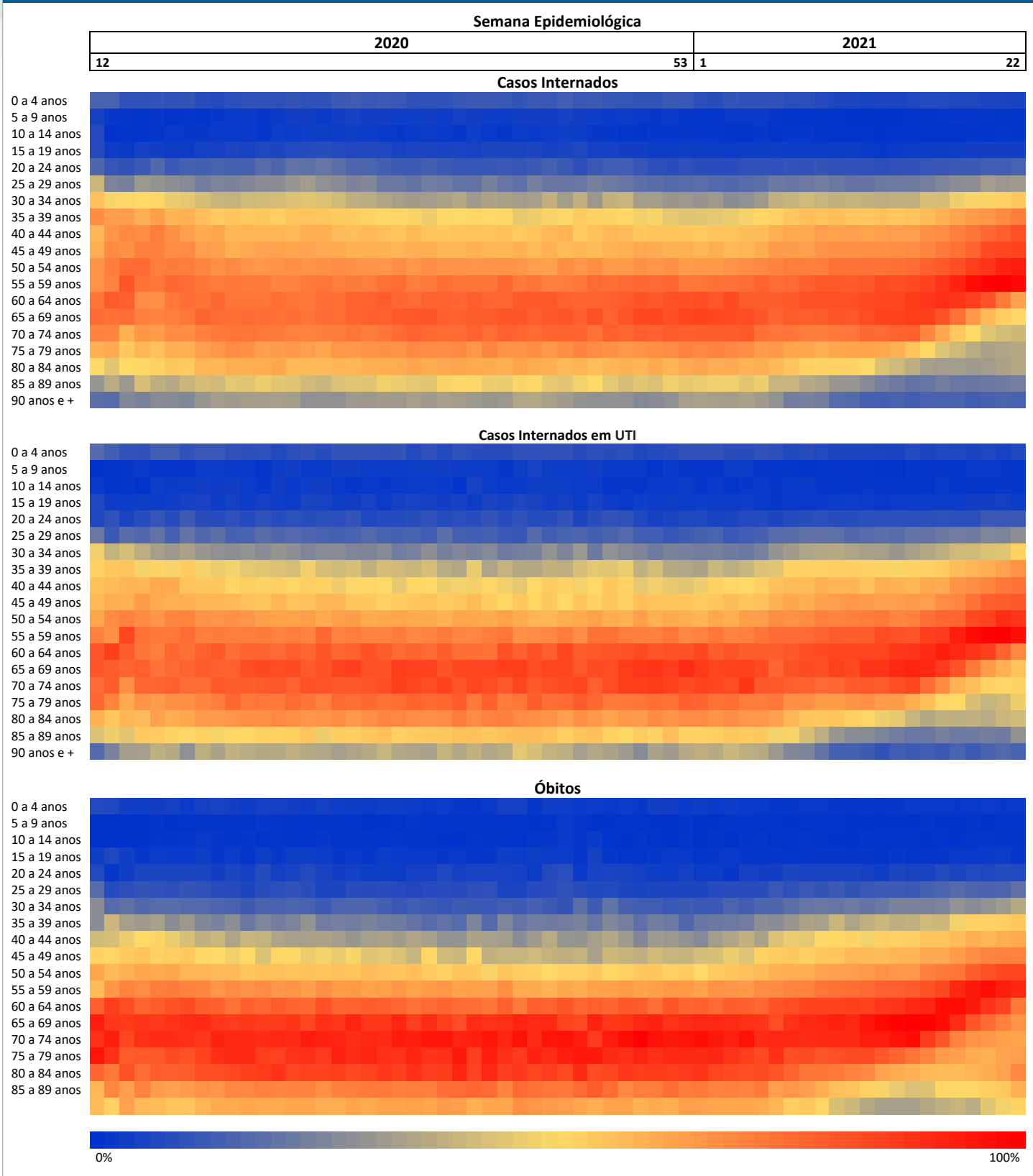


FIGURA 2 - CONCENTRAÇÃO RELATIVA DE CASOS INTERNADOS, CASOS INTERNADOS EM UTI E ÓBITOS POR COVID-19 NAS FAIXAS ETÁRIAS SEGUNDO SEMANA EPIDEMIOLÓGICA. BRASIL, 2020-2021



SIVEP-Gripe, 2020-2021

TABELA 1 - MEDIDAS SÍNTESE DA IDADE DE CASOS INTERNADOS, CASOS INTERNADOS EM UTI E ÓBITOS POR COVID-19, SEGUNDO SE MARCADORAS DE CENÁRIOS. BRASIL, 2020-2021

Marco temporal	Casos internados		Casos internados em UTI		Óbitos	
	Média	Mediana	Média	Mediana	Média	Mediana
SE 100 mil óbitos	58,2	60	62,6	65	68,7	71
SE 200 mil óbitos	61,2	63	63,7	66	70,2	72
SE 300 mil óbitos	58,1	59	59,2	61	65,2	67
SE 400 mil óbitos	56,3	57	58,0	59	62,3	64
SE próxima aos 500 mil óbitos	52,5	52	54,1	54	61,2	59

SIVEP-Gripe, 2020-2021



Covid-19 e mortalidade materna

Desde o início da pandemia a mortalidade materna tem sido monitorada no Brasil. O Brasil é o país com o maior número de mortes maternas devido à Covid-19. Entre mulheres grávidas e puérperas, a taxa de mortalidade atinge a cifra de 7,2% – quase três vezes maior do que a atual taxa de mortalidade por Covid-19, de 2,8%.

Essa situação agrava o problema crítico de mortalidade materna que o Brasil vive há anos, afirmam os pesquisadores do Observatório. Eles observam que esta preocupação foi crescendo à medida que a Covid-19 passou a apresentar condições que escapavam à regra de uma síndrome respiratória clássica, mas com efeito sistêmico.

“Além do risco devido a essa plausibilidade biológica a mortalidade materna é fortemente influenciada pelo acesso e disponibilidade de recursos de cuidado para o pré-natal, parto e puerpério”, destacam.

O estudo aponta que, em 2020, foram relatadas no país. 560 mortes pela Covid-19 em mulheres grávidas e puérperas. Em 2021, até o fechamento desta análise, as mortes maternas já superaram o número relatado no ano anterior: foram registradas 1.156 mortes, mais que o dobro do que em 2020. A maioria delas, de acordo com a análise, ocorre durante a gestação e não no puerpério (figura 1).

