

A Disponibilidade de Leitos em Unidade de Tratamento Intensivo no SUS e nos Planos de Saúde Diante da Epidemia da COVID-19 no Brasil

Autores: Nilson do Rosário Costa – Pesquisador Titular em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz e Marcos Junqueira do Lago – Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Introdução

Esta nota técnica visa contribuir para o planejamento das decisões de alocação de recursos públicos e coordenação administrativa para a expansão da oferta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no contexto da epidemia associada ao novo coronavírus no Brasil. Os estudos convencionais sobre a disponibilidade e o investimento em leitos de UTI levam em consideração a transição epidemiológica e as mudanças demográficas (número e idade da população) ocorridas nas economias centrais para explicar o investimento neste tipo de suporte terapêutico. Portanto, o crescimento da demanda por leito de UTI nos sistemas nacionais de saúde complexos aparece usualmente associado a processos sociais e sanitários de longa duração¹.

A epidemia em curso da COVID-19 tem forçado a mudança de percepção sobre política de investimento em UTI em contexto de emergência em saúde pública, trazendo inédita exigência de rápida expansão da oferta governamental. Não resta dúvida que a presente epidemia encontrou muitos países afetados pela COVID-19 com baixa densidade de leitos em UTI: em 2012 a Espanha dispunha de 9,7 leitos de UTI por 100 mil habitantes; a China 4,6². Soma-se à baixa densidade da oferta, a questão da desigualdade na distribuição territorial dos leitos de UTI, decisiva na possibilidade de sobrevida de pacientes graves¹.

O Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus, do Ministério da Saúde, responde diretamente à possível demanda de suporte assistencial associada à epidemia da COVID-19 indicando que “*caso seja evidenciada a possibilidade de superação da capacidade de resposta hospitalar para atendimento dos casos graves, adaptação e ampliação de leitos e áreas hospitalares e a contratação emergencial de leitos de UTI pode ser necessária, com o objetivo de evitar óbitos.*”³

A infecção pelo novo coronavírus está associada à evolução de quadro clínico grave por parcela dos infectados. A Sociedade Brasileira de Infectologia afirma, com base na experiência da pandemia até o dia 12/3/2020, que “aproximadamente 80 a 85% dos casos são leves e não necessitam hospitalização, devendo permanecer em isolamento respiratório domiciliar; 15% necessitam internamento hospitalar fora da unidade de terapia intensiva (UTI) e menos de 5% precisam de suporte intensivo.”⁴ No entanto, as informações da epidemia da Itália, para o período de 31 de janeiro de 2020 a 18 de março de 2020, demonstram que 7,14% dos 35700 casos confirmados foram para tratamento intensivo⁵. Diante da magnitude da demanda por tratamento intensivo observada na experiência em curso da epidemia na Itália, é possível considerar que decisões rápidas e eficientes são necessárias para evitar um cenário de colapso na disponibilidade de leitos em UTI nas diversas cidades e regiões brasileiras. Além disso, a Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) alertava, em meados de fevereiro de 2020, que já não existiam leitos de UTI disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) em função da alta taxa de ocupação e que no setor privado hospitalar, sem vínculo com o SUS, 80% dos leitos estavam ocupados⁶.

Desenho do Estudo

Este é um estudo descritivo com o uso de dados transversais de livre acesso público para demonstrar a condição de disponibilidade de leitos de isolamento e de UTI no Sistema Único de Saúde (SUS) e no setor de planos médicos privados de assistência ou setor de saúde suplementar em dezembro de 2019. Os dados de 26 Estados, 26 Capitais e o Distrito Federal foram obtidos nos sítios do DATASUS (Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES), do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O modelo de financiamento público é uma opção para a provisão de assistência à saúde no Brasil por meio do SUS, contudo ele não é hegemônico. O setor saúde privado brasileiro apresenta elementos do modelo norte-americano pela presença no financiamento dos planos privados de assistência à saúde e do pagamento direto. Nas últimas duas décadas, o gasto privado de indivíduos e empresas em planos de saúde e pagamento direto tem se mantido acima do gasto público em saúde, distorcendo as decisões alocativas nacionais em infraestrutura⁷.

