

PRISCILA DIAS ALVES

VULNERABILIDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19:  
UMA DISCUSSÃO BIOÉTICA

BRASÍLIA, Agosto de 2021

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

PRISCILA DIAS ALVES

VULNERABILIDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19:  
UMA DISCUSSÃO BIOÉTICA

Dissertação apresentada como  
requisito parcial para a obtenção do  
Título de Mestre pelo Programa de  
Pós-graduação em Bioética da  
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra Eliane Maria Fleury Seidl

BRASÍLIA, Agosto, 2021

PRISCILA DIAS ALVES

VULNERABILIDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19:  
UMA DISCUSSÃO BIOÉTICA

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Bioética da Universidade de Brasília.

Aprovada em 31 de agosto de 2021

Banca Examinadora

Eliane Maria Fleury Seidl - Universidade de Brasília

Presidente

Camilo Hernan Manchola Castillo- Universidade de Brasília

Membro efetivo

Graziela Sousa Nogueira - Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

Membro efetivo

Katia Torres Batista - Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

Membro suplente

Dedico este trabalho ao meu pai,  
Marne de Oliveira Alves, que sempre  
me deu forças.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Edson Mintsu Hung que me ajudou e incentivou.

A Thelma Panerai Alves que foi uma tia-científica.

A Lisandra Parcianello e ao professor Natan Monsores que me apresentaram o programa e me incentivaram a entrar.

Ao Professor Volnei Garrafa e à minha orientadora, Professora Eliane Seidl, que tiveram paciência e me deram suporte para continuar.

Aos amigos e familiares que estiveram ao meu lado nesta jornada difícil e tortuosa, porém gratificante.

*“You may write me down in history  
With your bitter, twisted lies,  
You may trod me in the very dirt  
But still, like dust, I'll rise”*  
Mia Angelou

*“I've become so numb  
I can't feel you there  
Become so tired  
So much more aware”*  
Linkin Park

## Resumo

Este trabalho visa analisar, sob um olhar bioético, a vulnerabilidade social referente à saúde durante o contexto da pandemia de COVID-19, com base em uma revisão integrativa da literatura. Foram incluídas publicações de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2020, avaliadas por pares, identificadas nas bases de dados Pubmed, SciELO e LILACS. Foram utilizados para realizar a busca na base Pubmed o termo MESH “COVID-19” conjugado com os termos: “*vulnerable population*”, “*population groups*”, “*social determinants of health*”, “*health equity*”. Os descritores DECS equivalentes em português e em espanhol dos termos MESH foram utilizados na busca nas outras duas bases. Foram encontrados um total de 132 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram identificados 21 artigos elegíveis. Na seção de resultados, os 21 artigos foram apresentados em tabelas sobre cada uma das quatro categorias de descritor e seus pontos relevantes sintetizados. Os artigos, em sua maioria, tinham autores vinculados a instituições oriundas de países desenvolvidos. Os temas mais abordados na amostra foram: vulnerabilidades referentes a grupos etários de pessoas idosas, a raça (destaque para pessoas negras), minorias étnicas e condições socioeconômicas precárias. Surgiram também questões relativas ao gênero feminino, pessoas com deficiência e condições crônicas de saúde (doença renal, demência e dor crônica). Observou-se artigos abordando mais de uma temática em seu texto, integrando diferentes aspectos das populações vulneráveis. Com base nos dados encontrados foi feita análise e discutidos os achados com enfoque em vulnerabilidade como conceito bioético e feitas conexões com discriminação e determinação social da saúde. Os resultados apontam para a violação de direitos explicitados na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. Conclui-se que ao aumentar a disparidade da mortalidade e morbidade por COVID-19 de grupos populacionais já fortemente impactados pela determinação social da saúde, há uma violação do direito à saúde, indicando que governos e sociedades falham em respeitar a vulnerabilidade de grupos sociais no contexto da pandemia.

Palavras-chave: COVID-19; população vulnerável; grupos populacionais; determinantes sociais em saúde; equidade em saúde.

