

## Unidade de Terapia Intensiva adulto: processo de regulação de leitos públicos no Distrito Federal

### Adult Intensive Care Unit: process of regulation of public beds in the Brazilian Federal District

Frederico Caetano de Moura<sup>1</sup>

José Roberto de Deus Macedo<sup>2</sup> 

Alex Caetano dos Santos<sup>3</sup> 

Ana Socorro de Moura<sup>4</sup> 

Lara Mabelle Milfont Boeckmann<sup>5</sup> 

Geisa Sant'Ana<sup>6</sup> 

<sup>1</sup>Médico, residência em andamento em cirurgia geral pela ESCS/SES-DF Brasília, Brasil

<sup>2</sup>Médico, Mestre em Ciências da Saúde – UnB. SES-DF e IGES-DF Brasília, Brasil.

<sup>3</sup>Médico, Mestre em Ciências da Saúde – UFG. Hospital de Acidentados. Goiânia, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde – UnB. Docente da ETESB/FEPECS/SES-DF Brasília, Brasil

<sup>5</sup>Enfermeira, Doutora em Enfermagem – UnB. Professora Adjunta da Universidade de Brasília – UnB. Brasília, Brasil.

<sup>6</sup>Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde – UnB. FEPECS/SES-DF Brasília, Brasil.

#### Autor correspondente:

Frederico Caetano de Moura.  
E-mail: [fredcm19@gmail.com](mailto:fredcm19@gmail.com)

Recebido em 09/06/2021

Aprovado em 14/02/2022

#### RESUMO

**Objetivo:** descrever o processo de regulação de leitos em Unidade de Terapia Intensiva Adulto no Sistema Único de Saúde no Distrito Federal.

**Método:** pesquisa descritiva, transversal e retrospectiva com abordagem quantitativa. Amostra não probabilística de adultos em estado crítico/grave. Dados retrospectivos coletados do prontuário de usuários que entraram em lista de espera por leitos, entre 1º e 31 de dezembro de 2016.

**Resultados:** 562 prontuários analisados, 55,7% do sexo masculino; faixa etária de 19 a 96 anos; 55,5% dos pacientes com prioridade 1 e 2; prevalência de doenças cardíacas (20,9%); após regulação 47,8% conseguiram vaga; tempo de permanência na fila de 0 a 26 dias.

**Conclusão:** demonstrou-se a trajetória seguida pelo usuário da entrada na fila de espera por leito ao desfecho final. A adequada distribuição dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva (frente à demanda), considerados os critérios clínicos estabelecidos, vem fortalecer o processo regulatório.

**Palavras-chave:** Perfil Epidemiológico; Sistema Único de Saúde; Unidades de Terapia Intensiva; Regulação e Fiscalização em Saúde; Cuidados Críticos.

#### ABSTRACT

**Objective:** to describe the process of management of beds in an Adult Intensive Care Unit in the Unified Health System (in Portuguese, *SUS* – *Sistema Único de Saúde*) in the Brazilian Federal District.

**Method:** descriptive, cross-sectional, and retrospective research with a quantitative approach. Target population: adults in critical/severe condition. Non-probabilistic sample. Retrospective data collected from the medical records of users who entered the waiting list for beds, between December 1st and 31st, 2016.

**Results:** 562 medical records analyzed, 55.7% male; age group from 19 to 96 years old; 55.5% of patients with priority 1 and 2; prevalence of heart disease (20.9%); after regulation 47.8% got a vacancy; time spent in line from 0 to 26 days.

**Conclusion:** the trajectory followed by the user from entering the waiting list for a bed to the final outcome was demonstrated. The adequate distribution of beds in the Intensive Care Unit (on demand), considering the established clinical criteria, strengthens the regulatory process.

**Keywords:** Health Profile; Unified Health System; Intensive Care Units; Health Care Coordination and Monitoring; Critical Care.

## INTRODUÇÃO

A Portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS estabeleceu três dimensões de atuação integradas entre si: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. A Regulação do Acesso à Assistência é “efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários”<sup>1</sup>. Ela tem, entre suas ações, o controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados. Seus processos de trabalho envolvem a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC)<sup>1</sup>.

A institucionalização da primeira Central de Regulação na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES-DF, datada de 1º de setembro de 2006, proporcionou meios para a organização sistemática do acesso dos pacientes às terapias intensivas, nomeada como Central de Regulação de Internação Hospitalar (CRIH)<sup>2</sup>. Tal ato administrativo foi oficializado por meio das Portarias/GAB/SES nº 41, de 30 de agosto de 2006<sup>3</sup>, e nº 42, de 31 de agosto de 2006<sup>4</sup>, que definiram os fluxos operacionais relacionados ao funcionamento da Central, bem como elencaram as competências de seus servidores<sup>3-4</sup>.