No âmbito do SUS, a Emenda Constitucional 95 de 2016, que instituiu o teto de gastos e congelou as aplicações mínimas da União em saúde, tem impossibilitado a

sustentação do aporte de recursos federais em infraestrutura. O Novo Regime Fiscal (NRF) retirou, na prática, o governo federal do pacto de financiamento tripartite do SUS e enfraqueceu a sua função na coordenação nacional do setor público.

Em decorrência deste arranjo, na análise de disponibilidade de leitos de UTI constata-se a existência de duas estruturas de provisão na área hospitalar no Brasil: 1) a rede pública no âmbito do SUS, composta por prestadores governamentais e privados contratados que atendem basicamente a população sem plano de saúde (SUS dependente); e 2) a rede privada independente da demanda governamental, financiada basicamente pela utilização dos segurados dos planos privados de assistência à saúde. Em dezembro de 2019, a ANS informava que 29% da população brasileira contratavam uma modalidade de plano privado de assistência hospitalar e ambulatorial.

A apresentação dos indicadores de densidade por 100 mil habitantes segue a conformação do setor saúde apontada acima e também o divide em dois segmentos: o setor público denominado Sistema Único de Saúde (SUS) e o setor privado representado pelo segmento de planos de assistência à saúde, regulado pela ANS. Em termos das estimativas das taxas por 100 mil habitantes, este estudo considera a população com planos privados de assistência médica privada como uma aproximação descritiva do grupo populacional brasileiro que utiliza *exclusivamente* os leitos privados não conveniados ao SUS. Esta simulação é robusta porque raros indivíduos e famílias, mesmo de alta renda, fazem o pagamento direto de serviços hospitalares. O que é dominante é a opção da utilização do leito hospitalar por meio dos planos privados de saúde em função das vantagens fiscais⁷.

O estudo usa como referência a taxa de ocupação de 85% dos leitos para definir o nível crítico ou catastrófico de disponibilidade de leitos em UTI na antevéspera da epidemia da Covid-19 de março de 2020 no Brasil. A referência da taxa de ocupação 85% dos leitos de UTI é baseada informações de documentos oficiais divulgadas pelo site independente Intercept Brasil⁸. Assim, em decorrência do pressuposto de que a taxa de ocupação dos leitos em UTI em dezembro de 2019 fosse de 85%, este trabalho considera que a disponibilidade bruta menor que cinco leitos de UTI por 100 mil habitantes configura uma condição de colapso na oferta tanto no SUS quanto no setor de Saúde Suplementar. Por exemplo, um Estado A que apresente a disponibilidade bruta de 18 leitos de UTI por 100 mil habitantes (X_1), considerando a taxa de utilização de 85% (Y_1) tem disponível apenas 2,5 leitos de UTI por 100 mil (W_1) habitantes a partir

da fórmula $X_1 - Y_1 = W_1$. Neste caso, a situação do estado na disponibilidade de leitos é catastrófica.

Resultados

A tabela 1 mostra que a disponibilidade de leitos de UTI por 100 mil habitantes nos subsistemas SUS e não SUS era expressivamente desigual entre as Regiões do país. No segmento público do SUS, a média da disponibilidade bruta de leito era de 13,6 leitos de UTI por 100 mil habitantes. No setor de planos privados de assistência à saúde era de 62,6 por 100 mil pessoas seguradas. A densidade média de leitos de UTI no setor de saúde complementar era 3,8 vezes superior à verificada no SUS. A tabela 2 mostra que esta discrepância era especialmente presente em Estados como Maranhão, Mato Grosso, Pará, Piauí, Rio de Janeiro, Rondônia e Tocantins.

A tabela 3 indica que, nas condições observadas em dezembro de 2019, apenas os Estados do Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo teriam a disponibilidade de igual ou mais de 10 leitos de UTI por 100 mil habitantes, em uma situação de ocupação de 50% destes leitos. Os demais estados teriam uma disponibilidade crítica (abaixo de 2 dígitos). Se ampliado o limiar crítico para uma taxa de ocupação de 80%, por exemplo, a situação na disponibilidade de leitos de UTI pode chegar ao colapso.

