

## Artigo

# **Impacto da política de saúde na oferta de leitos de unidade de terapia intensiva adulto na rede pública estadual do Espírito Santo antes e durante a pandemia por Covid-19**

Marcio Drumond Pozzatti\*  
Roberta Ribeiro Batista Barbosa\*\*

### **Resumo**

Os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são recursos de alta complexidade e elevado custo, organizados através de centrais de regulação, que funcionam ininterruptamente, com objetivo de regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), otimizando e garantindo assim o acesso dos usuários em tempo hábil e sua recuperação. O objetivo desta pesquisa é analisar a oferta e o tempo de regulação de leitos de UTI adulto disponíveis nos hospitais do SUS capixaba no período de agosto de 2019 a agosto de 2021, e o impacto que as políticas públicas tiveram diante dessa demanda. Trata-se de uma pesquisa observacional, retrospectiva e documental, utilizando os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES), da Central de Regulação de Leitos do Espírito Santo e de documentos sobre as políticas públicas relacionadas à gestão de leitos de UTI publicados nos sites do governo federal e na secretaria estadual. Espera-se que o levantamento das políticas públicas existentes sobre a gestão de leitos, somada aos dados obtidos no período do estudo sobre a disponibilidades de leitos de UTI, permita traçar o impacto das políticas públicas adotadas neste período e o reflexo na oferta de leitos de UTI no SUS.

**Palavras-chave:** COVID-19. Número de Leitos em Hospital. Sistema Único de Saúde. Unidade de terapia Intensiva.

### **Impact of the health policy on the supply of beds in adult intensive care units in the state public network os Espírito Santo before and during the covid-19 pandemic**

### **Abstract**

Beds in Intensive Care Units (UTI) are highly complex and cost-effective, organized through the regulation center, which operate continuously, with the aim of regulating hospital beds in establishments of the unified health system (SUS), optimizing and thus ensuring timely user access and recovery. The objective of this research is to analyze the supply and regulation time of adult UTI beds available at SUS capixaba hospitals from August 2019 to August 2021, and the impact that public policies had on demand. This is an observational, retrospective and documentary research, using data from the National Registry of Health Establishments (CNES), of the Center for Regulation of Beds of Espírito Santo and documents on public policies related to the management of UTI beds published on the websites of the federal government and the state secretariat. It is expected that the survey of existing public policies on bed management, added to data obtained on

the availability of UTI beds before and during the pandemic, it allows tracing the impact of public policies adopted in this period and reflect on the supply of beds leitos of UTI in the state public network.

**Keywords:** COVID-19. Number of beds in Hospital. Health Unic System. Intensive Care Unit.

\* Mestrando em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, [marciopozzatti@yahoo.com.br](mailto:marciopozzatti@yahoo.com.br)

\*\* Doutora em Pediatria e Saúde da Criança pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, [roberta.batista@emescam.br](mailto:roberta.batista@emescam.br)

**A** eclosão da epidemia de COVID-19 em Wuhan, na China, levou a comunidade internacional a retomar alertas sobre os riscos de uma pandemia, fato esse, declarado pela Organização Mundial da Saúde em março de 2020. A doença, inicialmente denominada 2019-nCoV ou COVID-19 (Doença por Coronavírus 2019) passou a ter o vírus classificado como SARS-CoV-2 pelo Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (RAFAEL *et al.*, 2020).

Com comportamento errático e de rápida disseminação pelo mundo, a pandemia de COVID-19 tornou-se uma emergência de saúde pública, sendo responsável até janeiro de 2022 segundo a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, por 323 milhões, 23.416,748 e 690.636 casos confirmados e 5,5 milhões, 621.855 e 13.395 mortes distribuídas em todo mundo, Brasil e estado do Espírito Santo respectivamente.

Este cenário complexo impõe desafios adicionais à vigilância epidemiológica, às relações internacionais e à programação de políticas públicas, sobretudo por meio de medidas que reduzam as desigualdades de acesso aos sistemas de saúde e as condições estruturais para o autocuidado. Atentar para o comportamento desta pandemia nas distintas regiões parece ser imprescindível para a atualização das estratégias de enfrentamento desta emergência global e suas repercussões no nível local (RAFAEL *et al.*, 2020).

Um importante indicador é o número de leitos de UTI. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda ter o mínimo de um leito de UTI para cada 10 mil habitantes. No Brasil, a Portaria nº 1101/GM - 12 de junho de 2002 elaborada pelo Ministério da Saúde estabeleceu a necessidade de 4 a 10% de leitos de UTI no total de leitos hospitalares. Esta proporção corresponde a 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. Atualmente este cálculo é realizado utilizando variáveis previstas na Portaria nº 1.631/GM – 01 de outubro de 2015 como taxa de internação esperada, taxa de recusa e o tempo médio de permanência (OTTO et al., 2013; BRASIL, 2015).