Desta feita, a CRIH é uma unidade organizacional em sintonia com os objetivos governamentais, cujo papel é atuar como mediadora da ofer-

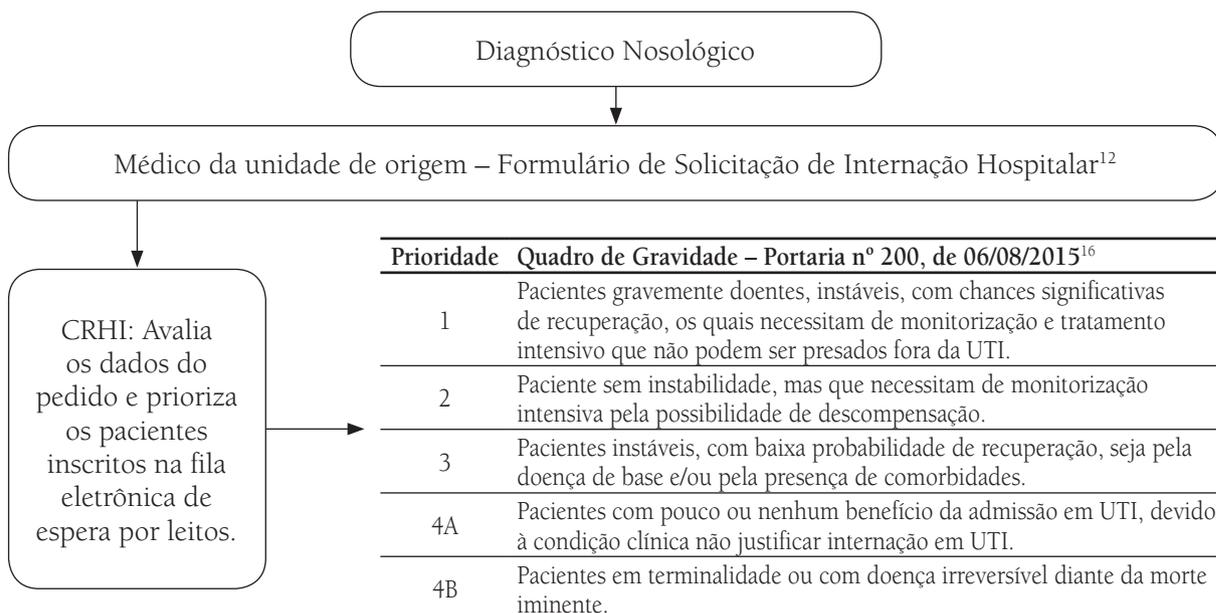
ta e busca de serviços públicos. Por conseguinte, sua ação em listas de espera se torna importante pelo desafio de fazer valer o compromisso do SUS em proporcionar uma assistência à saúde de forma universal, equânime e de boa qualidade ao usuário. Isso fortalece o Complexo Regulador em Saúde no exercício de identificar um melhor caminho assistencial ao usuário, levando em conta os recursos, as necessidades de cada indivíduo e a demanda por leitos<sup>2,5</sup>.

Salienta-se, em relação à recomendação dos serviços de tratamento intensivo, que esses se destinam ao indivíduo em estado crítico/grave, o qual apresente expectativa de sobrevida e recuperação, no reconhecimento dos termos da regulamentação técnica na Portaria/SVS/MS nº 466, de 04 de junho de 1998<sup>6</sup>. Segundo essa Portaria, a Unidade de Terapia Intensiva – UTI tem como finalidade a assistência em saúde “a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados”<sup>6</sup>.

Nessa direção, estabeleceram-se critérios técnicos e transparentes para o uso de leitos de UTI no DF por meio da Portaria/GAB/SES-DF nº 200, de 6 agosto de 2015<sup>7</sup>, que fixa um modelo de priorização para a admissão, privilegiando os pacientes com melhor prognóstico. Esses critérios técnicos seguem protocolos hierarquizados constituídos por prioridade de atendimento de casos de maior gravidade, destinados a pacientes em “condições clínicas reversíveis, susceptíveis de se beneficiarem dos cuidados intensivos e que tenham perspectiva de recuperação”<sup>7</sup>. A autorização de internação hospitalar é resultado da disponibilidade de leitos e da demanda por necessidade de internação<sup>8</sup>.

Diante disso, buscaram-se parâmetros para considerar um paciente grave. Trata-se de paciente com risco de vida por sua saúde estar instável, envolvendo alterações em seus sistemas fisiológicos e na autorregulação, assim como demanda cuidados frequentes de forma ininterrupta<sup>7-8</sup>. A Portaria/GAB/SES-DF nº 200, de 6 agosto de 2015<sup>7</sup> distingue os critérios para admissão de pacientes em UTI adulto e possibilita identificar: “a) pacientes que mais serão beneficiados da admissão imediata na UTI;” e “b) pacientes que não serão beneficiados pela terapia intensiva, seja pela condição clínica que não justifica a necessidade de UTI ou ausência de perspectiva terapêutica”<sup>7</sup>.

**Figura 1**  
Fluxo do processo de solicitação de vaga de UTI pela CRIH-DF.



Para que ocorra um pedido de vaga em UTI, segue-se a Portaria/GAB/SES-DF nº 199, de 06 de agosto de 2015<sup>9</sup>, que, em seu artigo 6º, pormenoriza que “todas as solicitações de internação em leitos sob regulação deverão ser feitas à CRIH da SES-DF, por meio do formulário de Solicitação de Internação Hospitalar, via sistema informacional de regulação vigente”<sup>9</sup>. A solicitação da vaga é realizada pelo médico responsável da unidade de saúde de origem do paciente, após diagnóstico nosológico (Figura 1).

