

ARTIGO ORIGINAL DE TEMA LIVRE

**REDE HOSPITALAR COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE A EVOLUÇÃO DA
DISPONIBILIDADE DE LEITOS NA BAHIA**

Maria Alcina Romero Boullosa^a

<https://orcid.org/0000-0001-8695-9850>

Melissa Silva Fernandes Poetzsch^b

<https://orcid.org/0000-0002-7112-556X>

Yasmin de Olinda Cardoso Freire^c

<https://orcid.org/0000-0003-4960-4721>

Zaine dos Santos Cardozo Lima^d

<https://orcid.org/0000-0001-5308-5958>

Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza^e

<http://orcid.org/0000-0002-3273-8873>

Resumo

O primeiro caso de Covid-19 no estado da Bahia foi confirmado em 6 de março de 2020. Diante desse cenário, objetiva-se neste artigo descrever o estabelecimento da rede hospitalar de referência secundária e terciária para os casos de Covid-19, de acordo com a estratificação de risco, a partir do levantamento de dados obtidos nas áreas técnicas da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), sistemas de informação e Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do SARS-CoV-2. Notou-se que a rede hospitalar se mostrou suficiente para o atendimento da demanda proveniente da infecção pelo novo coronavírus. Por fim, conclui-se que a gestão estadual conseguiu demonstrar capacidade técnica e administrativa para planejar, organizar e garantir suficiência de oferta de leitos.

Palavras-chave: Covid-19. Pandemia de Covid-19. Assistência hospitalar.

^a Enfermeira. Especialista. Diretora de Atenção Especializada da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: alcina.boullosa@saude.ba.gov.br

^b Fisioterapeuta. Especialista. Técnica da Coordenação de Atenção Hospitalar/Diretoria de Atenção Especializada da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: melissa.poetzsch@saude.ba.gov

^c Bacharela em Saúde. Especialista. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: yocfreire@gmail.com

^d Enfermeira. Especialista. Coordenadora de Atenção Hospitalar/Diretoria de Atenção Especializada da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: zaine.lima@saude.ba.gov.br

^e Médico. Mestre. Ph. D. Diretor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: luisseugeniodesouza@gmail.com

Endereço para correspondência: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – Sesab. 4ª Avenida, n. 400, Centro Administrativo da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41745-900. E-mail: sais.dae@saude.ba.gov.br

COVID-19 HOSPITAL NETWORK: AN ANALYSIS ON THE EVOLUTION OF
BED AVAILABILITY IN BAHIA

Abstract

On March 6th, 2020, Bahia confirmed the first case of COVID-19 in the state. This article aims to describe the establishment of the hospital network of secondary and tertiary reference services for COVID-19 cases according to risk stratification, based on data obtained from the technical areas of the Department of Health of the State of Bahia (SESAB), information systems, and the State Contingency Plan for Confronting SARS-CoV-2. The hospital network proved to be sufficient to meet the demand arising from the new coronavirus infection, indicating that the state administration demonstrated the technical and administrative capacity to plan, organize, and guarantee sufficient supply of beds.

Keywords: COVID-19. COVID-19 pandemic. Hospital care.

RED DE HOSPITALES COVID-19: UN ANÁLISIS SOBRE LA EVOLUCIÓN DE
DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN BAHÍA (BRASIL)

Resumen

El 6 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso de COVID-19 en el estado de Bahía. En este contexto, el objetivo de este artículo es describir el establecimiento de la red de hospitales de referencia secundaria y terciaria para casos del covid-19, según los niveles de riesgos, a partir del relevamiento de datos de las áreas técnicas de la Secretaría de Salud del Estado de Bahía (Sesab), de sistemas de información y del Plan Estadual de Contingencias para el Enfrentamiento del SARS-CoV-2. Se señaló que la red de hospitales resultó ser suficiente para satisfacer la demanda provocada por el nuevo coronavirus. Se concluye que la administración estadual logró demostrar capacidad técnica y administrativa para planificar, organizar y garantizar el suministro suficiente de camas.

Palabras clave: COVID-19. Pandemia del COVID-19. Atención hospitalaria.

INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de Covid-19 foram identificados em Wuhan, China, em dezembro de 2019. A rápida propagação da infecção viral pelo novo coronavírus

(SARS-CoV-2) levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a situação como pandemia em 11 de março de 2020.

O primeiro caso no estado da Bahia foi confirmado em 6 de março de 2020, nove dias após a confirmação do primeiro caso do Brasil. Ao longo dos meses seguintes, o número de casos cresceu rapidamente.

Com o objetivo de enfrentar de forma rápida e coordenada a pandemia, a Secretaria Estadual da Saúde (Sesab) elaborou o Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento ao novo coronavírus (SARS-CoV-2), aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por meio da Resolução CIB nº 029, de 27 de março de 2020, revisado e atualizado em 26 de junho de 2020.

O plano está organizado em sete eixos. A Diretoria de Atenção Especializada (DAE) assumiu diretamente a responsabilidade pelo desenvolvimento do Eixo 3 – Atenção Especializada Hospitalar. Entre as ações deste eixo, está a de “[...] estabelecer a rede hospitalar de referência secundária e terciária para casos confirmados, de acordo com a estratificação de risco^{1:12}”.

O estabelecimento da rede hospitalar para atender aos casos de Covid-19 foi rotineiramente acompanhado e avaliado pelos técnicos da DAE e pelos dirigentes da Sesab. Depois de mais de um ano, contudo, torna-se importante fazer uma análise sistematizada, de acordo com métodos claramente explicitados, visando não apenas orientar as operações gerenciais, mas, sobretudo, compartilhar amplamente o conhecimento produzido e extrair lições duradouras.

Assim, este artigo trata do desenvolvimento da referida ação. Seu objetivo geral é descrever o estabelecimento da rede hospitalar de referência secundária e terciária para casos de Covid-19, de acordo com a estratificação de risco. Seus objetivos específicos são apresentar o desenho da rede assistencial Covid-19 na Bahia; expor a estimativa da necessidade de leitos Covid-19 para a Bahia; descrever a expansão do número de leitos Covid-19; e discorrer sobre a utilização de leitos Covid-19 mediante a taxa de ocupação.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo do processo de estabelecimento da rede hospitalar, incluindo leitos clínicos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para atendimento aos casos de Covid-19, contemplando: a modelagem da rede hospitalar (desenho da rede e estimativa de leitos), a evolução da oferta de leitos da rede hospitalar Covid e a evolução da utilização dos leitos, com base na taxa de ocupação hospitalar (TOH), no período de abril de 2020 a maio de 2021.

Para apresentar o desenho da rede, utilizou-se dados das planilhas de mapeamento de unidades hospitalares com possibilidade de redirecionamento de leitos para a Covid-19, usualmente elaboradas pelos técnicos da DAE. Também foi consultada a planilha Rede Tipologia, que reúne as unidades hospitalares de acordo com os tipos definidos pelo Plano de Contingência, indicando os leitos que estão ativos e os que estão em estruturação. Ressalta-se que, neste estudo, só foram consideradas as Unidades de Referência (UR) e as Unidades de Retaguarda Covid, tendo sido excluídas as Unidades de Referência Não Covid (URNC).

É importante mencionar que a modelagem da rede contemplou o desenho territorial definido no Plano Diretor de Regionalização², que organiza o estado em 28 regiões de saúde e nove macrorregiões (Leste, Centro-Leste, Norte, Centro-Norte, Nordeste, Oeste, Sudoeste, Sul, Extremo Sul).

No que se refere à estimativa da necessidade de leitos Covid-19 para a Bahia, foram considerados os estudos do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps)^{3,4}, a matriz calculadora desenvolvida pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG)⁵ para mapeamento macrorregional da necessidade de leitos e, por fim, os estudos do Imperial College, de Londres⁶.

Para descrever a expansão do número de leitos Covid-19, levantou-se, primeiramente, a quantidade de leitos clínicos e complementares (UTI) existentes, por macrorregião, na competência de janeiro de 2020, do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Em seguida, foram consultadas as planilhas de mapeamento das unidades hospitalares, atualizadas diariamente com o número de leitos destinados ao enfrentamento da Covid-19. Desse modo, a descrição da evolução da oferta de leitos Covid tomou como base o total existente em janeiro de 2020 e os quantitativos registrados nas planilhas ao longo do período, por estabelecimento de saúde, macrorregião, região de saúde e município.