Logo após o início da pandemia por COVID-19, em abril de 2020, o total de leitos de UTI cadastrados no CNES saltou de 46.045 em dezembro de 2019 (momento pré pandemia) para 60.265, ou seja, em quatro meses houve um incremento de 14.220 leitos, o que representa um aumento total de 23,59%. Desses, apenas 3.104 leitos representam novos leitos de UTI SUS. (JUNIOR *et al.*, 2020).

A questão é que 77,59% dos brasileiros usam exclusiva e diretamente o SUS e 22,41% têm plano de saúde (que atendem com folga os parâmetros da OMS em todos os estados, com média de 7.24 leitos por 10 mil segurados) (JUNIOR *et al.*, 2020).

Entretanto, não é qualquer hospital que possui as condições necessárias para abrigar uma UTI, pois se trata de um serviço de alta complexidade e alta densidade tecnológica. O Brasil possui cerca de 5570 municípios, em sua grande maioria, municípios pequenos que não possuem hospitais com leitos de UTI. Segundo estudo realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em cerca de 70% dos estados brasileiros a rede pública não possui leitos de UTI em quantidade adequada para atender os parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde. Para tentar resolver esta problemática o Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza como estratégia para otimizar a relação entre a demanda crescente e os recursos disponíveis, a organização das centrais de regulação, que funcionam 24 horas por dia, todos os dias, e tem a função de regular os leitos hospitalares dos estabelecimentos

do SUS, buscando disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada (FERRAZ, 2018).

Como os pacientes graves necessitam de intervenções precoces para obter melhora de seus desfechos, o retardo na disponibilidade de leitos de UTI resulta em impacto negativo no desfecho clínico e taxa mais elevada de mortalidade. Quando o número de solicitações de novas admissões excede a quantidade de leitos disponíveis, algumas demandas são rejeitadas, formando-se uma fila de espera. Neste sentido, enfrenta-se um problema real de descompasso entre disponibilidade e fluxo, no qual a demanda (fluxo de admissão) tem um número de causas inter-relacionadas (desde o envelhecimento populacional até a percepção de uma demanda epidemiológica), e a definição da disponibilidade ideal (número de leitos) e o fluxo de altas também depende de uma conexão entre processos direcionados por questões técnicas e humanas, como regulação e governança clínica (GOLDWASSER *et al.*, 2018).

A pandemia COVID-19 desafiou gestores e formuladores de políticas para identificar medidas de segurança pública para prevenir o colapso dos sistemas de saúde e redução de mortes (AQUINO *et al.*, 2020). Discute-se portanto, as experiências na gestão dos leitos públicos da rede estadual, analisando a tomada de decisões diante a demanda de leitos de alta complexidade para o tratamento daqueles usuários acometidos de SARS COV-2, tendo como determinantes a sua complexidade e sua disponibilidade controle da pandemia de COVID-19 sob a perspectiva da epidemiologia e das políticas públicas brasileiras, identificando ações e intervenções que a rede de serviços realizou para a preparação, contenção, resposta e mitigação durante a pandemia COVID-19, apoiando a tomada de decisão na previsão, organização e gestão de serviços saúde à medida que a pandemia COVID-19 evolui, avaliando o aumento na oferta e o tempo de regulação de leitos de UTIs adulto não Covid que necessitam deste serviço.

## Metodologia e Dados

Trata-se de uma pesquisa observacional, exploratória quanti-qualitativa constituída por análise documental, que se utiliza de técnicas de apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos, podendo ser desenvolvida a partir de várias fontes, com o propósito de obter informações neles contidos, a fim de compreender um fenômeno; é um procedimento que utiliza de métodos e técnicas de captação, compreensão e análise de um universo de documentos, com bancos de dados que são considerados heterogêneo (JUNIOR *et al.*, 2021).

A pesquisa foi realizada no estado do Espírito Santo, onde foram analisados dados coletados no período entre agosto de 2019 a agosto de 2021, utilizando-se o banco de dados disponibilizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (SESA-ES), Central de Regulação do Espírito Santo (CRE-ES) e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), obedecendo tudo o trâmite legal junto à SESA-ES e a comissão de ética e pesquisa da instituição vinculada para autorização de acesso aos dados da CRE-ES. Foram analisados primeiramente os dados públicos extraídos das publicações do Diário Oficial da União e do estado do Espírito Santo, seguido das extrações e análise dos dados obtidos através da CRE-ES.