“Partimos do pressuposto de que este cenário está relacionado às alterações morfológicas da gestante, quando ocorre uma alteração das estruturas circulatórias para atender à demanda de crescimento fetal. Além disso, destacamos que o Brasil tem desafios adicionais em

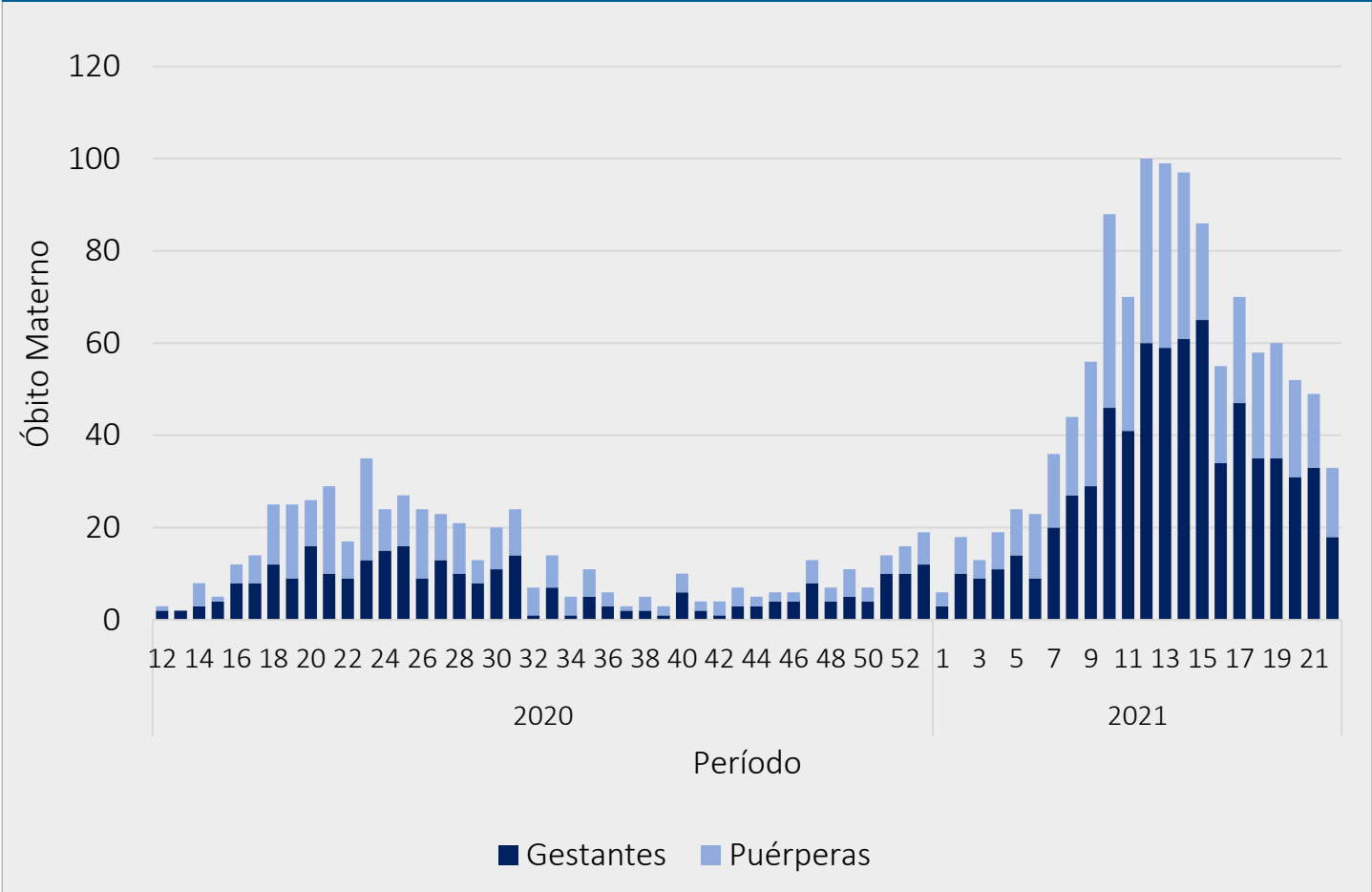
relação à terapia intensiva, dadas as especificidades da doença no ciclo gravídico-puerperal”, afirmam.

A análise destaca que este fator pode ter contribuído para um aumento muito mais significativo da mortalidade em gestantes do que o aumento da população geral entre 2020 e 2021. A gravidez e o puerpério podem aumentar as barreiras de acesso às unidades de saúde e condicionar a piora do atendimento clínico.

A partir desse contexto, os pesquisadores ressaltam que o plano de enfrentamento da pandemia deve incluir mulheres grávidas e puérperas como um grupo de risco independente de comorbidades. “A Covid-19 é uma doença cujas respostas imunológicas são diversas e graves e afetam dois grupos (mulheres e seus bebês) para os quais já existem recursos limitados, incluindo leitos de UTI”.

Para diminuir o número de óbitos em grávidas e puérperas o estudo alerta que é fundamental a combinação de medidas não farmacológicas e vacinação. Os especialistas defendem que as consultas de pré-natal devem ser qualificadas, incentivando medidas de distância física. Também é preciso rastrear os sintomas respiratórios. As ações incluem ainda a distribuição de máscaras de boa qualidade, a adoção de testes universais na admissão em maternidades (RT-PCR) e disponibilização de leitos de UTI para casos graves. “Além disso, consideramos fundamental acelerar a vacinação de todas as gestantes e puérperas no estágio atual da pandemia”, afirmam os cientistas.

FIGURA 1: SÉRIE HISTÓRICA DE ÓBITOS MATERNOS SEGUNDO FASE (GESTAÇÃO/PUERPÉRIO). BRASIL, 2020 E 2021



Leitos de UTI para Covid-19

A taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos no SUS apresentaram melhora sensível na maioria dos estados e no Distrito Federal entre os dias 14 e 21 de junho de 2021. O Amazonas e o Amapá deixaram a zona de alerta, com taxas inferiores a 60%, e Piauí, Rio Grande do Norte, Minas Gerais e São Paulo deixaram a zona de alerta crítico e ingressaram na zona de alerta intermediário. Em 13 unidades da Federação observou-se queda de pelo menos cinco pontos percentuais: Amazonas (62% para 54%), Pará (71% para 64%), Amapá (63% para 53%), Piauí (83% para 71%), Ceará (88% para 82%), Rio Grande do Norte (89% para 76%), Paraíba (73% para 67%), Pernambuco (94% para 83%), Alagoas (92% para 83%), Espírito Santo (66% para 61%), Rio de Janeiro (71% para 66%), Mato Grosso (93% para 86%) e Distrito Federal (92% para 82%).

O indicador subiu em Roraima, de 85% para 91%, e no Mato Grosso do Sul, de 91% para 96%. É o melhor quadro desde o fim de fevereiro, embora 14 estados e o Distrito Federal ainda se mantenham na zona de alerta crítico. Os estados de Tocantins, Sergipe, Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul são os mais preocupantes em função da persistência há muitas semanas em patamar superior a 90%. Roraima registra mais uma vez piora no indicador, com disponibilização de somente 56 leitos em hospital de Boa Vista.

Seis estados encontram-se com taxas de ocupação iguais ou superiores a 90%: Roraima (91%), Tocantins (95%), Sergipe (97%), Paraná (95%), Santa Catarina (95%) e Mato Grosso do Sul (96%). Nove unidades apresentam taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos entre 80% e 89%: Maranhão (84%), Ceará (82%), Pernambuco (83%), Alagoas (85%), Bahia (81%), Rio Grande do Sul (83%), Mato Grosso (86%), Goiás (85%) e Distrito Federal (82%). Oito estados estão na zona de alerta intermediário (≥60% e <80%): Pará (64%), Piauí (71%), Rio Grande do Norte (76%), Paraíba (67%), Minas Gerais (79%), Espírito Santo (61%), Rio de Janeiro (66%) e São Paulo (79%). Quatro estados estão fora da zona de alerta: Rondônia (56%), Acre (38%), Amazonas (54%) e Amapá (53%).