Assim como para modelagem da rede assistencial para a Covid-19, para a descrição da oferta de leitos, foram consideradas as nove macrorregiões do estado. Para cada uma, foram calculados três indicadores: número de leitos/10.000 habitantes com 15 anos ou mais, proporção de leitos planejados por macrorregião em relação ao total de leitos planejados para todo o estado e proporção de leitos ativos em relação ao total de leitos em cada macrorregião.

Finalmente, no que concerne à utilização de leitos Covid-19, medida pela taxa de ocupação, até o mês de maio de 2020, as informações foram obtidas por meio da planilha Ocupação, elaborada pelos técnicos da DAE.

A partir de junho de 2020, a Sesab passou a utilizar o Sistema de Base e Indicadores (SBI) para registrar diariamente os números de leitos ocupados e disponíveis,

além de outros dados de relevância sobre o cenário epidemiológico da Covid-19 na Bahia, possibilitando a emissão de relatório por tipo de leito, unidade hospitalar, município, região de saúde e macrorregião. Assim, as taxas de ocupação relativas ao período de junho de 2020 a abril de 2021, por macrorregião, foram obtidas do SBI.

RESULTADOS

DESENHO DA REDE ASSISTENCIAL COVID-19 NA BAHIA

O desenho da rede de atendimento a casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, estabelecido pelo Plano Estadual de Enfrentamento ao SARS-CoV-2, partiu da necessidade de assegurar a oferta de cuidados a todos os pacientes, considerando os diferentes graus de risco.

Contudo, é importante lembrar que, em março de 2020, no período da elaboração do plano estadual, ainda não havia muitas informações acerca do comportamento da Covid-19. Por esse motivo, a classificação de risco foi baseada no Protocolo de Tratamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), conforme **Figura 1**.

Figura 1 – Classificação de risco para pacientes sintomáticos respiratórios, com suspeita de infecção pela Covid-19. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

Gravidade	Quadro Clínico
VERDE	Indivíduo com suspeita ou confirmação, estável, sem sinais de piora do estado clínico*.
AMARELO	Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (dispneia; desconforto respiratório; saturação de O ₂ menor que 95%; ou exacerbação de doença preexistente) e fatores de risco**.
VERMELHO	Indivíduo com suspeita ou confirmação, com sinais de gravidade (choque; disfunção dos órgãos vitais; insuficiência respiratória; ou instabilidade hemodinâmica).

***Sinais de piora do estado clínico:** persistência ou agravamento da febre por mais de três dias; miosite comprovada por CPK (≥ 2 a 3 vezes); alteração de sensorio; desidratação e, em crianças, exacerbação dos sintomas gastrointestinais.

Fonte: Bahia¹.

ESTIMATIVA DA NECESSIDADE DE LEITOS COVID-19

A definição do número de leitos necessários para o enfrentamento da pandemia anunciada baseou-se em análises e projeções publicadas, em 2020, por três importantes instituições: Imperial College, de Londres, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Embora os modelos desenvolvidos pelo Ieps e pelo Imperial College apresentassem conceitos e conteúdos robustos, no entendimento da área técnica da Coordenação de Atenção Hospitalar/DAE, o modelo proposto pelo Nescon/UFMG era o mais adequado a uma abordagem regional, tendo sido o mais utilizado na elaboração do Plano Estadual de Enfrentamento à Covid, pois permitiu adequar melhor as estimativas à realidade baiana, considerando a grande extensão territorial do estado, suas peculiaridades regionais e sua diversidade epidemiológica.

Para aplicação à realidade das regiões da Bahia, algumas variáveis presentes na matriz calculadora do modelo do Nescon/UFMG foram ajustadas com os dados correspondentes a cada região: população, taxa de internação hospitalar, número de internações em leitos de UTI, número de leitos hospitalares totais, quantidade de leitos clínicos e quantidade de leitos de UTI.