A recomendação para a entrada na fila da CRIH é que o diagnóstico deve dar clareza e nitidez do quadro de saúde. No entanto, podem ocorrer casos de indicação de UTI em que os dados do usuário, no momento da solicitação de vaga, apresentem informações insuficientes no formulário. Nesse caso, a complementação dos dados deverá ser requerida pelo médico regulador, por meio do prontuário eletrônico e/ou contato telefônico<sup>7,9</sup>.

Casos de encaminhamentos realizados pela região de saúde que não tenham esgotadas as possibilidades diagnósticas e estejam sem as informações necessárias a respeito do quadro nosológico do paciente podem evidenciar dificuldades encontradas no serviço de saúde, assim como obstáculos que envolvam a falta de compromisso com o serviço e com o cuidado ao usuário<sup>7,9</sup>. É bom que o registro em prontuário esteja atualizado e de forma legível.

Na CRIH, a equipe treinada e orientada a reconhecer urgências e emergências utilizando o histórico clínico do paciente avalia os dados do pedido e prioriza os inscritos na fila eletrônica de espera por leitos, conforme os critérios vigentes estabelecidos no Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do DF<sup>9</sup>. É responsabilidade da unidade de saúde qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares, bem como assegurar a adequada triagem de pacientes, baseada nos critérios de admissão e alta em UTI, no momento da solicitação da internação hospitalar<sup>7</sup>.

O sistema de regulação foi organizado de modo a otimizar a internação dos pacientes e promover maior acesso pela distribuição racional dos leitos. Apesar disso, ainda ocorre a lista de espera, que demonstra o número de usuários em determinado ponto do tempo.

A fila de espera de leitos em UTI relaciona-se com diferentes fatores, como: demandas epidemiológicas (envelhecimento da população), técnicas (evidência médica e tecnologias), culturais (tratamento curativo em lugar de paliativo), éticas (critérios de prioridade), organizacionais (regulação) e educacionais (cuidados pré-hospitalares). Por esse motivo, refere-se a uma situação social de difícil compreensão, marcada por fatores que contribuem para esse resultado, que interferem na resolução do problema e que influenciam a sociedade<sup>10</sup>.

Dessa forma, justifica-se compreender o processo da regulação de leitos no DF, sob um recorte temporal, a partir da seguinte questão norteadora: qual a trajetória seguida pelo usuário que necessita de leitos de UTI adulto no DF após sua entrada na lista de espera?

É objetivo deste artigo descrever a regulação do acesso de usuários aos leitos de Unidade de Terapia Intensiva adulta do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, no mês de dezembro de 2016.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, transversal e retrospectiva com abordagem quantitativa, desenvolvida na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

A população-alvo foi constituída de usuários adultos em estado crítico/grave. Os critérios de inclusão foram: usuários adultos em estado crítico/grave com pedido de vaga para a CRIH da SES-DF, com solicitação de leito em UTI adulto, cadastrados no prontuário eletrônico. Os critérios de exclusão foram: prontuários eletrônicos de usuários com dados incompletos e imprecisos acerca da entrada na lista de espera e ao desfecho final. A amostra do estudo foi não probabilística, sendo obtida por lista original de usuários concedida pela CRIH, em janeiro de 2017, com um total de 562 prontuários, sendo que nenhum prontuário foi descartado.

Os dados retrospectivos foram coletados do prontuário eletrônico de usuários que entraram na lista de espera por leitos em UTI via acesso a CRIH, entre 1º e 31 de dezembro de 2016. Os prontuários foram analisados até abril de 2017, quando os pacientes remanescentes da lista de espera tiveram o desfecho em alta hospitalar ou óbito dentro da unidade de saúde.

O roteiro elaborado pela equipe de pesquisa para coleta de dados utilizou as seguintes variáveis: sexo ao nascer; idade em anos completos; diagnóstico nosológico; unidade de saúde solicitante (Regiões de Superintendência de Coordenação de Saúde da SES-DF); e prioridade para o acesso à UTI. O seguimento pós-regulação envolveu resultado da solicitação, tempo de permanência na fila (período entre a entrada e desfecho da lista de espera) e desfecho da solicitação de vaga.

No tocante ao diagnóstico nosológico, as causas etiológicas foram primeiramente reunidas de acor-

do com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10<sup>11</sup> e agrupadas de forma básica pelos sintomas apresentados, em: doenças cardíacas, doenças cirúrgicas e traumas, sepses, doenças metabólicas, acidente vascular cerebral; e outras doenças.

Em relação à unidade de origem, o estudo considerou a Unidade de Saúde da SES-DF em que ocorreram os atendimentos que provocaram a solicitação de vaga e sua Região Administrativa. A unidade de saúde solicitante é o estabelecimento assistencial de saúde vinculado ao SUS, responsável por qualquer solicitação de internação em leitos hospitalares<sup>4</sup>. De tal modo, para identificar a unidade de saúde de origem foi utilizada a divisão em consonância com o Decreto/GAB/SES-DF nº 38.982, de 10 de abril de 2018, que formalizou a territorialização da SES-DF<sup>12</sup>.

