



Lacunas na rede assistencial para os cuidados de gestantes e puérperas com COVID-19 no Brasil

Juliana da Silva Nogueira
Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Introdução

Esse documento apresenta a heterogeneidade da alocação de recursos entre os sistemas de saúde no Brasil e a desigual distribuição e abertura de novos leitos e estrutura de terapia intensiva no SUS e na iniciativa privada para o atendimento aos pacientes acometidos com COVID-19, com consequências desastrosas para a população, em especial as gestantes e puérperas.

A saúde no Brasil tornou-se um direito social em 1988 regulamentado pela Carta Magna e pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Esta regulamentação previa a redefinição da atuação da União, dos estados e dos municípios na prestação dos serviços de forma hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade. A partir do processo de descentralização, a saúde pública foi organizando-se nos municípios brasileiros, expandindo-se em todo território nacional (LIMA, 2018).

A Lei 8.080/90 determinou ainda que pertenciam a esta rede as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde e que a iniciativa privada poderia participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Quanto à participação complementar, a referida Lei determina no Art24 que, quando as disponibilidades de vagas forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderia recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada. A participação complementar dos serviços privados seria formalizada mediante contrato ou convênio e as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos teriam preferência para participar do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990).

Entretanto, a implantação do SUS aconteceu em num contexto em que a disputa ideológica no País favoreceu o projeto neoliberal, com introdução de mecanismos da economia de mercado, como a competição gerenciada na organização dos serviços sociais e a redução do papel de provedor do Estado, bem como com a transferência dessa competência a organizações civis lucrativas ou não. Nesse cenário, a implementação do SUS ocorre por bases diferentes das propostas pelos protagonistas do Movimento de Reforma Sanitária (LIMA, 2018).

Desde o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso, os governos apresentaram diversas iniciativas de Parceria Público-Privado (PPP), entre as quais destacam-se: as Organizações Sociais (OS) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP); as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), regulamentadas durante o governo de Luís Inácio Lula da Silva; e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), implantada em 2011, no governo Dilma Rousseff, para a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico (XIMENES; SCHMALLER; BEZERRA, 2018).

Mesmo com a criação das parcerias público-privadas com o argumento de desburocratizar a contratação de pessoal, otimizar a alocação de recursos e ampliação da oferta de leitos para a população, no Brasil ainda existem desigualdades regionais importantes na distribuição/alocação de leitos, especialmente os de cuidados intensivos (SUS e não SUS).

A Região Sudeste concentra (51,9%) dos leitos de UTI nacional, enquanto as regiões Norte (5,2%) e Centro-Oeste (8,5%) não alcançam 10% dos leitos totais (COTRIM JUNIOR; CABRAL, 2020).

No início da pandemia observou-se um rápido aumento na demanda por serviços de saúde, principalmente por leitos hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) para suporte ventilatório mecânico em quadros de síndrome respiratória aguda.

Em nota técnica, Rache e colaboradores (2020) fizeram um levantamento da distribuição de leitos de UTI com o objetivo de realizar o dimensionamento, a alocação de recursos hospitalares necessários ao enfrentamento da COVID-19 e redimensionamento de leitos para atender a necessidade de atendimento da população. Documentaram nesse estudo, enorme heterogeneidade regional e escassez de recursos na maioria das regiões do país. Identificaram que em 72% das regiões o número de leitos de UTI pelo SUS é inferior ao considerado adequado em um ano típico, sem a influência do COVID-19. Um padrão similar é observado com relação a ventiladores e respiradores (RACHE et al., 2020).

Nessa nota técnica, os autores chamam atenção ainda que além da distribuição desigual nas regiões brasileiras, há ainda uma forte disparidade entre a oferta pública e privada de leitos (RACHE et al., 2020).

Avaliação

A crise sanitária provocada pelo novo coronavírus mostrou um evidente fortalecimento do setor privado/suplementar, que, vem há anos em franca expansão de sua rede com os recursos do ativo garantidor por meio de convênios com o SUS, com a implantação das organizações sociais (OS) (COTRIM JUNIOR; CABRAL, 2020).

Houve um crescimento no número de leitos no país, saindo de 46.045 em dezembro de 2019 (momento pré-pandemia) para 60.265 (pós-pandemia) em abril de 2020. Ou seja, em quatro meses, aproximadamente, houve um incremento de 14.220 leitos, o que representa um aumento total de 23,59% (COTRIM JUNIOR; CABRAL, 2020).