### **Abstract**

This scoping review aims to make a bioethical analysis of social vulnerability towards health during the COVID-19 pandemic. Were included peer reviewed publications published from January 1st until December 31st 2020, identified in Pubmed, ScieLO and LILACS data basis. Mesh terms were utilized for research in Pubmed as follows: “COVID-19” conjugated with the terms: “vulnerable population”, “population groups”, “social determinants of health”, “health equity”. Portuguese equivalents DECS terms were used for searching in the other two data bases. A total of 132 articles were found. After applied exclusion criteria, were 21 eligible articles. The main findings are available in tables. Most of the publications were from authors affiliated to institutions from developed countries. The most recurrent themes were: racial, ethnic and social-economics. Also were included issues regarding: gender, age, disability and chronic health conditions (kidney disease, dementia, chronic pain). Different aspects of vulnerable populations was present in many of the analyzed articles. A bioethical discussion with focus in vulnerability based in the data retrieved took place and connections with discrimination and social determinants of health were made. Results points to a human rights violation according to the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. To conclude, during the pandemic, governments and society fail to respect the vulnerability of population groups that were already affected by social determinants of health, increasing the death disparity incurring in a violation to the right to health.

Key-words: COVID-19; vulnerable population; population groups; social determinants of health; health equity.

## Lista de Figuras

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos	pág.27
Figura 2. Distribuição dos artigos por tipo de estudo	pág.27
Figura 3. Distribuição dos artigos por mês de publicação	pág.28
Figura 4. Distribuição dos artigos por país de filiação dos autores	pág.29
Figura 5. Distribuição dos artigos por tipo de vulnerabilidade abordada na amostra	pág.30

## Lista de Tabelas

Tabela 1. Artigos identificados sobre COVID-19 e população vulnerável	pág.31
Tabela 2. Artigos identificados sobre COVID-19 e grupos populacionais	pág.34
Tabela 3. Artigos identificados sobre COVID-19 e determinantes sociais de saúde	pág.38
Tabela 4 Artigos identificados sobre COVID-19 e equidade em saúde	pág.42

## Lista de Abreviaturas e Siglas

AGU- Advocacia Geral da União

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COVID-19 - Doença Infecciosa Ocasionalada por Coronavírus

DCV - Doença Cardiovascular

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DUBDH- Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos

EPI - Equipamento de Proteção Individual

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MERS-COV- Síndrome respiratória do Oriente Médio Coronavírus

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS- Organização Panamericana de Saúde

PHEIC - Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional

PSCN - Rede de Cadeia de Suprimentos da Pandemia

RT-PCR - Reação da Transcriptase Reversa seguida pela Reação em Cadeia da Polimerase.

SARS-CoV-1- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 1

SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SIMP - Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica

SUS- Sistema Único de Saúde

STF- Supremo Tribunal Federal

UNESCO - Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura.

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	12
<b>2. Bioética e Saúde Pública</b>	12
2.1 Vulnerabilidades, determinantes sociais de saúde e não discriminação	13
2.2 Crise Humanitária e COVID-19	15
2.3 A saúde é um direito	16
<b>3. COVID-19</b>	17
3.1 Histórico breve dos primeiros meses da pandemia	17
3.2 Epidemiologia	21
3.3 Características clínicas e tratamentos	22
<b>4 . OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b>	24
<b>5. MÉTODO</b>	24
5.1 Critérios de busca	25
<b>6. RESULTADOS</b>	26
6.1 Análise dos artigos por descritor	30
<b>7. DISCUSSÃO</b>	45
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	51
<b>9. REFERÊNCIAS</b>	53

## **1. Introdução**

Este trabalho visa analisar sob um olhar bioético a vulnerabilidade social referente à saúde durante o contexto da pandemia de COVID-19, com base em uma revisão integrativa da literatura. Visando contextualizar sobre essa doença emergente, foi feita uma breve revisão narrativa sobre COVID-19 englobando histórico, epidemiologia e aspectos clínicos, após abordar bioética e saúde pública. Em seguida, foram abordados referenciais teóricos como: vulnerabilidade, determinantes sociais em saúde, estigmatização e não discriminação, e crise humanitária. O objetivo de tal contextualização é disponibilizar um arcabouço teórico para um melhor entendimento da revisão integrativa proposta no método. Os resultados serão explanados em tópico próprio. Em sequência, foi feita a discussão destes à luz da vulnerabilidade como conceito bioético, levando em consideração ainda o direito humano de acesso à saúde e o princípio bioético de não discriminação.

## **2. Bioética e Saúde Pública**

O campo da bioética emergiu ao final dos anos 1960 e 1970, ampliando os estudos além da ética médica e extrapolando o escopo da discussão para outros temas como relação médico-paciente e profissionalismo médico (1). Ultrapassando o nível individual de atendimento à pessoa, devemos atentar para os aspectos éticos e bioéticos envolvidos em níveis populacionais no âmbito da saúde pública. Em 2002, Callahan assinalou a importância de reconhecermos que não tínhamos controle sobre as doenças infecciosas e que, mais que o avanço da tecnologia, a saúde das populações é dependente de medidas socioeconômicas e boas políticas de saúde pública (1).