No caso das demais variáveis, foram mantidos os valores já constantes da matriz: tempo de duplicação dos casos, taxa de crescimento diário, percentual de sobrevivência em leitos de UTI, percentual de óbitos, tempo médio de permanência dos sobreviventes em leitos clínicos e de UTI, tempo médio de permanência dos pacientes que faleceram em leitos clínicos e de UTI, tempo médio de permanência em leitos de UTI e tempo médio de permanência em leitos gerais.

Após o preenchimento dos valores de todas as variáveis, do número de casos diários, número de óbitos, número de leitos disponíveis, bem como a projeção da população infectada, foi possível estimar a necessidade de leitos clínicos e de UTI para o estado e para cada uma de suas macrorregiões.

Para o estado como um todo, estimou-se a necessidade de 1.670 leitos de UTI e 2.455 leitos clínicos, totalizando 4.125 leitos destinados a pacientes com Covid-19. Os quantitativos por macrorregião podem ser vistos na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Estimativa, por macrorregião de saúde, da necessidade de leitos para atenção ao Covid-19. Salvador, Bahia, Brasil – 2020

(continua)

Macrorregião	UTI	Leito clínico	TOTAL
Leste	735	964	1699
Centro-Leste	167	249	416

Tabela 1 – Estimativa, por macrorregião de saúde, da necessidade de leitos para atenção ao Covid-19. Salvador, Bahia, Brasil – 2020

(conclusão)

Macrorregião	UTI	Leito clínico	TOTAL
Nordeste	62	106	168
Centro-Norte	50	77	127
Norte	91	144	235
Oeste	110	187	297
Sudoeste	177	293	470
Sul	192	298	490
Extremo Sul	86	137	223
TOTAL	1.670	2.455	4.125

Fonte: Elaboração própria.

EXPANSÃO DA REDE HOSPITALAR COVID-19 NO ESTADO DA BAHIA

Com relação à distribuição territorial dos leitos disponíveis para usuários do SUS, a Bahia apresentava amplas desigualdades regionais antes da eclosão da pandemia, em janeiro de 2020. O número de leitos clínicos variava de 7,9 a 4,2 por 10 mil habitantes com idade acima de 15 anos, considerando-se as macrorregiões Sul e Norte, respectivamente. Esse quantitativo é ainda menor quando se trata de leitos complementares. O número de leitos por macrorregião, em 2020, está exposto na **Tabela 2**.

Tabela 2 – Quantidade de leitos clínicos disponíveis ao SUS por macrorregião de saúde (jan/2020). Salvador, Bahia, Brasil – 2021

(continua)

Macrorregião	População acima de 15 anos (2020)	Nº de leitos clínicos	Nº de leitos de UTI adulto tipo II	Leitos clínicos /10.000 hab.	Leitos de UTI/ 10.000 hab.
Leste	3.869.823	1.684	480	4,3	1,2
Centro-Leste	1.747.187	1.027	40	5,8	0,2
Nordeste	677.014	400	17	5,9	0,2
Centro-Norte	621.975	554	10	8,9	0,1
Norte	830.022	351	25	4,2	0,3

Tabela 2 – Quantidade de leitos clínicos disponíveis ao SUS por macrorregião de saúde (jan/2020). Salvador, Bahia, Brasil – 2021

(conclusão)

Macrorregião	População acima de 15 anos (2020)	Nº de leitos clínicos	Nº de leitos de UTI adulto tipo II	Leitos clínicos /10.000 hab.	Leitos de UTI/ 10.000 hab.
Oeste	735.147	403	10	5,4	0,1
Sudoeste	1.388.600	1.072	79	7,7	0,5
Sul	1.250.210	992	77	7,9	0,6
Extremo Sul	641.369	391	17	6	0,2
Total	11.761.347	6.874	755	5,8	0,6

Fonte: Elaboração própria.

Em maio de 2020, a Bahia passou a dispor de 405 leitos clínicos e 275 leitos de UTI adulto ativos destinados a pacientes de Covid-19, distribuídos em 24 unidades hospitalares, o que correspondia a 16% do número de leitos estimados. Nesse período, destaca-se a estruturação do Hospital Espanhol exclusivamente voltado à Covid-19.

