



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência
Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar

NOTA INFORMATIVA Nº 367/2021-CGAHD/DAHU/SAES/MS

1.

ASSUNTO

Ações realizadas pelo Ministério da Saúde para ampliação e habilitação/autorização de leitos e Unidades de Terapia Intensiva durante a pandemia da COVID-19.

2.

APRESENTAÇÃO

Trata-se de Nota Informativa com a finalidade de assentar as ações conduzidas pelo Ministério da Saúde relacionadas ao plano de ampliação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva e de Suporte Ventilatório Pulmonar junto aos entes subnacionais, para atendimento de pacientes COVID-19, consoante critérios dispostos nas Portarias GM MS ns.: 829, de 28 de abril de 2021, e 1.412, de 28 de junho de 2021.

2.1. TERAPIA INTENSIVA COMO POLÍTICA NO SUS

Inicialmente, a Terapia Intensiva representa uma área estratégica dentro do sistema de saúde brasileiro, seja pela complexidade de suas ações ou pelo papel que representa, direta ou indiretamente, nas ações ligadas às urgências e emergências e alta complexidade.

Essencial o registro de que, desde o ano de 1994, o Ministério da Saúde habilita leitos de Unidade de Terapia Intensiva, consoante se pode depreender dos dados extraídos do SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

A proposta para a área de Terapia Intensiva vem sendo construída, com o passar dos anos, de forma a responder às dificuldades históricas, quais sejam: superlotação dos pronto-socorros, insuficiência de leitos de retaguarda para pós-operatório, ausência de alternativa de internação hospitalar para pacientes semicríticos, precariedade da regulação de leitos, carência de recursos humanos qualificados, e ainda, processo assistencial (padronização, acompanhamento e avaliação das ações) sem a devida incorporação à prática cotidiana nestas unidades.

O Brasil tem convivido com dificuldades históricas em relação ao acesso a leitos de UTI. O primeiro deles diz respeito à quantidade de leitos existentes. O segundo relaciona-se essencialmente ao processo de qualificação desses serviços. Razão pela qual as ações tem sido empreendidas no sentido de sedimentar uma política para o paciente crítico, ou potencialmente crítico, sob uma perspectiva sistêmica da Terapia Intensiva, integrada e multifacetada ao ambiente hospitalar e às demais áreas de atenção à saúde, devendo ainda considerar aspectos técnicos, tecnológicos, organizacionais e de humanização.

Após o ano de 2015, com a informatização dos processos de trabalho nos Órgãos da Administração Pública Federal, foi criado o Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde – SAIPS, cujo objetivo era abrigar os processos de habilitação de leitos - e outras habilitações de serviços - com o intuito de dar mais transparência e celeridade aos procedimentos relacionados à habilitação.

Até a migração completa dos processos aos recursos tecnológicos, as solicitações de leitos de UTI eram tratadas no Ministério da Saúde por meio

de processos físicos, os quais eram do mesmo modo submetidos à análise técnica da área competente. Os gestores de saúde, então, protocolavam no Ministério da Saúde os Ofícios e documentos exigidos em normativa, a fim de que viabilizasse o prosseguimento de análise técnica.

Destaca-se que, ao longo dos anos, foram sendo incorporadas outras tipologias de leitos de UTI para o aprimoramento da política e instrumentalizar os gestores de saúde. O recurso de custeio foi incorporado ao processo de habilitação de leitos a partir do ano de 2003.

No ano de 2019, antes do início da epidemia, os leitos de UTI tinham a seguinte configuração:

1. UTI Adulto Tipo I, II e III;
2. UTI Pediátrica Tipo I, II e III; e
3. UTI Neonatal Tipo I, II e III.

Com a epidemia provocada pelo Coronavírus, foi adicionada tipologia específica dentro da mesma lógica das tipologias já existentes. O foco desses leitos era absorção exclusiva de pacientes positivados para COVID-19 com agravamento do quadro.