Considerando o cenário de descontrole de uma doença infecciosa emergente em nível pandêmico, devemos, ao discutir saúde pública, ficar atentos aos princípios bioéticos presentes na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (DUBDH) da Organização das Nações Unidas pela Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) referente a: respeito à vulnerabilidade, não-discriminação e não-estigmatização, dignidade humana e direitos humanos, responsabilidade social e saúde, compartilhamento de

benefícios, solidariedade e cooperação (2). A presente dissertação visa discutir o contexto atual da pandemia da COVID-19 no âmbito da saúde pública, com ênfase em vulnerabilidade social, ao lado de outros conceitos e princípios bioéticos que contribuem para o enriquecimento desse debate.

## **2.1 Vulnerabilidades, determinantes sociais de saúde e não discriminação**

O artigo nº 8 da DUBDH versa sobre o respeito à vulnerabilidade e à integridade pessoal (2). Vulnerabilidade é um princípio de difícil definição, sendo que utilizaremos neste trabalho o conceito de pessoa vulnerável como aquelas que são relativa ou absolutamente incapazes de proteger os próprios direitos e interesses. Estas pessoas podem ter inteligência, educação, recursos, força, poder e outros atributos insuficientes para proteger seus próprios interesses (2-3).

A vulnerabilidade é uma noção relativamente nova na bioética, sendo amplamente desenvolvida após o Relatório Belmont em 1979 (4), e aplicada principalmente no contexto dos participantes de pesquisas (3). Inicialmente considerada um princípio secundário à justiça e ao respeito pelas pessoas, a vulnerabilidade foi promovida a princípio fundamental da bioética por ocasião da edição da DUBDH pela UNESCO, deixando de ser aplicada apenas no âmbito de pesquisas para considerar sua relevância no contexto de cuidado à saúde. Temos, também, um desdobramento do conceito de vulnerabilidade em cinco aspectos: social, econômico, existencial, cultural e ambiental. Nesse sentido, destaca-se que o descritor *vulnerable populations* foi incluído no *Bioethics Thesaurus* em 1997. No entanto, o conceito de população vulnerável é tido como passível de ser estigmatizante por levar a estereótipos e discriminação.

Discriminação pode ser definida como atitudes que levam indivíduos ou grupos sociais a serem tratados de maneira a violar os princípios de justiça e igualdade. Ao ignorar o princípio da equidade no tratamento de indivíduos – levando em consideração ou não características particulares –, temos a discriminação. O estigma já constitui um valor cultural atribuído a determinados atributos particulares, usualmente considerados como indesejados e tidos

como desvios. Uma população estigmatizada pode ser, ao mesmo tempo, considerada vulnerável a partir do momento que não consegue proteger os seus interesses e direitos, acabando por receber um tratamento discriminatório(5).

Em meio ao crescente número de infectados e mortos devido à COVID-19, levanta-se a questão sobre como os determinantes sociais da saúde podem ser observados nesta doença emergente. Entende-se por determinantes sociais da saúde o impacto que as condições de vida e trabalho de indivíduos ou de grupos sociais geram no seu estado de saúde, sendo tais condições de discriminação injustas, evitáveis e desnecessárias (6). Tais determinantes refletem a iniquidade do acesso à saúde, resultando em maior morbidade e mortalidade, menores expectativas de vida e maior mortalidade infantil, por exemplo. Apesar de ser uma doença infecciosa aguda, que inicialmente estava mais relacionada a pessoas com condições financeiras que permitiam a realização de viagens internacionais, a transmissão do coronavírus atingiu todos os estratos sociais. Dessa maneira, mesmo já existindo fatores de risco associados a condições inerentes ao ser humano, é interessante investigar o impacto da COVID-19 em populações vulneráveis.

A vulnerabilidade é mais que um princípio fundamental da bioética, sendo considerada essencial à produção de leis e políticas de um estado de bem-estar social (3,7). Trata-se, portanto, de um pilar importante no desenvolvimento da bioética, devendo ser levada em consideração ao se analisar projetos de pesquisas clínicas, por exemplo, sendo fundamental também para a prática profissional em saúde e de uma medicina sustentável, equitativa e viável economicamente.

A vulnerabilidade de determinado indivíduo ou grupo pode ser considerada permanente ou transitória. A vulnerabilidade permanente acontece independente de condições especiais e locais. A vulnerabilidade transitória, por sua vez, pode ser decorrente de uma condição específica sendo passível de resolução ou superação com a mudança dessa condição, podendo ser exemplificada por eventos tais como: pandemia, desastre natural, conflito armado, imigração.