Com referência à prioridade para o acesso, os resultados estão de acordo com o modelo de priorização para o ingresso em UTI descrito na Portaria/GAB/SES-DF nº 200, de 06 de agosto de 2015<sup>7</sup>, que torna público os critérios para admissão e alta em UTI.

Os dados coletados na pesquisa foram compilados em planilha *Microsoft Excel*<sup>®</sup>-2016 e analisados utilizando tabelas para suas representações. As variáveis qualitativas foram apresentadas em frequência absoluta (n) e percentual (%). A variável quantitativa idade foi apresentada por meio das medidas descritiva média e desvio padrão. O histograma de frequência sem grande desvio de simetria e o grande tamanho amostral viabilizaram a análise paramétrica, sendo utilizado o teste t de Student de amostras independentes para comparar a idade entre os pacientes que tiveram ou não acesso à UTI.

Para avaliar as variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson com cálculo da razão de chance com o respectivo intervalo de confiança a 95% em tabelas 2 x 2. Em tabelas maiores foi utilizada simulação de Monte Carlo como correção, quando pelo menos uma célula esperava frequência menor que 5.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde – CEP- FEPECS, CAAE 60454216.1.3001.0023, mediante o parecer substanciado nº 1.923.160. A pesquisa valeu-se de financiamento próprio e os autores declaram que não há conflito de interesse.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os achados da análise dos 562 prontuários estão estruturados em duas etapas que se correlacionam: processo de solicitação de vaga e seguimento pós-regulação.

### Processo de solicitação de vaga

O processo de solicitação de vaga no DF forneceu informações que abordaram os itens: perfil do usuário, prioridade de admissão em UTI adulto, diagnóstico nosológico (para entrada na fila da CRIH) e identificação da unidade de saúde solicitante.

### Perfil do usuário

Quanto ao perfil do usuário, dos 562 prontuários analisados, 313 (55,7%) são do sexo masculino e 249 (44,3%) do sexo feminino. A variável idade envolveu a faixa etária de 19 a 96 anos, com idade média de 57,5 anos (Tabela 1). Vale destacar que a faixa etária entre 19 e 59 anos totalizou 287 (51,0%) e entre 60 e 96 anos, 275 (49,0%).

Em estudo desenvolvido por Pauletti<sup>13</sup>, destaca-se que 58,4% são do sexo masculino e 41,6% do feminino; com faixa etária entre 20 e 59 anos foram 53,1%, e o estudo aponta que 46,9% das internações em leitos de UTI aconteceram entre indivíduos com mais de 60 anos.

De acordo com os aspectos demográficos de uma pesquisa conduzida no Hospital Regional

da Asa Norte – HRAN-DF, em 2009, com 67 pacientes admitidos via regulação, houve predominância do sexo masculino, tanto no número de admitidos quanto no número de óbitos. Do total de pacientes, 29,9% eram idosos e 70% deles foram a óbito<sup>14</sup>.

O envelhecimento da população brasileira tem levado ao aumento da prevalência de incapacidades relacionadas à idade, o que resulta no aumento considerável da vulnerabilidade e elevação de doenças crônicas não transmissíveis, situando os idosos como um dos maiores consumidores dos serviços de saúde<sup>15</sup>. As perspectivas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) é de um crescimento progressivo de idosos no DF, chegando a 3.014.234 de pessoas no ano de 2050<sup>15</sup>.

A Tabela 1 descreve minimamente as características do acesso à UTI realizado via CRIH. Observou-se, no período estudado, o número maior de usuários do sexo masculino, tanto no total de pacientes regulados, 313 (55,7%), como no daqueles que tiveram acesso à UTI, 138 (51,3%).

A idade média dos pacientes com acesso à UTI foi significativamente menor que a dos pacientes sem acesso (Tabela 1). O sexo, a prioridade e o desfecho final foram significativamente associados ao acesso à UTI (Tabela 2). Pacientes do sexo feminino e com prioridade média e alta apresentaram respectivamente 1,404 e 9,032 vezes mais chance de conseguir acesso à UTI.

**Tabela 1**

**Gênero, prioridade e desfecho associado ao acesso à UTI. DF, Brasil, 2016.**

		Acesso à UTI			P*	RC	I.C. 95%
		Sim (n=269)	Não (n=295)	Total			
		n (%)	n (%)	n (%)			
Gênero	Masculino	138 (51,3)	176 (59,7)	314 (55,7)	0,046	1,404	1,006 – 1,960
	Feminino	131 (48,7)	119 (40,3)	250 (44,3)			
Prioridade	3 e 4 (baixa)	23 (10,1)	111 (50,5)	134 (30,0)	<0,001	9,032	5,447 – 14,976
	1 e 2 (alta e média)	204 (89,9)	109 (49,5)	313 (70,0)			
Desfecho	Óbito	114 (42,4%)	176 (59,7%)	290 (51,4%)	<0,001	2,011	1,438 – 2,813
	Alta	155 (57,6%)	119 (40,3%)	274 (48,6%)			

\* Teste Qui-quadrado de Pearson.