A pesquisa documental foi elaborada, por meio de um levantamento de documentos públicos federais e estaduais como, normativas, portarias, notas técnicas, e outros relacionados à regulação de leitos de UTI existentes no período que antecede a pandemia e os que surgiram e foram implementadas durante a pandemia, discutindo o impacto e a importância destas ações na oferta de leitos de UTIs.

Numa segunda etapa, foram coletados dados secundários disponibilizados pela CRL-ES. Para isso, foram seguidos todos os trâmites de autorização de pesquisa no âmbito da SESA-ES, que consistiu na submissão do projeto para apreciação da secretaria de saúde estadual através do envio dos termos de confidencialidade, termo de responsabilidade, termo de

anuência, requerimento do projeto de pesquisa e o projeto de pesquisa propriamente dito, onde foram devidamente analisados, e após sanadas todas as considerações solicitadas por este órgão, foi submetida e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-EMESCAM, retornando este documento à SESA-ES, para finalmente obter a carta de anuência do órgão competente.

De posse do Termo de Anuência em mãos, iniciou-se o primeiro contato com a coordenação da central de regulação estadual, onde foram definidos os trâmites para iniciação das pesquisas. A coordenação dessa central diante das informações e necessidades repassadas, realizou a seleção de todas as informações necessárias através de planilhas Excel, não sendo, portanto, necessário nenhum código de acesso por parte do pesquisador para o acesso a estes dados. Diante dessas informações foram extraídos os dados para o desenvolvimento desse estudo.

Foram registrados os números de solicitações de leitos de UTIs adulto não-COVID, tempo de regulação em dias (menor que um dia, entre 1 a 2 dias, de 2 a 3 dias e maior do que 4 dias). Estes dados serão coletados em números absolutos por mês, referentes ao período pré-pandemia, considerando o período entre julho a dezembro de 2019, e no mesmo período em 2020. Serão consideradas apenas aquelas solicitações reguladas e confirmadas pelo hospital executante conforme especifica a Portaria Estadual 120-R de 20 de dezembro de 2018.

Além disso, serão coletadas variáveis relacionadas as características dos usuários que foram regulados no mesmo período citado anteriormente (Tabela 1), sendo estas: o sexo, a faixa etária e o motivo da solicitação da vaga (estratificado por tipo de leito e suas respectivas especialidades). Serão desconsiderados usuários com idade inferior a 18 anos que se classificam como crianças e adolescentes conforme instituído pela lei 8.069 de 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

A análise descritiva das variáveis qualitativas foi reportada através de frequências absolutas e relativas, enquanto as variáveis quantitativas foram expressas em médias e desvio padrão e/ou em mediana e intervalo interquartil, dependendo da normalidade de distribuição dos dados, avaliado pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

Para comparação entre os grupos pré-pandemia e pós-pandemia será utilizado o teste *qui-quadrado ou exato de fisher* (quando uma ou mais frequência esperada for menor do que 5) para as variáveis categóricas (qualitativas). Já para a comparação entre os grupos das variáveis quantitativas será utilizado o teste *t student* para as variáveis simétricas (normais) ou o teste de *Mann-Whitney* para as variáveis assimétricas (anormais). Os dados serão processados no programa estatístico SPSS versão 25.0, e o nível de significância adotado será de 5% ( $p < 0,05$ ) para todas as análises.

Tão importante quanto entendermos as portarias e leis implementadas, temos que nos remeter ao período que antecede à pandemia através da compreensão da Portaria federal 3.390/GM de 2013 em que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no que diz respeito ao eixo de contratualização em que definiu as normas em que os gestores de saúde poderão formalizar contratos para prestação de serviços nível SUS com hospitais por meio de instrumentos formais de contratualização, independentemente de sua natureza jurídica (BRASIL, 2013).

Já Portaria federal de Consolidação 02/GM de 2017, consolidou as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, estabelecendo as diretrizes para a contratualização, definindo as ações e serviços a serem contratados de acordo com as necessidades da região de saúde, seja epidemiológica e sociodemográficas (BRASIL, 2017).

Dentre os documentos analisados, podemos citar a Recomendação nº

026/2020 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que, sugeriu aos gestores do SUS, no seio das suas competências, a requisição dos leitos privados, quando necessário, bem como a regulação única para que seja materializado o atendimento igualitário, como esposado na Carta Constitucional (BRASIL, 2020). Então, tanto é possível fazer acordos de contratação de leitos com o setor privado, quanto o Estado operar a requisição de leitos a partir de um decreto do Poder Executivo local e sendo o pagamento, em regra, definido depois, em modo de indenização. São estes os dois modos possíveis de se realizar a união dos leitos (JUNIOR *et al.*, 2020).

