	<b>17</b>	351	<b>232</b>	2,2	<b>2,5</b>
AM	26	<b>0</b>	59	<b>59</b>	5	<b>0</b>	90	<b>59</b>	12	<b>12</b>	80	<b>73</b>	92	<b>85</b>	79	<b>52</b>	261	<b>196</b>	1,6	<b>2,1</b>
AP	6	<b>0</b>	34	<b>20</b>	0	<b>0</b>	40	<b>20</b>	0	<b>0</b>	33	<b>18</b>	33	<b>18</b>	7	<b>6</b>	80	<b>44</b>	0,5	<b>0,5</b>
BA	32	<b>0</b>	337	<b>226</b>	5	<b>0</b>	374	<b>226</b>	0	<b>0</b>	316	<b>155</b>	316	<b>155</b>	132	<b>68</b>	822	<b>449</b>	5,2	<b>4,8</b>
CE	23	<b>0</b>	235	<b>177</b>	17	<b>0</b>	275	<b>177</b>	30	<b>15</b>	335	<b>275</b>	365	<b>290</b>	76	<b>51</b>	716	<b>518</b>	4,5	<b>5,5</b>
DF	21	<b>0</b>	101	<b>38</b>	82	<b>38</b>	204	<b>76</b>	0	<b>0</b>	137	<b>25</b>	137	<b>25</b>	68	<b>0</b>	409	<b>101</b>	2,6	<b>1,1</b>
ES	37	<b>0</b>	231	<b>120</b>	0	<b>0</b>	268	<b>120</b>	5	<b>5</b>	93	<b>49</b>	98	<b>54</b>	31	<b>18</b>	397	<b>192</b>	2,5	<b>2,1</b>
GO	22	<b>0</b>	234	<b>117</b>	20	<b>0</b>	276	<b>117</b>	18	<b>18</b>	67	<b>10</b>	85	<b>28</b>	10	<b>5</b>	371	<b>150</b>	2,3	<b>1,6</b>
MA	0	<b>0</b>	175	<b>132</b>	0	<b>0</b>	175	<b>132</b>	13	<b>13</b>	157	<b>56</b>	170	<b>69</b>	51	<b>28</b>	396	<b>229</b>	2,5	<b>2,5</b>
MG	112	<b>0</b>	727	<b>579</b>	98	<b>10</b>	937	<b>589</b>	6	<b>6</b>	303	<b>240</b>	309	<b>246</b>	109	<b>93</b>	1.355	<b>928</b>	8,6	<b>9,9</b>
MS	12	<b>0</b>	55	<b>46</b>	18	<b>8</b>	85	<b>54</b>	6	<b>6</b>	77	<b>62</b>	83	<b>68</b>	17	<b>13</b>	185	<b>135</b>	1,2	<b>1,4</b>
MT	35	<b>0</b>	148	<b>85</b>	10	<b>0</b>	193	<b>85</b>	0	<b>0</b>	34	<b>23</b>	34	<b>23</b>	21	<b>14</b>	248	<b>122</b>	1,6	<b>1,3</b>
PA	57	<b>0</b>	196	<b>184</b>	8	<b>0</b>	261	<b>184</b>	10	<b>10</b>	260	<b>206</b>	270	<b>216</b>	37	<b>26</b>	568	<b>426</b>	3,6	<b>4,6</b>
PB	20	<b>4</b>	79	<b>59</b>	20	<b>0</b>	119	<b>63</b>	2	<b>2</b>	78	<b>56</b>	80	<b>58</b>	36	<b>31</b>	235	<b>152</b>	1,5	<b>1,6</b>

**APÊNDICE F** – Leitos neonatais totais e disponíveis ao SUS, do Brasil, região Sudeste e estado do Rio de Janeiro, por modalidade no ano de 2020, extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

(conclusão)

UF	UTIN I		UTIN II		UTIN III		Total UTIN		U. Interm. Neonatal		UCINCo		Total UCINCo**		UCINCa		Total Leitos neonatais		% Leitos Brasil	
	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS	Total	SUS
PE	37	0	203	116	18	18	258	134	56	56	165	124	221	180	57	53	536	367	3,4	3,9
PI	32	0	72	57	10	0	114	57	14	11	71	53	85	64	23	21	222	142	1,4	1,5
PR	26	0	438	325	138	93	602	418	2	1	199	143	201	144	24	22	827	584	5,2	6,2
<b>RJ</b>	<b>256</b>	<b>16</b>	<b>715</b>	<b>294</b>	<b>400</b>	<b>71</b>	<b>1.371</b>	<b>381</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>435</b>	<b>222</b>	<b>461</b>	<b>248</b>	<b>82</b>	<b>60</b>	<b>1.914</b>	<b>689</b>	<b>12,1</b>	<b>7,4</b>
RN	16	0	135	91	0	0	151	91	0	0	35	30	35	30	40	40	226	161	1,4	1,7
RO	6	0	65	31	0	0	71	31	4	4	55	41	59	45	10	6	140	82	0,9	0,9
RR	0	0	14	8	0	0	14	8	0	0	20	20	20	20	6	6	40	34	0,3	0,4
RS	21	0	361	274	112	65	494	339	3	3	225	200	228	203	106	93	828	635	5,2	6,8
SC	67	0	169	150	13	7	249	157	2	2	99	47	101	49	27	19	377	225	2,4	2,4
SE	16	0	64	64	7	0	87	64	0	0	84	60	84	60	28	27	199	151	1,3	1,6
SP	668	0	1.281	872	465	304	2.414	1.176	112	112	1.133	786	1.245	898	231	178	3.890	2.252	24,6	24,1
TO	10	0	56	38	0	0	66	38	9	9	75	45	84	54	13	13	163	105	1,0	1,1