A macro Leste, que tem a maior população do estado e atende a residentes de todas as outras macrorregiões, possuía 62% (413) dos leitos ativos do período, situação que foi mantida no decorrer de todo o período.

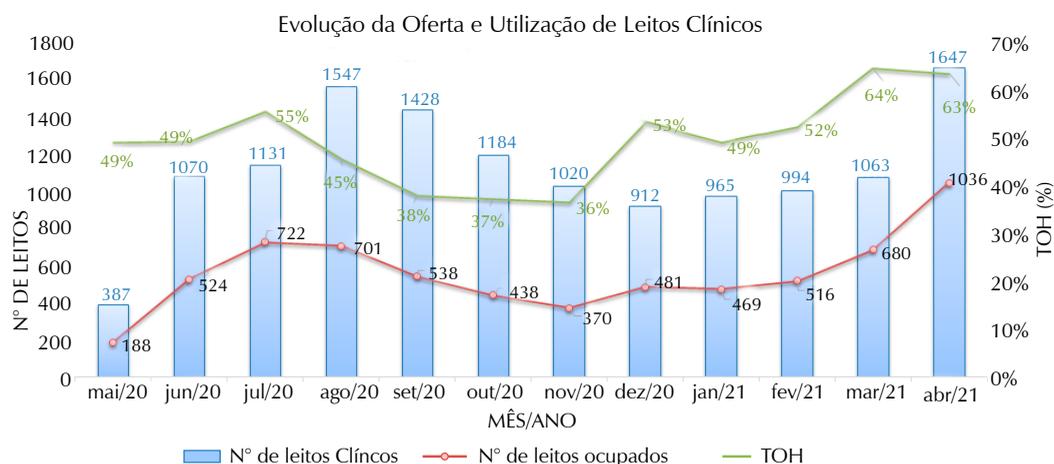
Entre os meses de maio e agosto de 2020, houve um crescimento de aproximadamente 300% (1.160 leitos) no número de leitos clínicos adulto ativos e de 313% (867 leitos) de UTI adulto para pacientes com Covid-19 na Bahia. Em específico aos leitos de UTI, a macrorregião que apresentou maior percentual de crescimento, entre os meses de maio e agosto, foi a macrorregião Oeste. A macro Leste concentrou maior número de leitos de UTI adulto no período. Nota-se que em agosto de 2020, o número de leitos ativos correspondeu a 65% do estimado, maior valor registrado no ano.

No mês de setembro de 2020, devido à redução da taxa de incidência de Covid-19 na Bahia, com conseqüente queda das ocupações hospitalares, iniciou-se a desmobilização dos leitos exclusivos Covid-19.

Em dezembro de 2020, quando há novo crescimento do número de casos novos no estado, retoma-se a rápida mobilização dos leitos anteriormente desativados. Dessa forma, entre dezembro de 2020 e abril de 2021, houve uma ampliação de 79% (1.392) do número total de leitos clínicos e de UTI em todo território baiano.

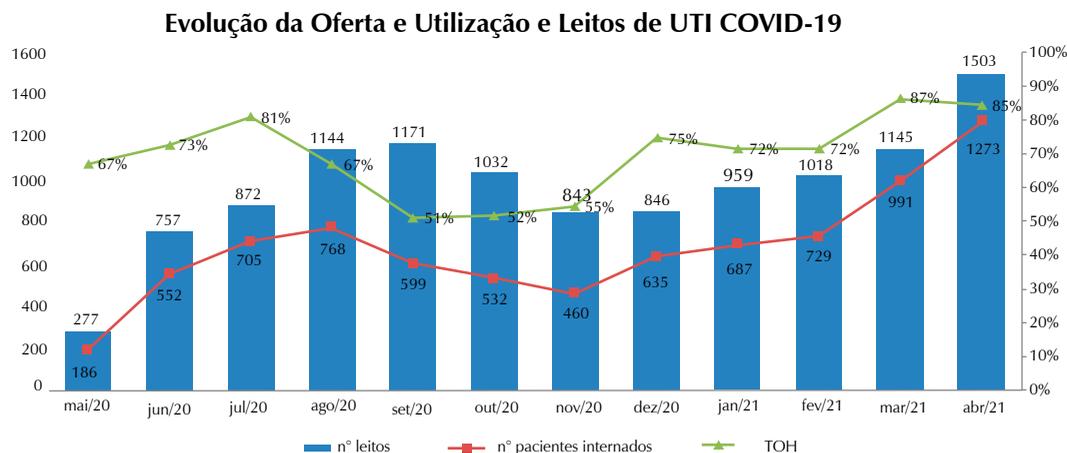
Posteriormente, em abril de 2021, pico da segunda onda da pandemia, o estado registrou o maior número de leitos exclusivos Covid-19 ativos desde o início da pandemia, tendo alcançado 76% da necessidade estimada de leitos. A evolução da oferta de leitos Covid-19 no estado da Bahia pode ser observada no **Gráfico 1** e no **Gráfico 2**.