Como estratégia de enfrentamento a pandemia, o governo do estado do Espírito Santo, estabeleceu o Plano de Contingência, que teve como objetivo reduzir os riscos de introdução do vírus, a detecção e confirmação rápida dos casos, oferta de assistência qualificada e a garantia de uma resposta adequada (ESPÍRITO SANTO, 2021).

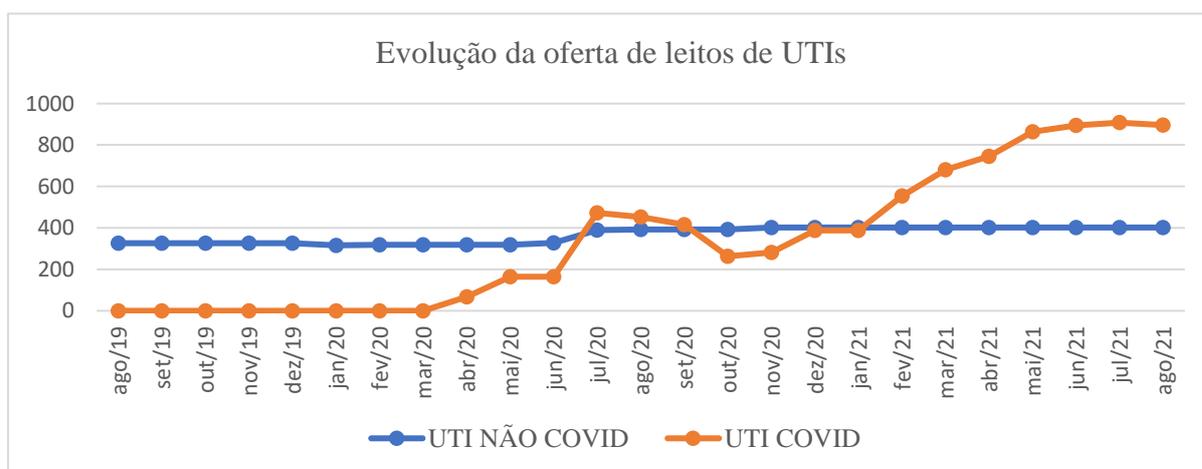
Para que essas garantias fossem cumpridas, inúmeros decretos e portarias foram divulgadas, podendo destacar entre elas a Portaria 038-R de 22 de março de 2020, onde ficou definido as referências hospitalares no tratamento da COVID-19 assim como a reorganização do fluxo, os atendimentos e os serviços de saúde em virtude da decretação do estado de emergência em Saúde Pública no estado em razão do surto de Coronavírus, definindo portanto as unidades hospitalares e quantidade de leitos clínicos COVID-19 habilitados para tratamento específico deste agravo (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Podemos também citar a Portaria 072-R de 30 de abril de 2020, em que definiu regras e valores de contratações de leitos de UTI e enfermaria para atendimento exclusivo de pacientes COVID-19, na rede privada com fins lucrativos (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Ainda, no âmbito estadual podemos destacar outras duas portarias publicadas pela Secretaria de Saúde com a finalidade de aprimorar o sistema de regulação de leitos, ampliar e otimizar os leitos hospitalares, a Portaria 067-R de 20 de abril de 2020 que dispõe sobre referências (Hospital

Evangélico de Itapemirim (HEI), Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Hospital Estadual de Vila Velha (HESVV), Hospital Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM), Hospital Evangélico de Vila Velha (HEVV), Hospital Madre Regina Protmann (HMRP), Hospital Doutor Roberto Arnizaut Silveiras (HRAS), Hospital Maternidade Silvio Avidos (HMSA), Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (HSCMCI), Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA), Hospital Doutor Jayme Santos Neves (HJSN), Hospital Doutor Dório Silva (HDS) e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV)) e contra referências (Hospital Antônio Bezerra de Farias (HABF), Hospital Maternidade São José (HMSJ), Hospital Estadual Central (HEC) e Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE)) das Unidades de Atenção Hospitalar, durante o Estado de Emergência pública pelo COVID-19 e a Portaria 217-R de 10 de novembro de 2020 que dispõe sobre o Núcleo Interno de Regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde no Estado do Espírito Santo, corroborando com as medidas estabelecidas pelo Ministério da Saúde na Lei 13.979 de 2020 que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (ESPÍRITO SANTO, 2021).

