

# COVID-19

## Revisão científica semanal

08 - 14 AGOSTO 2020

---

Esta revisão científica semanal é uma síntese de novas e emergentes evidências científicas sobre a COVID-19 durante o período especificado. Trata-se de uma revisão objetiva de tópicos e artigos importantes, não um guia para a implementação de políticas ou programas. As descobertas registradas estão sujeitas a alterações à medida que novas informações são disponibilizadas.

Comentários e sugestões são bem vindos por meio de [covid19-eiu@vitalstrategies.org](mailto:covid19-eiu@vitalstrategies.org)

### Em destaque:

---

#### Os impactos indiretos da COVID-19 na saúde e nos serviços essenciais de saúde na África Subsaariana

**Mensagem principal:** A pandemia e a resposta à COVID-19 podem ter efeitos devastadores na saúde das pessoas e de suas comunidades na África Subsaariana. Isso se deve em grande parte ao impacto da pandemia nos sistemas de saúde locais e, em particular, nos serviços essenciais de saúde. Embora possamos aprender algumas lições com a epidemia do Ebola de 2014 na África Ocidental, a pandemia da COVID-19 apresenta desafios únicos. As maneiras pelas quais a pandemia da COVID-19 pode afetar a saúde podem ser vistas por meio das lentes da oferta e demanda de serviços de saúde. Os efeitos desses impactos na saúde podem ser avaliados de várias maneiras. Uma delas é examinar os dados que estão disponíveis no momento. Embora os dados disponíveis sejam limitados, eles fornecem uma imagem atual dos desafios que os sistemas de saúde, os profissionais da saúde e os pacientes na África Subsaariana estão enfrentando.

## Por que focar na África Subsaariana?

Responder às necessidades da população local durante a pandemia tem sido um desafio para os sistemas de saúde. A capacidade de um sistema de saúde para dar suporte à saúde da população durante a pandemia da COVID-19 depende de diversos fatores, incluindo

- a carga inicial de outras doenças,
- o cenário da transmissão local da COVID-19 e
- a capacidade do sistema de saúde no início da pandemia e conforme a sua evolução.

A carga global das doenças [repousa de forma desproporcional na África Subsaariana](#), onde há uma carga inicial significativa de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Entre as doenças transmissíveis, a incidência das três principais ameaças à saúde pública global – HIV, tuberculose (TB) e malária – é [maior na África Subsaariana](#). Há também uma grande carga de doenças preveníveis por meio de vacinas, como o sarampo, que continua a ser [uma importante causa de morte entre crianças pequenas](#). Nas últimas décadas, à medida que as populações na África Subsaariana se urbanizaram e os estilos de vida mudaram, observou-se uma [“transição epidemiológica” a uma carga crescente de doenças não transmissíveis](#), tais como doenças cardiovasculares, doenças renais crônicas, diabetes e câncer. Quanto ao cenário da transmissão local da COVID-19 na África Subsaariana, [o impacto direto da COVID-19 foi menos dramático do que o previsto](#). Houve menos casos do que o projetado por muitas estimativas [e a taxa de mortalidade ajustada por idade entre os casos é muito menor do que](#) as taxas de mortalidade nos casos da COVID-19 na Europa e nos Estados Unidos. No entanto, em parte devido às barreiras para a detecção e notificação de casos e mortes pela COVID-19, ainda não está claro se a África Subsaariana está realmente enfrentando uma epidemia atenuada; além disso, os efeitos diretos da COVID-19 são dinâmicos e agravantes. Na África Subsaariana, em comparação com outras regiões do mundo, sistemas de saúde que já eram [fracos no início](#) estão sendo ainda mais enfraquecidos pela pandemia e pela resposta, conforme discutido abaixo. Existe a preocupação de que a pandemia da COVID-19 [acabe com décadas de progresso na diminuição da carga de HIV, malária e TB](#), e outras doenças.

## O que aprendemos com o Ebola que possa ser aplicado à COVID-19?

O surto do Ebola de 2014 na África Ocidental teve um [impacto devastador nos sistemas de saúde locais](#). Isso contribuiu com efeitos negativos na saúde da população que podem ter superado os efeitos diretos do próprio Ebola. A epidemia

do Ebola na Guiné, Libéria e Serra Leoa pode ter resultado na [perda de 10.000 vidas por causa do HIV, da TB e da malária](#)— quase tanto quanto o número de mortes pelo próprio Ebola. [Mais de 500 profissionais da saúde morreram](#) de Ebola; na Libéria, esse número chegou a ser [8% de toda a força de trabalho da saúde](#). Os indicadores de saúde materno-infantil, como consultas pré-natais, partos em unidades de saúde e as taxas de vacinação infantil [diminuíram de maneira significativa durante a epidemia do Ebola](#); em Serra Leoa, a diminuição no uso de serviços essenciais de saúde reprodutiva e materna resultou [em pelo menos 3.600 mortes maternas, neonatais e natimortos adicionais](#). A redução nas taxas de vacinação contribuiu para a aparição de surtos de doenças preveníveis pela vacinação; na República Democrática do Congo, [os surtos de sarampo causaram mais mortes do que os recentes surtos do Ebola](#). Após o fim da epidemia do Ebola de 2014, a recuperação do sistema de saúde foi lenta e, [segundo algumas medições, incompleta](#).