Legenda: Unidade Federativa (UF); Unidade de Terapia Intensiva (UTIN); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo); Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa); Unidade de Cuidado Intermediário (UCIN).

Nota- \*\*O total UCINCo se refere à soma dos leitos de UCINCo- código 92 no CNES aos leitos de Unidade Intermediária Neonatal- código 65 no CNES.

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil (2021b).



**ANEXO A – Tabela de Natureza Jurídica utilizada na classificação das Unidades de Saúde com leitos neonatais no Rio de Janeiro em 2020**

(continua)

<b>Administração Pública</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Denominações</b>
101-5	Órgão Público do Poder Executivo Federal
102-3	Órgão Público do Poder Executivo Estadual ou do Distrito Federal
103-1	Órgão Público do Poder Executivo Municipal
104-0	Órgão Público do Poder Legislativo Federal
105-8	Órgão Público do Poder Legislativo Estadual ou do Distrito Federal
16-6	Órgão Público do Poder Legislativo Municipal
107-4	Órgão Público do Poder Judiciário Federal
108-2	Órgão Público do Poder Judiciário Estadual
110-4	Autarquia Federal
111-2	Autarquia Estadual ou do Distrito Federal
112-0	Autarquia Municipal
113-9	Fundação Pública de Direito Público Federal
114-7	Fundação Pública de Direito Público Estadual ou do Distrito Federal
115-5	Fundação Pública de Direito Público Municipal
116-3	Órgão Público Autônomo Federal
117-1	Órgão Público Autônomo Estadual ou do Distrito Federal
118-0	Órgão Público Autônomo Municipal
119-8	Comissão Polinacional
121-0	Consórcio Público de Direito Público (Associação Pública)
122-8	Consórcio Público de Direito Privado
123-6	Estado ou Distrito Federal
124-4	Município
125-2	Fundação Pública de Direito Privado Federal
126-0	Fundação Pública de Direito Privado Estadual
127-9	Fundação Pública de Direito Privado Municipal
128-7	Fundo Público da Administração Indireta Federal
129-5	Fundo Público da Administração Indireta Estadual ou do Distrito Federal
130-9	Fundo Público da Administração Indireta Municipal
131-7	Fundo Público da Administração Direta Federal
132-5	Fundo Público da Administração Direta Estadual ou do Distrito Federal
133-3	Fundo Público da Administração Direta Municipal
134-1	União
<b>Entidades Empresariais</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Denominações</b>
201-1	Empresa Pública
203-8	Sociedade de Economia Mista
204-6	Sociedade Anônima Aberta
205-4	Sociedade Anônima Fechada
206-2	Sociedade Empresária Limitada
207-0	Sociedade Empresária em Nome Coletivo

**ANEXO A – Tabela de Natureza Jurídica utilizada na classificação das Unidades de Saúde com leitos neonatais no Rio de Janeiro em 2020**

(continuação)