**Gráfico 1 – Evolução da oferta de leitos de UTIs**



	UTI	UTI Covid		UTI	UTI Covid
Agosto/19	326	0	Agosto/20	393	453
Setembro/19	326	0	Setembro/20	392	416
Outubro/19	326	0	Outubro/20	392	263
Novembro/19	326	0	Novembro/20	402	281
Dezembro/19	326	0	Dezembro/20	402	388
Janeiro/20	316	0	Janeiro/21	402	388
Fevereiro/20	318	0	Fevereiro/21	402	388
Março/20	318	0	Março/21	402	554
Abril/20	318	68	Abril/21	402	681
Mai/20	318	165	Mai/21	402	745
Junho/20	327	165	Junho/21	402	864
Julho/20	390	473	Julho/21	402	908

**Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**

Diante das políticas adotadas durante o período da pandemia, foi possível identificar o aumento da oferta de leitos de UTIs na rede SUS estadual (Gráfico 1) no primeiro ano estudado de cerca de 16,41% referente aos leitos de UTIs geral, e de 473% de leitos de UTIs de Isolamento. Já no segundo ano, foi observado aumento de 3,07% de leitos de UTIs geral e de 47,26% de UTIs de isolamento respectivamente, resultando não só na manutenção da oferta de leitos de UTIs disponíveis, mas também na otimização desses leitos e principalmente no aumento da oferta de leitos de UTIs de isolamentos àqueles usuários acometidos de enfermidades que necessitaram deste serviço. Nos estudos realizados, não foi possível identificar através dos dados coletados informações a respeito das UTIs de isolamento no período que antecedeu a pandemia, sendo essa identificação somente identificada e disponibilizada a partir de maio de 2022.

O número total de internação em UTI não Covid no período de agosto a dezembro de 2019 e no mesmo período em 2020 registrado por meio da Central de Regulação do Espírito Santo, foi de 26.557, sendo 13.853 (52,2%) solicitações realizadas no ano de 2019 e 12.704 (47,8%) durante a pandemia no mesmo período em 2020 (tabela 1).

Após análise dos dados referente ao sexo, foi possível observar que as solicitações de leitos para o sexo masculino, é maior do que para o sexo

feminino, independentemente da pandemia, entretanto observou-se um número de internações nas UTIs não Covid acima do esperado para o sexo masculino durante a pandemia ( $p < 0,05$ ).

Em um estudo realizado por Pauletti et al. (2017) com o objetivo de caracterizar o perfil epidemiológico dos pacientes internados em uma UTI adulto, foi analisado 975 prontuários de pacientes admitidos e verificado que a maioria era do sexo masculino, sendo 53,7% admitidos na UTI Clínica e 59,1% em UTI Cirúrgica, corroborando com o estudo de Castro et al. (2016), o qual foi analisado o perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis, Goiás, no ano de 2012, onde observou-se uma maior prevalência do sexo masculino nas internações do Hospital de Urgência Dr. Henrique Santillo- HUHS (62%) e Hospital Evangélico Goiano (53%). Apesar do HUHS apresentar grande quantidade de internações por motivo clínico, observou-se também volume expressivo de internações por motivos cirúrgicos e ortopédicos devido ao trauma. Já o Hospital Evangélico Goiano é referência em tratamento cardíaco e neoplásico, obtendo maior participação nas internações pelo sexo masculino por motivos relacionados a esses problemas.

Como observado em nossa pesquisa, estudos semelhantes apresentaram a prevalência de internações para o sexo masculino, com porcentagens entre 53% e 62%. Pode-se inferir, a partir desse dado, que a população masculina se encontra mais vulnerável e que as causas das internações desta, devem ser mais bem acompanhadas pela atenção primária, bem como por intervenções de corte intersetorial, no sentido de trabalhar o controle de riscos e a prevenção de doenças, bem como as complicações à saúde do homem.

Ao analisar as internações nas UTIs e a idade, foi possível identificar que no período pré pandemia a solicitação de leito foi maior do que a esperada naqueles grupos classificados como idosos longevos, ou seja, aquele com idade superior a 79 anos e que a mediana de idade de foi superior antes da pandemia quando comparada no mesmo período durante a pandemia (Tabela 1).

Resultados esses que não diferem muito dos encontrados em estudos anteriores os quais apontam que a idade avançada é um fator comum nas internações de UTI, cuja frequência oscila na grande maioria de internações de pessoas com idades maior de 60 anos (PAULETTI et al., 2017; FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Segundo Favarin e Camponogara (2012) a maior parcela das internações em um hospital universitário analisado foi de pessoas na faixa etária de 61 a 70 anos (26%), seguida da faixa de 51 a 60 anos (18%) e, de 71 a 80 anos (15%). A idade média foi de 64,8 anos. Dentre os internados, 47% eram idosos, ou seja, acima de 60 anos. Já Pauletti et al. (2017) ao analisar 975 prontuários de usuários admitidos em UTI clínica e cirúrgica, verificou que a idade da amostra variou de 20 a 60 anos, com prevalência da população acima dos 60 anos em ambas as UTIs (média de 46,9%).

