

PARÂMETROS ASSISTENCIAIS: NÚMERO DE PROFISSIONAIS E LEITOS EM OBSTETRÍCIA NO RIO GRANDE DO SUL, 2015

Ellis Gabriela Correa de Almeida – estudante da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Laura Sulzbach de Andrade – estudante da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Sizuane Rieger Holler – estudante da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Thaís Soares Ferreira – estudante da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Roger dos Santos Rosa – Professor Associado, Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFRGS.

Ronaldo Bordin - Professor Associado, Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Administração, UFRGS.

Resumo

Introdução: A transição demográfica que ocorre no estado do Rio Grande do Sul antecipa a estimada para o país, incluindo redução das taxas de fecundidade e de mortalidade infantil, em paralelo ao aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população. **Objetivos:** Descrever a demanda estimada e realizada, e a capacidade instalada de leitos e profissionais dos atendimentos em obstetrícia clínica e cirúrgica no estado do Rio Grande do Sul (RS), 2015. **Métodos:** estudo transversal com emprego de dados secundários presentes nos sistemas de informação do DATASUS, segundo estimativa populacional do IBGE e subdivisão dos municípios em 7 mesorregiões do RS, empregando parâmetros assistenciais do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** Foram encontradas significativa disparidade de recursos entre as mesorregiões RS, evidenciando: o excesso de leitos obstétricos cirúrgicos e clínicos instalados frente à real demanda; a escassez de médicos obstetras; a ausência de relação linear entre renda média per capita da população e concentração de profissionais e a inexistência de associação entre o maior número de hospitais especializados e de obstetras com a redução de óbitos infantis por causas evitáveis relacionadas à obstetrícia. Os dados expostos validam a necessidade da promoção de políticas de redistribuição de recursos físicos e humanos na área de obstetrícia, de eliminação das dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde e de melhoria na qualidade de vida da população materno-infantil.

Palavras-chave: Administração e Planejamento em Saúde. Recursos Humanos em Saúde. Políticas de Saúde. Parâmetros Assistenciais. Obstetrícia.

Introdução

É fundamental para a gestão em saúde a existência de dados e análises que documentem o perfil e as necessidades reais no que diz respeito à infraestrutura, tecnologia de diagnose e terapia e de recursos humanos dos serviços de saúde de uma região¹. O que viabiliza, em última instância, o desenvolvimento de políticas e ações voltadas a materializar os pressupostos doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS), que demandam uma atenção em saúde integral, a todos os cidadãos e de forma equânime.

Para Dussault ², o desafio, em qualquer país, consiste em aumentar a coerência entre os recursos, os serviços e as necessidades da comunidade, na tentativa de eliminar os desequilíbrios geográficos (relativos ao acesso aos serviços), numéricos (como o excesso ou falta de recursos humanos) e organizacionais (como a falta de serviços básicos e a abundância de serviços hospitalares).

O Brasil está passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica polarizada, envolvendo redução importante das taxas de fecundidade e mortalidade infantil, associadas ao aumento da expectativa de vida e maior participação proporcional da população com 60 ou mais anos de idade na pirâmide etária (envelhecimento da população). Ao mesmo tempo, o perfil de morbimortalidade aponta para a persistência de doenças que remontam a séculos passados (ex.: retorno da dengue e da cólera e a expansão da leishmaniose visceral), junto com o surgimento de doenças emergentes (ex.: hepatite C, o hantavírus e o vírus da Influenza H5N1) e expansão das crônico-degenerativas (ex.: hipertensão, diabetes).

Especificamente quanto à saúde materno-infantil, houve avanços significativos nas últimas décadas, com decréscimo nas taxas de mortalidade materna e infantil. Em 2015, por ter alcançado uma redução de 73% da mortalidade infantil desde 1990, o Brasil atingiu um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio³. Entretanto, as mortes materno-infantis ainda constituem um problema importante, sendo em sua maioria evitáveis⁴, ainda mais por parcela ocorrer dentro de hospitais⁵. A qualidade dos serviços obstétricos, portanto, se configura em importante determinante para a promoção de saúde materno-infantil, sendo os processos envolvendo as políticas e ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (editada em 2004) e seus sistemas de informações, incluindo o diagnóstico dos estabelecimentos e serviços obstétricos, fundamentais para seu embasamento.