Nesse sentido, a tabela 4 revela que a disponibilidade de leitos de UTI no SUS, na mesma situação otimista de ocupação hipotética de apenas 50%, já era extremamente crítica em quase todos os Estados da federação, com exceção do Paraná, Rio Grande do Sul e São Paulo. Na prática, 68% da população brasileira residiam em um Estado da federação brasileira na condição crítica na disponibilidade de leitos de UTI em dezembro de 2019, mesmo usando parâmetros extremamente benevolentes para a taxa de ocupação.

A condição crítica na oferta de leitos de UTI nos Estados é agravada pela elevadíssima concentração nas Capitais, como mostra a tabela 5. Os habitantes em cidades pequenas, médio porte e das periferias metropolitanas podem enfrentar sérias barreiras de acesso ao cuidado intensivo mantido o cenário da concentração da oferta de dezembro de 2019.

A tabela 6 resume os principais resultados comentados, destacando que a maioria dos Estados brasileiros se encontra em condição crítica no que tange à disponibilidade bruta de leitos de UTI.

Discussão

A disponibilidade de leito de UTI é também é crucial para as manifestações clínicas severas causadas pela COVID-19.. Nesse sentido, considera-se nesta Nota Técnica que o sucesso da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) depende em larga medida da infraestrutura pública e privada disponível de leitos de UTI nos 26 Estados e do Distrito Federal. Em um cenário de incerteza quanto ao escopo e à escala da situação de emergência, torna-se particularmente crítico para a ESPIN tomar conhecimento da densidade (disponibilidade bruta desconsiderando a taxa de ocupação e o tempo médio de permanência) de leitos no país para que as decisões de investimento sejam tomadas com base em evidência.

Duas conclusões relevantes podem ser derivadas das evidências demonstradas nesta Nota Técnica:

- 1) A esperada existência de elevada disparidade regional e na relação Capital/Interior na disponibilidade de leitos de UTI, que precisa ser rapidamente superada em qualquer decisão de alocação de recursos anunciada pelo Ministério da Saúde;
- 2) A condição de colapso na disponibilidade de UTI na maioria dos Estados da Federação, com exceção do Rio de Janeiro, e do Distrito Federal quando considerada a taxa de ocupação de 85% dos leitos em dezembro de 2019.
- 3) Quando analisadas especificamente a oferta de leitos de UTI pelo SUS, todos os Estados se encontravam completamente colapsados na disponibilidade de leitos de UTI quando considerada a taxa de ocupação de 85% dos leitos em dezembro de 2019. Esta condição torna imperativa a cooperação do Ministério da Saúde com os governos Estaduais e Prefeitos das grandes cidades na urgente ampliação da infraestrutura hospitalar exigida pela epidemia da Covid-19.

- 4) Neste cenário, é necessário também ampliar a coordenação da oferta de leitos de UTI do SUS com a disponibilidade (e eventual folga organizacional) constatada no setor de saúde suplementar em poucos Estados para abrir espaço para que áreas geográficas do país sejam priorizadas pelo investimento governamental diante da situação emergencial instaurada pela epidemia da COVID-19. Na Espanha, por exemplo, as autoridades sanitárias governamentais assumiram controle direto das unidades privadas, incluindo os hospitais em março de 2020⁹.

Por fim, para além do número absoluto de leitos disponíveis, as formas de utilização de leitos de UTI no SUS e na Saúde Complementar precisam ser revisadas no contexto da emergência em saúde pública. A utilização das vagas na UTI ocorre por critérios substancialmente distintos nos dois subsistemas. Enquanto que no SUS as internações ocorrem muitas vezes de forma tardia com o paciente fora do tempo ideal para cuidados intensivos (isso acontece pela falta de vagas), no sistema privado suplementar, ao contrário, com frequência, há o excesso de encaminhamentos à UTI, onde a diária paga pelo plano de saúde é elevada, ampliando a receita da unidade hospitalar.