Assim foram criadas as seguintes classificações no SCNES:

1. UTI Adulto Tipo II - SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - COVID-19; e
2. UTI Pediátrica Tipo II - SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) - COVID-19.

Como continuidade, a seguir, apresentar-se-ão especificamente explanações acerca do processo relacionado aos leitos de UTI COVID-19.

2.2 BREVE ENTENDIMENTO SOBRE O PROCESSO DE HABILITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE LEITOS DE UTI NA PANDEMIA DA COVID-19.

Primeiramente, importante registrar, como já mencionado, que a política de leitos de UTI está inserida no contexto das ações convencionais da Pasta, consistindo na habilitação de leitos e seu respectivo custeio.

Com o advento da pandemia, no final do ano de 2019 e transição para o ano de 2020, foram necessárias a criação de estratégias emergenciais com o fito de amparar os entes subnacionais a lidarem com as pressões que os serviços do Sistema Único de Saúde sofreriam, sobretudo com a possibilidade de demandas crescentes de leitos de unidade de terapia intensiva, considerando os riscos de agravamento da doença decorrente da infecção pelo Coronavírus.

No ano de 2019, tínhamos um total de 22.417 leitos de UTI para atendimento a pacientes de todo o território nacional nas 3 (três) tipologias, Adulto, Pediátrica e Neonatal. Em 2020, esse quantitativo evoluiu, levando em conta apenas a tipologia COVID-19, para 19.517 leitos habilitados (Fonte: LocalizaSUS – Acesso em 09/10/21), bem como, no ano de 2021, chegamos a um número de leitos autorizados de aproximadamente 27.000 (Fonte: LocalizaSUS – Acesso em 09/10/21).

Então, comparativamente, é possível depreender que, primeiro, tínhamos apenas 3 tipologias para leitos de UTI, isto é, apenas os convencionais, Pediátrico, Neonatal e Adulto. No início da pandemia, o Ministério da Saúde criou ações como ferramentas para o enfrentamento aos efeitos provocados pelo comportamento e trajetória do Coronavírus. Uma dessas ações resultou na criação de tipologia de leito de UTI específica para atendimento de pacientes pediátricos e adultos graves diagnosticados com COVID-19, somando então os quantitativos dos leitos específicos COVID-19 aos já existentes 22.417 leitos de UTI convencionais. Abaixo, para uma melhor avaliação, o quantitativo de leitos de UTI convencionais SUS na competência dezembro de 2019 (Sistemas Oficiais do MS – Extração NTI-DAHU-SAES – 08 de

outubro de 2021):

	UTIS SUS – COMPETÊNCIA DEZ 2019			
UF	UTI ADU SUS	UTI PED SUS	UTI NEO SUS	TOTAL UTI SUS
AC	33	11	15	59
AL	176	41	84	301
AM	182	113	59	354
AP	12	5	20	37
BA	758	131	220	1.109
CE	428	97	175	700
DF	181	70	87	338
ES	326	23	120	469
GO	516	93	117	726
MA	303	43	132	478
MG	2.013	194	592	2.799
MS	189	33	54	276
MT	198	18	85	301
PA	342	104	164	610
PB	290	76	63	429
PE	796	118	134	1.048
PI	147	22	47	216
PR	1.218	172	420	1.810
RJ	1.192	144	381	1.717
RN	201	33	91	325
RO	159	18	36	213

RR	17	10	8	35
RS	975	193	352	1.520
SC	533	87	157	777
SE	146	20	64	230
SP	3.521	727	1.160	5.408
TO	73	21	38	132
TOTAL	14.925	2.617	4.875	22.417

Fonte: Sistemas Oficiais – Ministério da Saúde – Dados extraídos NTI-DAHU (Acesso em 08.10.21)

Esse aumento do quantitativo de leitos se deu em razão de dois ciclos críticos vivenciados pelo Brasil, com a disseminação rápida do vírus e aumento da contaminação, o que aumentou consequentemente o número de casos graves, culminando com o colapso de sistemas de saúde locais por conta da necessidade de internação em leitos especializados e de terapia intensiva.