A epidemia do Ebola de 2014 teve o efeito positivo de [fortalecer a vigilância de doenças e os sistemas de resposta às epidemias](#). Alguns dos recursos técnicos desenvolvidos durante a epidemia do Ebola, e outras epidemias na África Subsaariana, tem se [adaptado à resposta contra a COVID-19](#). No entanto, as características da pandemia da COVID-19 podem criar uma crise além do que foi vivenciado durante outras epidemias. Por um lado, a distribuição geográfica da COVID-19 é extensa. Os sistemas de saúde de todo o mundo, incluindo aqueles dos países da África Subsaariana, enfrentam a COVID-19. Isso é diferente da situação, por exemplo, durante a epidemia do Ebola de 2014, quando [vários países sem casos do Ebola foram capazes de fornecer apoio direto](#) aos países afetados da África Ocidental. Em segundo lugar, a longevidade da pandemia da COVID-19 pode resultar em interrupções sustentadas dos cuidados da saúde. Quando a restauração dos serviços ocorrer, pode ser dentro do contexto de [um “novo normal”, caracterizado pelos riscos contínuos de transmissão da COVID-19](#). Em terceiro lugar, uma proporção significativa de pessoas infectadas com o vírus que causa a COVID-19 são assintomáticos e os pacientes sintomáticos com COVID-19 são mais infecciosos [no começo da doença, inclusive antes do desenvolvimento dos sintomas](#). Pode ser mais simples controlar a disseminação da doença quando, como no caso do Ebola, os pacientes sintomáticos são responsáveis pela maior parte da transmissão. Finalmente, e talvez o mais significativo, as medidas tomadas pelos governos para controlar a pandemia da COVID-19 foram mais prejudiciais para a sociedade do que as medidas tomadas durante outras epidemias. Na África Subsaariana, [vários governos logo promulgaram medidas rigorosas de saúde pública](#). Tais medidas, em países com economias fracas, podem ter [consequências não intencionais prejudiciais de maneira significativa](#) que incluem efeitos negativos sobre os sistemas de saúde e a saúde da população.

## Quais são os potenciais efeitos diretos e indiretos da COVID-19 na saúde e nos sistemas de saúde?



Treinamento de EPI na Etiópia

Os efeitos diretos da pandemia da COVID-19 sobre a saúde podem ser medidos pela mortalidade (taxa de mortalidade) ou morbidade (consequências e complicações de outras doenças além da morte) diretamente atribuíveis à COVID-19. Pode ser um desafio quantificar a extensão da mortalidade causada pela COVID-19 e [a morbidade causada pela COVID-19 ainda não é totalmente compreendida](#), mas os efeitos indiretos da COVID-19 na saúde são mais complexos e difíceis de medir. Efeitos indiretos na saúde incluem a morbidade e mortalidade associadas a condições não relacionadas a COVID-19 que [podem ter ocorrido em taxas diferentes se não fosse pela COVID-19](#) ou podem ter tido resultados diferentes se não fosse pela COVID-19. Os efeitos de algumas condições sobre a saúde podem se estender por décadas no futuro e a morbidade e mortalidade podem aumentar. Por exemplo, interrupções nos serviços de prevenção e tratamento do HIV durante a pandemia podem levar ao excesso de infecções por HIV. Alguém que contrai o HIV durante a pandemia pode, anos depois, transmiti-lo a outras pessoas e desenvolver AIDS; cuidar dessa pessoa pode, em última análise, ter um impacto negativo na saúde dos membros da família. Muitos dos efeitos indiretos de uma epidemia na saúde são provavelmente mediados pelos efeitos da pandemia e pela resposta dos sistemas de saúde. A morbidade e

mortalidade devido a condições não relacionadas a COVID-19 podem aumentar devido aos impactos da pandemia nos serviços de prevenção, diagnóstico e tratamento. A interrupção de programas críticos de prevenção de doenças pode ter efeitos devastadores no futuro. A vacinação é uma medida de saúde pública de baixo custo e alto impacto que salva milhões de vidas todo ano e as [interrupções nos programas de vacinação podem levar a picos de casos de doenças preveníveis](#). Outros exemplos de esforços críticos de prevenção de doenças são aqueles focados no [HIV](#) (incluindo tratamento antirretroviral e testes de diagnóstico) e na [malária](#) (incluindo fumigação e tratamento preventivo). Os recursos de diagnóstico podem ser [desviados para a resposta contra a COVID-19](#) e isso pode gerar uma [escassez de testes de diagnóstico para doenças não relacionadas a COVID-19](#), já que as empresas de manufatura e cadeias de suprimentos globais priorizam os diagnósticos da COVID-19. A capacidade de tratar doenças não relacionadas a COVID-19 pode ser limitada se houver a falta de profissionais da saúde. Os profissionais da saúde podem ser [transferidos para responder à COVID-19, ou evitar o trabalho devido ao medo de infecção](#), ou serem contaminados pela COVID-19. Na África, foram relatados [mais de 10.000 casos da COVID-19 entre os profissionais da saúde](#).

A fim de evitar a morbidade e mortalidade indiretas durante a pandemia da COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os países [identifiquem os serviços de saúde que são essenciais no seu contexto e que devem ser priorizados para a continuação durante a fase aguda da pandemia](#). Cada país priorizará certos serviços essenciais com base em sua carga de doença local específica, extensão da disseminação da COVID-19 e capacidade do sistema de saúde. A OMS fornece as seguintes sete categorias de serviços de alta prioridade que os países devem considerar essenciais:

- Serviços que são essenciais para a prevenção de doenças transmissíveis, em especial a vacinação;
- Serviços relacionados à saúde reprodutiva, incluindo cuidados durante a gravidez e o parto;
- Serviços para populações vulneráveis, como bebês e idosos;
- Fornecimento de medicamentos, suprimentos e apoio de profissionais da saúde para o manejo contínuo de doenças crônicas, incluindo problemas de saúde mental;
- Instalações para tratamentos críticos (como diálise renal);
- Manejo de condições de saúde de emergência e apresentações agudas comuns (como ataques cardíacos e lesões) que requerem intervenção urgente;
- Serviços auxiliares, como diagnóstico por imagem básico, serviços laboratoriais e serviços de banco de sangue.