Outro ponto se refere à vulnerabilidade como falta de autonomia. Com exceção da vulnerabilidade social, todos os demais tipos de vulnerabilidades

implicam dificuldades parciais ou totais em tomar decisões livres e esclarecidas; no caso da social, ser integrante de determinado grupo em si já acarreta vulnerabilidade (3). Apesar de Ten Have (3) não explicitar ao certo o porque desse fenômeno se configurar, o autor estabelece que a remediação para tal vulnerabilidade passa pela inclusão desses indivíduos em processos decisórios e de monitoramento. Dentro dessas premissas, considera-se como vulnerabilidade social no contexto da saúde aquela que indivíduos ou grupos tem sua autonomia tolhida por questões que vão além da cognição individual, na medida em que decorrem de sua exclusão do processo decisório de políticas públicas de enfrentamento e falta de monitoramento quanto à oferta de serviços e à garantia dos direitos desses indivíduos de forma equânime.

O princípio da vulnerabilidade, portanto, é intimamente relacionado aos determinantes sociais de saúde, de modo que pessoas vulneráveis são incapazes de proteger a própria saúde devido a condições de iniquidades e discriminação sistemáticas.

## **2.2 Crise Humanitária e COVID-19**

A pandemia de COVID-19 no Brasil pode ser considerada uma crise humanitária. O conceito de crise humanitária é um evento de larga escala que afeta populações ou sociedades causando uma variedade de consequências estressoras que podem incluir: número elevado de mortes, rupturas em modos de vida, deslocamentos forçados e outros graves efeitos político-econômicos, sociais, espirituais e psicológicos (8). Dado o impacto da doença no país, com a morte de 194 mil pessoas no ano de 2020 (9), atingindo a marca de 500 mil mortos no mês de junho de 2021(10), observa-se ainda o aumento do desemprego (11) e a piora da saúde mental da população em distanciamento social (12), elementos que indicam a existência de uma crise humanitária causada por epidemia ou surto.

A Organização das Nações Unidas (ONU) determinou o fortalecimento da coordenação de assistência humanitária emergencial das Nações Unidas, declarando que os governos dos países-membros têm a obrigação de responder a emergências humanitárias e crises dentro de suas fronteiras. Expressando ações necessárias anteriores ao contexto pandêmico, a ONU

indica que equipes médicas de emergência internacional devem ajudar com este fortalecimento, preenchendo lacunas identificadas em sistemas de saúde e criando equipes locais efetivas, quando necessário. Estas equipes devem, não somente tratar as doenças e lesões agudas, como garantir a continuidade da assistência às pessoas com condições crônicas e assegurar o conforto e dignidade dos pacientes sem perspectiva de sobrevivência (8).

### **2.3 A saúde é um direito humano**

O direito à saúde é explicitado no artigo XXV da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) de 1948:

“toda pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários. E tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade”.(13)

Em termos da Constituição brasileira de 1988, temos a reforma sanitária e a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passa a garantir a saúde como direito no Brasil, conforme reza o artigo 196:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (14).

Observa-se então que a saúde como direito se pauta no princípio da igualdade. A igualdade, associada à justiça, e a equidade como princípio bioético, aparecem representadas na DUBDH em seu artigo 10, sendo fundamental, ao abordar dignidade e direitos, garantir que todos sejam tratados de forma justa e equânime. Equidade em saúde será considerada, no presente trabalho, como um estado de completa ausência de desigualdades nas oportunidades de saúde para pessoas de grupos histórica ou socialmente desfavorecidos, sendo que uma maneira de mensurar a iniquidade seria por meio de modelos de determinantes sociais de saúde (15).

### **3. COVID-19**

#### **3.1 Histórico breve dos primeiros meses da pandemia**

Em dezembro de 2019, o escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China foi notificado sobre ocorrências de casos de uma pneumonia de etiologia desconhecida, detectada em Wuhan na província de Hubei(16). Em 15 de janeiro de 2020 ocorreu a primeira morte ocasionada por um agente etiológico na China, logo seguida de outras mortes e a descoberta que a patologia era causada por um tipo de coronavírus.

Foi observado que havia transmissão entre pessoas devido ao adoecimento de profissionais de saúde que estavam a cargo dos cuidados dos pacientes. No primeiro trimestre de 2020, os primeiros casos fora da China foram reportados, sendo todos viajantes oriundos da cidade de Wuhan (16). Com o crescimento do número de casos e a expansão através das fronteiras internacionais, a OMS divulgou a existência de infecções por SARS-CoV-2, agente etiológico causador da COVID-19.