<b>Entidades Empresariais</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Denominações</b>
208-9	Sociedade Empresária em Comandita Simples
209-7	Sociedade Empresária em Comandita por Ações
212-7	Sociedade em Conta de Participação
213-5	Empresário (individual)
214-3	Cooperativa
215-1	Consórcio de sociedades
216-0	Grupo de Sociedades
217-8	Estabelecimento, no Brasil, de Sociedade Estrangeira
219-4	Estabelecimento, no Brasil, de Empresa Binacional Argentino-Brasileira
221-6	Empresa Domiciliada no Exterior
222-4	Clube/Fundo de Investimento
223-2	Sociedade Simples Pura
224-0	Sociedade Simples Limitada
225-9	Sociedade Simples em Nome Coletivo
226-7	Sociedade Simples em Comandita Simples
227-5	Empresa Binacional
228-3	Consórcio de Empregadores
229-1	Consórcio Simples
230-5	Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Empresária)
231-3	Empresa Individual de Responsabilidade Limitada (de Natureza Simples)
232-1	Sociedade Unipessoal de Advogados
233-0	Cooperativa de Consumo
<b>Entidades sem Fins Lucrativos</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Denominações</b>
303-4	Serviço Notarial e Registral (Cartório)
306-9	Fundação Privada
307-7	Serviço Social Autônomo
308-5	Condomínio Edilício
310-7	Comissão de Conciliação Prévia
311-5	Entidade de Mediação e Arbitragem
313-1	Entidade Sindical
320-4	Estabelecimento, no Brasil, de Fundação ou Associação Estrangeiras
321-2	Fundação ou Associação Domiciliada no Exterior
322-0	Organização Religiosa
323-9	Comunidade Indígena
324-7	Fundo Privado
325-5	Órgão de Direção Nacional de Partido Político
326-3	Órgão de Direção Regional de Partido Político
327-1	Órgão de Direção Local de Partido Político
328-0	Comitê Financeiro de Partido Político
329-8	Frente Plesbicitaria ou Referendaria

**ANEXO A – Tabela de Natureza Jurídica utilizada na classificação das Unidades de Saúde com leitos neonatais no Rio de Janeiro em 2020**

(conclusão)

<b>Entidades sem Fins Lucrativos</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Denominações</b>
<b>330-1</b>	Organização Social (OS)
<b>331-0</b>	Demais condomínios
<b>399-9</b>	Associação Privada
<b>Pessoas Físicas</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Denominações</b>
<b>401-4</b>	Empresa Individual Imobiliária
<b>402-2</b>	Segurado Especial
<b>408-1</b>	Contribuinte Individual
<b>409-0</b>	Candidato a Cargo Político Eletivo
<b>411-1</b>	Leiloeiro
<b>412-0</b>	Produtor Rural (Pessoa Física)
<b>Organizações Internacionais e Outras Instituições Extraterritoriais</b>	
<b>Códigos</b>	<b>Denominações</b>
<b>501-0</b>	Organização Internacional
<b>502-9</b>	Representação Diplomática Estrangeira
<b>503-7</b>	Outras Instituições Extraterritoriais

Fonte: IBGE, 2021.

## ANEXO B – Carta de Anuência

02/12/2021 17:43

SEI/ERJ - 25003188 - Despacho de Encaminhamento de Documento



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria Geral

**CARTA DE ANUÊNCIA DA ÁREA TÉCNICA SES/RJ**  
Fluxo baseado na Resolução SES/RJ nº 2.361/2021  
Carta em concordância com a Carta nº 0212/CONEP/CNS/2010  
Carta em concordância com a Resolução CNS 466/2012

O setor de Coordenação de Pesquisa da Superintendência de Educação em Saúde da SES/RJ, em conjunto com a Área Técnica Superintendência de Regulação da SES/RJ vem por meio desta declarar estar ciente e conceder anuência para que o/a pesquisador(a) Alessandra Georgia Carrazêdo Torres, da instituição: "Universidade do Estado do Rio de Janeiro" para realização da pesquisa intitulada "Estimativas de necessidade, oferta e distribuição territorial de leitos de Terapia Intensiva e de Cuidado Intermediário Neonatais no Estado do Rio de Janeiro, de 2010 a 2020" no âmbito da SES/RJ.

Declara-se ainda, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente protocolo de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes do projeto de pesquisa nela recrutados dispondo da infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Declara-se esta autorização está condicionada a realização de pesquisa em banco de dados com restrição de identificações pessoais ou informações classificadas como sigilosas por razões de segurança e saúde pública, previsto pela legislação de acesso à informação pública - Lei nº 12.527/2011. Caso o pesquisador solicite dados que não estão previstos nesta legislação será necessário que o projeto seja submetido à(s) Comitê(s) de Ética em Pesquisa pertinentes. No caso da não aprovação do protocolo em comitê de ética de pesquisa ocorrerá a retirada automática da anuência das Áreas Técnicas desta instituição.

Carina Pacheco Teixeira  
Superintendente de Educação em Saúde  
ID: Funcional 50005839

Kitty Crawford  
Superintendente de Regulação  
ID: 5083312-0



Documento assinado eletronicamente por **Carina Pacheco Teixeira, Superintendente**, em 24/11/2021, às 15:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kitty Crawford, Superintendente**, em 02/12/2021, às 17:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento nos art. 21º e 22º do [Decreto nº 46.730, de 9 de agosto de 2019](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_documento\\_externo=6](http://sei.fazenda.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_documento_externo=6) informando o código verificador **25003188** e o código CRC **E652E567**.

Referência: Processo nº SEI-080001/026222/2021

SEI nº 25003188

Rua México, 128, - Bairro Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-142  
Telefone: - [www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)