Os programas de vacinação, cuidados pré-natais, cuidados maternos e serviços para recém-nascidos são provavelmente uma prioridade para a maioria dos países. Os serviços de prevenção e tratamento relacionados a doenças transmissíveis, como TB, malária e HIV, podem ser uma prioridade para alguns. Outros podem priorizar o tratamento do câncer e os programas de rastreamento.

É importante observar que alguns dos efeitos indiretos da pandemia da COVID-19 nos serviços essenciais de saúde derivam diretamente das recomendações de saúde pública. A orientação internacional sobre [prestação de serviços de saúde baseados na comunidade no contexto da COVID-19](#) reconhece que “certas atividades podem precisar ser... modificadas quando um modo alternativo de atendimento for seguro ou suspenso de forma temporária quando o risco de transmissão da COVID-19 for alto”. Alguns exemplos de recomendações específicas são dispensar vários meses de medicação para pacientes com condições crônicas, usar tecnologias de comunicação em vez de visitas pessoais para manter o suporte ao tratamento, suspender de forma temporária algumas campanhas de saúde não essenciais e reestruturar os atendimentos para que as medidas de prevenção e controle de infecções sejam incorporadas. A ampla gama de estratégias usadas para mitigar os efeitos indiretos da pandemia da COVID-19 sobre a saúde estão além do escopo deste resumo.

### **Como a COVID-19 pode afetar os serviços de saúde?**

A capacidade de um sistema de saúde de dar suporte adequado à saúde da população durante uma epidemia é determinada tanto pela oferta quanto pela demanda de serviços de saúde. A redução na oferta de serviços de saúde pode parecer o maior e mais crítico dos problemas e pode ser financeira e logisticamente difícil de retificar. No entanto, a diminuição da demanda de serviços de saúde pode ser uma questão mais insidiosa e complexa. A diminuição da demanda pode ser causada por mudanças no comportamento de busca de serviços de saúde que se originam da perda de confiança no sistema de saúde – essa confiança pode ser difícil de restaurar. A pandemia pode exacerbar as desigualdades sociais sistêmicas que impedem o acesso aos cuidados de saúde; o aprofundamento dessas desigualdades pode ter efeitos duradouros. Abaixo estão algumas das maneiras pelas quais a pandemia da COVID-19 pode influenciar a oferta e demanda, incluindo exemplos da África Subsaariana.

**Fatores que influenciam a oferta de serviços de saúde:**

- Os serviços podem estar reduzidos enquanto o sistema de saúde se concentra no atendimento a pacientes com COVID-19, se houver muitos casos.
- Pode haver escassez de suprimentos médicos se os recursos forem limitados devido a falhas nas cadeias de suprimentos ou devido a desvios para o auxílio da resposta contra a COVID-19.
- A triagem para identificar os casos da COVID-19 pode desviar os pacientes dos serviços necessários.
- Pode haver escassez de profissionais da saúde se eles:
  - forem realocados de suas funções regulares para a resposta contra a COVID-19;
  - serem contagiados pela COVID-19;
  - precisarem de quarentena após uma possível exposição;
  - não conseguirem trabalhar devido a problemas de transporte ou outras restrições;
  - sofrerem de esgotamento devido ao aumento da carga de trabalho ou estresse;
  - temerem a infecção e, portanto, não irem trabalhar ou evitarem tratar certos pacientes.
- A necessidade de medidas generalizadas de controle e prevenção de infecções, incluindo equipamentos de proteção individual (EPI), pode atrapalhar o atendimento.
- A recomendação da prática de saúde pública e medidas sociais, como o distanciamento físico, pode levar à redução ou suspensão dos programas de saúde comunitária, sobretudo dos programas de prevenção de doenças.
- Devido à crise econômica, pode haver cortes no financiamento para a saúde.

**Fatores que influenciam a oferta de serviços de saúde:**

- Os pacientes podem temer o acesso continuado aos serviços devido ao risco de contrair a COVID-19 no ponto de atendimento de saúde.
- Medidas de saúde pública e sociais para combater a COVID-19, incluindo restrições de transporte, podem reduzir o acesso aos serviços de saúde.
- Dificuldades econômicas podem resultar em acesso restrito aos serviços de saúde se os pacientes não puderem pagar pelo transporte ou por parte de seus tratamentos.
- A incerteza sobre a disponibilidade de serviços de saúde pode levar à falta de confiança a longo prazo no sistema de saúde e afetar de forma negativa o comportamento de busca por saúde.

Esta tabela inclui algumas mudanças relatadas na oferta e demanda de serviços de saúde e os supostos motivos para essas mudanças, durante a pandemia da COVID-19. Os relatórios que incluem mudanças tanto na oferta quanto na demanda podem ser listados mais de uma vez.

## Oferta

Tipo de serviço de saúde	País ou região	Mudanças relatadas durante a pandemia da COVID-19 e os supostos motivos
<a href="#">Saúde infantil</a>	Somália	As campanhas de saúde comunitária em grande escala que ofereciam às crianças vacinas contra o sarampo e a poliomielite, suplementos de vitamina A e vermífugos foram adiadas.
<a href="#">Atendimento clínico</a>	Libéria, Nigéria, África do Sul	Médicos Sem Fronteiras relata a redução ou suspensão de várias atividades. Na Libéria, as cirurgias pediátricas foram adiadas devido à falta de pessoal devido às restrições de viagens. Na Nigéria, as atividades de resposta ao envenenamento por chumbo cessaram. Na África do Sul, as consultas de rotina para condições crônicas foram reduzidas.
<a href="#">Prevenção do HIV</a>	Malawi	Os seguintes serviços foram interrompidos ou suspensos durante a pandemia: circuncisão médica masculina voluntária, profilaxia de pré-exposição ao HIV, terapia preventiva da TB, distribuição de preservativos, monitoramento da carga viral do HIV para pacientes estáveis e grupos de apoio ao paciente.
<a href="#">Prevenção e tratamento do HIV</a>	Essuatíni	Médicos Sem Fronteiras relataram uma pausa nas atividades preventivas do HIV e que o número de pacientes que iniciaram o tratamento para o HIV em suas unidades de saúde caiu. Eles receberam relatórios de profissionais da saúde, sem EPI suficientes, evitando pacientes devido ao medo da COVID-19.