A OMS editou seus primeiros protocolos de orientação e recomendações de procedimentos relacionados à nova doença. Foram feitas as primeiras orientações com relação ao monitoramento e isolamento de viajantes oriundos de áreas de risco. A OMS começou, então, a oferecer um curso sobre a doença e a fazer pronunciamentos sobre a evolução dos casos (16,17). Foi criada a Rede de Cadeia de Suprimentos da Pandemia (PSCN), com o objetivo de criar e manejar a rede comercial permitindo que a OMS e os parceiros do setor privado acessassem o funcionamento das cadeias de suprimentos, de ponta a ponta em qualquer local do mundo e em qualquer escala. Ao final de janeiro de 2020, a COVID-19 foi considerada Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional (PHEIC), quando já haviam casos reportados em 18 países, mas nenhuma morte fora da China(16,18).

Em fevereiro, os primeiros kits de diagnóstico por RT-PCR foram enviados aos escritórios regionais da OMS. Mais precisamente em 4 de fevereiro, a OMS apontou para uma janela de oportunidade para contenção da epidemia já que 99% dos casos estavam em território chinês(19). Em 9 de fevereiro foram repatriados 34 brasileiros que viviam em Wuhan, sendo que

essas pessoas ficaram quarentenadas na base aérea de Anápolis por 14 dias (20).

A nova doença causada por coronavírus foi nomeada COVID-19 em 11 de fevereiro, adotando as melhores práticas para evitar estigmas e não acurácias (evitando nomes de locais, animais, pessoas e grupos). Ainda nesse mês foi organizado o primeiro fórum para pesquisa global e inovação(21). A OMS liberou os protocolos de planejamentos operacionais e orientações sobre evitar aglomerações, praticar o distanciamento social e outras medidas preventivas de combate à transmissão (22). Considerações e medidas operacionais sobre surtos em navios foram feitas após o episódio envolvendo o *Princess Diamond* (23).

Foi elaborado um guia para uso racional de equipamentos de proteção individual (EPI) devido à escassez observada (24) no mundo. Ao final do mês de fevereiro, teve início o surto de COVID-19 no norte da Itália (25), seguido da Espanha (26), sendo que ambos levaram ao colapso dos respectivos sistemas de saúde nas semanas subsequentes, superando em muito as mortes ocorridas no território chinês. A Europa se tornou, então, o novo epicentro da COVID-19 (16).

O primeiro caso de COVID-19 no Brasil foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020, um homem de 61 anos internado no Hospital Albert Einstein em São Paulo que havia retornado de viagem à Itália(20). Em 29 de fevereiro, a OMS publicou as normas para a quarentena de indivíduos, descrevendo quem deveria ficar em isolamento, e quais as condições mínimas a serem observadas para evitar maior disseminação do vírus(16).

No início do mês de março surgiram os primeiros casos com transmissão em território brasileiro, sendo que todos tinham tido contato prévio com viajantes oriundos de países com número elevado de casos(20). Foram entregues testes para realização de diagnóstico, porém havia escassez deste insumo e o acesso ao exame era difícil (20). Em 11 de março, a OMS classificou o *status* pandêmico da COVID-19 com pronunciamento categórico do seu diretor, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, alertando que os países deveriam adotar medidas restritivas urgentemente para contenção da pandemia, enfatizando que seu curso ainda poderia ser modificado com ações de detecção, testagem, rastreamento, isolamento, tratamento e mobilização da

população (16). Em meados de março ocorreu a primeira morte por COVID-19 em território nacional, e havia casos registrados em todos os estados brasileiros e a transmissão tornou-se comunitária(20).

A ONU elaborou um plano global de resposta humanitária e a UNESCO lançou uma coalizão global pela educação, visando buscar soluções e medidas para a inclusão educacional durante o período de isolamento social e de fechamento de escolas (16). Estados e municípios brasileiros começaram a decretar medidas de restrição de circulação e distanciamento social, com fechamento de estabelecimentos diversos e cancelamento de eventos que levavam a aglomerações e aumento do risco de infecção (20). Em 24 de março, representante do governo federal fez um pronunciamento que criticava as medidas de isolamento social e chama a COVID-19 de “gripezinha”, indo na direção contrária às recomendações de especialistas e entidades internacionais(20). Ao final de março, já era observada a recomendação de cloroquina e hidroxicloroquina pelo governo federal sem evidências científicas que justificassem seu uso em pacientes com COVID-19. Ao mesmo tempo, o Brasil passa a integrar o estudo *Solidarity* da OMS para identificação de possíveis medicamentos para tratamento da afecção(20).

