

A pandemia de COVID-19: desafios na avaliação do impacto de problemas complexos e multidimensionais na saúde de populações

Guilherme Loureiro Werneck ^{1,2}

doi: 10.1590/0102-311XPT045322

A pandemia de COVID-19 atinge a população brasileira em uma situação de ampla vulnerabilidade social, econômica e programática. Altas taxas de desemprego em associação com o desmonte das políticas sociais, incluindo um agravamento do já crônico subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), criaram uma situação propícia para uma crise sanitária de proporções inéditas, incitada pelas ações equivocadas e inações deliberadas na condução do enfrentamento da pandemia no país ¹. A tese falaciosa de uma “doença democrática”, propalada no início da epidemia no Brasil, rapidamente se liquefez. Afinal, toda epidemia é, ao mesmo tempo, um fenômeno biológico, social e histórico que se expressa de forma desigual na população, refletindo as iniquidades no risco de infecção, adoecimento e morte e no acesso ao cuidado em saúde ². Nesse contexto, a carga de morbidade e mortalidade da COVID-19 recaiu principalmente sobre os mais pobres, as populações negras e tradicionais, os socialmente excluídos, desvelando e aprofundando as já enormes desigualdades sociais em saúde no país ^{3,4}.

Como bem salientado no artigo de Horta et al. ⁵, presente neste fascículo de CSP, pandemias têm efeitos deletérios muito além daqueles visíveis nas estatísticas de morbimortalidade pelo agravo em tela. Experiências anteriores mostram que pandemias provocam impactos em uma ampla gama de ações de controle de outras doenças ⁶. A reorganização dos serviços de saúde e o redirecionamento dos recursos financeiros e humanos para ações de enfrentamento da pandemia provocam atrasos no diagnóstico e tratamento, dificuldades de manutenção de programas de controle e descontinuidade nas ações de vigilância e monitoramento ^{6,7}. O comprometimento de indicadores operacionais da tuberculose, a redução das coberturas vacinais e o atraso nos exames de rastreamento de câncer são exemplos já evidentes em nosso contexto ^{8,9,10}. Infelizmente, muitos efeitos podem ainda não ser visíveis, mas envolvem o risco de reemergência de doenças imunopreveníveis, como sarampo e poliomielite, aumento da carga de doenças negligenciadas, como tuberculose e dengue, e aumento na mortalidade por câncer. Outro efeito pouco lembrado, mas de grande relevância, é a redução da capacidade de coleta e análise de dados epidemiológicos para fins de avaliação e planejamento ⁷.

¹ Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.



O artigo de Horta et al.⁵ contribui para mapear a amplitude e gravidade desse problema. Por meio de um inquérito populacional de 133 cidades brasileiras no início da pandemia, os autores mostram que cerca de um quarto dos entrevistados relataram não ter procurado atenção à saúde, mesmo percebendo-se doentes, e/ou deixaram de comparecer a consultas de rotina ou de rastreamento nos primeiros meses da pandemia. Os resultados são impressionantes, considerando que os dados foram coletados numa fase da pandemia em que o número de casos e de óbitos registrados no Brasil correspondia a menos de 20% no total acumulado até março de 2022. Assim, é razoável supor que o problema deve ter se agravado, talvez menos em termos de sua frequência relativa, mas possivelmente no que diz respeito ao tempo passado entre a data da necessidade de atenção ou do agendamento da consulta e sua efetiva realização.

Outro aspecto que merece destaque dentre os resultados do estudo são os principais motivos elencados para o não comparecimento aos serviços de saúde: receio de adquirir a infecção pelo SARS-CoV-2 (46%) e o fechamento dos serviços de saúde (21%). Ambos refletem aspectos dramáticos da resposta catastrófica do país à pandemia: a falta de mobilização da rede de atenção primária à saúde (APS) em detrimento da atenção hospitalar¹¹. É possível que parte dessa falta centralidade da APS no contexto da pandemia tenha decorrido do receio de que o aumento da demanda nas unidades básicas de saúde pudesse gerar risco de infecção aumentado tanto para usuários como para profissionais de saúde, dada a alta capacidade de propagação do SARS-CoV-2, o que estaria em consonância com a percepção dos entrevistados. Tal preocupação encontra algum respaldo, considerando a limitação de acesso a equipamentos de proteção individual no início da pandemia e a necessidade de reorganização e adaptações estruturais e do fluxo de atendimento em um contexto em que a força de trabalho em saúde já se encontrava sobrecarregada. No entanto uma APS forte, resolutiva e abrangente é mais do que nunca essencial para um adequado enfrentamento da pandemia¹¹. Dificuldades operacionais e estruturais para adequar a APS às necessidades de biossegurança apresentadas pela pandemia teriam que ser enfrentadas de forma prioritária, de acordo com os princípios básicos de enfrentamento de emergências em saúde pública¹².