Entre os objetivos gerais da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher estão: ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. Entre seus 13 objetivos específicos, especificamente quanto aos cuidados obstétricos, constam: “ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS”, contemplado no primeiro objetivo específico; “promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada”, incluindo a organização de uma rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, construção de um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal e qualificação da assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios, entre outros.⁶

Neste contexto, esse estudo busca comparar a capacidade instalada de leitos e profissionais dos atendimentos em obstetrícia clínica e cirúrgica no estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2015, com os parâmetros assistenciais preconizados pelo Sistema Único de Saúde.

Métodos

Este estudo é observacional, transversal, empregando dados secundários presentes em bases do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), acessados em abril de 2017 (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>), especialmente o Sistema de Informações Hospitalares (SIH), o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e o Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES). Para os dados populacionais foram empregadas estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) disponibilizados no site do DATASUS, referente ao ano 2012.

Os dados foram coletados por microrregiões do estado do Rio Grande do Sul (RS), as quais foram agrupadas em suas 7 mesorregiões, segundo a distribuição do IBGE. As variáveis obstétricas coletadas foram:

a) Local de nascimento por residência da mãe, segundo microrregião do IBGE e ano do nascimento (no caso, 2015);

b) Procedimentos hospitalares do SUS por local de residência e média ponderada de permanência hospitalar em dias, referente às *internações cirúrgicas obstétricas* realizadas em 2015, as quais agrupam os seguintes subgrupos de procedimento: descolamento manual de placenta, parto cesariano em gestação de alto risco, parto cesariano, parto cesariano com laqueadura tubária, redução manual de inversão uterina aguda pós-parto, sutura de lacerações de trajeto pélvico, tratamento cirúrgico de inversão uterina aguda pós parto, curetagem pós-abortamento/puerperal, embriotomia, histerectomia puerperal, tratamento cirúrgico de gravidez ectópica;

c) Procedimentos hospitalares do SUS por local de residência e média ponderada de permanência hospitalar em dias, referente às *internações clínicas obstétricas* em 2015, as quais agrupam os seguintes subgrupos de procedimento: tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério; tratamento de eclampsia; tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério; tratamento de intercorrências clínicas na gravidez; tratamento de transtornos relacionados com a duração da gestação e com o crescimento fetal; parto normal; parto normal em gestação de alto risco; parto normal em centro de parto normal (CPN); tratamento de outros transtornos maternos relacionados predominantemente à gravidez; leitos instalados e média de leitos instalados de internação para obstetrícia cirúrgica e clínica;

d) Produção Ambulatorial do SUS por local de residência, referente ao setor cirúrgico, obtida no subgrupo cirurgia obstetrícia, e referente ao setor clínico, que agrupa os seguintes procedimentos, ambos em 2015: ultrassonografia doppler de fluxo obstétrico, ultrassonografia obstétrica, ultrassonografia obstétrica com doppler colorido e pulsado, consulta pré-natal, tratamento de edema, proteinúria e transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério, tratamento de outros transtornos originados no período perinatal, tratamento de traumatismo de parto no neonato, parto normal, parto normal em gestação de alto risco, parto normal em centro de parto normal (CPN);

e) Óbitos Maternos e óbitos por causas evitáveis, em menores de 5 anos, relacionados à obstetrícia, referente a 2013, último ano disponível quando da redação deste estudo. Os óbitos maternos englobam: morte materna obstétrica direta, morte materna obstétrica indireta e morte materna obstétrica não especificada. Em causas evitáveis relacionadas à obstetrícia se inclui:

reduzíveis por atenção à mulher na gestação e reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto;

Pela inexistência de parâmetro que defina, entre os especialistas em ginecologia e obstetrícia (GO), quantos exercem serviços obstétricos ou o percentual de carga de trabalho entre as duas áreas, esta foi obtida através de um formulário aplicado em profissionais do Serviço de Gineco-Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sendo também utilizada para o preenchimento da Tabela de Parâmetros de Produtividade. Assim, o número de médicos atendentes no SUS em obstetrícia foi calculado empregando a porcentagem de especialistas em Ginecologia e Obstetrícia que se referiram como praticantes da obstetrícia. No caso 33,33% dos médicos gineco-obstetras que preencheram o questionário.