Observa-se, entretanto, que destes 14.220 novos leitos, apenas 3.104 são do SUS, ou seja, disponível para toda a população, inclusive para quem possui plano privado de saúde. Esse tímido avanço do SUS representa apenas 21,82% dos novos leitos UTI. A população na Região Nordeste concentrava cerca de 57.667.842 de pessoas em 2021 (BRASIL, 2021a).

Destas pessoas, 88,43% dependem unicamente do SUS, disputando 5.968 leitos, perfazendo a proporção aproximada de um leito a cada 8503 pessoas, enquanto que entre os beneficiários da saúde suplementar, distribuem-se em 11,57% da população nesta região disputando 6.512 leitos de UTI, o que resulta aproximadamente na proporção de um leito a cada 974 pessoas (BRASIL, 2021a, 2021b; COTRIM JUNIOR; CABRAL, 2020)

Essa mesma disparidade na distribuição de leitos, pode ser observada entre os leitos obstétricos. Em um levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2019, o Brasil possuía 5.878 leitos obstétricos a menos no SUS do que o preconizado pelo próprio MS, por meio da Rede Cegonha. Segundo parâmetro atualizado em 2011, o SUS deveria dispor em Março de 2019, de pelo menos 45.207 leitos obstétricos, mas o número não chegava nem a 40 mil leitos (CFM, 2019).

Em levantamento realizado pelo Boletim Observatório COVID da **FIOCRUZ** em 2021, constatou-se essa heterogênea e insuficiente distribuição de leitos de terapia intensiva para gestantes e puérperas.

Nesse boletim, de acordo com os dados informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), observou-se que, no Brasil, das unidades de saúde que dispunham de leitos obstétricos e prestavam assistência a partos, apenas 27,8% delas havia leitos de UTI. Essa distribuição, analisada por região, evidenciou as desigualdades do sistema de saúde: na Região Norte são apenas 14% das unidades com UTI, no Nordeste 15,1%, no Sudeste 50,3%, no Sul 33,9% e no Centro-Oeste 20,4% (BRASIL, 2021b).

Ao associar a existência de leitos obstétricos e a disponibilidade simultânea de UTI para adultos e para neonatos nas unidades de saúde onde são assistidos partos, o quadro também é de escassez. Em todo o país apenas 14,1% apresentavam essa disponibilidade e para as regiões o quadro de desigualdade se repete: no Norte são 5,8% com essa condição; no Nordeste são 6,4%; no Sudeste são 29,1%; no Sul são 16,7%; e no Centro-Oeste são 8,3% (BRASIL, 2021b).

No País, a assistência obstétrica padrão já era assolada por problemas crônicos que afetavam os resultados maternos e perinatais, como assistência pré-natal de baixa qualidade, recursos insuficientes para gerenciar cuidados de emergência e intensivos. A nítida insuficiência de leitos hospitalares e as disparidades sociais e raciais no acesso aos serviços de maternidade, e a pandemia representaram barreiras adicionais para o acesso aos cuidados de saúde no período (TAKEMOTO et al., 2020).