Diante dos desafios referentes ao tratamento de casos moderados a graves, a OMS editou documento científico sobre o uso de medicamentos *off-label* (uso de medicamento com finalidade outra que a descrita em bula) (27): o uso deve estar em acordo com leis locais, bem documentado em prontuário, respeitando a autonomia médica e o consentimento dos pacientes, caso ainda não exista a possibilidade de inserção em um ensaio clínico naquele momento; porém foi reforçada a necessidade dos tratamentos serem estudados em contexto de pesquisas científicas (28). No Brasil, foi publicado um guia para o manejo de corpos no contexto da pandemia de COVID-19(20). O governo federal incluiu atividades religiosas na listagem de atividades essenciais(20), mantendo cultos e atos públicos religiosos.

Em 28 de março, a OMS lançou um manual de organização de centros de tratamento de infecções respiratórias agudas graves e serviços de triagem dessas infecções(16-29). O governo federal, por sua vez, em desacordo com as medidas de isolamento tomadas por governadores dos estados, começou um embate sobre as competências para a tomada de decisão acerca da

quarentena, sendo que o Superior Tribunal Federal (STF) e a Advocacia Geral da União (AGU) são envolvidos, de modo que governadores e prefeitos saíram fortalecidos após a decisão do STF, em abril, prevendo que as decisões locais poderiam contrariar as federais (20,30). Esses fatos revelaram a ausência de uma política coordenada para o enfrentamento da COVID-19 no país.

Em abril de 2020, a pandemia seguia em ascensão nos estados brasileiros. Manaus entrou em colapso do sistema de saúde e funerário, sendo necessária a contratação de frigoríficos para corpos, aberturas de valas comuns e sepultamentos coletivos (31). Foi publicado o cenário da produção de vacinas contra COVID-19 pela OMS em abril, com a listagem do tipo de imunizante estudado e a fase em que se encontravam os estudos (16,32). Houve ainda o lançamento de material com orientações para os países atingirem a redução dos níveis de transmissão (33). Em 16 de abril, o ministro da saúde, Dr. Luiz Henrique Mandetta, foi demitido e substituído devido a dissensos e atritos na condução da pandemia, com o chefe do poder executivo brasileiro, marcando o início de um período de busca por um titular da pasta que estivesse alinhado com a política do executivo, a despeito das evidências científicas e recomendações internacionais(20). O ministro que assumiu passou apenas um mês no cargo, sendo substituído por um general (20). Em paralelo, resolução da ONU explicita a importância da solidariedade e da cooperação internacional visando ações coordenadas para pesquisas e o acesso equitativo a insumos, equipamentos, medicações e vacinas (34).

Em 5 de maio, o Brasil ultrapassou a China em número de mortes, sendo que o presidente do Brasil naquela ocasião fez comentários insensíveis e se isentando de responsabilidades sobre as mortes ocorridas(20). Informações em desacordo com as recomendações internacionais foram disseminadas repetidamente pelo poder executivo federal e seus apoiadores, questionando o uso de máscaras e as medidas de isolamento social, promovendo aglomerações, questionando os dados oficiais sobre o número de infectados e o de mortos, incentivando o uso de tratamentos sem eficácia e, por fim, colocando dúvidas a respeito da vacinação (20). Escândalos relativos a desvios de verbas destinadas à saúde começaram a surgir, por irregularidades nos processos de aquisição de insumos e testes. Assim, o Brasil enfrentou o primeiro ano de pandemia sem ter atingido o controle da transmissão, com

disseminação de desinformação com relação à prevenção, tratamentos e vacinas, além de números crescentes de casos e de mortes por COVID-19.

Durante o ano de 2020, a OMS seguiu tomando medidas visando uma resposta coordenada em nível internacional, estimulando a cooperação para a realização de pesquisas referentes a tratamentos para COVID-19, monitoramento da transmissão e do surgimento de novas variantes do vírus, o acesso equitativo a insumos e vacinas, e redução da disseminação de notícias falsas(16). Países desenvolvidos iniciaram esforços de vacinação ao final do ano de 2020, sendo observada uma corrida para aquisição de doses da vacina, fato influenciado pelo poder financeiro das grandes potências.