Ao longo dos anos de 2020 e 2021, foram publicadas algumas portarias que regulamentavam o processo de habilitação de leitos; no entanto, muito embora a nomenclatura tenha sido alterada, de habilitação para autorização, não afetou os procedimentos para a consecução das habilitações. Nessa revisão da normativa, com o fito principal de aumentar o acesso da população aos leitos de UTI e, também, com foco no paciente, intencionou-se dar mais celeridade e gerar menos problemas de execução das autorizações. As portarias responsáveis pela regulamentação dos processos de habilitação de leitos em ordem cronológica, entre os anos de 2020 e 2021, são:

1. PT GM MS n. 414, de 18 de março de 2020;
2. PT GM MS n. 568, de 26 de março de 2020;
3. PT GM MS n. 1.802, de 20 de julho de 2020;
4. PT GM MS n. 3.300, de 4 de dezembro de 2020; e
5. PT GM MS n. 829, de 28 de abril de 2021 (VIGENTE).

O processo de habilitação/autorização dos leitos pelo Ministério da Saúde é fundamentado nas informações consignadas pelos entes subnacionais, via planos de contingência, resultante de deliberações bipartite, nas quais os gestores locais definem quais as unidades de saúde poderão ter os leitos, no quantitativo pactuado, que melhor servirão às suas particularidades locais.

Com isso, os princípios da Descentralização e da Regionalização do SUS são respeitados sem que haja interferência federal, promovendo assim a autonomia preconizada.

Importante destacar que, até 20 de Agosto de 2020, as solicitações de autorização dos leitos de UTI COVID-19 eram efetuadas pelos gestores de saúde, por meio de ofício, ao Ministério da Saúde.

Com vistas a proporcionar maior fluidez e solucionar dificuldades na consecução das ações, porquanto se constatou que as solicitações de habilitação feitas por ofício acabaram provocando morosidade nas análises e dificultando o controle administrativo, foi criado um módulo no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS) para cadastramento de propostas.

Vale destacar que o SAIPS foi sistema criado para dar mais transparência e agilidade aos processos de habilitação de serviços e leitos. O gestor insere a sua proposta e documentos necessários, que estejam em conformidade com as exigências normativas e submete à análise da área finalística responsável por aquela política. Sublinhe-se que o Sistema já era utilizado anteriormente, não foi criado para a COVID-19. Contudo, para melhorar o processo de análise, acesso dos gestores, intercomunicação e controle administrativo, foi criado módulo específico para os leitos COVID-19.

Com objetivo de possibilitar o entendimento e dar maior transparência ao fluxo de análise de propostas, desde sua inserção no sistema, abaixo o passo a passo do *modus operandi* da área técnica para análise de mérito das demandas:

1. Os gestores de saúde, com base em suas necessidades em âmbito local e decisão discricionária, efetuam o cadastro das propostas no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS);
2. A Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar/DAHU/SAES recebe as propostas no SAIPS e gera um relatório por ordem cronológica;
3. As propostas são analisadas com fundamento nos critérios normativos vigentes (PT GM/MS nº 829/2021) e com base na previsão constante dos planos de contingência;
4. As propostas que atenderem os critérios técnicos e normativos dão ensejo a abertura de processo no Sistema Eletrônico de Informações (SEI), gerando a elaboração de minuta de portaria acompanhada de nota informativa com a justificativa da produção da minuta;
5. O processo então é assinado pelas chefias da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar (CGAHD/DAHU/SAES/MS) e Departamento de Atenção Hospitalar Domiciliar e de Urgência (DAHU/SAES/MS), seguindo para avaliação do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC/SAES/MS) para apreciação e manifestação quanto à disponibilidade orçamentária e encaminhamento da minuta de portaria para publicação.