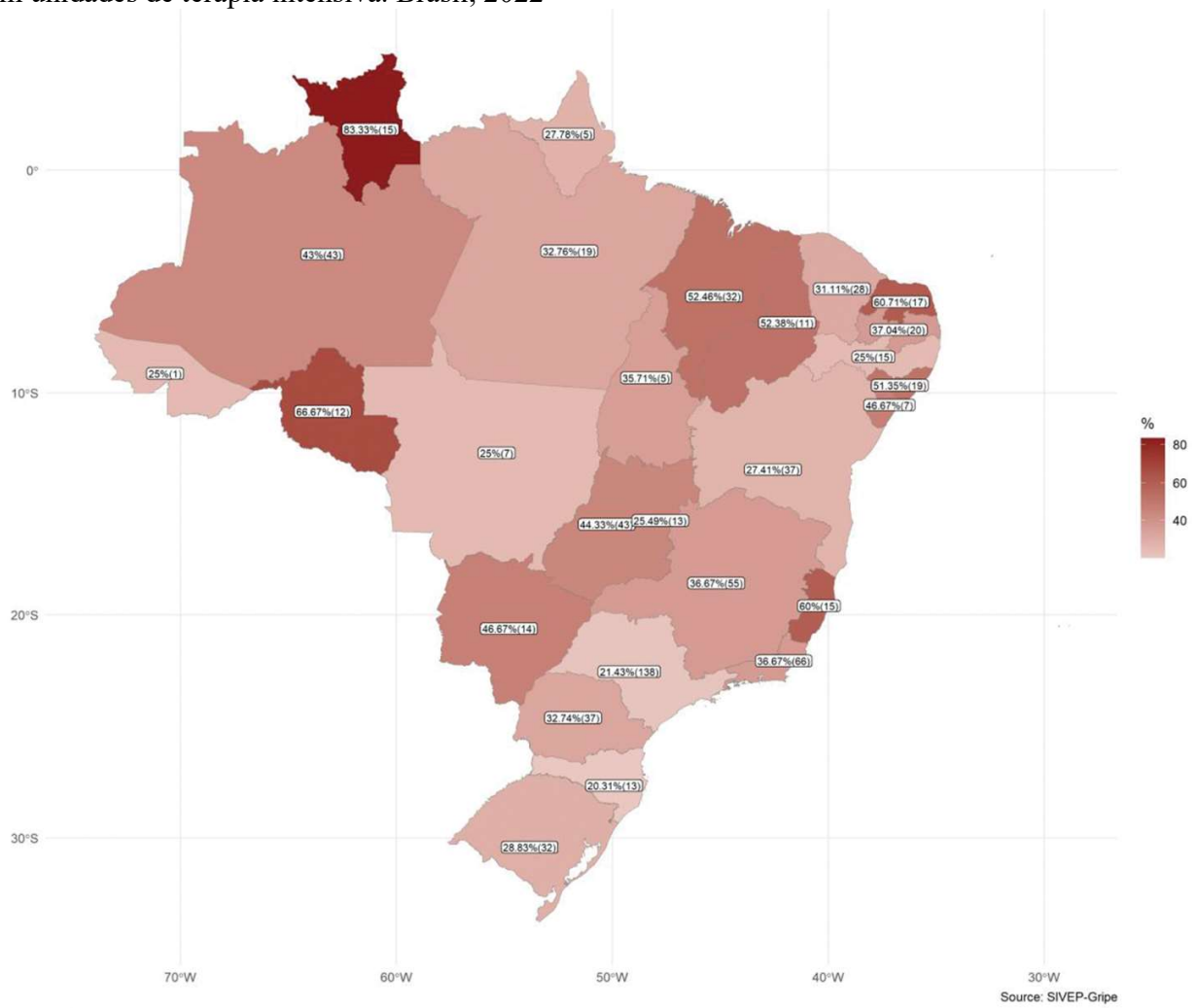
Esse cenário desfavorável de distribuição de leitos hospitalares, com atrasos nos atendimentos de gestantes com sintomas gripais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde especialmente em internação nas UTIs, aos tratamentos clínicos, somou-se ao risco inerente aos aspectos biológicos, na evolução clínica da COVID - doença conhecidamente inflamatória sistêmica, que pode ter curso desfavorável no organismo da gestante e às inconsistentes medidas de controle ambientais, como

o retardo à testagem ampla, e ao serem admitidas nas maternidades, assim como, às dificuldades nos períodos iniciais da vacinação (BRASIL, 2021b; TAKEMOTO et al., 2020).

Em consequência inequívoca às barreiras de acesso diagnosticadas, observou-se a elevação da taxa de letalidade da doença entre gestantes, quando comparada a de adultos fora da gestação. Em outubro de 2021, contabilizava-se 1912 óbitos maternos por COVID -19 (459 em 2020, e 1453 em 2021), com taxa de letalidade de 11,7%, 4,2 vezes maior que a taxa da população em geral, que era na ordem de 2,8% (MUNIZ, 2021).

Nas figuras abaixo o Observatório Obstétrico Brasileiro COVID-19 (OOBr COVID-19) evidencia as mortes por microrregião do País. O OOBr COVID-19 analisa bases de dados públicas de âmbito nacional, como registros de nascidos vivos e mortalidade materno-infantil, com o objetivo de fornecer uma plataforma de monitoramento com análises embasadas cientificamente (FRANCISCO; LACERDA; RODRIGUES, 2021).