No período durante a pandemia, foi possível observar um comportamento diferente, com valores acima do esperado para os usuários da faixa etária considerada de adultos, ou seja, com idade entre 40 a 59 anos. Era de se esperar que, como a idade é um fator de risco para solicitação de UTI, os números de solicitações relacionados a faixa etária de idosos, também tivessem o mesmo comportamento, porém durante a pandemia esse comportamento foi alterado.

O número de internações em leito cirúrgico foi significativamente maior do que o esperado para o período pré-pandemia. Já o número de internações para o leito clínico foi significativamente maior do que o esperado para o período durante a pandemia. Situação essa que possa sugerir o reflexo das ações desenvolvidas a nível do legislativo, principalmente no tocante da Portaria 038-R ES de 20 de março de 2020 que reorganizou os fluxos, os atendimentos e os serviços de saúde em virtude da decretação do estado de emergência em Saúde Pública no Espírito Santo, suspendendo no âmbito da gestão estadual do Sistema Único de Saúde - SUS na rede de hospitais próprios e geridos por Organização Social (OS), filantrópicos contratualizados pelo Estado e no Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes, todos

os procedimentos cirúrgicos eletivos, com exceção das cirurgias oncológicas e cardiovasculares (ESPÍRITO SANTO, 2020).

**Tabela 1.** Características das solicitações das vagas de internação em Unidade de Terapia Intensiva não Covid antes e durante a pandemia por Covid-19.

	<b>Antes da Pandemia (n=13.853)</b>	<b>Durante a Pandemia (n=12.704)</b>	<b>Valor p</b>
<b>Sexo, n (%)</b>			
Masculino	7695 (55,5%)	7210 (56,8%) <sup>a</sup>	<b>0,048*</b>
Feminino	6158 (44,5%) <sup>a</sup>	5494 (43,2%)	
<b>Faixa Etária, n (%)</b>			
18 a 39 anos	1476 (10,7%)	1411 (11,1%)	<b>0,002*</b>
40 a 59 anos	3309 (23,9%)	3212 (25,3%) <sup>a</sup>	
60 a 79 anos	6253 (45,1%)	5702 (44,9%)	
Acima de 79 anos	2816 (20,3%) <sup>a</sup>	2382 (18,7%)	
<b>Tipo de leito de UTI, n (%)</b>			
Cirúrgico	1051 (7,6%) <sup>a</sup>	419 (3,3%)	<b>0,000*</b>
Clínico	12800 (92,4%)	12287 (96,7%) <sup>a</sup>	
<b>Especialidades, n (%)</b>			
Cardiologia	1448 (10,5%) <sup>a</sup>	983 (7,7%)	<b>0,000*</b>
Neurologia	610 (4,4%) <sup>a</sup>	189 (1,5%)	<b>0,000*</b>
Clínica Médica	10825 (78,2%)	9943 (78,3%)	
Vascular	123 (0,9%) <sup>a</sup>	23 (0,2%)	<b>0,000*</b>
	143 (1,0%) <sup>a</sup>	32 (0,3%)	<b>0,000*</b>
Oncologia/Hematologia			
Ortopedia	165 (1,2%) <sup>a</sup>	18 (0,1%)	<b>0,000*</b>
Nefrologia	43 (0,3%) <sup>a</sup>	6 (0,0%)	<b>0,000*</b>
Uroginecologia	11 (0,1%)	4 (0,0%)	
Queimados	102 (0,7%)	110 (0,9%)	
Cirurgia Torácica	18 (0,1%) <sup>a</sup>	6 (0,0%)	<b>0,000*</b>
Cirurgia Geral	350 (2,5%) <sup>a</sup>	185 (1,5%)	<b>0,000*</b>
Pneumologia	0 (0,0%)	1202 (9,5%) <sup>a</sup>	<b>0,000*</b>
Outros	13 (0,1%)	4 (0,0%)	
<b>Dias de Espera, n (%)</b>			
Menor que 1 dia	9530 (68,8%)	9085 (71,5%) <sup>a</sup>	<b>0,000*</b>
1 a 2 dias	2501 (18,1%)	2314 (18,2%)	
3 a 4 dias	837 (6,0%) <sup>a</sup>	650 (5,1%)	<b>0,000*</b>
Acima de 4 dias	985 (7,1%) <sup>a</sup>	656 (5,2%)	<b>0,000*</b>
<b>Horas de Espera</b>			
	6(1-33) <sup>b</sup>	6(1-28) <sup>b</sup>	<b>0,001*</b>

<sup>a</sup> resíduo ajustado > 1,96;

<sup>b</sup> mediana (intervalo interquartil 25% - 75%);

Tendo a pandemia COVID-19 um impacto profundo nos serviços cirúrgicos de emergência, com uma redução significativa de pacientes internados em unidades cirúrgicas de emergência em todo o mundo, cada sistema de saúde sofreu mudanças radicais para se adaptar ao crescente número de internações de emergência para síndromes respiratórias, a maioria das quais necessitavam de cuidados intensivos.