Os valores empregados para os cálculos envolvendo a internação por especialidade e população de referência, bem como os parâmetros de produtividade, foram obtidos nas portarias n.º 1011 de 2014⁷ (seção b - rede de atenção à gravidez, parto e puerpério - rede cegonha) e n.º 1631 de 2015 do Ministério da Saúde⁸. Foram considerados para o cálculo dos procedimentos e leitos necessários os parâmetros presentes nas portarias, a produção realizada e a capacidade instalada – o que fornece o estimado para atender a toda população, os serviços efetivamente prestados e potencialidade instalada, respectivamente.

A construção das tabelas e gráficos foi realizada no software livre Gnumeric. O número estimado, realizado e instalado de leitos e especialistas em obstetrícia foram padronizados para cada grupo de cem mil habitantes.

Por fim, foram respeitados os preceitos éticos contidos na Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Na tabela 1 se encontra o número de hospitais geral, óbitos maternos e óbitos infantis (por causas evitáveis em menores de 5 anos) por cem mil habitantes, segundo mesorregião do estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2013. Observa-se que a mesorregião noroeste do RS, que agrega 216 municípios agrupados em treze microrregiões, possui a maior relação entre a quantidade de hospitais gerais existentes por cem mil habitantes. No seu inverso, a mesorregião da região metropolitana da capital estadual do RS, Porto Alegre, com 98 municípios agrupados em seis microrregiões, possui a menor relação deste quantitativo.

Tabela 1: Número de hospitais gerais, óbitos maternos e óbitos infantis (por causas obstétricas evitáveis em menores de 5 anos) por cem mil habitantes, segundo mesorregião do estado do Rio Grande do Sul (RS), em 2013.

Mesorregião	Hospitais gerais por 100.000 hab.	Óbitos maternos por 100.000 hab.	Óbitos infantis por 100.000 hab.	População (2012)
Noroeste	508,01	36,21	329,95	1.944.731
Nordeste	206,27	33,27	572,23	1.074.043
Centro-ocidental	321,14	0	318,62	538465
Centro-oriental	279,36	19,95	339,22	785730
Metropolitana de Porto Alegre	96,69	29,86	315,66	4.793.474
Sudoeste	165,36	10,33	537,41	719375
Sudeste	202,40	50,60	430,09	914785
Total RS	211,93	29,66	369,38	10.770.603

O número de médicos obstetras por cem mil habitantes, existentes (“instalados”) segundo os registros do CNES e o número calculado segundo a produção realizada (presente nos sistemas de informação do DATASUS), está na tabela 2.

Tabela 2: Número de médicos obstetras instalados e necessários para a produção realizada, por cem mil habitantes, segundo mesorregião do estado do Rio Grande do Sul – 2015.

Mesorregião	Obstetras existentes por cem mil hab.	Obstetras segundo produção realizada por cem mil hab.
Noroeste	65,94	196,32
Nordeste	70,97	185,49
Centro-ocidental	199,75	201,61
Centro-oriental	64,57	218,41
Metropolitana de Porto Alegre	227,2	239,89
Sudoeste	46,79	212,65
Sudeste	235,64	277,11
Total RS	161,06	224,98

No total, para o estado do RS, haviam 161,06 obstetras/cem mil habitantes registrados no CNES em 2015, frente a uma necessidade estimada mínima e máxima de 263,86 e 440,11

obstetras/cem mil habitantes, respectivamente – ou seja, número insuficiente frente aos parâmetros preconizados. Empregando a produção realizada em 2015 e retroagindo os cálculos para o número necessário para sua execução, se obtém um número superior (224,98 obstetras/cem mil habitantes), mas ainda aquém do número mínimo estimado.

A mesorregião Sudoeste apresentou o menor número de profissionais obstetras por habitantes (46,79/cem mil hab.), ao passo que a mesorregião Sudeste apresentou o maior número de obstetras (235,64 obstetras/cem mil hab.) e o maior número de procedimentos obstétricos registrados, o que demandaria 277,11 obstetras/cem mil habitantes para serem realizados.