Sublinhe-se que após publicada a portaria com a habilitação do leito e aprovação do custeio, o Ministério da Saúde, independente da data de inserção da proposta no sistema, seja no início, meio ou final do mês, sempre efetua o repasse do mês cheio.

Cabe ressaltar que as solicitações registradas no SAIPS, por iniciativa dos gestores de saúde em âmbito local, são analisadas respeitando a ordem cronológica de recebimento. Não há priorização de Região ou Unidade Federada, porquanto todos, guardadas as devidas diferenças regionais, possuem as suas carências e necessidades.

As propostas inseridas no SAIPS pelos gestores de saúde locais são analisadas diariamente pela área técnica responsável com agilidade que requer a situação de epidemia atual, visando dar celeridade ao processo de habilitação ou autorização e proporcionar maior acesso aos serviços de saúde à população brasileira, seguindo os critérios das Portarias vigentes.

Em razão da transição de exercício orçamentário e financeiro, a CGAHD/DAHU/SAES, em parceria com o DRAC/SAES, teve a preocupação de manter os recursos e os leitos para atendimento à população brasileira, destinando, por meio da Portaria GM/MS nº 3.896/2020, um montante de recursos aos Estados para cobertura das demandas assistenciais justamente pensando nas necessidades desse momento.

Em tempo, a Portaria SAES n. 237/2020 foi publicada com a definição do valor do custeio do leito de UTI em R\$1.600,00 (mil e seiscentos reais), o que não significa dizer que seja o único valor federal a cobrir esse leito, pois serviços adicionais, como exames específicos e transfusões sanguíneas, por exemplo, podem ser incluídos. Além das contrapartidas dos entes subnacionais, isto é, a parcela do recurso federal não deve ser a única a remunerar o leito, haja vista que a responsabilidade pelas ações e financiamento do Sistema Único de Saúde é tripartite.

2.3. DESABILITAÇÃO/DESAUTORIZAÇÃO DE LEITOS DE UTI

Quanto à menção acerca de possível desabilitação/desautorização de leitos de UTI COVID-19, é importante salientar que não existe, por iniciativa do Ministério da Saúde, qualquer processo de desabilitação/ desautorização de leitos COVID-19. O Ministério da Saúde não determina o fechamento de leitos em nenhuma instituição hospitalar do Brasil.

O que ocorre, em verdade, consoante previsto na norma, é a publicação em portaria do cancelamento da autorização/habilitação com consequente exclusão do cadastro dos leitos, quando o gestor os solicita oficialmente, ou quando houver decreto do final da situação de emergência em saúde pública de importância nacional provocada pelo Coronavírus. Essas são as únicas possibilidades atualmente previstas pela Portaria GM MS n. 829, de 28 de abril de 2021, para a finalização do processo de autorização dos leitos de UTI COVID-19.

Reiterando, somente existem duas situações para que um leito de UTI não esteja disponível ao ente federado: a) quando o gestor solicita a desabilitação/desautorização oficialmente; ou b) quando findar oficialmente a situação de emergência de saúde pública de importância nacional.

Essencial ressaltar que ateriormente as normativas vigentes de UTI COVID-19, essencialmente no ano de 2020, determinavam prazo de vigência dos leitos, tendo a habilitação o prazo de 90 (noventa) dias e as prorrogações das habilitações o tempo de 60 (sessenta) dias.

Antes de vencer esses prazos, o respectivo gestor do SUS poderia incluir novas solicitações para a prorrogação e renovação de habilitação dos mesmos leitos, evitando-se, assim, solução de continuidade. Ou seja, o Ministério da Saúde não deixou de cumprir com a sua responsabilidade tanto no processo administrativo como no financiamento federal de leitos de UTI COVID-19, em todo o Brasil.

2.4. LEITOS DE SUPORTE VENTILATÓRIO PULMONAR

Os leitos de Suporte Ventilatório Pulmonar - LSVP, também, foram uma estratégia aliada aos leitos de UTI COVID-19, objetivando o acolhimento de pacientes com quadro leve a moderado da doença, os quais dependessem em alguma medida de algum tipo de auxílio respiratório.