Gráfico 1 – Evolução da oferta e utilização de leitos clínicos Covid-19 na Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil – 2021



Fonte: Elaboração própria.

Gráfico 2 – Evolução da oferta e utilização de leitos de UTI Covid-19 na Bahia.
Salvador, Bahia, Brasil – 2021



Fonte: Elaboração própria.

EVOLUÇÃO DA OCUPAÇÃO DOS LEITOS COVID-19

No que tange à ocupação dos leitos clínicos para casos de Covid-19, nota-se que, entre maio e agosto de 2020, apesar do aumento no número de casos, a taxa de ocupação hospitalar (TOH) se manteve constante, com uma média de 49% de ocupação, em decorrência da ampliação de leitos.

No quadrimestre seguinte, as taxas de ocupação oscilaram. Entre setembro, outubro e novembro, houve redução progressiva no número de pessoas internadas. Entretanto, em dezembro, houve uma rápida elevação do número de pessoas internadas e a ocupação dos leitos clínicos saltou para 53%.

Entre setembro e dezembro de 2020, os leitos de UTI apresentaram uma redução na ocupação, registrando uma TOH média de 58%. Salienta-se que, nesse intervalo, a macrorregião Extremo Sul apresentou a maior TOH, chegando a 89% de sua ocupação, em dezembro de 2020.

A partir de dezembro, o cenário começa a mudar rapidamente e, em janeiro de 2021, o número de pessoas internadas já se mostrava o mais elevado desde agosto de 2020. Nessa perspectiva, entre janeiro e abril de 2021, observou-se um crescimento expressivo no número de pessoas internadas em leitos de UTI Covid e nas taxas de ocupação registradas.

Em janeiro de 2021, houve um crescimento acelerado de novos casos de Covid-19 em toda a Bahia, com conseqüente aumento da demanda por internação. Foi necessário retomar a abertura de leitos exclusivos, o que representou a maior expansão da oferta em um rápido intervalo de tempo.

Assim, entre janeiro e abril de 2021, o estado apresentou uma média de 57% de ocupação em leitos clínicos. Quanto à evolução da ocupação de leitos de UTI Covid-19, o cenário foi bem mais alarmante. Nos primeiros quatro meses analisados, de maio a agosto de 2020, já se observou uma ocupação média de 72%.

Com relação à cobertura de leitos clínicos e de UTI adulto, por 10.000 habitantes, observa-se o aumento em relação ao período anterior à Covid-19, de 1,5 leito em ambas as tipologias, na Bahia, conforme **Tabela 3**.

Tabela 3 – Número de leitos clínicos e de UTI disponíveis por macrorregião. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

(continua)

Macrorregião	População acima de 15 anos (2020)	Nº de leitos clínicos	Nº de leitos de UTI adulto tipo II	Leitos clínicos /10.000 hab. Jan/2020	Leitos clínicos /10.000 hab. Abril/2021	Leitos de UTI/ 10.000 hab. Jan/2020	Leitos de UTI/ 10.000 hab. Abril/2021
Leste	3.869.823	2.691	1.524	4,3	6,9	1,2	3,9
Centro-Leste	1.747.187	1.186	157	5,8	6,7	0,2	0,8

Tabela 3 – Número de leitos clínicos e de UTI disponíveis por macrorregião. Salvador, Bahia, Brasil – 2021

(conclusão)