A quantidade de leitos clínicos em obstetrícia necessários consta da tabela 3. Observa-se que o total de leitos instalado no RS (740,5 leitos/cem mil hab.) é em muito superior ao calculado segundo a produção realizada (419,74 leitos/cem mil hab.) e intermediário entre o mínimo e o máximo de leitos estimados para atender a população-alvo, de 657,53 e 849,32 leitos/cem mil hab., respectivamente.

Tabela 3: Número de leitos clínicos obstétricos instalados e estimados segundo a atividade realizada, por cem mil habitantes, segundo mesorregião do estado do Rio Grande do Sul – 2015.

Mesorregião	Leitos clínicos obstétricos existentes por cem mil hab.	Leitos clínicos obstétricos segundo produção realizada por cem mil hab.
Noroeste	1.034,12	286,16
Nordeste	756,87	278,17
Centro-ocidental	1.331,36	421,28
Centro-oriental	834,75	338,04
Metropolitana de Porto Alegre	536,05	485,89
Sudoeste	933,58	342,01
Sudeste	751,95	618,44
Total RS	740,55	419,74

Já a quantidade de leitos cirúrgicos em obstetrícia consta da tabela 4. O total instalado no RS, a exemplo do ocorrido quanto aos leitos clínicos obstétricos, é em muito superior ao calculado pela produção realizada (748,47 e 254,60/cem mil hab., respectivamente), estando em patamar intermediário entre o mínimo e o máximo estimado segundo os parâmetros assistenciais do SUS.

Tabela 4: Número de leitos cirúrgicos obstétricos instalados e estimados segundo a atividade realizada, por cem mil habitantes, segundo mesorregião do estado do Rio Grande do Sul – 2015.

Mesorregião	Leitos cirúrgicos obstétricos existentes por cem mil hab.	Leitos cirúrgicos obstétricos segundo produção realizada por cem mil hab.
Noroeste	1.325,18	252,02
Nordeste	362,63	225,47
Centro-ocidental	1.105,04	230,21
Centro-oriental	1.122,42	263,88
Metropolitana de Porto Alegre	513,66	248,94
Sudoeste	612,34	225,90
Sudeste	1.018,30	359,64
Total	748,47	254,60

Discussão

Considerando-se os resultados encontrados para o estado do Rio Grande do Sul (RS) como base de comparação:

a) a mesorregião que compreende a Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA) apresentou a menor relação de hospitais gerais/habitante - o que seria de se esperar pelo seu total populacional; um número de obstetras instalados e estimados pela produção realizada em 2015 superiores ao total estadual; a menor relação entre os leitos clínicos obstétricos instalados, ainda que uma relação destes por produtividade realizada superior ao observado para o RS; e, a segunda menor relação de leitos cirúrgicos obstétricos existentes por cem mil habitantes, mas com quantitativo por produção próximo ao estadual. Curiosamente, a região Sudeste apresentou indicadores por cem mil habitantes que suplantaram aos da RMPA.

b) quanto aos óbitos maternos, a mesorregião Sudeste apresentou o maior patamar (50,6) entre as demais, e o segundo maior para os óbitos infantis por causas evitáveis em menores de 5 anos (430,1), por cem mil habitantes (Tabela 1);

c) maior relação entre obstetras instalados e número de profissionais calculados segundo a produção realizada em 2015, por cem mil habitantes, também ocorreu na mesorregião Sudeste, superando os quantitativos estaduais (Tabela 2);

d) o indicador de leitos clínicos obstétricos instalados, em se considerando o quantitativo calculado para a RMPA (536,1 por cem mil hab.), identificou um excedente destes em todas as demais mesorregiões, chegando a atingir 1.331,4 leitos por cem mil hab. na mesorregião Centro-Ocidental (Tabela 3);

e) já a menor relação de leitos cirúrgicos obstétricos se encontra na mesorregião Nordeste (362,6 leitos/cem mil hab.), seguida da RMPA. Enquanto cálculo segundo a produtividade, a mesorregião Sudeste apresentou o maior indicador, de 359,6 leitos/cem mil hab. (Tabela 4).