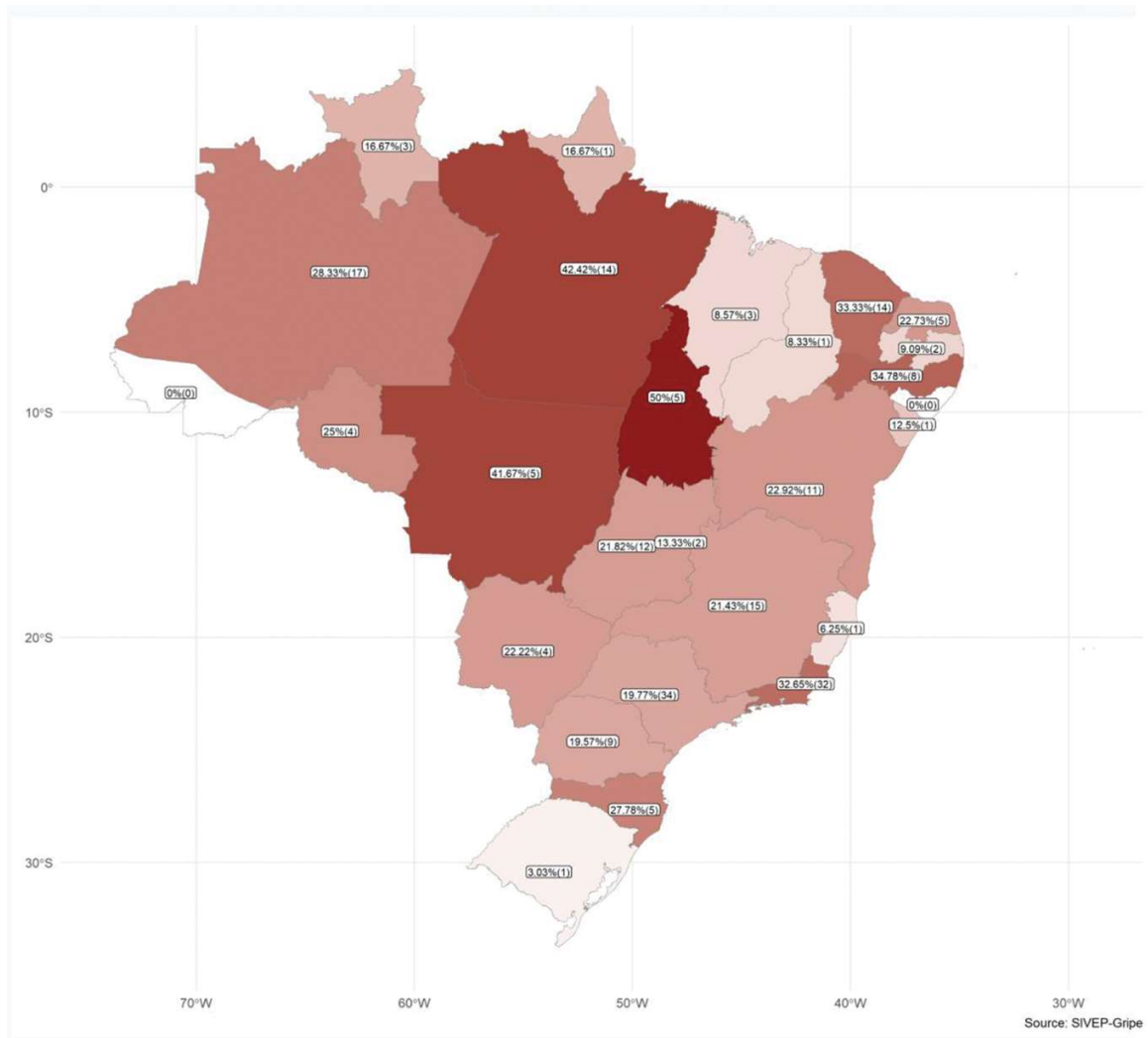
Figura 1- Óbitos de gestantes e puérperas com doença confirmada por coronavírus (COVID-19) em unidades de terapia intensiva. Brasil, 2022



Fonte: OOB COVID-19, 2022

Na figura 2 a distribuição de mulheres que não foram admitidas por UTI e tiveram diagnóstico da COVID-19