Sete capitais estão com taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 iguais ou superiores a 90%: Boa Vista (91%), Palmas (98%), São Luís (92%), Aracaju (98%), Curitiba (97%), Campo Grande (98%) e Goiânia (90%). Três capitais estão com taxas superiores a 80% e inferiores a 90%: Fortaleza (83%), Rio de Janeiro (84%) e Brasília (82%). Treze capitais estão na zona de alerta intermediário, com taxas iguais ou superiores a 60% e inferiores a 80%: Porto Velho (64%), Belém (62%), Teresina (sem informação direta, mas com número estimado em torno de 75%), Natal (73%), João Pessoa (61%), Recife (75%), Maceió (79%), Salvador (78%), Belo Horizonte (71%), São Paulo (76%), Florianópolis (77%), Porto Alegre (71%) e Cuiabá (38%). Quatro capitais estão fora da zona de alerta: Rio Branco (38%),

Manaus (54%), Macapá (55%) e Vitória (57%).

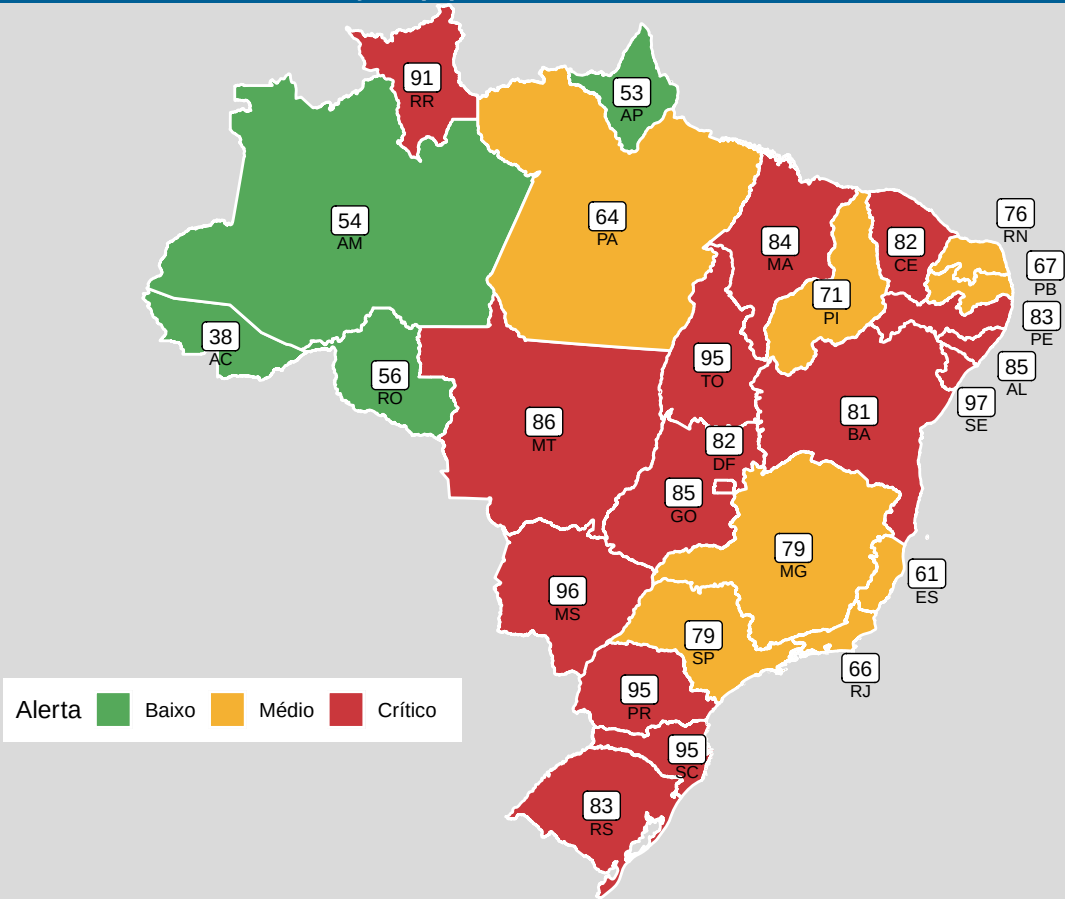
As taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos no SUS observadas em 21 de junho trazem algum alento por expressarem quedas expressivas em muitas unidades federativas e ratificarem tendências que vinham se observando em muitas delas nas últimas semanas. Ainda que a Região Norte contenha os quatro estados que estão hoje fora da zona de alerta, é especialmente significativa a melhora, em alguns casos até de menor magnitude, em estados do Nordeste e do Sudeste, que vinham sustentando taxas em patamares muito elevados. O Sul e o Centro-Oeste mantêm-se como as regiões mais preocupantes. Apesar da melhora do indicador, entretanto, o cenário ainda requer muita cautela. Somente o seguimento do mesmo nas próximas semanas e confronto com os indicadores epidemiológicos poderão conformar mais precisamente a situação da pandemia.

O sistema de saúde ainda apresenta sobrecarga para o cuidado de alta complexidade à Covid-19, sendo fundamental que as tendências de queda do indicador persistam nas próximas semanas. Necessidades e demandas por outras condições de saúde e pela Covid-19 longa estão reprimidas em “fila de espera” que exigirá extremo esforço de organização da rede de serviços de saúde para o seu atendimento. Por ora ainda é fundamental evitar novo crescimento de casos de Covid-19 com a ampliação da vacinação e ampla adesão da população às medidas não-farmacológicas de controle da pandemia, o que também repercutirá em algum alívio para que o sistema de saúde comece a focar efetivamente no esforço que precisa ser feito.