O processo de habilitação/autorização de leitos de SVP é feito da mesma forma que o de leitos de UTI, ou seja, via SAIPS, e por iniciativa do gestor de saúde local, oficializando ao Ministério da Saúde a apresentação dos planos de contingência e deliberações CIB acerca dos estabelecimentos e quantitativo de leitos a serem habilitados. As análises seguem o mesmo rito dos leitos de UTI COVID-19, devendo seguir atualmente os critérios dispostos na Portaria GM MS n. 1.412, de 28 de junho de 2021.

Em adição, o processo de habilitação/autorização de leitos de SVP sofreu alterações para melhor excução das análises pela Pasta e, consequentemente, dar mais transparência e facilitar o acesso e controle pelos gestores de saúde requerentes. Segue o histórico das normativas regulamentadoras publicadas entre os anos de 2020 e 2021:

1. Portaria GM/MS nº 1.521, de 15 de junho de 2020;
2. Portaria GM/MS nº 1.862, de 29 de julho de 2020 (Alteração da Portaria GM/MS Nº 1.521, de 15 de junho de 2020);
3. Portaria GM/MS n. 3.467, de 17 de dezembro de 2020; e
4. Portaria GM/MS nº 471, de 17 de março de 2021;
5. Portaria GM/MS n. 1.412, de 28 de junho de 2021 (VIGENTE).

Explicita-se, ainda, que os leitos de SVP, ao contrário dos leitos de UTI, podem ser habilitados em unidades temporárias comumente conhecidas

peló nome de hospitais de campanha. No ano de 2021, foram habilitados 4.305 leitos de SVP.

2.5. AQUISIÇÃO DE VENTILADORES PULMONARES E ALUGUEL DE EQUIPAMENTOS DE UTI

No que diz respeito ao processo de aquisição de equipamentos, informamos que, no início do mês de abril de 2020, foi formalizado processo para aquisição de ventiladores pulmonares como estratégia no combate aos efeitos provocados pela trajetória e comportamento do Coronavírus, intencionando, com isso, a estruturação dos leitos hospitalares que recepcionariam os pacientes com diagnóstico positivo para a COVID-19. Foram firmados, então, cinco instrumentos contratuais, objetivando mui os gestores de ferramentas para o enfrentamento da epidemia. De acordo com o site Localizadas, foram distribuídos um total 17.888 ventiladores pulmonares para equipar os leitos de UTI COVID-19 dos estabelecimentos hospitalares em todo o território nacional.

Além da estratégia da aquisição de ventiladores, foi estabelecida a necessidade de contratação de empresa para o fornecimento de equipamentos para estruturação de leitos de UTI COVID-19; a ideia era cobrir as carências já existentes e anteriores ao processo da COVID-19. Por conseguinte, foi viabilizada a montagem de equipamentos que estruturaram um total de 540 (quinhentos e quarenta) leitos de UTI em todas as Unidades da Federação.

Para balizar e equacionar as necessidades dos ditos equipamentos, foram considerados os critérios objetivos, qualificadores e de priorização estabelecidos pela Portaria GM MS n. 1.587, de 19 de junho de 2020.

Posto isso, é pedida a restituição ao DAHU/SAES para, se de acordo, encaminhamento para ciência e prosseguimento junto ao NUJUR/SAES.

IANE NEVES
Coordenadora-Geral em Substituição
CGAHD/DAHU/SAES/MS

ADRIANA MELO TEIXEIRA
Diretora
DAHU/SAES/MS



Documento assinado eletronicamente por **Iane Andrade Neves, Coordenador(a)-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar substituto(a)**, em 19/10/2021, às 11:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Melo Teixeira, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência**, em 19/10/2021, às 11:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0023339080** e o código CRC **C233090B**.

Brasília, 19 de outubro de 2021.