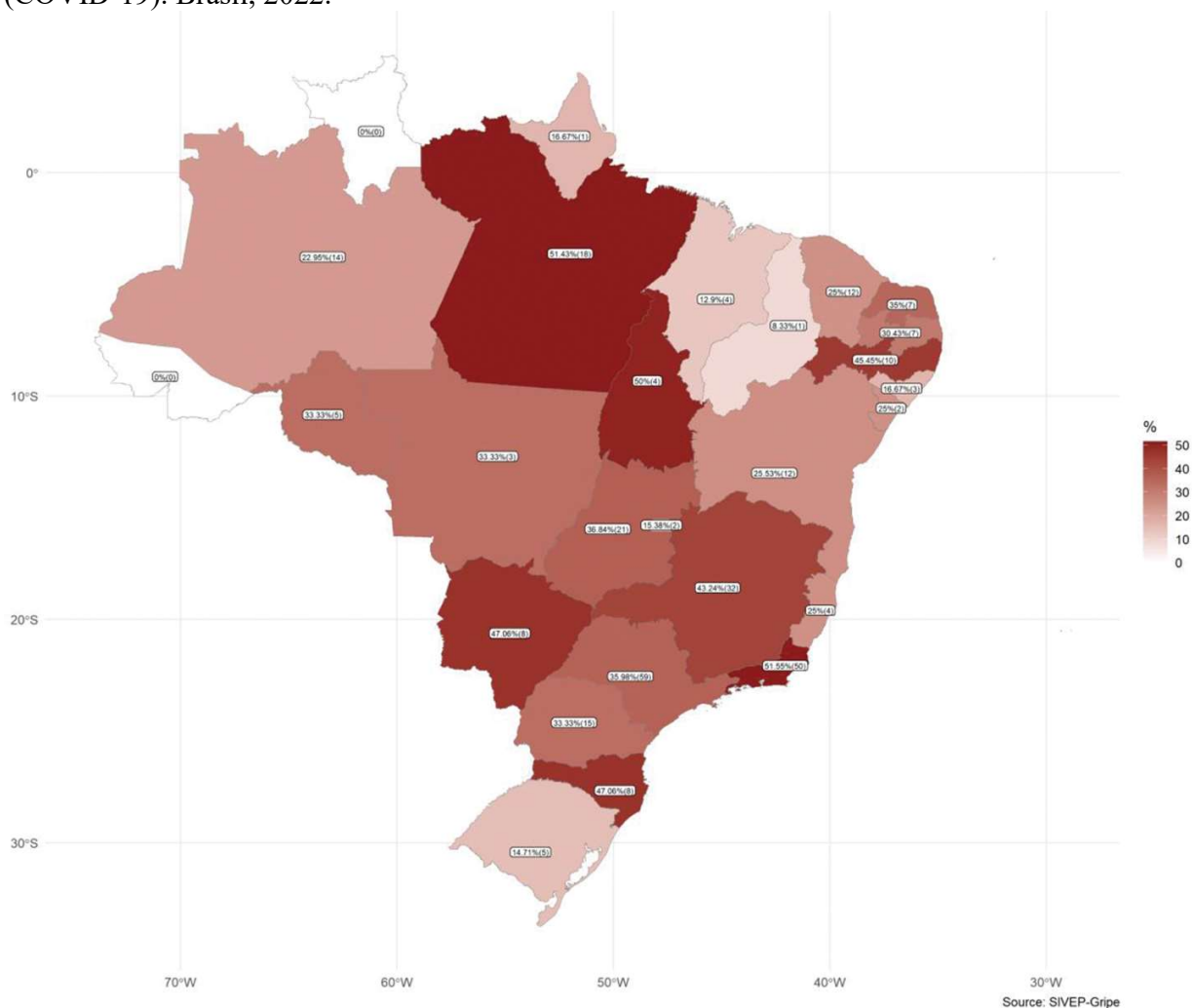
Figura 2- Não admissão de gestantes e puérperas com doença confirmada por coronavírus (COVID-19) em unidades de terapia intensiva. Brasil, 2022.



Fonte: OOB COVID-19, 2022

Na figura 3 o observatório traz a distribuição de mulheres diagnosticadas com COVID-19 e que não tiveram acesso a intubação orotraqueal.

Figure 3 - Não intubação em óbitos de gestantes e puérperas com COVID-19 confirmada (COVID-19). Brasil, 2022.



Fonte: OOB COVID-19, 2022

Considerando que em média ocorriam no Brasil, antes da pandemia, 1692 Óbitos maternos por todas as causas obstétricas diretas e indiretas ao ano (quinquênio 2015-19), que determinava uma Razão de Mortalidade materna (RMM) 57/100 mil nascidos vivos/ano, com essa elevação das mortes causadas pela COVID-19, observou-se em 2021 a elevação da RMM para 107,8/100mil nascidos vivos. A meta esperada da RMM para o Brasil segundo os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) deveria ser próximo de 30/100 mil NV (MUNIZ, 2021).