## Prioridade de admissão em UTI

A Tabela 1 apresenta que 312 (55,5%) dos pacientes se encontravam na prioridade 1 e 2, sendo que 33,4% destes tiveram acesso à UTI, e 138 (51,3%) eram do sexo masculino. Na prioridade 3 e 4, do total de 134 (23,8%), somente 32 (5,7%) tiveram acesso à UTI.

Pacientes que tiveram acesso à UTI tiveram 2,011 vezes mais chance de alta, ao invés de óbito, como desfecho final. A prioridade de acesso à UTI foi significativamente associada ao tempo de espera (Tabela 4), sendo que pacientes com prioridade baixa apresentaram significativamente mais tempo de espera que os pacientes com prioridade média e alta.

Evoca-se aqui a necessidade de assegurar o respeito à segunda diretriz da Carta de Direitos do Usuário do SUS, que preconiza que “toda pessoa tem direito ao atendimento integral, aos procedimentos adequados e em tempo hábil a resolver o seu problema de saúde, de forma ética e humanizada”<sup>16</sup>. A assistência ofertada pelo SUS deve proporcionar o cumprimento do princípio da universalidade, do acesso e da integralidade da assistência.

No Censo 2016/2017 realizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)<sup>17</sup>, foi realizado o mapeamento de todas as UTIs do País. Segundo o panorama, de dezembro de 2016, o Brasil apresenta 22.523 leitos de UTIs no SUS e 21.218 leitos na saúde complementar. Em conformidade com a pesquisa, o DF apresentava em 2016 um total de 28 estabelecimentos com UTI, sendo 11 no serviço público, 12 no privado, 01 filantrópico e 04 não identificados<sup>17</sup>.

## Diagnóstico nosológico

As causas etiológicas que demandaram solicitação de leitos em UTI junto à CRIH foram reunidas em seis (06) grupos (Tabela 2). Observaram-se diagnósticos nosológicos com a prevalência de 118 (20,9%) doenças cardíacas, seguido de cirúrgicos e trauma com 114 (20,2%), ficando em seguida o agravo neurológico (Acidente Vascular Cerebral – AVC), com 58 (10,3%).

De acordo com pesquisa de Vieira<sup>14</sup>, realizada no HRAN-DF em 2009, observaram-se as características clínicas de 67 pacientes e o principal diagnóstico para hospitalização em UTI foi doenças do aparelho respiratório (31,3%), acompanhado de doenças do aparelho digestivo (23,9%)<sup>14</sup>.

Em um estudo conduzido em um Hospital no nordeste brasileiro, que analisou 265 prontuários de pacientes na UTI, de 2014 a 2015<sup>18</sup>, os dados revelaram que as internações foram desencadeadas por: agravo neurológico (41,13%), insuficiência respiratória (16,98%), sepse grave (13,58%) e instabilidade hemodinâmica (12,45%)<sup>18</sup>. Outro estudo conduzido no Hospital Regional Paraibano, no ano de 2015, mostrou maior percentagem de doenças do sistema cardiovascular (32%), seguido de paciente cirúrgico (32%); neurológico (21%) e metabólicas (15%)<sup>19</sup>.

## Unidade de saúde solicitante no DF

Os dados -da pesquisa revelaram que a Superintendência da Região de Saúde Central<sup>12</sup>; apresentou o maior número de demandas de solicitação de vagas à CRIH no mês de dezembro de 2016, totalizando 200 (35,6%). Seguem-se

**Tabela 2**

**Diagnósticos nosológicos de maior incidência nas solicitações de leitos em UTI, junto à CRIH. Brasília-DF, Brasil, 2016.**

Diagnóstico	n (%)
Doenças Cardíacas (IAM, IC)	118 (21)
Cirúrgicos e Trauma	114 (20,3)
Sepse	102 (18,1)
Doenças Metabólicas (DM, HAS, IR, DH)	62 (11,03)
Acidente Vascular Cerebral	58 (10,3)
Outros	108 (19,2)
<b>Total</b>	<b>562 (100)</b>

os números das demais regiões: Região Sul, com 93 (16,5%); Região Sudoeste, com 87 (15,5%); Região Oeste, com 61 (11%); acompanhadas da Região Norte, com 45 (8,0%); da Região Leste, com 35 (6,2%); e por último a Região Centro-Sul, com 13 (2,3%).

Embora a lista da CRIH seja, em sua maioria, formada por pacientes da rede SES-DF, o estudo identificou 28 (5,0%) pacientes provenientes de solicitações de instituições particulares de saúde do DF.

Em relação à unidade de origem, verificou-se que os pedidos de vaga em UTI recebidos pela CRIH foram provenientes de todas as Superintendências de Saúde do DF. Identificou-se uma demanda maior na região central, justificada por se encontrar nessa área o maior hospital do DF. O Hospital de Base oferece serviços de atenção terciária à saúde, disponibilizando atendimento a toda a população do DF, entorno e estados circunvizinhos para procedimentos de média e alta complexidade envolvendo urgência, emergência e cuidados intensivos.

A Região com menor demanda encontrada no período foi a Centro-Sul, com 13 (2,3%), embora envolva nove Regiões Administrativas, possui apenas um hospital, que não possui UTI.