De comum aos três indicadores empregados para o número de profissionais e leitos existentes, calculados segundo a produtividade realizada e estimativas de necessidades segundo os parâmetros assistenciais do SUS, a heterogeneidade de distribuição dos estabelecimentos (hospitais gerais), profissionais, leitos clínicos e cirúrgicos de obstetrícia entre as 7 mesorregiões. Tome-se como exemplo a mesorregião da Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPA). Embora apresente uma média de leitos clínicos obstétricos instalados superior aos leitos necessários para atividade realizada em 2015, este quantitativo não atinge o mínimo necessário definido como o ideal estimado para a população de referência.

Contudo, ao se considerar a cobertura demandada para disponibilização deste profissional, uma das seis especialidades consideradas básicas da medicina, tem-se que a relação obstetra/população é inferior à de médicos obstetras necessários para a atividade realizada em todas as sete mesorregiões. Nas mesorregiões Noroeste, Nordeste, Centro-Oriental e Sudoeste, a relação de médicos obstetras instalados não atinge o mínimo necessário para atividade estimada como ideal para suprir a demanda de serviços.

Os dados obtidos no estudo condizem com o pressuposto de que o aumento do número de médicos no Brasil ao longo dos anos não beneficiou a população de forma homogênea e as disparidades podem ser verificadas entre macrorregiões, unidades da federação, capitais e interiores ou comparando agrupamentos de municípios por estratos populacionais⁹. Cerca de 60% dos médicos estão à disposição de 30% da população que vive nas maiores cidades brasileiras⁹.

A distribuição irregular de médicos não é um problema apenas do Brasil⁹. Apesar da literatura disponível não indicar a existência de respostas únicas, nem mesmo sustentáveis a longo prazo, para garantir a presença de médicos em regiões carecentes⁹, vários países têm adotado medidas combinadas que atuam desde a formação inicial do médico, até o recrutamento, fixação e manutenção no local de trabalho, incluindo não somente incentivos financeiros, mas medidas regulatórias que influenciam nas escolhas locais¹¹.

Além da associação entre renda per capita da população e médicos por habitante, evidências empíricas demonstram que outros fatores, como número de vagas ofertadas por programas de residência, densidade de profissionais médicos em uma localidade e influência do cônjuge na decisão locacional, são significativos para explicar a heterogeneidade na distribuição de profissionais¹⁰.

Para Dussaul², a busca pelo aperfeiçoamento do nível de saúde remete à eficiência na utilização dos recursos disponíveis para a produção de serviços de saúde. O aumento dos recursos não vai, por si só, elevar a eficácia nem a eficiência dos serviços. Um maior volume de recursos administrados de uma maneira ineficiente resultará no aumento dos custos sem melhoria significativa do impacto dos serviços².

Existem três limitantes a este estudo: a inexistência de estudos nacionais semelhantes para servirem de comparação; a inexistência de parâmetros específicos do SUS para a obstetrícia (e não da especialidade de gineco-obstetrícia); e, empregar dados secundários presente nos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde (SUS), assumindo-se a

qualidade dos mesmos. Os dois primeiros se configuram em sugestões para a realização de estudos futuros, gerando densidade quanto aos motivos das discrepâncias interregionais existentes quanto aos recursos disponíveis (serviços e profissionais) que impactam na qualidade e na suficiência do serviço de saúde em obstetrícia do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad Saúde Pública*, 26(3): 603-614, 2010.
2. Dussault G. A Gestão de Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. *Rev de Administração Pública*, 26: 8-19, 1992.
3. Ministério da Saúde. Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
4. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbimortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública*, 20(Supl 1):20-33, 2004.
5. Schramm JMA, Szwarcwald CL, Esteves MAP. Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*, 36 (5): 590-597, 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
7. Ministério da Saúde, 2014. Portaria N° 1.011, de 3 de outubro de 2014. *Diário Oficial da União* n° 192, Seção 1, pág. 68.
8. Ministério da Saúde, 2016. Portaria N° 1.631, de 1° de outubro de 2015. *Diário Oficial da União* n° 189, Seção 1, pág. 38.
9. Scheffer M, et al, Demografia Médica no Brasil, 2015. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: 2015.
10. Pova L, Andrade MV. Distribuição geográfica dos médicos no Brasil: uma análise a partir de um modelo de escolha locacional. *Cad. Saúde Pública*, 22 (8): 1555-1564, 2006.
11. Ono T, Shorenstein M, Buchan J. Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. *OECD Health Working Papers*, n. 69: 1-66, 2014.