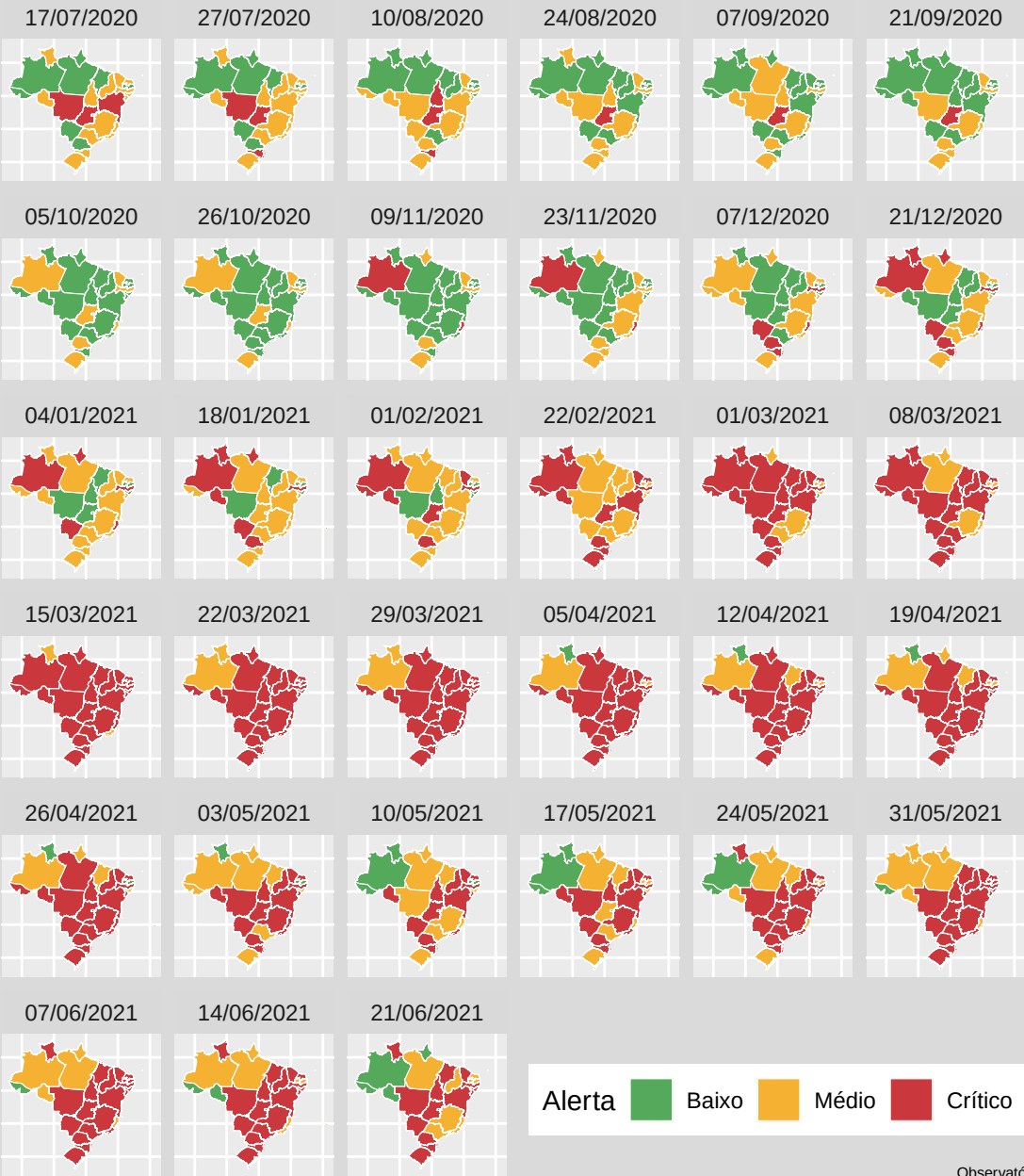
Os registros das taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 nos estados e no Distrito Federal pelo Observatório Covid-19 Fiocruz têm sido feitos desde 17 de julho de 2020, inicialmente quinzenalmente e, a partir de março deste ano, semanalmente. Como os registros só passaram a ser coletados na segunda quinzena de julho de 2020, não captaram uma fase crítica da pandemia, embora mais concentrada em algumas regiões metropolitanas brasileiras, com destaque para São Paulo, Rio de Janeiro, Fortaleza, Recife e Manaus.

No conjunto de 33 observações realizadas, sublinha-se, especialmente, a longa permanência (mais de 50% das observações) de algumas unidades federativas nas zonas de alerta crítico: no Norte, Tocantins; no Nordeste, Ceará, Rio grande do Norte, Pernambuco e Bahia; no Sul, Paraná e Santa Catarina; e no Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal. Por outro lado, não se pode deixar de mencionar a situação de estados do Norte, com destaque para o Amazonas, que no período contemplado mostraram-se na zona de alerta crítico em menos de 30% das observações, mas apresentaram situação extremamente crítica de colapso do sistema de saúde.

TAXA DE OCUPAÇÃO (%) DE LEITOS DE UTI COVID-19 PARA ADULTOS



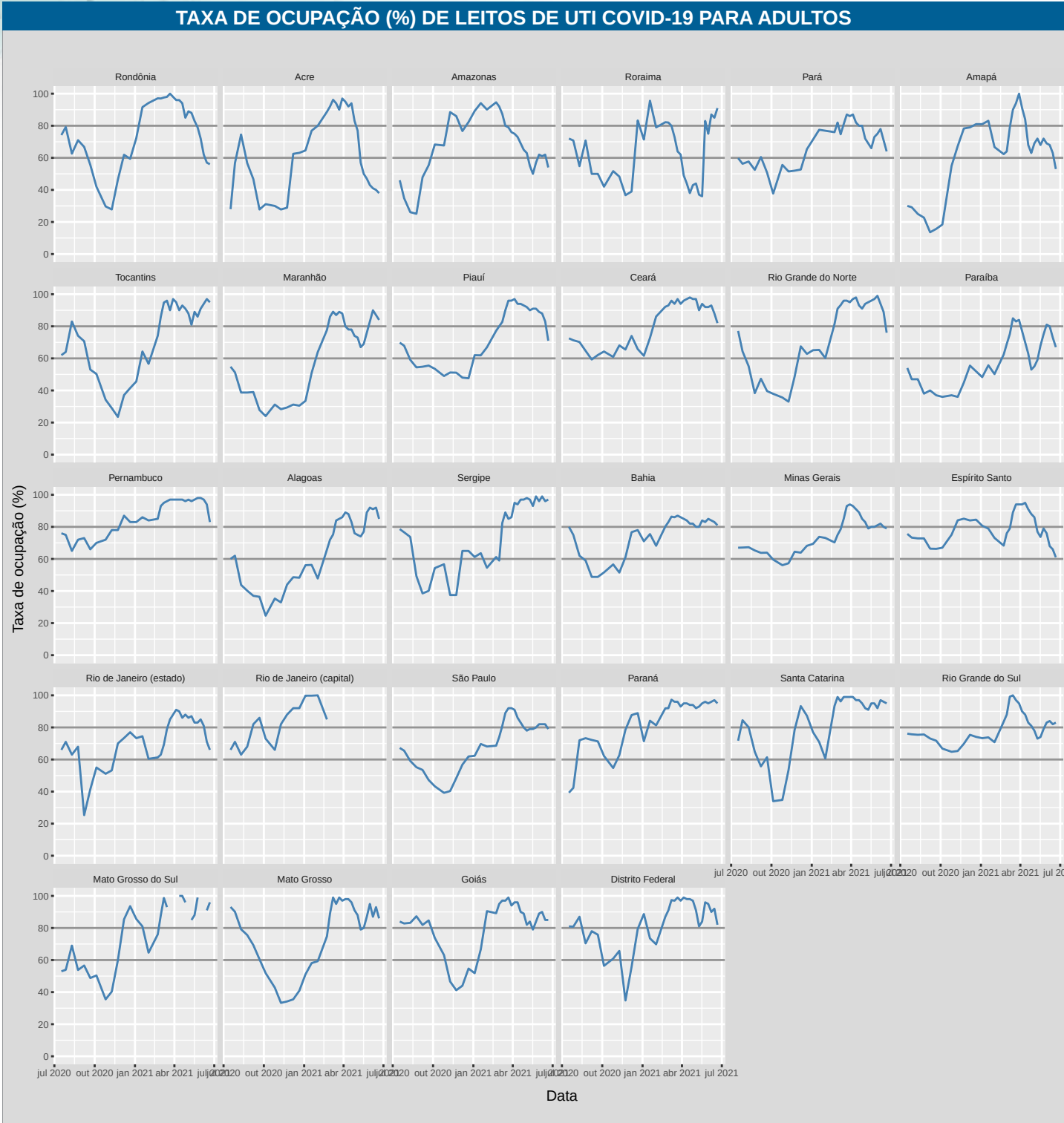
TAXA DE OCUPAÇÃO (%) DE LEITOS DE UTI COVID-19 PARA ADULTOS



Observatório Covid-19 | Fiocruz

DISTRIBUIÇÃO DAS OBSERVAÇÕES DAS TAXAS DE OCUPAÇÃO DE LEITOS DE UTI COVID-19 PARA ADULTOS (N=33) POR ZONAS DE ALERTA NAS UNIDADES FEDERATIVAS. BRASIL, JULHO 2020 - JUNHO 2021





O avanço da vacinação e a distribuição de imunizantes

A Tabela 1 apresenta o número total de doses aplicadas por unidade federativa e a estimativa de pessoas que receberam pelo menos uma dose da vacina, as que completaram o esquema vacinal e as que só receberam a primeira dose. O planejamento, a comunicação e a informação constituem aspectos fundamentais para a estratégia de auxílio no processo de imunização da população brasileira.