<a href="#">Tratamento do HIV</a>	Quênia	A escassez existente de atendentes da saúde para o HIV aumentou por várias razões: as clínicas reduziram o horário para garantir que os profissionais da saúde tivessem tempo de voltar para casa antes do toque de recolher; os profissionais da saúde voluntários não têm mais permissão para apoiar os atendentes, então a carga de trabalho recaiu sobre médicos e enfermeiras, levando ao esgotamento profissional; e os profissionais da saúde foram desviados para apoiar na pandemia.
<a href="#">Saúde materna</a>	Zimbábue	A falta de EPI resultou em greves de profissionais da saúde. As greves levaram ao fechamento de alguns centros de saúde e limitou o número de funcionários em outros. Isso levou a mortes maternas e neonatais.
<a href="#">Saúde materna</a>	Quênia	Os profissionais da saúde abandonaram as unidades de saúde por medo de serem contaminados pela COVID-19. As organizações que dependem de certos eventos de arrecadação de fundos que foram cancelados estão preocupadas com a necessidade de reduzir os serviços.
<a href="#">Equipamento de proteção individual</a>	Global	A falta de EPI deixou os profissionais da saúde perigosamente mal equipados para cuidar das pessoas com COVID-19 e outros pacientes. A escassez pode ocorrer devido a preços exorbitantes, cadeias de abastecimento inadequadas e aumento da demanda global.
<a href="#">Saúde reprodutiva</a>	Vários países na África Subsaariana	Marie Stopes International relata que o confinamento resultou no fechamento de algumas clínicas.
<a href="#">Tratamento da TB</a>	África do Sul	As enfermarias de tratamento da TB foram convertidas em enfermarias de tratamento da COVID-19 e os pacientes com TB receberam alta para suas casas.
<a href="#">Vacinação</a>	Global	Muitos países correm o risco de o estoque de vacinas entrar em falta devido ao atraso no embarque, em grande parte devido à disponibilidade limitada e ao aumento do custo de voos comerciais e fretamentos.
<a href="#">Vacinação</a>	África do Sul	Reduções significativas em todo o país nas taxas de vacinação infantil durante a pandemia em parte devido à escassez de vacinas.

<a href="#">Vacinação</a>	Global	Os programas de vacinação em massa contra a poliomielite foram suspensos e agora estão sendo reiniciados.
<a href="#">Vacinação</a>	Global	Gavi, da Vaccine Alliance, relata a suspensão dos programas de imunização de rotina em vários países.

## Demanda

Tipo de serviço de saúde	País ou região	Mudanças relatadas durante a pandemia da COVID-19 e os supostos motivos
<a href="#">Serviços clínicos</a>	Etiópia	Entrevistas com profissionais da saúde e pacientes indicam que o acesso a clínicas foi limitado devido ao acesso reduzido ao transporte, à pobreza e às restrições de movimentação. Sobretudo, mulheres e crianças foram afetadas. Embora muitas instituições de saúde permaneçam abertas, alguns pacientes evitam as instalações por medo de contrair a COVID-19, incluindo mulheres que optaram por dar à luz em casa sem uma parteira qualificada durante a pandemia.
<a href="#">Prevenção e tratamento do HIV</a>	Quênia	As clínicas governamentais para o tratamento do HIV tiveram um declínio no recrutamento de pacientes do sexo feminino. Isso ocorreu em parte porque: a COVID-19 afetou a renda familiar; o transporte público ficou mais caro durante a pandemia; e algumas pessoas não têm condições de pagar as máscaras necessárias para acessar às clínicas. Os pacientes também temem contrair a COVID-19; algumas clínicas que supostamente trataram pacientes com COVID-19 reduziram de forma drástica o seu número de pacientes
<a href="#">Saúde materna</a>	Etiópia, Quênia, Serra Leoa, Uganda e Zimbábue	Uma série de reportagens descreve como as restrições nas viagens durante os confinamentos têm contribuído para a mortalidade materna e neonatal.
<a href="#">Saúde materna</a>	Quênia	De acordo com os requerentes num processo contra o governo do Quênia, alguns aspectos da resposta à pandemia tornaram os cuidados de saúde inacessíveis e colocaram em risco a vida das mulheres grávidas.

[Saúde reprodutiva](#)

Zimbábue, Serra Leoa e outros países na África Subsaariana

Marie Stopes International relata que os confinamentos restringiram o acesso à saúde. No Zimbábue, a polícia restringiu o acesso aos serviços de saúde reprodutiva ao impor restrições de movimentação, embora os serviços de saúde reprodutiva fossem considerados essenciais pelo governo. Em Serra Leoa, as restrições de movimentação aplicadas sem aviso e rumores na comunidade limitaram o acesso aos serviços de saúde.

[Vacinação](#)

África do Sul

Reduções significativas em todo o país nas taxas de vacinação infantil durante a pandemia são em parte devido à incapacidade dos cuidadores de acessar aos serviços durante o confinamento e ao medo de contrair a COVID-19 numa clínica.

A pandemia da COVID-19 também afetou de forma negativa a saúde das pessoas e populações de maneiras que não estão diretamente ligadas à prestação de serviços de saúde. Por exemplo, [a insegurança alimentar](#), que pode ter consequências graves para a saúde, tem sido uma preocupação em toda a África Subsaariana durante a pandemia da COVID-19. Uma série de mudanças econômicas e sociais relacionadas com a pandemia e a resposta na África Subsaariana afetam de forma desproporcional a saúde de grupos vulneráveis, incluindo [mulheres](#), [meninas](#), [profissionais do sexo](#), [profissionais migrantes](#) e outros.