Cabe lembrar que o atendimento realizado pela SES-DF ocorre também para usuários da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) o que equivale a 15,6% das internações hospitalares e 19,6% da demanda em ambulatório e emergência<sup>20</sup>.

## Seguimento pós-regulação

O seguimento pós-regulação refere-se aos dados alusivos aos encaminhamentos ocorridos após a atuação da CRIH, nos quais foram inscritos os seguintes itens: resultado da solicitação, tempo de permanência na fila (período entre a entrada e o desfecho da lista de espera) e o desfecho final.

Da amostra total de 562 pacientes da lista de espera por leitos de UTI, 269 (47,8%) tiveram acesso à vaga. Os dados revelaram que dos 269 que obtiveram vaga, 110 (40,9%) conseguiram leito na mesma unidade de origem e 159 (59,1%) em outras unidades, podendo ser do SUS ou da rede hospitalar privada. E, ainda, desses 269 pacientes, 188 (69,8%) foram classificados como prioridade 1 e 2 (alta e média), 32 (11,8%) prioridade 3 e 4, ficando 49 (18,2%) sem informações de prioridade.

O tempo de permanência na fila variou de 0 a 3 ou + dias, sendo que 49 (21,8%) pacientes conseguiram vaga no mesmo dia (zero), 57 (25,3%) no dia 1 e 31 (13,8%) no dia 2, ficando 88 (39,1%) acima de 3 dias (Tabela 3).

Quanto ao tempo de permanência do paciente na fila da CRIH, a Portaria GM/MS nº 1.559 de 1º de agosto de 2008<sup>1</sup>, que institui a Política Nacional de Regulação, refere que a tarefa da CRIH é reger essas solicitações de vagas e os recursos disponíveis, reduzindo o tempo de espera para obtenção do leito hospitalar. Existe ainda a responsabilidade de adequar a entrada do usuário aos serviços de alta e média complexidade, de forma a permitir o

**Tabela 3**

**Número de dias na espera por leito de UTI e Prioridade. Brasília, dezembro/2016.**

Dias de espera	Prioridade			P*
	1 e 2 (alta e média)	3 e 4 (baixa)	Total	
	n (%)	n (%)	n (%)	
0	48 (23,8%)	1 (4,3%)	49 (21,8%)	<0,001
1	56 (27,7%)	1 (4,3%)	57 (25,3%)	
2	29 (14,4%)	2 (8,7%)	31 (13,8%)	
3 ou +	69 (34,2%)	19 (82,6%)	88 (39,1%)	
<b>Total</b>	<b>202 (100,0%)</b>	<b>23 (100,0%)</b>	<b>225 (100,0%)</b>	

\* Teste Qui-quadrado de Pearson com simulação de Monte Carlo.

controle organizado da utilização de leitos públicos de saúde pelo usuário, para que seja realizada no momento adequado e de forma igualitária<sup>1</sup>.

Entende-se que o prolongamento no tempo para conseguir um leito em UTI pode acarretar diversos prejuízos para o paciente, podendo levá-lo à morte e, assim, ocasionar sofrimento para a família. Da mesma forma, poderá originar desconforto para a equipe de saúde, por limitar sua assistência. Vários pacientes têm dificuldades para conseguir a vaga, apesar de necessitarem dos referidos cuidados, devido a quantidade de leitos em UTI ser insuficiente para acolher a elevada demanda<sup>21</sup>.

Essa dificuldade de atendimento persiste, a despeito de haver no Brasil uma legislação de proteção para conseguir esses cuidados com a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Em consonância com o artigo 196 da Carta Magna, esse direito deve ser “garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”<sup>22</sup>. E, ainda que a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, reforce que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”<sup>23</sup> as barreiras para conseguir a internação em UTI são diversas. Muitas vezes, essas dificuldades de acesso levam os familiares a recorrer ao Ministério Público para conseguir, por decisão judicial, a vaga<sup>21</sup>. E quando isso acontece, a fila é ignorada, independentemente da prioridade do caso clínico apresentado, o que repercute desfavoravelmente no resultado do trabalho da regulação, uma vez que há um conjunto de instrumentos de gestão envolvidos para que a regulação de leitos consiga colocar sua ação em prática. Essa situação expõe a fragilidade na assistência que envolve a disponibilidade de leitos de UTI<sup>5</sup>.

Sobre o desfecho da solicitação de vaga, este item da pesquisa envolve a finalização do trajeto do paciente que entrou na fila de espera para leito em UTI adulto pela CRIH.

Em relação ao desfecho dos 269 pacientes que conseguiram vaga em UTI, verificou-se que 156 (58%) receberam alta da UTI, e 113 (42%) pacientes foram a óbito.

No estudo no HRAN-DF, em 2009 foi relatada uma taxa de óbitos de 50,7%, ou seja, dos 64 pacientes admitidos na UTI, 34 foram a óbito<sup>14</sup>.

A Portaria/SVS/MS nº 466, de 04 de junho de 1998<sup>6</sup> reitera que “deve ter alta da UTI todo paciente, tão logo cessadas as causas que justificaram sua internação”<sup>6</sup>. Isso é reforçado pela Portaria SES-DF nº 199, de 06 de agosto de 2015<sup>9</sup> no 6º artigo, o qual prescreve que ao receberem alta, os pacientes serão “transferidos à enfermaria do hospital onde se encontram internados, levando em consideração as necessidades clínicas, até que outro leito seja disponibilizado no hospital de origem ou naquele que disponha do suporte exigido à continuidade de tratamento do paciente”<sup>9</sup>.