### **3.2 Epidemiologia**

Emergindo como uma zoonose com capacidade de transmissão entre morcegos e humanos, a COVID-19 tem como agente etiológico o betacoronavírus SARS-CoV-2. Sendo da mesma família de outros vírus de RNA (SARS-CoV-1 e MERS-COV), com reservatório em morcegos e com potencial epidêmico (35), o SARS-CoV-2 logo se mostrou capaz de disseminação entre humanos por meio de aerossóis e gotículas de pessoa infectada, podendo também ocorrer com menor frequência por meio de contato com superfícies contaminadas e com mucosas antes de lavar as mãos (36). Foi observada a presença de vírus em amostras de fezes, urina e sangue (37), mas sem condições para transmissão.

Levando em consideração o mecanismo de transmissão, inicialmente foram feitas recomendações de uso de máscaras cirúrgicas para pacientes com indicações médicas e máscaras N95 para profissionais de saúde, lavagem de mãos, uso de antissépticos tópicos, limpeza e desinfecção de superfícies (38). O uso de máscaras de pano para a comunidade em geral foi recomendado posteriormente pela OMS(39). Foram feitas recomendações com relação ao monitoramento de viajantes, segurança de aglomerações e circulação de pessoas(40,41).

Foi observado que apesar da maioria das pessoas infectadas ter quadros leves ou assintomáticos, cerca de 14,5% sofrem de um quadro moderado e 5% são acometidos por quadros clínicos graves, podendo

necessitar de internação em UTI, sendo que a mortalidade em geral é em torno de 1% (modificando-se a depender da presença de fatores de risco). Para efeitos de comparação, a mortalidade de influenza sazonal é de 0,1% (42,43). No início da pandemia foram detectados grupos de risco para maior morbimortalidade sendo as mais afetadas pessoas: com idade avançada (a partir dos 60 anos), do sexo masculino, com doenças cardiovasculares (DCV), hipertensão arterial, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), diabetes mellitus, neoplasia maligna, hipercolesterolemia e obesidade(43). Crianças, apesar de não serem consideradas pessoas com maior risco para COVID-19 grave, houve a identificação de casos de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica, similar à doença de Kawasaki, inclusive podendo apresentar aneurisma de coronárias e necessidade de suporte hemodinâmico e ventilatório em UTI(44). Gestantes a priori não figuraram como grupo de risco para COVID-19, mas havia correlação com aumento de pré-eclâmpsia, parto prematuro e natimortos(45). No Brasil, foi observado um aumento na mortalidade materna e letalidade em gestantes em comparação com a população em geral(46).

Devido às características inerentes à doença e aos testes diagnósticos, é esperada uma subnotificação de casos e mortes. Ao final de 2020, os dados divulgados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) indicavam um excesso de mortalidade de 275.587 casos em relação à projeção feita com base no Sistema Nacional de Mortalidade (SIM) para aquele ano (47). Em anos de epidemias a quantidade de óbitos ocorrida pode exceder o esperado, seja por causa direta da infecção, ou de maneira indireta, por sobrecarga dos serviços hospitalares e modificação na rede de atenção aos pacientes com outras doenças crônicas e agudas, ampliando vulnerabilidades de cidadãos de diferentes grupos sociais.

### **3.3 Características clínicas e tratamentos**

Ao infectar um indivíduo, o vírus SARS-CoV-2 inicialmente infecta as células nasais, do tecido broncoepitelial e pneumócitos, através da proteína S que se liga ao receptor da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) para entrar na célula (48). A serina protease transmembrana tipo 2 (TMPRSS2),

presente nas células hospedeiras, promove a entrada e a ativação da proteína S do SARS-CoV-2 mediante a clivagem do receptor ACE2. O receptor ACE2 tem expressões diferentes nos tecidos a depender de fatores como idade e uso de tabaco, podendo explicar a diferença do impacto da doença em diferentes grupos de risco (49, 50). A doença se manifesta como um quadro viral respiratório e inflamatório e, devido à cascata inflamatória, pode desencadear uma tempestade de citocinas levando a complicações trombóticas. Assim, tal como na influenza, o quadro pode causar linfopenia tanto por matar linfócitos T ao infectá-los, quanto pela resposta inflamatória reduzindo a linfopoiese e aumentando a apoptose de linfócitos. Em estágios avançados de infecção pulmonar, há infiltração do epitélio respiratório com neutrófilos e monócitos, edema, endotelite e espessamento alveolar. Tais achados são compatíveis com as imagens radiológicas com aspecto de vidro fosco e com o desenvolvimento clínico da síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA). A SDRA é um quadro crítico que requer atendimento especializado em UTI, com suporte de ventilação mecânica e monitorização. Por vezes o quadro inflamatório pulmonar é tão grave que, a despeito do suporte intensivo e ventilação otimizada, a troca gasosa não é adequada sendo indicada a realização de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO). O tratamento nos casos moderados e graves é eminentemente de suporte, com o emprego de anticoagulação profilática, corticóides, plasma de convalescentes e anticorpos monoclonais.