**Como podem ser medidos os efeitos indiretos da COVID-19 na saúde?**

**O que mostram os dados?**

Existem várias abordagens para determinar os efeitos indiretos da pandemia da COVID-19 na saúde e nos sistemas de saúde, três das quais são descritas abaixo. Cada abordagem tem vantagens e desvantagens e pode ser mais ou menos adequada para responder às diferentes perguntas. Embora as duas primeiras abordagens, modelagem epidemiológica e cálculo do excesso de mortalidade, sejam técnicas importantes para estimar os efeitos de uma epidemia na saúde, o foco aqui será os dados disponíveis no momento. Isso porque os dados disponíveis no momento, embora limitados, permitem uma visão da situação na África Subsaariana de uma forma que os modelos e as estimativas de excesso de mortalidade não permitem.

## A - Modelos

A modelagem epidemiológica é uma ferramenta que pode ser usada para prever a propagação ou o impacto de uma doença. Para criar um modelo preditivo, os fatores que podem influenciar o resultado de interesse são selecionados para a sua inclusão no modelo. No geral, os modelos sobre os efeitos indiretos da pandemia da COVID-19 na saúde incorporam fatores como o tipo e a duração das interrupções dos serviços de saúde e os efeitos que essas interrupções podem ter. Os valores desses fatores devem ser estimados, pois os dados ainda não estão disponíveis; pode haver uma quantidade razoável de incerteza nessas estimativas e pequenas mudanças nos valores incluídos podem ter grandes efeitos no resultado do modelo. Assim, os resultados devem ser interpretados com cautela. No entanto, os modelos são [usados com frequência para definir respostas de saúde pública às epidemias](#). Modelos dos potenciais efeitos indiretos à saúde da pandemia da COVID-19, e de sua resposta, produziram resultados surpreendentes:

- Um [estudo que avaliou os benefícios para a saúde da manutenção de programas de imunização infantil em 54 países africanos contra o risco de contrair a COVID-19 durante a administração da vacina](#) mostrou que para cada morte em excesso pela COVID-19 (incluindo mortes entre membros da família de crianças vacinadas) associada à exposição durante a vacinação, 84 mortes em crianças menores de cinco anos poderiam ser evitadas continuando com as vacinações de rotina.
- Um [estudo sobre o potencial impacto dos confinamentos na incidência e mortalidade por TB](#) descobriu que um confinamento de três meses e um período de restauração do serviço de 10 meses poderia levar a um excesso global de 6,3 milhões de casos de TB e 1,4 milhões de mortes por TB até o ano de 2025.
- Um [estudo sobre o impacto de potenciais interrupções nos serviços do HIV](#) sugeriu que uma interrupção de seis meses da terapia antirretroviral poderia levar a um aumento de duas vezes nas mortes (equivalente a 500.000 mortes em excesso) por doenças relacionadas à AIDS na África Subsaariana durante 2020-2021.
- Uma [análise dos impactos das interrupções no acesso às ferramentas de controle da malária](#) mostrou que, no pior cenário (suspensão de campanhas de fumigação e redução de 75% no acesso a medicamentos contra a malária), haveria 750.000 mortes por malária em 2020 (duas vezes o número de mortes por malária em 2018).
- Uma [análise de excesso de mortalidade por HIV, TB e malária devido a interrupções nos serviços de saúde](#) descobriu que, em ambientes de alta carga, as mortes por HIV, TB e malária ao longo de cinco anos podem aumentar em até 10%, 20% e 36%, respectivamente, em comparação com os valores anteriores à

pandemia da COVID-19. Em cinco anos, essa perda de vidas rivalizaria com a perda de vidas diretamente ligada à COVID-19.

## B - Estimativas de excesso de mortalidade

O [excesso de mortalidade](#) é a taxa de mortalidade além do que seria esperado em condições "normais". Essas estimativas podem fornecer um quadro mais completo dos impactos da pandemia do que as contagens oficiais de mortes pela COVID-19. No entanto, há limites para as informações que as estimativas de excesso de mortalidade podem fornecer. Mesmo que um excesso de mortes [venha acontecendo](#), grande parte do excesso de mortalidade causado pela pandemia pode demorar meses ou anos; isso é, em especial, verdade para doenças como HIV, TB e doenças preveníveis por vacinação. Além disso, as estimativas de excesso de mortalidade não fazem distinção entre os efeitos diretos e indiretos da pandemia. Em vez disso, essas estimativas são uma combinação de mortes devido à COVID-19 que não foram oficialmente atribuídas à COVID-19 e mortes por outras causas que teriam ocorrido em números diferentes se não fosse pela pandemia. Por último, o excesso de mortalidade só pode ser calculado se houver dados precisos de mortalidade disponíveis de anos anteriores para comparação. Tais [dados não estão disponíveis em muitos países da África Subsaariana](#).

## C - Dados disponíveis

Os dados coletados de forma rotineira pelos serviços de saúde podem fornecer informações valiosas sobre a continuidade da prestação dos serviços. No entanto, os processos de coleta de dados também podem ser impedidos durante a pandemia. Semelhante às recomendações da OMS para a identificação de serviços essenciais, a coleta e análise de dados pode se focar num [conjunto principal de indicadores](#) para monitorar o impacto da pandemia nos serviços de saúde. Isso inclui o número total de consultas de saúde primária, altas hospitalares, partos em instalações, novos casos de TB, número de profissionais da saúde com COVID-19 e outras medidas. Os dados coletados durante a pandemia da COVID-19 devem, idealmente, ser comparados aos dados agregados de vários anos anteriores.