Por fim, o artigo de Horta et al.⁵ evidencia de maneira eloquente a iniquidade nos impactos da pandemia na população. Os dados apresentados mostram que foram justamente os mais pobres, as populações negra e indígena, os moradores das regiões Norte e Nordeste e os com maior número de condições preexistentes aqueles que mais deixaram de procurar atenção à saúde e/ou não compareceram a consultas de rotina.

Inspirado pelo artigo de Horta et al.⁵, fica aqui um desafio e um convite para a saúde coletiva e, em particular, para a epidemiologia: incorporar as teorias e conceitos de sindemia e interseccionalidade em suas análises, de forma a melhor compreender as bases estruturais que implicam o impacto desproporcional de problemas complexos e multidimensionais como pandemias e outras emergência e desastres na saúde de populações^{13,14}.

Informação adicional

ORCID: Guilherme Loureiro Werneck (0000-0003-1169-1436).

1. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00068820.
2. Werneck GL. Cenários epidemiológicos no Brasil: tendências e impactos. In: Freitas CM, Barcellos C, Villela DAM, organizadores. COVID-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz/Editora Fiocruz; 2021. p. 31-41.
3. Oliveira RG, Cunha AP, Gadelha AGS, Carpio CG, Oliveira RB, Corrêa RM. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00150120.
4. Nassif-Pires L, Carvalho L, Rawet E. Multidimensional inequality and COVID-19 in Brazil. *Blythwood: Levy Economics Institute of Bard College*; 2020. (Public Policy Brief, 153).
5. Horta BL, Silveira MF, Barros AJD, Hartwig FP, Dias MS, Menezes AMB, et al. COVID-19 and outpatient care: a nationwide household survey. *Cad Saúde Pública* 2022; 38:e00194121.
6. Madhav N, Oppenheim B, Gallivan M, Mulembakani P, Rubin E, Wolfe N. Pandemics: risks, impacts, and mitigation. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Lareminarayan R, Mock CN, et al., organizadores. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. 3ª Ed. Washington DC: International Bank for Reconstruction and Development/World Bank; 2017. p. 315-46.
7. World Health Organization. Neglected tropical diseases: impact of COVID-19 and WHO's response – 2021 update. *Wkly Epidemiol Rec* 2021; 38:461-8.
8. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Indicadores operacionais da tuberculose no Brasil e a COVID-19: análise comparativa dos anos de 2019 e 2020. *Boletim Epidemiológico* 2021; (52). https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_22-2.pdf.
9. Alves JG, Figueiroa JN, Urquia ML. Impact of COVID-19 on immunization of Brazilian infants. *Int J Infect Dis* 2021; 107:252-3.
10. Ribeiro CM, Correa FM, Migowski A. Short-term effects of the COVID-19 pandemic on cancer screening, diagnosis and treatment procedures in Brazil: a descriptive study, 2019-2020. *Epidemiol Serv Saúde* 2022; 31:e2021405.
11. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R; Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00149720.
12. Nurse J. Pandemic emergency response to the coronavirus, COVID-19: global responsibilities and an emergency framework for countries and communities. Toronto: The InterAction Council; 2020.
13. Griffith DM, Holliday CS, Enyia OK, Ellison JM, Jaeger EC. Using syndemics and intersectionality to explain the disproportionate COVID-19 mortality among black men. *Public Health Rep* 2021; 136:523-31.
14. Bispo Júnior JP, Santos DB. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. *Cad Saúde Pública* 2021; 37:e00119021.

Recebido em 10/Mar/2022
 Aprovado em 16/Mar/2022