Muitos pacientes internados no SUS permanecem por longos períodos na UTI porque não há retaguarda para cuidados paliativos e tratamento domiciliar, o que impede disponibilidade de leitos. No sistema privado quando não há mais indicação terapêutica (paciente crônico dependente de aparelhos), as empresas de planos de saúde simplesmente interrompem o pagamento das diárias obrigando a alta do paciente e a demanda por internação no SUS.

Referências

1. Prin, M, Wunsch, H. International comparisons of intensive care: informing outcomes and improving standards. *Curr Opin Crit Care*. 2012, 18(6): 700–706.
2. Rhodes, A, Ferdinande, F, Flaatten, H, Guidet, B, Metnitz, PG, Moreno, RP. The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med*. 2012, (38):1647–1653.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus Covid-19. Brasília, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, Fevereiro. 2020, p. 7.

4. Sociedade Brasileira de Infectologia. Informe da Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) Sobre o Novo Coronavírus [Disponível em <https://www.infectologia.org.br/pg/1558/informativo-sobre-o-novo-coronavirus-para-profissionais-da-saude-e-publico-em-geral>] Acessado em 15/03/2020.
5. The Guardian. Londres, 18/03/2020 [Disponível em <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/18/coronavirus-lockdown-eu-belgium-germany-adopt-measures>]
6. O Globo. Rio de Janeiro, 11/03/2020 [Disponível em <https://oglobo.globo.com/sociedade/em-meio-pandemia-de-coronavirus-brasil-precisaria-de-3200-novos-leitos-de-uti-no-sus-24299306>].
7. Costa, NR, Vaitsman J. Universalization and Privatization: How Policy Analysis Can Help Understand the Development of Brazil's Health System. Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice. 2014. 16 (5): 441-456.
8. Intercept Brasil, 24 de Março de 2020 [Disponível em <https://theintercept.com/2020/03/24/coronavirus-abin-projeta-mortes/>]
9. The New York Times. Nova York, 13/03/2020 [Disponível em <https://www.nytimes.com/aponline/2020/03/13/world/europe/ap-eu-virus-outbreak-spain.html>]

TABELA 1 – DENSIDADE MÉDIA DE LEITOS EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E NO SETOR DE PLANOS PRIVADOS D E ASSISTÊNCIA À SAÚDE POR 100 MIL HABITANTES – BRASIL E GRANDES REGIÕES – DEZEMBRO DE 2019.

Grandes Regiões e Brasil	Total de Leitos de UTI por 100 mil habitantes	Total de Leitos de UTI por 100 mil habitantes SUS dependentes	Total de Leitos de UTI por 100 mil habitantes com plano de saúde
NORTE	15,4	10,6	74,0
NORDESTE	15,3	11,3	57,7
CENTRO-OESTE	28,7	14,2	82,0
SUDESTE	29,5	18,5	55,0
SUL	23,0	20,0	35
BRASIL	21,0	13,6	62,6

FONTES:

ANS: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

DATASUS/CNES: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=50

TABELA 2 – A DENSIDADE DE LEITOS EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO SEGUNDO O TOTAL DE HABITANTES E SEGUNDO A POPULAÇÃO SUS DEPENDENTE E COM PLANO DE SAÚDE. BRASIL E ESTADOS E DISTRITO FEDERAL – POR 100 MIL HABITANTES EM DEZEMBRO DE 2019.

Estados e Brasil	Total Leitos de UTI por 100 mil de habitantes	Total de Leitos de UTI por 100 mil habitantes SUS dependentes	Total de Leitos de UTI por 100 mil habitantes com plano de saúde
ACRE	13	10	54
ALAGOAS	15	11	52
AMAPÁ	14	7	97
AMAZONAS	16	13	65
BAHIA	15	9	63
CEARÁ	15	10	44
DISTRITO FEDERAL	42	15	112
ESPÍRITO SANTO	30	18	62
GOIÁS	23	14	65
MARANHÃ	30	14	109
MATO GROSSO	13	9	78
MATO GROSSO do SUL	20	14	42
MINAS GERAIS	22	19	33
PARÁ	16	10	70
PARAÍBA	19	15	59
PARANÁ	27	24	38
PERNAMBUCO	22	14	70
PIAUI	14	9	56
RIO DE JANEIRO	37	16	82
RIO GRANDE do NORTE	18	12	56
RIO GRANDE do SUL	23	20	35
RONDÔNIA	19	13	82
RORAIMA	13	11	46
SANTA CATARINA	19	16	32
SÃO PAULO	29	21	43
SERGIPE	16	13	41
TOCANTINS	17	10	104
BRASIL	21	13,6	62,6