A tabela seguinte destaca alguns dos dados disponíveis no momento sobre os efeitos da pandemia da COVID-19 na saúde e nos serviços de saúde na África Subsaariana. Esta não é uma revisão sistemática ou síntese dos dados disponíveis, mas sim um retrato de alguns dos dados quantitativos que se tornaram públicos. Foram buscados dados da África Subsaariana, mas várias fontes de dados relevantes incluem descobertas globais.

Doença ou condição (localização)

Fonte dos dados, método de coleta dos dados

Resultados

## Doenças transmissíveis

[HIV e TB \(África do Sul\)](#)

Departamento de Saúde de Gauteng, revisão dos registros de tratamento entre março e maio

1.000 pacientes com TB e 10.000 pacientes com HIV não retiraram seus medicamentos durante o período analisado. A redução percentual média na coleta de medicamentos em comparação com períodos anteriores foi de 1,4% para TB e 19,6% para HIV.

[HIV, TB e malária \(Global\)](#)

The Global Fund, pesquisa de programas em 106 países

5% dos programas de HIV relataram interrupção na prestação de serviços 78% dos programas de TB relataram interrupção na prestação de serviços 73% dos programas de malária relataram interrupção na prestação de serviços  
As restrições quanto a aglomerações e transporte são as principais razões pelas quais as atividades foram interrompidas. Outras causas de interrupção incluem relutância dos profissionais da saúde em fornecer atendimento a pessoas com sintomas consistentes com COVID-19 e pacientes que não procuram atendimento devido ao medo da COVID-19 ou a dificuldades financeiras.

[TB \(África do Sul\)](#)

Instituto Nacional de Doenças Transmissíveis da África do Sul, dados de vigilância de testes de TB realizados seis semanas antes da introdução das restrições nacionais, durante duas semanas de distanciamento físico e cinco semanas de confinamento

Durante o confinamento, houve uma redução média semanal de 48% no número de testes e de 33% no número de testes positivos. Houve uma maior taxa de positividade de teste semanal durante o período de confinamento.

[TB \(20 países com alta carga de TB\)](#)

Stop TB Partnership, pesquisa de programas nacionais de TB em 20 países com alta carga e pesquisa em pares de 16 comunidades nesses países

Pelo menos 40% dos programas relataram que as instalações para TB estão sendo parcial ou totalmente usadas para a resposta contra a COVID-19. Todos os programas observaram uma diminuição no número de pessoas acessando os serviços de TB.

<p><a href="#">Vacinações (Global)</a></p>	<p>Organização Mundial de Saúde, pesquisa de programas de imunização realizada em abril (primeira Pesquisa de Movimento de Imunização)</p>	<p>64% dos 107 países respondentes relataram interrupções ou suspensões. As razões para a diminuição das visitas de vacinação incluíram medidas de distanciamento físico, dificuldade de acesso ao transporte e medo da transmissão da COVID-19 em unidades de saúde. A maioria dos países relatou interrupções na distribuição de suprimentos de vacinas dentro do país. Mais da metade dos países relataram interrupções relacionadas à detecção, investigação e notificação de casos de sarampo. As interrupções foram relacionadas à falta de pessoal no laboratório, problemas de transporte de suprimentos / espécimes de laboratório e laboratórios sendo usados para a testagem da COVID-19.</p>
<p><a href="#">Vacinações (Global)</a></p>	<p>Organização Mundial da Saúde, pesquisa de programas de imunização realizada em junho (segunda Pesquisa de Movimento de Imunização)</p>	<p>53% dos 129 países entrevistados (e 89% dos países africanos entrevistados) relataram interrupções moderadas ou graves nos serviços durante o período de março a abril. As razões para as interrupções incluíram o medo do paciente de se expor à COVID-19 durante a vacinação (48%) e acesso interrompido dos serviços de vacina durante o confinamento (33%). As razões para a disponibilidade limitada de vacinas incluíram EPI insuficientes para profissionais da saúde (49%), restrições de viagens (40%) e disponibilidade reduzida de profissionais da saúde (43%).</p>
<p><b>Doenças não transmissíveis</b></p>		
<p><a href="#">Cardiologia (África Subsaariana)</a></p>	<p>Estudo de pesquisa original, levantamento de provedores de saúde em cardiologia na África Subsaariana</p>	<p>60 entrevistados (52% cardiologistas, 48% médicos internos ou residentes) de 14 países relataram que, em comparação com os tempos pré-pandêmicos, houve uma redução significativa nas horas de trabalho dos cardiologistas e uma redução significativa no número de pacientes atendidos por semana. A maioria dos serviços de cardiologia (76,5%) e programas de consultoria (85%) foram reconfigurados para oferecer suporte aos serviços relacionados à COVID-19.</p>

<p><a href="#">Serviços de doenças não transmissíveis (Global)</a></p>	<p>Organização Mundial da Saúde, pesquisa de 155 ministérios da saúde de vários países, realizada em maio</p>	<p>Em 94% dos países respondentes, o pessoal do ministério da saúde que trabalhava com doenças não transmissíveis foi parcial ou totalmente realocado para apoiar a resposta à COVID-19. O tratamento para as seguintes condições foi interrompido: tratamento para a hipertensão (53% dos países), tratamento para o diabetes (49% dos países), tratamento para o câncer (42% dos países) e tratamento de emergências cardiovasculares (31% dos países). As razões para as reduções de serviço incluíram a diminuição da disponibilidade de transporte público e a falta de pessoal da saúde devido às realocações causadas pela COVID-19. Em 20% dos países que relataram interrupções, houve falta de suprimentos médicos. 50% dos países relataram adiamentos de programas públicos de rastreamento (por exemplo, para câncer de mama e colo do útero).</p>
<p><a href="#">Atendimento primário (África do Sul)</a></p>	<p>Estudo de pesquisa original, estudo de coorte longitudinal de atendimentos clínicos de 60 dias anteriores até 35 dias posteriores ao período de confinamento</p>	<p>Entre 36.291 indivíduos que tiveram 55.545 atendimentos clínicos, não houve mudança no total de consultas por clínica, por dia, entre os períodos anteriores e durante o confinamento, com duas exceções: houve uma redução nas consultas pediátricas durante o confinamento e houve um aumento de atendimentos para o tratamento do HIV imediatamente após o confinamento.</p>
<p><a href="#">Saúde reprodutiva (global)</a></p>	<p>International Planned Parenthood Federation, pesquisa entre membros nacionais</p>	<p>Em 64 países, 5.633 clínicas e pontos de atendimento comunitário (14% dos pontos de prestação de serviços disponíveis em 2018) fecharam por causa de problemas relacionados à pandemia. A África teve o maior número de clínicas móveis (447) fechadas. Os países membros relataram uma redução nos serviços relacionados a: teste de HIV (44 países), anticoncepcionais (41 países), violência por conta de gênero (36 países) e serviços de atendimento em caso de aborto (23 países).</p>