Macrorregião	População acima de 15 anos (2020)	Nº de leitos clínicos	Nº de leitos de UTI adulto tipo II	Leitos clínicos /10.000 hab. Jan/2020	Leitos clínicos /10.000 hab. Abril/2021	Leitos de UTI/ 10.000 hab. Jan/2020	Leitos de UTI/ 10.000 hab. Abril/2021
Nordeste	677.014	390	26	5,9	5,7	0,2	0,3
Centro-Norte	621.975	556	50	8,9	8,9	0,1	0,8
Norte	830.022	477	100	4,2	5,7	0,3	1,2
Oeste	735.147	492	84	5,4	6,6	0,1	1,1
Sudoeste	1.388.600	1.199	195	7,7	8,6	0,5	1,4
Sul	1.250.210	1190	295	7,9	9,5	0,6	2,3
Extremo Sul	641.369	430	62	6	6,7	0,2	1
Total	11.761.347	8611	2493	5,8	7,3	0,6	2,1

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Lidar com a grande extensão territorial da Bahia sempre foi um desafio para a equipe gestora da Sesab, sobretudo em tempos de pandemia. Para que fosse possível atender os acometidos por Covid-19 em todo o estado, foi necessário articular diferentes estratégias, dentre as quais a expansão da oferta de leitos hospitalares.

Fortemente induzida pelas estimativas de necessidades incorporadas ao Plano de Contingência Estadual, houve rápida progressão no número de leitos ofertados em todas as macrorregiões de saúde.

A classificação hospitalar proposta e a separação dos leitos em *ativos* e *em estruturação* possibilitou, também, que a expansão de leitos fosse proporcional ao perfil epidemiológico do período, ou seja, no pico da segunda onda os casos hospitalizados necessitaram, em maior número, de leitos de UTI, assim, foi necessária uma rápida estruturação desta tipologia.

Adicionalmente, a estratificação de risco do paciente sintomático respiratório, proposta pelo plano, contribuiu para padronizar o atendimento e fortalecer os fluxos regulatórios da rede, uma vez que estabeleceu os níveis de complexidade de cada unidade hospitalar. Para Mendes⁷, a organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência e de emergência, com a definição de prioridades, é um potente reformulador de seus modelos de gestão.

A necessidade de leitos estimada mostrou-se adequada, inicialmente. Porém, a partir de agosto de 2020, período de maior número de casos, observaram-se alguns fatores

limitantes para o alcance da oferta projetada, entre eles, a indisponibilidade de estrutura física apropriada, principalmente em relação aos leitos de UTI, como a inexistência de usina de oxigênio e de rede de gases e a insuficiência de equipes capacitadas.

Nota-se que o período de crescimento da primeira onda aconteceu entre os meses de maio e setembro de 2020, quando se registrou o maior número de leitos totais disponíveis ao enfrentamento da Covid-19, bem como o maior número de pacientes internados.

Quanto à ocupação dos leitos, verifica-se que a partir do mês de setembro de 2020, se iniciou o movimento de desmobilização de alguns leitos exclusivos Covid-19. Entretanto, houve um rápido avanço na ocupação dos leitos entre os meses de novembro e dezembro de 2020, o que caracterizou o começo da segunda onda na Bahia.

Até abril de 2021, o estado mantinha índices elevados de ocupação dos leitos, bem como ofertava maior número de leitos para casos de Covid-19, desde o início da pandemia, superando o máximo de leitos registrados no pico da primeira onda, ainda em 2020.

Com base nos dados apresentados, nota-se que a maior oferta de leitos foi observada na macrorregião Leste, muito influenciada pela rede hospitalar do município de Salvador, que é a capital do estado, sede e polo de macrorregião, atendendo a usuários de todas as regiões do estado.

É importante salientar que, mesmo nos períodos mais críticos, não houve colapso de leitos, ou seja, a ocupação dos leitos clínicos e de UTI não chegou em 100% na média registrada para a Bahia, resultado, também, do posicionamento de proteção à vida adotado pelo governo do estado, bem como, majoritariamente, pelos prefeitos, por meio das medidas restritivas utilizadas.