FONTES:

ANS: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

DATASUS/CNES: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=50

TABELA 3 – SITUAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS DE UTI (SOMADOS OS LEITOS SUS E NÃO SUS) NOS CENÁRIOS DE TAXA DE OCUPAÇÃO DE 50% – BRASIL E ESTADOS E DISTRITO FEDERAL – POR 100 MIL HABITANTES EM DEZEMBRO DE 2019.

Estados e Brasil	Total de Leitos de UTI (SUS e Não SUS) por 100 mil habitantes (X_1)	Total de Leitos de UTI (SUS e Não SUS) por 100 mil habitantes em um cenário de ocupação de 85% (Y_1)	Condição de Disponibilidade (W_1)
ACRE	13	2,0	Catastrófica
ALAGOAS	15	2,3	Catastrófica
AMAPÁ	14	2,1	Catastrófica
AMAZONAS	16	2,4	Catastrófica
BAHIA	15	2,3	Catastrófica
CEARÁ	15	2,3	Catastrófica
DISTRITO FEDERAL	42	6,3	Crítica
ESPÍRITO SANTO	30	4,5	Catastrófica
GOIÁS	23	3,5	Catastrófica
MARANHÃ	30	4,5	Catastrófica
MATO GROSSO	13	2,0	Catastrófica
MATO GROSSO do SUL	20	3,0	Catastrófica
MINAS GERAIS	22	3,3	Catastrófica
PARÁ	16	2,4	Catastrófica
PARAÍBA	19	2,9	Catastrófica
PARANÁ	27	4,1	Catastrófica
PERNAMBUCO	22	3,3	Catastrófica
PIAUI	14	2,1	Catastrófica
RIO DE JANEIRO	37	5,6	Crítica
RIO GRANDE do NORTE	18	2,7	Catastrófica
RIO GRANDE do SUL	23	3,5	Catastrófica
RONDÔNIA	19	2,9	Catastrófica
RORAIMA	13	2,0	Catastrófica
SANTA CATARINA	19	2,9	Catastrófica
SÃO PAULO	29	4,4	Catastrófica
SERGIPE	16	2,4	Catastrófica
TOCANTINS	17	2,6	Catastrófica

FONTES:

ANS: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

DATASUS/CNES: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=50

TABELA 4 – SITUAÇÃO DE DISPONIBILIDADE LEITOS DE UTI NO SUS POR 100 MIL HABITANTES SUS DEPENDENTES NOS CENÁRIOS DE TAXA DE OCUPAÇÃO DE 50% – BRASIL E ESTADOS E DISTRITO FEDERAL – POR 100 MIL HABITANTES EM DEZEMBRO DE 2019.

Estados e Brasil	Total de Leitos de UTI no SUS por 100 mil habitantes SUS dependentes (X ₁)	Total de Leitos de UTI no SUS por 100 mil habitantes SUS dependentes em um cenário corrente de ocupação de 85% (Y ₁)	Condição de Disponibilidade (W ₁)
ACRE	10	1,5	Catastrófica
ALAGOAS	11	1,7	Catastrófica
AMAPÁ	7	1,1	Catastrófica
AMAZONAS	13	2,0	Catastrófica
BAHIA	9	1,4	Catastrófica
CEARÁ	10	1,5	Catastrófica
DISTRITO FEDERAL	15	2,3	Catastrófica
ESPÍRITO SANTO	18	2,7	Catastrófica
GOIÁS	14	2,1	Catastrófica
MARANHÃ	14	2,1	Catastrófica
MATO GROSSO	9	1,4	Catastrófica
MATO GROSSO do SUL	14	2,1	Catastrófica
MINAS GERAIS	19	2,9	Catastrófica
PARÁ	10	1,5	Catastrófica
PARAÍBA	15	2,3	Catastrófica
PARANÁ	24	3,6	Catastrófica
PERNAMBUCO	14	2,1	Catastrófica
PIAUI	9	1,4	Catastrófica
RIO DE JANEIRO	16	2,4	Catastrófica
RIO GRANDE do NORTE	12	1,8	Catastrófica
RIO GRANDE do SUL	20	3,0	Catastrófica
RONDÔNIA	13	2,0	Catastrófica
RORAIMA	11	1,7	Catastrófica
SANTA CATARINA	16	2,4	Catastrófica
SÃO PAULO	21	3,2	Catastrófica
SERGIPE	13	2,0	Catastrófica
TOCANTINS	10	1,5	Catastrófica
BRASIL	13,5	2,0	Catastrófica