No país, 27,2% das pessoas vacinadas completaram o esquema vacinal com duas doses e 72,8% só receberam a primeira dose do imunizante. Treze estados apresentam percentual de vacinados com segunda dose menor que a média nacional de vacinados com esquema completo. Catorze estados apresentam percentual de população imunizada com esquema vacinal

completo inferior ao percentual nacional, com destaque para os estados do Maranhão, Acre e Sergipe, com percentual inferior a 25%. O avanço da primeira dose tem acelerado de forma importante em todos os estados.

Segundo dados do Ministério da Saúde, 87,2 % dos imunizantes adquiridos já foram destinados aos municípios para aplicação. Nove estados apresentam percentual de repasse inferior ao observado nacionalmente. Os estados de Rio Grande do Sul, Alagoas e Roraima apresentam repasse inferior a 80% das doses aos municípios. Esses dados podem conter atraso na informação, contudo é necessária a avaliação detalhada dessa informação junto aos estados com o intuito de melhoria do dado ou eventualmente apoio ao processo logístico, caso necessário.

TABELA 1 - DOSES APLICADAS, PERCENTUAL SEGUNDO DOSE VACINAL E DIFERENÇA PERCENTUAL ENTRE AS DOSES						
UF	Doses aplicadas	Dose 1	Estimativa de pessoas que fecharam o esquema vacinal (dose 2)	Estimativa de pessoas que só tomaram a primeira dose	% de pessoas vacinadas com esquema de vacinação completo	% pessoas vacinadas somente com a primeira dose
BRASIL	82.895.165	60.341.443	22.553.722	37.787.721	27,2	72,8
ACRE	276.285	209.201	67.084	142.117	24,3	75,7
ALAGOAS	1.226.580	896.278	330.302	565.976	26,9	73,1
AMAZONAS	1.544.883	1.089.792	455.091	634.701	29,5	70,5
AMAPÁ	236.204	173.006	63.198	109.808	26,8	73,2
BAHIA	5.427.978	3.951.417	1.476.561	2.474.856	27,2	72,8
CEARÁ	2.728.049	1.906.426	821.623	1.084.803	30,1	69,9
DISTRITO FEDERAL	1.115.017	801.120	313.897	487.223	28,2	71,8
ESPÍRITO SANTO	1.893.705	1.412.097	481.608	930.489	25,4	74,6
GOIÁS	2.688.248	2.008.720	679.528	1.329.192	25,3	74,7
MARANHÃO	2.615.238	2.049.545	565.693	1.483.852	21,6	78,4
MINAS GERAIS	8.039.793	5.687.815	2.351.978	3.335.837	29,3	70,7
MATO GROSSO DO SUL	1.382.393	1.005.457	376.936	628.521	27,3	72,7
MATO GROSSO	1.138.687	833.505	305.182	528.323	26,8	73,2
PARÁ	2.350.915	1.700.043	650.872	1.049.171	27,7	72,3
PARAÍBA	1.653.553	1.159.977	493.576	666.401	29,8	70,2
PERNAMBUCO	3.304.930	2.345.825	959.105	1.386.720	29	71
PIAUÍ	1.168.959	861.576	307.383	554.193	26,3	73,7
PARANÁ	5.134.652	3.846.756	1.287.896	2.558.860	25,1	74,9
RIO DE JANEIRO	7.014.871	5.059.009	1.955.862	3.103.147	27,9	72,1
RIO GRANDE DO NORTE	1.423.630	1.033.922	389.708	644.214	27,4	72,6
RONDÔNIA	561.945	415.084	146.861	268.223	26,1	73,9
RORAIMA	182.554	123.110	59.444	63.666	32,6	67,4
RIO GRANDE DO SUL	5.970.602	4.250.237	1.720.365	2.529.872	28,8	71,2
SANTA CATARINA	2.810.962	2.088.309	722.653	1.365.656	25,7	74,3
SERGIPE	754.893	566.622	188.271	378.351	24,9	75,1
SÃO PAULO	19.741.631	14.498.370	5.243.261	9.255.109	26,6	73,4
TOCANTINS	508.008	368.224	139.784	228.440	27,5	72,5

Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19Vacina/DEMAS_C19Vacina.html 22/06/2021

TABELA 2 - DOSES DISTRIBUÍDAS AOS ESTADOS E REPASSADAS AOS MUNICÍPIOS			
UF	DOSES DISTRIBUÍDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE AOS ESTADOS	DOSES DISTRIBUÍDAS PELOS ESTADOS AOS MUNICÍPIOS	PERCENTUAL DE REPASSE
BRASIL	123.134.304	107.330.534	87,2
ACRE	454.210	408.631	90,0
ALAGOAS	1.762.380	1.394.286	79,1
AMAZONAS	2.765.190	2.544.369	92,0
AMAPÁ	370.860	316.617	85,4
BAHIA	8.005.140	6.996.851	87,4
CEARÁ	4.692.918	4.250.590	90,6
DISTRITO FEDERAL	1.552.190	1.552.190	100,0
ESPÍRITO SANTO	2.439.110	2.273.950	93,2
GOIÁS	3.638.830	3.172.481	87,2
MARANHÃO	3.741.170	3.342.858	89,4
MINAS GERAIS	12.663.304	11.265.351	89,0
MATO GROSSO DO SUL	1.615.220	1.635.618	101,3
MATO GROSSO	1.684.920	1.467.504	87,1
PARÁ	3.985.210	3.704.994	93,0
PARAÍBA	2.242.700	1.893.211	84,4
PERNAMBUCO	4.992.460	4.734.642	94,8
PIAUÍ	1.694.790	1.549.476	91,4
PARANÁ	6.762.820	5.949.257	88,0
RIO DE JANEIRO	11.243.966	10.775.168	95,8
RIO GRANDE DO NORTE	1.914.410	1.077.956	56,3
RONDÔNIA	804.428	748.826	93,1
RORAIMA	307.090	234.429	76,3
RIO GRANDE DO SUL	7.909.166	6.895.975	87,2
SANTA CATARINA	4.135.000	3.531.329	85,4
SERGIPE	1.175.380	1.004.176	85,4
SÃO PAULO	29.822.042	23.904.678	80,2
TOCANTINS	759.400	705.121	92,9

Fonte: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19VAC_Distr/DEMAS_C19VAC_Distr.html 22/06/2021

Balanço das ações do setor saúde

As emergências sanitárias relacionadas a doenças infecciosas constituem-se atualmente em imensos desafios, cada vez mais frequentes, para todos os países. Os sistemas nacionais de saúde são tidos como a primeira linha de defesa contra essas situações¹. Por isso, precisam estar preparados pra adaptações rápidas e eficientes.

Para que isso ocorra, tanto a liderança política como a técnica são essenciais para sustentar o complexo equilíbrio entre as medidas de contenção da pandemia e seus efeitos sobre a todas as dimensões da sociedade. A comunicação clara, objetiva, confiável e sem contradições entre os governantes é fundamental para manter a confiança da sociedade, sua adesão às orientações e engajamento para reforçar intervenções locais que ajudem-nos a minimizar os impactos da pandemia².