Dados inquietantes sobre as condições assistenciais apontam que 23,2% das gestantes e puérperas mortas por COVID-19 não chegaram a ser admitidas em UTIs e 33,6% delas não foram intubadas (TAKEMOTO et al., 2020).

A demora no reconhecimento desse público como vulnerável a desenvolver formas graves ou fatais da COVID-19 resultou na calamidade das mortes maternas no Brasil. Esse desfecho retrata uma grave crise estrutural em andamento por meio do desfinanciamento do SUS e a falta de investimentos prioritários na rede de assistência obstétrica, que tornaram toda a rede e suas usuárias gestantes e puérperas mais vulneráveis à pandemia.

Recomendações

A pandemia da COVID-19 acendeu um alerta para a necessidade da reorganização de todas as esferas de atenção à saúde obstétrica, assim como é necessário um permanente monitoramento da rede de atenção à gestação, ao parto e nascimento e ao puerpério com vistas a minimizar o impacto direto e indireto da COVID-19 na morbimortalidade materna.

Necessário haver realocação de recursos públicos, investimentos e aberturas de novos leitos obstétricos e neonatais, com estrutura adequada, equipe multiprofissional e leitos de terapia intensiva no SUS, visando ampliar as oportunidades assistenciais desse público na atenção especializada.

Na esfera micropolítica, os profissionais de saúde que atendem gestantes devem estar atentos para o diagnóstico precoce da COVID-19. Frente a essa suspeita, recomenda-se a procura sistemática de sinais de gravidade por meio do uso de quadros ou escores de alerta padronizados. O acompanhamento pré-natal e a vigilância das gestantes e puérperas com gravidez de alto risco devem ser intensificados e presenciais.

Os gestores municipais e estaduais devem criar estratégias de acompanhamento remoto a cada 24-48h, até o 10º dia do início dos sintomas, no caso de gestantes ou puérperas diagnosticadas, mesmo com sintomas leves (BRASIL, 2021b).

Deve-se facilitar o acesso a testes de detecção da COVID-19 e monitoramento dos casos positivos, bem como o estímulo à imunização. As vacinas das gestantes e puérperas deverão ser garantidas com o uso de imunizantes contra COVID-19 que não contenham vetor viral (Sinovac/Butantan ou Pfizer/Wyeth) disponíveis no país (BRASIL, 2021b).

Gestantes e puérperas com quadros moderados e graves devem ter acesso oportuno e seguro ao cuidado obstétrico e clínico em unidades hospitalares com Unidade de Terapia Intensiva.

O sistema de saúde deve garantir, ainda, que a oferta e o acesso aos métodos contraceptivos não sejam interrompidos durante a pandemia. O uso de métodos de longa duração deve ser incentivado nesse momento e iniciado imediatamente após o parto.

REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. p. 1–16, 1990.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, n. 3, p. 1–119, 2021a.

BRASIL. Mortalidade infantil no Brasil. Boletim Epidemiológico 37. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**, v. 52, 2021b.

COTRIM JUNIOR, D. F.; CABRAL, L. M. DA S. Crescimento dos leitos de uti no país durante a pandemia de covid-19: Desigualdades entre o público x privado e iniquidades regionais. **Physis**, v. 30, n. 3, p. 1–11, 2020.

FRANCISCO, R. P. V.; LACERDA, L.; RODRIGUES, A. S. Obstetric observatory brazil-covid-19: 1031 maternal deaths because of covid-19 and the unequal access to health care services. **Clinics**, v. 76, n. Figure 1, p. 1–4, 2021.

LIMA, J. B. DE. A contrarreforma do Sistema Único de Saúde: o caso das Organizações Sociais. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 88–101, 2018.

MUNIZ, V. Mortalidade e letalidade materna por covid-19 no brasil. v. 19, p. 2020–2022, 2021.
RACHE, B. et al. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID- ~ Hospitalar 19 : Leitos de UTI , Respiradores e Ocupac , ao Dados e Metodologia. **Instituto de Estudos para Políticas de Saúde**, 2020.

TAKEMOTO, M. L. S. et al. **The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting** *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2020.

XIMENES, A. F.; SCHMALLER, V. P. V; BEZERRA, A. F. B. Alocação de Recursos do Fundo Público para Organizações Sociais da Saúde. **Socied. em Deb. (Pelotas)**, v. 24, p. 113–128, 2018.