Conforme Tabela 4, observa-se que a mortalidade total entre os 562 pacientes inseridos na lista de solicitação de leitos em UTI pela CRIH, no período estudado, foi de 288 (51,2%). Dentre os pacientes que foram a óbito, 113 (20,1%) tiveram acesso à UTI e 175 (31,1%) não tiveram.

Receberam alta hospitalar 274 (48,75%), sendo que desses, 119 (21,1%) não foram para UTI e 156 (27,7%) foram para UTI e tiveram melhora do quadro. No estudo realizado na macrorregião de Maringá-PR, o autor encontrou que 58,2% dos pacientes tiveram acesso à UTI, sendo que destes, 8,2% foram a óbito. No nosso estudo, a mortalidade foi de 20,1%. De acordo com o autor, a morta-

**Tabela 4**  
Desfecho final dos pacientes em lista de espera. Brasília-DF, Brasil, 2016.

Desfecho	Sem acesso a UTI n(%)	Acesso a UTI n(%)	Total n(%)
Alta	119 (21,1)	156 (27,7)	274 (48,8)
Óbito	175 (31,1)	113 (20,1)	288 (51,2)
<b>Total</b>	<b>293 (52,1)</b>	<b>269 (47,8)</b>	<b>562 (100)</b>

lidade tem relação com a espera na lista da CRIH e o número de leitos disponíveis em cada região<sup>24</sup>.

As limitações encontradas envolvem o fato de que este estudo foi realizado seguindo curto período de acompanhamento, ou seja, as demandas de apenas um mês de solicitação de vagas para leitos em UTI, o que pode não ser representativo de uma realidade mais ampla, e, portanto, impossibilita a generalização. Apesar dessa limitação, o estudo foi capaz de levantar, novos questionamentos sobre a fila de regulação, mediante a descrição de seus aspectos epidemiológicos. Uma pesquisa mais aprofundada certamente atenuaria as limitações.

## CONCLUSÃO

A construção e a publicidade de critérios objetivos para a gestão de leitos de UTI pela CRIH apresentaram-se como um avanço da política da SES-DF e, por conseguinte, do país. Isso é possível devido à sua contribuição e responsabilidade com a equidade e justiça no acesso à saúde.

A regulação de leitos realizada pela CRIH propicia condições de gerenciar a oferta e a demanda de modo equitativo, dentro das necessidades de cada paciente, e a disponibilidade de leitos. Isso favorece o usuário do serviço e a busca da equidade de acesso e a integralidade da assistência de forma equânime e ordenada. A adequada distribuição dos leitos de UTI (frente à demanda), considerados os critérios clínicos estabelecidos vem fortalecer o processo regulatório.

Dessa forma, o estudo demonstrou a trajetória seguida pelo usuário desde a entrada na fila de es-

pera por leito em UTI até o desfecho final (alta hospitalar ou óbito dentro do hospital).

O trabalho da CRIH em dezembro de 2016 testemunhou a presença de um determinante significativo envolvendo a associação de limitação ao acesso à assistência, que foi a oferta insuficiente de leitos em UTI no DF e a sua relação com a demanda, confirmando a fila de espera que se estabelece.

A lista de espera de leitos em UTI Adulto pela CRIH, no mês de dezembro de 2016, perfaz 562 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino e com idade entre 19 e 96 anos. As patologias cardíacas e as demandas cirúrgicas e traumas formaram a maioria dos motivos de solicitação de vagas em UTI Adulto, consistindo em um maior número de solicitações de vagas geradas da Superintendência da Região de Saúde Central. Em relação à prioridade para admissão em UTI, dos 562 pacientes, a maioria recebeu a classificação de prioridade 2.

Observou-se que o resultado da solicitação de vagas para os 562 pacientes, teve como resultado que a maioria não conseguiu vaga na UTI. O desfecho final dos 562 pacientes foi que a maioria foi a óbito, 288 pacientes, e 274 receberam alta hospitalar.

Nesse sentido, o estudo pode contribuir com a reflexão acerca do aumento da demanda por leitos de UTI, sobre a melhoria de estratégias de aumento da eficiência de leito e as medidas de controle de causas de internações evitáveis. É nesse cenário que o conhecimento sobre o trajeto seguido pelos usuários assume importância na melhoria do planejamento. Sugere-se, portanto, a realização de avaliação incluindo um maior período e amostra, possibilitando amplitude de dados no seguimento da população atendida pela CRIH-DF e análise do seu desfecho.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria/GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-29-2008-08-01-1559>.
2. Batista SR, Vilarins GCM, Lima MG, Silveira TB. O Complexo Regulador em Saúde do Distrito Federal, Brasil, e o desafio da integração entre os níveis assistenciais. Ciênc. saúde coletiva. 2019 [acesso em 10 abr 2021]; 24(6):2043-2052. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018246.08132019>
3. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria/GAB/SES nº 41, de 30 de agosto de 2006. Central de Regulação de Internação Hospitalar da SES/DF – CRIH. Brasília: SES/DF; 2006 [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/53496/Portaria\\_41\\_30\\_08\\_2006.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/53496/Portaria_41_30_08_2006.html) Acesso em: 13/07/2021.

4. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria/GAB/SES nº 42, de 31 de agosto de 2006. Diretrizes e critérios de priorização para UTI da SES/DF – CRIH. Brasília: SES/DF, 2006 [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/PROTOCOLO%20LEITO%20DE%20UTI%20-%20DF.pdf>
5. Lima DH, Vargas ER. Regulação de acesso à internação em UTI: análise pela teoria da Inovação em serviços. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* 2014; 11(3):174-189. Disponível em: <https://doi.org/10.21450/rahis.v11i3.2098>
6. Brasil. Portaria/ SVS/MS nº 466, de 04 de junho de 1998. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. Brasília: Ministério da Saúde; 1998 [acesso em 10 abr 2021]. Disponível em: [http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Legisla%C3%A7%C3%A3o\\_UTI\\_completa\\_junho%20de%201998.htm](http://www.szpilman.com/CTI/protocolos/Legisla%C3%A7%C3%A3o_UTI_completa_junho%20de%201998.htm)
7. Governo do Distrito Federal (GDF). Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. SES-DF. Portaria nº 200, de 06 de agosto de 2015. Brasília: SES-DF; 2015 [acesso em 08 abr 2021]. Disponível em: [https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia\\_brasilia/DODF-7-8-2015-SAUDE.pdf](https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia_brasilia/DODF-7-8-2015-SAUDE.pdf)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
9. Governo do Distrito Federal (GDF). SES-DF. Portaria nº 199, de 06 de agosto de 2015. Atualiza as disposições da Portaria SES-DF nº 41, de 30 de agosto de 2006 e dá outras providências [acesso em 05 abr 2021]. Disponível em: [https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia\\_brasilia/DODF-7-8-2015-SAUDE.pdf](https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/images/agencia_brasilia/DODF-7-8-2015-SAUDE.pdf)
10. Goldwasser RS, Lobo MSC, Arruda EF, Angelo SA, Ribeiro ECO, Silva JRL. Planejamento e compreensão da rede de terapia intensiva no Estado do Rio de Janeiro: um problema social complexo. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018; 30(3):347-357. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20180053>
11. Organização Mundial da Saúde. CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
12. Governo do Distrito Federal (GDF). Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências [acesso em 05 abr 2021]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Decreto-n.%C2%BA-38.982-2018-Altera-a-estrutura-administrativa-da-SES-DF.pdf>
13. Pauletti M, Otaviano MLPO, Moraes AST, Schneider DS. Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva. *Aletheia* 2017; 50(1-2):38-46.
14. Vieira MS. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. *Com. Ciências Saúde*. 2011; 22(3):201-210.
15. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2015 [acesso em 05 abr 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default.shtm>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 553, de 09 de agosto de 2017. Carta dos direitos dos usuários da saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
17. AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Censo 2016/2017. Mapeamento de UTI no Brasil. 2017 [acesso em 05 abr 2021]. Disponível em: [http://www.amib.com.br/pdf/Analise\\_de\\_Dados\\_v4\\_1.20.1095\\_AMIB\\_Atualizado\\_by\\_AM\\_24Fev17\\_TemplateAMIB.pdf](http://www.amib.com.br/pdf/Analise_de_Dados_v4_1.20.1095_AMIB_Atualizado_by_AM_24Fev17_TemplateAMIB.pdf)

18. Carvalho ACB, Souza ICC, Fernandes JPC, Melo R, Silva Neto JMD, Queiroz JC, Oliveira CJL, Vieira A. Perfil dos pacientes admitidos em UTI por agravos neurológicos. *Research, Society and Development* 2020; 9(7):1-19, e210974100 (CC BY 4.0). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4100>
19. Nascimento MSM, Nunes EM, Medeiros RC, Sousa Filho LF, Alves ESRC. Perfil epidemiológico de pacientes em Unidade de Terapia intensiva adulto de um hospital regional paraibano. *Temas em saúde*. 2018 [acesso em 17 mar 2021]; 18:247-265. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/04/18113.pdf>
20. Pires MRGM, Gottens LBD, Martins CMF, Guilhem D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva* [online] 2010; 15(supl.1):1009-1019.
21. Santos AC, Vargas MAO, Schneider N. Encaminhamento do paciente crítico para UTI por decisão judicial: situações vivenciadas pelos enfermeiros. *Enferm. foco* 2010; 1(3):94-97.
22. Brasil. Da saúde. In: *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988* (Título 5, cap. 2, seção 2). 32. ed. São Paulo: Saraiva; 2003.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 set. 1990.
24. Otto GLG, *et al.* Análise de óbitos na lista de espera da central de regulação de leitos de uti na macrorregião de Maringá-PR. *Enciclopédia Biosfera*, Centro Científico Conhecer – Goiânia, 2013; 9(17) [acesso em 08 abr 2021]. Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2013b/CIENCIAS%20DA%20SAUDE/ANALISE%20DE%20OBITOS.pdf>