Na tabela anterior, vemos que os dados disponíveis sobre os efeitos indiretos da pandemia da COVID-19 na saúde e nos sistemas de saúde na África Subsaariana são limitados. Os dados carecem de amplitude e profundidade em sua cobertura de condições de saúde, serviços de saúde e área geográfica; dados sobre uma minoria dos indicadores principais sugeridos estão disponíveis. Os efeitos das mudanças que já ocorreram na saúde ainda não são aparentes e a situação permanece incrivelmente dinâmica. No entanto, os dados mostram claramente que a pandemia da COVID-19 já teve um efeito dramático e mensurável na capacidade dos sistemas de saúde em apoiar a saúde da população. De fato, é preocupante que os efeitos indiretos da pandemia da COVID-19 sobre a saúde e os serviços de saúde superem os efeitos diretos da pandemia. É provável que isso seja verdade sobretudo em áreas onde o impacto direto da COVID-19 seja menos grave e/ou onde há uma maior dependência dos serviços de saúde essenciais (por exemplo, onde o risco de doenças preveníveis por vacinas é maior ou onde a carga por HIV, TB ou malária é alta). À medida que a pandemia continua a evoluir, a necessidade de elementos de resposta à pandemia deve ser cuidadosamente avaliada em relação aos seus potenciais efeitos negativos para a saúde. Além disso, a prestação de serviços de saúde precisará ser estruturada em torno da ameaça potencialmente contínua da transmissão da COVID-19. As ações tomadas para abordar os efeitos indiretos previstos ou medidos sobre a saúde determinarão, em grande parte, qual será o impacto final da pandemia da COVID-19.

## Destaques semanais de pesquisa

[Tratamento com plasma convalescente para pacientes com covid-19 grave ou com risco de vida: Uma análise de metadados \(Journal of Infectious Diseases, 10 de agosto\)](#)

**Mensagem principal:** As opções de tratamento para pacientes que desenvolvem a COVID-19 grave são limitadas. Com base na experiência com outras doenças virais graves, a imunização passiva - [transfusão de plasma convalescente](#) doado por pacientes que sobreviveram à COVID-19 - pode ajudar na recuperação de alguns pacientes com a forma grave da doença. Os pesquisadores revisaram os dados de nove estudos publicados sobre plasma convalescente para o tratamento da COVID-19 grave e conduziram uma metanálise dos dados. Após uma transfusão de plasma de um doador recuperado, os pacientes com COVID-19 grave apresentaram melhora em termos de infecção, inflamação e gravidade da doença. Apesar das descobertas encorajadoras, este estudo não prova que o plasma convalescente é um tratamento eficaz nem identifica quais pacientes têm maior probabilidade de se beneficiar dele.

- A transfusão de plasma convalescente para tratar pacientes com SARS, H1N1 e Ebola sugeriu que a imunização passiva reduz a carga viral e melhora os resultados clínicos, reduzindo o número de mortes e o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva (UTI) com efeitos colaterais mínimos. Embora essa abordagem não tenha sido comprovada ou aprovada para o tratamento da COVID-19 grave, a Administração de Alimentos e Medicamentos, nos EUA, emitiu orientações de emergência para o [uso experimental de plasma convalescente](#) durante a atual emergência de saúde pública.
- Os pesquisadores reuniram dados coletados antes e depois da transfusão de plasma convalescente em 149 pacientes com COVID-19 grave, relatados em nove estudos diferentes publicados e completaram uma metanálise de efeitos aleatórios e meta-regressão. Após receber o plasma convalescente, os pacientes reduziram a carga viral (RR 0,13; IC 95%, 0,09 a 0,18) e os níveis de proteína C reativa (ROM 0,11; IC 95%, 0,01 a 0,86), e apresentaram uma melhora clínica (ROM 0,53; IC 95%, 0,36 a 0,79) com efeitos colaterais mínimos.
- Esta análise sugere que o plasma convalescente pode melhorar a recuperação de pacientes com COVID-19 grave, embora nem todos os estudos incluídos tenham mostrado os mesmos resultados. Combinar dados de vários estudos menores permitiu aos pesquisadores tirar um maior proveito dos dados limitados. No entanto, a metanálise atual não incluiu uma comparação ou um grupo de controle de pacientes. Os parâmetros laboratoriais e clínicos dos pacientes podem ter melhorado sem as infusões de plasma e o efeito aparente pode ter sido devido a outros fatores.