A partir dessa premissa, a análise aponta que no âmbito dos sistemas de saúde, a capacidade de gestão, planejamento e avaliação precisam estar em permanente atuação e contar com equipe altamente especializada, capaz de formular diagnósticos pautados em informações confiáveis para subsidiar a tomada de decisão de gestores de todas as esferas na definição dos investimentos de diversas naturezas necessários para fazer frente à crise.

De acordo com a análise, no cômputo geral, ao longo da pandemia de Covid-19, o Sistema Único de Saúde (SUS) mostrou certa resiliência, com capacidade de se adaptar e responder à demanda, em especial em relação à necessidade de internação em UTIs. No entanto, observam os pesquisadores, dada a falta de coordenação nacional e de articulação entre as esferas de gestão, a precariedade estrutural por anos de subfinanciamento e a instabilidade gerada pelas sucessivas mudanças de comando no Ministério da Saúde, o SUS não foi acionado em todo o seu potencial para fazer frente à pandemia.

“O desempenho do sistema de saúde foi desigual e vimos que estados e municípios, de forma isolada, não conseguiram dar respostas sustentáveis, em especial pela infraestrutura, insumos e recursos humanos insuficientes. Pode-se afirmar que as desigualdades já existentes permaneceram ou foram aprofundadas, o que pode ser exemplificado pelas situações em que houve necessidade de transferência de pacientes entre municípios e estados e remanejamento de profissionais, de equipamentos e de insumos, numa intensidade maior do que a esperada”, afirmam.

Para os especialistas, em relação aos campos de atuação do SUS, a maior ênfase foi dada à atenção hospitalar. “A estratégia mais visível foi a de abertura de leitos de UTI provisórios em hospitais de campanha, no entanto, como se sabe e já era previsto à época, essa estratégia dava conta de atender cerca daqueles 10% dos acometidos que poderiam vir a ter necessidade de internação”. Embora para a maior parte dos acometidos, a atuação da Atenção Primária tenha sido elemento chave e as orientações para a organização do atendimento, o estudo constata que os fluxos, treinamento das equipes, disponibilização de termômetros e oxímetros em número suficiente, bem como a adoção de protocolos clínicos não foram de pronto estabelecidos, “havendo até divulgação e recomendação de uso de medicamentos sem base científica”.

“A Atenção Primária também é responsável por ações de proteção e promoção da saúde, mas pouco se investiu nessas atividades, com raras exceções. A orientação clara e inequívoca sobre o uso de máscaras, o distanciamento físico, a higiene das mãos e a observação de sinais de alerta não foi objeto de campanhas de massa em todas as mídias, elemento fundamental para esclarecer e engajar a população. Isso potencializaria a atuação da Atenção Primária e a vigilância popular em saúde”.

Quanto às ações de vigilância epidemiológica, também fundamentais para o controle de epidemias, o estudo destaca que não foram abrangentes e bem planejadas. Também a testagem em massa, medida amplamente conhecida e efetiva para conter a transmissão do vírus, recomendada pela OMS desde os primeiros dias da decretação da pandemia – “testar, testar, testar”, não foi, conforme análise dos pesquisadores, adequadamente implementada e nem os laboratórios de saúde pública foram preparados, apesar dos investimentos em estruturas regionais de unidade de apoio diagnóstico pela Fiocruz.

“Sem um plano e orientação para a testagem, em um primeiro momento não havia testes e, mais adiante, testes perderam a validade sem serem distribuídos para estados e municípios. A busca ativa de casos e de contatos, geralmente a cargo dos agentes comunitários de saúde, para as orientações de isolamento social, tampouco foram adotadas. Ainda hoje nos deparamos com a dificuldade de adotar a busca ativa daqueles que necessitam tomar a segunda dose da vacina para serem devidamente imunizados. Da mesma forma, a utilização da vigilância genômica, estratégica para o controle da circulação viral, não foi implementada uniformemente no território nacional”, ressaltam.

No SUS, a vigilância sanitária é a responsável, entre outras ações, pelo controle de viajantes e de produtos que chegam por portos, aeroportos e fronteiras. A ação de triagem e monitoramento de viajantes e inspeção de cargas suspeitas faz parte do controle de epidemias, visando retardar a entrada do vírus e de suas variantes, de modo que o sistema de saúde tenha tempo de preparar suas ações. Essa ação é coordenada pela Anvisa, “mas sem a articulação com estados e municípios é de difícil execução e tem seu alcance reduzido”.

A qualificação e preparação dos profissionais de saúde foi objeto de iniciativas governamentais e não governamentais, porém, na avaliação dos pesquisadores, em escala muito aquém da demanda. “Pela necessidade de uso de ferramentas tecnológicas para ensino remoto não se deram de forma oportuna”. Da mesma forma, como destaca o estudo, foram escassos os protocolos e orientações capilarizadas para atenção primária, especializada e hospitalar. Nos primeiros momentos havia dificuldades de várias ordens, desde a correta paramentação e despamamentação até o manejo clínico, como nas indicações de intubação. “Nesse caso, as dificuldades e dúvidas persistiram por longo tempo, não apenas pelo reduzido conhecimento acerca da fisiopatologia da doença, mas também pelas recomendações incorretas de uso de medicamentos”.

Os pesquisadores ressaltam que esse fato representa uma lacuna importante no se refere aos pacientes egressos de hospitalização e mesmo para aqueles que apresentaram formas mais leves, necessitando de acompanhamento especializado por conta de permanência de sequelas e do enfrentamento da Covid Longa (*Long Covid*).

Dessa forma, a dificuldade de acesso a informações estratégicas, não apenas dos dados epidemiológicos, mas também sobre a disponibilidade de recursos – leitos, equipamentos, recursos humanos, estoques de insumos, medicamentos, oxigênio medicinal – limitaram a capacidade dos gestores de adotar medidas importantes em tempo oportuno.

“O Sistema de Saúde pode muito, mas não tudo. O modelo de desenvolvimento, a conformação da proteção social, a mobilização da sociedade civil e a coordenação federativa das políticas de saúde dão os contornos para sua atuação, que visa garantir acesso e integralidade do cuidado a todos os cidadãos que dele necessitem”.

Neste aspecto, em diversos boletins foram apontadas a necessidade de ações integradas e coordenadas do sistema de saúde, principalmente envolvendo os municípios, por meio dos processos de regionalização.

A necessidade de ações de saúde regionalizadas

A regionalização na saúde está associada às dinâmicas territoriais, às características do desenvolvimento econômico, às políticas de saúde, ao grau de articulação existente entre os representantes do poder público em saúde e aos desenhos regionais adotados em cada estado^{3,4}.

A complexidade desta regionalização se deve a fatores como a institucionalização de uma rede de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial, à formalização da responsabilidade pública e à regulação centralizada, com a manutenção da autonomia dos governos locais. Esses fatores estão intrinsecamente ligados aos princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização.

1. Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico - OECD Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government. (2020). Recuperado de: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=135_135808-q2mj1rudey&title=Building-resilience-to-the-Covid-19-pandemic-the-role-of-centres-of-government&_ga=2.133642510.1856407239.1624287872-2088740169.1624287872

2. Massuda, A., Malik, A.M., Vecina Neto, G., Tasca, R., Ferreira Junior, W.C. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. (2021). Recuperado em <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/cadernosebape/article/view/83384>

3. Lima LD, Vianna ALd'A, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político institucionais. Ciênc Saúde Colet. 2012; 17:2881-92

4. Redes de Atenção à Saúde para Covid-19 e os desafios das esferas governamentais: Macrorregiões de Saúde e a curva que devemos “achatar”. https://bigdata-covid19.icict.fiocruz.br/nota_tecnica_17.pdf

ção. Isto significa que os serviços devem alcançar a todos, conforme suas necessidades, independentemente da sua localização. Por isso, o sistema de saúde deve se organizar em regiões, de forma descentralizada, porém coordenada, constituindo polos de atenção segundo níveis de complexidade dos serviços.