É nesse contexto que Tebala et al. (2022) publicou um estudo realizado em 45 centros cirúrgicos distribuídos na Europa, durante os meses de março

e abril de 2020 (surto pandemia Covid-19) e comparados com os de pacientes internados nas mesmas unidades durante os meses de março e abril de 2019 (pré-Covid-19), em que demonstrou uma redução global de cerca de 36% das internações cirúrgicas de emergência durante o primeiro confinamento, enquanto a idade média e a distribuição de gênero não houve mudanças significativas.

Com exceção da especialidade clínica médica que teve registrado 5081 solicitações e se configurou como a maior de todas as solicitações, os números analisados nesse estudo mostram que a segunda grande demanda para internação em leitos de UTI foi para as especialidades de cardiologia com 575 solicitações, seguida pela neurologia com 243 solicitações. Podemos levantar algumas hipóteses de que os adultos nessa faixa etária, as doenças cardiovasculares e neurológicas são mais frequentes, fato esse que pode ter sido agravado com as suspensões de cirurgias eletivas, com menos procedimentos cirúrgicos e conseqüentemente refletido nas urgências nessa faixa etária.

Um exemplo disso, podemos citar o estudo realizado por Normando et al. (2021) em que demonstrou uma redução da assistência à saúde cardiovascular da população brasileira atendida pelo SUS durante o período da pandemia da COVID-19, que teve como conseqüências a redução do número de internações por Doença Cardiovascular (DCV) e o aumento da taxa de letalidade intra-hospitalar decorrente dessas.

O tempo de regulação no período pré-pandemia foi significativamente maior do que o esperado para aqueles usuários regulados com o tempo de espera de 3 dias ou mais. Já o tempo de regulação inferior a 1 dia foi significativamente maior do que o esperado para o período durante a pandemia. Trata-se, portanto, da grande questão norteadora do estudo, em que foi possível observar que mediante as políticas públicas adotadas diante da pandemia, houve sim uma redução no tempo de regulação dos usuários que necessitavam de unidades de terapia intensiva no Sistema Único de Saúde

capixaba, refletindo diretamente na taxa de complicações e mortalidade dos usuários.

Através de uma revisão sistemática e metanálise, Kiekkas et al. (2022) avaliou e sintetizou a literatura publicada sobre a associação entre internação tardia na UTI e mortalidade de pacientes adultos. Trinta e quatro estudos observacionais preencheram os critérios de inclusão. A internação tardia na UTI constituiu a intervenção, enquanto a mortalidade a qualquer tempo predefinido foi o desfecho.

Verificou-se que o atraso na admissão na UTI está associado a uma mortalidade significativamente maior de pacientes adultos considerados necessitados de cuidados intensivos. Esse achado, juntamente com os atrasos e omissões relatados no tratamento intensivo, que podem atuar como mediadores para o aumento da mortalidade quando ocorre atraso na admissão na UTI, aumenta a possibilidade de que a admissão tardia na UTI possa contribuir, em certa medida, para uma maior mortalidade de pacientes críticos (KIEKKAS et al., 2022).

Especialmente na era da pandemia de COVID-19, durante a qual se espera que o aumento da demanda por leitos de UTI seja seguido por um aumento adicional na incidência de internação tardia na UTI, uma necessidade imperativa é identificada de que os atrasos no tratamento sejam evitados, ou pelo menos minimizados, para que os melhores resultados possíveis dos pacientes sejam garantidos (KIEKKAS et al., 2022).

## **Considerações Finais**

Na presente pesquisa, o foco recai sobre as ações tomadas no âmbito estadual para garantir a cobertura e a expansão das ofertas de serviços de alta complexidade nas unidades de Terapia Intensiva na Rede Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo diante de forte crescimento na demanda por internações. Decisões essas que possivelmente impactaram diretamente na disponibilidade de leitos de Unidades de Terapia Intensiva na rede, na

ampliação e disponibilização de profissionais especializados no atendimento desses usuários e na redução no tempo de regulação desses usuários que necessitam de suporte avançado.