FONTES:

ANS: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

DATASUS/CNES: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=50

TABELA 5 – NÍVEL DE CONCENTRAÇÃO EM CAPITAIS DO TOTAL DE LEITOS EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO– BRASIL, ESTADOS E DISTRITO FEDERAL (DF) – POR 100 MIL HABITANTES EM DEZEMBRO DE 2019.

Estados, Distrito Federal e Brasil	Percentual de Leitos de UTI nas Capitais e DF	Percentual da População na Capital
ACRE	62	47
ALAGOAS	67	29
AMAPÁ	71	60
AMAZONAS	93	52
BAHIA	55	18,5
CEARÁ	67	29
DISTRITO FEDERAL	100	95
ESPÍRITO SANTO	24	7,5
GOIÁS	60	22
MARANHÃ	53	15,5
MATO GROSSO	59	17,5
MATO GROSSO do SUL	49	32
MINAS GERAIS	34	12
PARÁ	56	17,5
PARAÍBA	45	20
PARANÁ	23	17
PERNAMBUCO	66	17
PIAUI	54	26
RIO DE JANEIRO	57	40
RIO GRANDE do NORTE	64	25
RIO GRANDE do SUL	38	13
RONDÔNIA	67	29
RORAIMA	64	74
SANTA CATARINA	16	7
SÃO PAULO	41	27
SERGIPE	86	28
TOCANTINS	57	14
BRASIL	56	29

FONTES:

ANS: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

DATASUS/CNES: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=50

TABELAS 6 – RESUMO DESCRITIVO DA SITUAÇÃO NOS ESTADOS E DISTRITO FEDERAL NA DISPONIBILIDADE DE LEITOS DE UTI POR 100 MIL HABITANTES – BRASIL - DEZEMBRO DE 2019.

CONDIÇÃO DE CRITICIDADE OBSERVADA	ESTADOS EM CONDIÇÃO CATÁSTROFICA NA DISPONIBILIDADE DE LEITOS DE UTI
Total de leitos SUS de UTI abaixo de 10 leitos por 100 mil habitantes.	Amapá, Bahia, Mato Grosso e Piauí.
Alta e Muito Alta concentração de leitos de UTI (SUS e NÃO SUS) nas Capitais em relação à população residente total.	Todos os Estados, exceto o Estado de Roraima.
Situação de disponibilidade inferior a cinco leitos <i>do total de leitos de UTI (SUS e não SUS)</i> por 100 mil habitantes no cenário hipotético de uma taxa de ocupação de 85% do total de leitos de UTI.	Apenas o Estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal dispunham de igual ou mais de cinco leitos por 100 mil habitantes em dezembro de 2019. Os demais estavam em situação muito crítica mesmo considerando a oferta SUS e Não SUS.
Situação de disponibilidade inferior a 5 leitos de UTI do total de leitos <i>existentes no SUS</i> por 100 mil habitantes <i>SUS dependentes</i> no cenário hipotético de uma taxa de ocupação de 85% dos leitos de UTI – Brasil e Estados e Distrito Federal – dezembro de 2019.	Todos os Estados brasileiros apareciam em dezembro de 2019 em situação catastrófica na disponibilidade de leitos de UTI em um cenário onde a taxa de ocupação de 85% dos leitos disponíveis.

Fontes:

ANS: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_02.def

IBGE: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

DATASUS/CNES: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=50

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2020.