[Associação entre tabagismo juvenil, uso de cigarro eletrônico e doença por coronavírus 2019 \(Journal of Adolescent Health, 11 de agosto\)](#)

**Mensagem principal:** Os resultados de uma pesquisa on-line mostram que entre adolescentes e adultos de 13 a 24 anos, a COVID-19 foi de cinco a sete vezes mais comum entre aqueles que relataram ter contato em algum momento, ou recentemente, com cigarros de tabaco (tabagismo) ou eletrônicos (vaporização). Nessa faixa etária, que normalmente tem sido descrita como a de menor risco de sintomas e da COVID-19 grave, podem ser necessárias mensagens direcionadas e educação para retratar os riscos com mais precisão. Os resultados deste estudo apoiam a associação entre o ato de vaporar e a COVID-19, e que o uso de cigarros eletrônicos, sozinhos ou em conjunto com cigarros de tabaco, é um fator de risco para a COVID-19 entre adolescentes e jovens adultos.

- Entre 6 e 14 de maio de 2020, os pesquisadores recrutaram 4.351 adolescentes e adultos de 13 a 24 anos de todos os EUA para participar de uma pesquisa on-line sobre tabagismo, vaporização e COVID-19. Por meio de amostragem por quotas, os pesquisadores foram capazes de equilibrar raça, idade e gênero e fazer uma seleção de 50% de indivíduos que vaporizam com frequência x 50% de indivíduos que nunca vaporizaram. Eles usaram pesos para obter estimativas representativas em seus cálculos estatísticos. Os participantes que relataram fumar e vaporizar foram rotulados como usuários duplos. Eles realizaram regressão logística multivariável para testar associações entre a vaporização, o tabagismo e a COVID-19.
- As pessoas que relataram já ter sido usuários duplos tinham sete vezes mais probabilidade de testar positivo para a COVID-19 do que os que nunca usaram. Da mesma forma, os usuários duplos recentes (uso duplo nos últimos 30 dias) tiveram 6,8 vezes mais probabilidade de testar positivo para a COVID-19 do que os que nunca usaram. Os indivíduos que vaporizam eram cinco vezes mais propensos de testar positivo para a COVID-19 do que os que nunca usaram. Nenhuma relação estatística significativa foi observada entre o tabagismo e o teste positivo para a COVID-19, no entanto, os fumantes usuais eram mais propensos a serem testados do que os que nunca fumaram.
- Este estudo mostra uma associação, mas não uma relação causal entre a vaporização e COVID-19. Outros fatores que aumentaram a probabilidade de um teste positivo para a COVID-19 foram uma maior positividade para a COVID-19 no contexto atual, estar abaixo do peso, ser hispânico ou outro/multirracial, ser do sexo masculino ou não binário e ter uma mãe com ensino de nível superior.

[Saúde mental, uso de substâncias e ideação suicida durante a pandemia da COVID-19 - Estados Unidos, 24 a 30 de junho de 2020 \(MMWR, 14 de agosto\)](#)

**Mensagem principal:** De acordo com os resultados de uma pesquisa on-line, durante a última semana de junho de 2020, os adultos estadunidenses relataram níveis significativamente elevados de depressão, ansiedade, aumento do estresse ou trauma, uso de substâncias, ideação suicida e transtorno relacionado a trauma e estresse (TSRD, na sigla em inglês) em relação à pandemia da COVID-19 em comparação com os níveis do ano anterior. Os jovens adultos foram, de longe, os mais propensos a relatar um resultado adverso para a saúde mental ou comportamental. Minorias étnicas/raciais, trabalhadores de setores essenciais e cuidadores de adultos não remunerados também relataram resultados piores de forma desproporcional. Existe uma necessidade contínua de intervenção para prevenir e abordar os resultados adversos para a saúde mental associados à pandemia da COVID-19.

Essas descobertas destacam alguns dos impactos mais amplos da pandemia da COVID-19 na saúde em geral.

- Entre 24 e 30 de junho de 2020, os pesquisadores convidaram 9.896 adultos para participar de uma pesquisa on-line sobre saúde mental. No geral, 5.412 participantes completaram a pesquisa, alguns dos quais foram convidados a participar de uma iteração anterior em abril. Foram usados métodos de amostragem para obter um grupo de adultos representativos da população dos EUA em relação à faixa etária, gênero e raça/etnia. Foram usadas ferramentas de pesquisa padronizadas para avaliar os sintomas de ansiedade, depressão e TSRD, além de outras questões sobre o uso de substâncias como maneiras de lidar com a situação e ideação suicida.
- Quarenta e um por cento de todos os entrevistados relataram qualquer condição adversa de saúde mental ou comportamental durante a última semana de junho de 2020. Entre os sintomas relatados mais comuns estavam os relacionados à depressão e ansiedade (31% dos entrevistados). Entre aqueles de 18 a 24 anos, 75% relataram pelo menos um sintoma de saúde mental ou comportamental, assim como 52% daqueles de 25 a 44 anos. Os homens foram mais propensos a relatar ideação suicida nos 30 dias anteriores. Afroamericanos também foram mais propensos a relatar ideação suicida e eram mais propensos a aumentar o uso de substâncias para lidar com o estresse relacionado à COVID-19.
- Esta pesquisa coletou sintomas autorreferidos e utilizou instrumentos que foram validados para avaliar a saúde mental e as reações adversas comportamentais. Não foi projetada para diagnosticar ansiedade, depressão ou qualquer outra condição de saúde mental. Mais estudos podem ser necessários para obter mais informações sobre as causas dessas descobertas (por exemplo, fracasso financeiro x desconexão social). Abordar os impactos contínuos da pandemia na saúde mental e prevenir resultados adversos adicionais deve fazer parte de um plano de resposta mais amplo.
- Se você ou um ente querido está passando por muito estresse, [aqui](#) você pode encontrar recursos para lidar com o estresse de maneiras mais saudáveis e ajudar aqueles que estão em crise.

**Citação sugerida:** CCash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E and Shahpar C. Weekly COVID-19 Science Review August 8-14 2020. Resolve to Save Lives. 19 de agosto de 2020. Disponível em: <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>