“As três esferas governamentais deveriam ter se organizado de forma estratégica, considerando essas estruturas e a rede de municípios que constituem as regiões de saúde, para tomar medidas adequadas e assertivas, sejam de aumento da restrição de circulação da população, na flexibilização e reabertura de setores comerciais, ou mesmo no avanço da vacinação”, defendem os cientistas.

Eles enfatizam ainda que nenhum município é completamente independente e medidas isoladas causaram ainda mais desorganização no sistema de saúde. Mesmo os maiores municípios, que em geral detêm toda a estrutura de atendimento para procedimentos de alta complexidade, fazem parte de uma rede que atende outros municípios que a compõem.

“Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) mostram que 741 municípios têm estrutura para atendimento de casos graves de Covid-19 em UTI. Nos casos mais graves, apenas um quinto dos municípios do Brasil responderam pelo atendimento de Covid-19. “Esses números apontam que decisões isoladas, em alguns municípios, podem, além de trazer o aumento de casos nesses locais, provocar a ocupação dos leitos compartilhados dentro dessa rede de atenção à saúde, deixando toda a população da rede sem atendimento e consequentemente demandando pacientes para as redes vizinhas”.

O SUS já segue a organização da rede para atendimento e as secretarias municipais e estaduais de Saúde conhecem essas estruturas, sendo isso uma vantagem no planejamento. Essas áreas seguem lógicas similares de estruturação, o que ajuda a criar critérios uniformes, ao invés de cada estado adotar uma conformação regional diferente, sem eficiência e resolutividade para conter ou tratar a doença.

“Os gestores estaduais e municipais deveriam considerar essas redes de atenção, que envolvem tanto os municípios importadores, como os exportadores de casos graves que necessitem internação, o que eventualmente pode envolver áreas de estados diferentes. Na ausência de diretrizes nacionais e estaduais, para as redes de atenção, muitos gestores municipais estiveram sujeitos à pressão de diferentes setores econômicos para abertura de atividades. Principalmente no nível das regiões de saúde, a falta de coordenação e compartilhamento dessas decisões não permitiu gerir o difícil equilíbrio entre demanda e oferta de serviços, bem como informar a população sobre como se estruturam essas redes e a importância de se compreender que o problema é compartilhado entre setores e municípios, assim como as medidas de reforço do sistema de saúde e controle da pandemia, que dependiam de um esforço conjunto de sociedade, envolvendo os gestores de saúde nos diferentes níveis do SUS”.

A regionalização na saúde está associada às dinâmicas territoriais, às características do desenvolvimento econômico, às políticas de saúde, ao grau de articulação existente entre os representantes do poder público em saúde, e aos desenhos regionais adotados em cada estado (Lima et al., 2012). A complexidade desta regionalização se deve a fatores como a institucionalização

de uma rede de serviços e intervenções frente a uma grande heterogeneidade territorial, à formalização da responsabilidade pública e à regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais. Esses fatores estão intrinsecamente ligados aos princípios do SUS de Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Regionalização e Hierarquização. Isto significa que, os serviços devem alcançar a todos, conforme suas necessidades, independente da sua localização. Por isso, o sistema de saúde deve se organizar em regiões, de forma descentralizada, porém coordenada, constituindo polos de atenção segundo níveis de complexidade dos serviços.

As três esferas governamentais deveriam ter se organizado de forma estratégica, considerando essas estruturas e a rede de municípios que constituem as regiões de saúde, para tomar medidas adequadas e assertivas, sejam de aumento da restrição de circulação da população, na flexibilização e reabertura de setores comerciais, ou mesmo no avanço da vacinação.

Nenhum município é completamente independente e medidas isoladas causaram ainda mais desorganização no sistema de saúde. Mesmo os maiores municípios, que em geral detêm toda a estrutura de atendimento para procedimentos de alta complexidade, fazem parte de uma rede que atende outros municípios que a compõem.

Se considerarmos os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 741 municípios possuem estrutura para atendimento de casos graves de COVID-19 em UTI. Nos casos mais graves, apenas um quinto dos municípios do Brasil responderam pelo atendimento de COVID-19. Esses números apontam que, decisões isoladas em alguns municípios podem, além de trazer o aumento de casos nesses municípios, provocar a ocupação dos leitos compartilhados dentro dessa rede de atenção à saúde, deixando toda a população dessa rede sem atendimento e consequentemente demandando pacientes para as redes vizinhas.

O SUS já segue a organização da rede para atendimento e as SES/SMS conhecem essas estruturas, sendo isso uma vantagem no planejamento. Essas áreas seguem lógicas similares de estruturação, o que ajuda a criar critérios uniformes ao invés de cada estado adotar uma conformação regional diferente, sem eficiência e resolutividade para conter ou tratar a doença.

Os gestores estaduais e municipais deveriam considerar essas redes de atenção, que envolvem tanto os municípios importadores, como os exportadores de casos graves que necessitem internação, o que eventualmente pode envolver áreas de estados diferentes. Na ausência de diretrizes nacionais e estaduais para as redes de atenção, muitos gestores municipais estiveram sujeitos à pressão de diferentes setores econômicos para abertura de atividades. Principalmente no nível das regiões de saúde, a falta de coordenação e compartilhamento dessas decisões não permitiu gerir o difícil equilíbrio entre demanda e oferta de serviços, bem como informar a população sobre como se estruturam essas redes e a importância de se compreender que o problema é compartilhado entre setores e municípios, assim como as medidas de reforço do sistema de saúde e controle da pandemia, que dependiam de um esforço conjunto de sociedade e envolvendo os gestores de saúde nos diferentes níveis do SUS.

Medidas de enfrentamento

Desde o **Boletim referente às semanas epidemiológicas 48 e 49 de 2020**, o **Observatório Covid-19 Fiocruz** vem trazendo, por meio de seus boletins quinzenais e extraordinários, um conjunto de recomendações para a adoção de medidas combinadas que envolvem: 1) as **medidas não-farmacológicas** que têm como objetivo reduzir a propagação do vírus e o contínuo crescimento de casos, o que sobrecarrega as capacidades para o atendimento de casos críticos e graves e contribui para o acelerado e contínuo crescimento de óbitos; 2) as **medidas relacionadas ao sistema de saúde** que visam aliviar a sobrecarga dos serviços e também reduzir a mortalidade hospitalar por Covid-19, por desassistência e por outras doenças; 3) as **políticas e ações sociais** cujo objetivo é mitigar os impactos sociais e sanitários da pandemia, principalmente para as populações mais vulneráveis.

Essas medidas podem ser revisitadas nos boletins, tendo como referência edições específicas que trazem de maneira mais completa uma síntese ampliada, como os boletins referentes às **SE 08 e 09, 10 e 11, e 12 e 13**, e o **Boletim extraordinário publicado em 30 de março de 2021**.