Sabendo que o tempo de regulação dos serviços de alta complexidade tem impacto direto no desfecho do quadro clínico dos usuários, a alta taxa de ocupação impactou no tempo de espera de vagas, nas complicações clínicas e conseqüentemente impacto na taxa de morbidade e mortalidade dos pacientes adultos que necessitaram de UTI por outros motivos que não o COVID-19.

Portanto, mediante políticas públicas e econômicas desenvolvidas durante este período, foi possível assegurar a organização e otimização da oferta de leitos de UTIs disponíveis aos usuários do SUS do estado do Espírito Santo no período estudado, garantido assim a universalidade da cobertura e do atendimento em seu nível de complexidade e integralidade, bases fundamentais para estabelecimento do tripé social no Brasil.

Além disso, estudos acerca deste tema necessitam de mais evidências científicas por se tratar de uma situação nova pandêmica, e que nos traz ensinamentos que devem ser aprendidos durante o decorrer do processo. A análise de dados e informações oriundas dos órgãos públicos e/ou privados, gera informações a respeito do assunto e conseqüentemente soluções para problemas detectados/enfrentados.

**Marcio Drumond Pozzatti** é mestrando em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Especialista em Acupuntura pela Faculdade São Judas Tadeu (FSJT). Especialista em Fisioterapia em Pediatria Funcional pela Universidade Castelo Branco (UCB/RJ). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Vila Velha (UVV).  
Contato: [marciopozzatti@yahoo.com.br](mailto:marciopozzatti@yahoo.com.br)

**Roberta Ribeiro Batista Barbosa** é doutora em Pediatria e Saúde da Criança pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Medicina da Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Mestre em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP). Especialista em Fisioterapia Hospitalar pela Universidade de São Paulo (FMUSP).

Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Vila Velha (UVV). Docente do Programa de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local e do curso de graduação em Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM).  
Contato: [roberta.batista@emescam.br](mailto:roberta.batista@emescam.br)

Artigo recebido em: 30-03-2022  
Aprovado em: 20-12-2022

Como citar este texto: POZZATTI, Marcio Drumond; BARBOSA, Roberta Ribeiro Batista. Impacto da política de saúde na oferta de leitos de unidade de terapia intensiva adulto na rede pública estadual do Espírito Santo antes e durante a pandemia por covid-19. **Perspectivas Sociais**, Pelotas, vol. 08, nº 02, p. 56-74, 2022.



out. 2022.

JUNIOR, Dorival; CABRAL, Lucas. Ações do Governo Federal no combate à coronacrise: limites, insuficiências e escassos acertos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, p. 1 – 22, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312020300317>>. Acesso em: 2 out. 2022.

JUNIOR, Eduardo Brandão Lima et al. Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Caderno da Fucamp**, p. 36–51, 2021. Disponível em: <<http://www.fucamp.edu.br/editora/index.php/cadernos/article/view/2356/1451>>. Acesso em: 28 out. 2021.

FERRAZ, Adalto; CARREIRO, Mônica. Reflexão Teórica sobre a Regulação de Leitos de Terapia Intensiva em um Município do Rio de Janeiro. **Revista Pró-UniverSUS**. 2018 jan./jun.; 09 (1): 76-80, 2018.

KIEKKAS, Panagiotis et al. Delayed Admission to the Intensive Care Unit and Mortality of Critically Ill Adults: Systematic Review and Meta-analysis. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2022/4083494>>. Acesso em: 6 dez. 2022.

OTTO, Guido Luis Gomes et al. Análise de óbitos na lista de espera da central de regulação de leitos de UTI na macrorregião de Maringá- PR. **Enciclopédia Biosfera - Goiânia**, v.9, n.17; p. 2901 - 2912, 2013.

PAULETTI, Marzelí et al. **Perfil epidemiológico dos pacientes internados em um Centro de Terapia Intensiva**. Disponível em: <<http://posgrad.ulbra.br/periodicos/index.php/aletheia/article/view/4160/2987>>. Acesso em: 10 out. 2022.

RAFAEL, Ricardo De Mattos Russo et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. e49570, 2 abr. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>>. Acesso ago. 2022.

REIS, Morgana M.R. **Avaliação do tempo de internação em cirurgia cardíaca: uma contribuição para a regulação de leitos hospitalares**. 2018. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Espírito Santo – Espírito Santo, 2018.

TEBALA, Giovanni D. et al. Emergency surgery admissions and the COVID-19 pandemic: did the first wave really change our practice? Results of an ACOI/WSES international retrospective cohort audit on 6263 patients. **World Journal of Emergency Surgery: WJES**, v. 17, n. 1, p. 8, 1 dez. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13017-022-00407-1>>. Acesso em: 3 nov. 2022.