A Sesab, nos esforços para garantir o acesso aos serviços de saúde de maior complexidade em tempo hábil, ampliou a oferta de leitos no período, com a reabertura de leitos que já tinham sido desmobilizados e, ainda, abertura de novas unidades. Assim, em abril de 2021, a Bahia dispunha de 3.150 leitos ativos, exclusivos para o atendimento de casos de Covid-19.

Salienta-se também que, por todos os leitos estarem sob gestão da Central Estadual de Regulação (CER), foi possível, rapidamente, transferir pacientes para fora da macrorregião de origem. Ainda, foram vitais o reforço do transporte aéreo, o empenho das equipes dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) municipal e a contratação de empresas terceirizadas para transporte.

O caso da Bahia confirma, na prática, que a estruturação de uma central de regulação de leitos única, entre outros fatores, é fundamental para garantir uma gestão orgânica

do sistema, capaz de contrabalançar a pressão exercida pela demanda nas diferentes regiões e de acordo com a capacidade de oferta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenho proposto no Plano de Contingência Estadual orientou efetivamente a organização da rede assistencial Covid-19 no território baiano, permitindo a classificação dos pontos de atenção em complexidades crescentes e ordenando os fluxos de acesso.

Com relação à estimativa da necessidade de leitos, infere-se que foi adequada para subsidiar o planejamento da oferta, embora para algumas macrorregiões não tenha sido possível a disponibilização do número de leitos previstos por vários fatores, dentre eles, a falta de estabelecimentos com estrutura para comportar leitos de UTI, observadas as normas sanitárias. Contudo, o número de leitos mobilizados para o enfrentamento da Covid-19 em território baiano mostrou-se suficiente para absorver a demanda formada, sem que houvesse esgotamento da capacidade física instalada.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Maria Alcina Romero Boullosa, Melissa Silva Fernander Poetzsch, Yasmin de Olinda Cardoso Freire e Zaine dos Santos Cardozo Lima.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Maria Alcina Romero Boullosa, Melissa Silva Fernandes Poetzsch, Yasmin de Olinda Cardoso Freire, Zaine dos Santos Cardozo Lima e Luís Eugênio Portela Fernandes Souza.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Maria Alcina Romero Boullosa e Zaine dos Santos Cardozo Lima.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Maria Alcina Romero Boullosa.

REFERÊNCIAS

1. Bahia. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia. Plano estadual de contingência para enfrentamento do SARS-CoV-2. Salvador (BA): Sesab; 2021.
2. Observatório baiano de regionalização [Internet]. 2021 [citado em 2021 dez 22]. Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/>.
3. Rache B, Rocha R, Nunes L, Spinola P, Malik AM, Massuda A. Nota técnica n. 3: necessidade de infraestrutura do SUS em preparo à Covid-19: leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar [Internet]. Instituto de Estudos para

Políticas de Saúde 2020 mar 22 [citado em 2021 dez 22]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-NT3.pdf>

4. Massuda A, Malik AM, Ferreira Junior WC, Neto GV, Lago M, Tasca R. Nota técnica n. 6: pontos-chave para gestão do SUS na resposta à pandemia Covid-19 [Internet]. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde 2020 abr 8 [citado em 2021 dez 22]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-GVsaude-NT6.pdf>
5. Almeida JFF, Conceição SV, Pinto LR, Magalhães VS, Nascimento IJ, Costa MP, et al. Nota técnica n. 4: previsão da disponibilidade de leitos nos estados brasileiros e Distrito Federal em função da pandemia de Covid-19 [Internet]. Laboratório de Tecnologias de Apoio à Decisão em Saúde 2020 abr 2 [citado em 2021 dez 22]. Disponível em: <https://www.eng.ufmg.br/portal/wp-content/uploads/2020/04/Nota-Tecnica-NT4-Covid-19-0204.pdf>
6. Walker P, Whittaker C, Watson O, Baguelin M, Ainslie KEC, Bhatia S, et al. The global impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression [Internet]. Imperial College London 2020 mar 26 [citado em 2021 dez 22]. Disponível em: <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-03-26-COVID19-Report-12.pdf>
7. Mendes EV. Os modelos de atenção à saúde. In: Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 209-92.

Recebido: 17.11.2021. Aprovado: 4.1.2022.