Com pequenas variações de acordo com os temas semanais, de uma maneira geral as medidas recomendadas se baseiam em estudos e documentos estratégicos, como a **Carta dos Secretários Estaduais de Saúde à Nação Brasileira**, publicada pelo Conass em 1º de março de 2021 e o relatório final do **Painel Independente**, que foi estabelecido pela OMS em setembro de 2020 e apresentou seus resultados em 12 de maio deste ano, no documento **COVID-19: Make it the Last Pandemic**, trazendo um conjunto de lições importantes para que o Brasil faça uma radical mudança do quadro atual, entre outros.

Os pesquisadores do **Observatório Fiocruz Covid-19** enfatizam que o sucesso no enfrentamento da pandemia necessariamente envolve a combinação de medidas. “É o conjunto que produz impacto na redução da transmissão de casos e óbitos, e não apenas uma ou algumas das mesmas, de modo que devem ser combinadas. Isto vale tanto para a combinação das medidas não-farmacológicas, do sistema de saúde e de proteção social, como também para o conjunto de ações que integram cada uma das mesmas”, ratificam.

Medidas não-farmacológicas

Medidas de mitigação

Manutenção de todas medidas preventivas envolvendo a redução da circulação de pessoas, o distanciamento físico e social, o uso de máscaras (sendo as de maior proteção com PFF2). O estudo recomenda que, até que a pandemia seja declarada encerrada, devem ser distribuídas máscaras para todos que circulam e trabalham, sobretudo em ambientes fechados, e disponibilizados *dispensers* com álcool gel para higienização das mãos. Os pesquisadores alertam que, paralelamente, é fundamental ampliar e intensificar campanhas que estimulem e ampliem o uso destas medidas para todos os grupos sociais, envolvendo a distribuição gratuita de máscaras, como já vem realizando a Fiocruz em parceria com outras instituições¹.

“Devem ser elaboradas campanhas de comunicação e conscientização da população considerando a literatura científica, com o objetivo de levar informações de forma direcionada e convergente em todas as esferas governamentais, pautadas pela ciência”, defendem.

Outra ação fundamental recomendada pelos especialistas é a construção de protocolos de enfrentamento que orientem desde a conduta clínica mais adequada até a organização do serviço de referência e contra-referência para atendimento de casos graves. Estratégia de inteligência espacial que considerem as redes de deslocamento da população desde para evitar tanto a disseminação da doença, quanto a busca por atendimento e a distribuição e aplicação de imunizantes.

Medidas de bloqueio (lockdown)

Segundo o estudo, devem ser adotadas medidas mais rigorosas de restrição da circulação e das atividades não essenciais por pelo menos 14 dias, de acordo com a situação epidemiológica e capacidade de atendimento de cada região. Essas medidas devem ser avaliadas semanalmente a partir de critérios técnicos, como taxas de ocupação de leitos e tendência de elevação no número de casos e óbitos. Reafirmando as recomendações da **Carta dos Secretários Estaduais de Saúde à Nação Brasileira**, o **Observatório** recomenda um maior rigor nas medidas de restrição das atividades não essenciais, de acordo com a situação epidemiológica e capacidade de atendimento de cada região, avaliadas semanalmente a partir de critérios técnicos, incluindo a restrição em nível máximo nas regiões com ocupação de leitos acima de 85% e tendência de elevação no número de casos e óbitos. O que envolve:

- A proibição de eventos presenciais como shows, congressos, atividades religiosas, esportivas e correlatas em todo território nacional;
- A suspensão das atividades presenciais de todos os níveis da educação do país;
- O toque de recolher nacional a partir das 20h até as 6h da manhã e durante os finais de semana;
- O fechamento de praias, bares e demais locais que promovam aglomerações;
- A adoção de trabalho remoto sempre que possível, tanto no setor público quanto no privado;
- A instituição de barreiras sanitárias nacionais e internacio-

nais, considerados o fechamento dos aeroportos e do transporte interestadual;

- A adoção de medidas para redução da superlotação nos transportes coletivos urbanos;
- A ampliação da testagem e rastreamento dos testados, com isolamento dos casos suspeitos e monitoramento dos contatos.

Medidas envolvendo o Sistema de Saúde

O **Boletim** reafirma também a importância da organização de ações de saúde e intersetoriais, a partir de uma abordagem populacional, territorial e comunitária, envolvendo a **Atenção Primária à Saúde (APS)**, com destaque para:

Vigilância de saúde, com fortalecimento das capacidades de detecção precoce (o que envolve também a disponibilidade de testes), investigação laboratorial (incluindo a ampliação da vigilância genômica no país), com medidas de isolamento, quarentena e busca ativa de casos suspeitos e confirmados, além de estratégias de teleconsulta.

Atenção em saúde, com organização da APS para manutenção do cuidado individual dos casos suspeitos e casos não graves de Covid-19, bem como a continuidade dos cuidados ofertados para a população.

Ação comunitária e apoio social aos grupos mais vulneráveis, de modo a possibilitar que medidas isolamento e quarentena possam ser realizadas, como no exemplo do **Conexão Saúde**.

Ampliação da capacidade assistencial em todos os níveis, incluindo leitos clínicos e de UTI para Covid-19, combinada com proteção, capacitação e valorização dos profissionais de saúde.

Gestão prospectiva de medicamentos e insumos a fim de evitar o desabastecimento, com gestores de todos os níveis atualizando diariamente o painel de estoque de medicamentos de interesse para o enfrentamento da Covid-19 – anestésicos, sedativos, bloqueadores neuromusculares entre outros. Demais medicamentos críticos para condições crônicas também devem ser monitorados para que não haja desabastecimento.

Aceleração da vacinação para toda a população coordenada pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) do SUS.

Medidas de mitigação dos impactos sociais, sobretudo para os mais pobres e vulneráveis

Aprovação de um Plano Nacional de Recuperação Econômica e de Enfrentamento das Desigualdades Socioeconômicas acentuadas durante a pandemia

Manutenção do auxílio financeiro emergencial enquanto durar o estado de emergência, combinado com as políticas sociais existentes de proteção aos mais pobres e vulneráveis.

Medidas de apoio social para adoção de isolamentos e quarentenas nas comunidades mais pobres, garantindo espaços e fornecimento de alimentos no período de realização.

Enfrentamento emergencial das situações de insegurança alimentar e nutricional durante a pandemia.

O quadro abaixo sistematiza algumas das medidas apontadas nos Boletins citados.

1. <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-apoia-rio-pela-vida-na-distribuicao-de-mascaras-no-transporte-publico>

POLÍTICAS E AÇÕES DO SETOR SAÚDE		
EXPOSIÇÃO	■ Reduzir exposição das pessoas e propagação do vírus através de medidas não farmacológicas	POLÍTICAS E AÇÕES SOCIAIS Identificação de situações de vulnerabilidade social Apoio social aos grupos vulneráveis
INFECÇÃO	■ Reduzir infecção de pessoas através de vacinas ■ Vigilância de saúde para reduzir circulação de infectados, com ampliação de testagem, busca ativa e isolamento dos casos suspeitos e monitoramento e quarentena dos contatos	
ADOECIMENTO	■ Identificação de grupos de risco por profissionais de ESF e reduzir vulnerabilidade por comorbidades dando continuidade aos tratamentos ■ Cuidado individual dos casos suspeitos e casos não graves de Covid-19	
AGRAVAMENTO	■ Medidas para adequação de oferta de leitos, quantitativo de profissionais e condições de trabalho ■ Medidas de gestão de medicamentos e insumos evitando desabastecimento	