O quadro clínico é extremamente diverso podendo incluir os seguintes sintomas: tosse seca, rinorréia, febre, cefaléia, dispnéia, fadiga, anosmia e ageusia. Pacientes infectados assintomáticos ainda assim podem transmitir o vírus. Deve-se considerar o quadro de pacientes com demora em sua convalescença, caracterizando a síndrome pós-covid ou covid-longo, que pode ocorrer mesmo em pessoas que tiveram quadros leves ou assintomáticos. Os sintomas do covid-longo incluem: fadiga, dispnéia, aperto ou dor torácica, problemas de memória, insônia, palpitações, tontura, depressão, ansiedade, entre outros (51). Por fim, vale ressaltar que tratamentos com hidroxicloroquina, ivermectina e vitamina D não possuem evidências que indiquem seu emprego para a COVID-19 (52).

À luz destes conhecimentos e diante do quadro crítico que se descortina devido à pandemia da COVID-19, observa-se um grave risco à violação de direitos humanos de populações vulneráveis, em especial daquelas em situação de vulnerabilidade social, tema de interesse do presente estudo.

#### **4. Objetivos e justificativa do estudo**

Diante do panorama pandêmico que evoluiu rapidamente no planeta – com repercussões sem precedentes nos sistemas de saúde, na economia, na saúde física e mental das populações de diversos países, bem como em outros setores da vida humana –, a maior compreensão acerca das vulnerabilidades sociais que afetaram, e ainda afetam, de forma distinta os grupos populacionais é fundamental. Por outro lado, a disponibilidade de grande produção bibliográfica sobre o tema, em período relativamente curto de tempo, favorece a obtenção de informações a partir de estudos de revisão. Justifica-se, assim, a importância da presente dissertação, que lançou mão de material publicado sobre a pandemia da COVID-19 e seus efeitos em segmentos populacionais diversos, mediante produções científicas do ano 2020. Por fim, a bioética se apresenta como ferramenta teórico-conceitual relevante para análise do problema.

O objetivo do estudo foi analisar a vulnerabilidade social relacionada à saúde durante a pandemia de COVID-19, mediante uma revisão integrativa da literatura publicada a respeito do tema, bem como discutir os resultados levando em consideração o direito humano de acesso à saúde e o princípio bioético de não discriminação.

#### **5. Método**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura, que pretende analisar a produção científica disponível e de acesso livre sobre COVID-19 e vulnerabilidade social.

A revisão integrativa é uma abordagem para síntese de evidências que se diferencia da revisão sistemática em seus propósitos e objetivos<sup>(53)</sup>. Este tipo de revisão tem como propósito produzir um panorama das evidências, a

partir de tipos de estudos variados. Sendo assim, a revisão integrativa é útil para responder perguntas mais amplas e agregar informações anteriores à realização de uma revisão sistemática. As perguntas de pesquisa que nortearam o presente estudo foram: quais grupos populacionais foram vulnerabilizados na pandemia? Houve equidade no acesso a diagnóstico e tratamento para a COVID-19? Quais características sociodemográficas ou de outras naturezas se associam a vulnerabilidades sociais no contexto pandêmico?

### **5.1 Critérios de busca**

Com a finalidade de realizar a revisão integrativa foram incluídas publicações de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2020, identificadas nas bases de dados Pubmed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latinoamericana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os artigos deveriam estar redigidos em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, publicados em revistas com revisão por pares.

Foram utilizados para realizar a busca na base de dados Pubmed o termo MESH “COVID-19” conjugado com os seguintes termos: “vulnerable population”, “population groups”, “social determinants of health”, “health equity”. Os descritores DECS equivalentes em português dos termos utilizados MESH, tais como “infecção por coronavírus” (sinônimo COVID-19), “população vulnerável”, “grupos populacionais”, “determinantes sociais em saúde”, “equidade em saúde” foram utilizados para realizar buscas nas bases SciELO e LILACS. Ao realizar a busca no Pubmed foram utilizados os seguintes filtros de forma combinada: “clinical trial” + “meta-analysis” + “randomized controlled trial” + “review” + “systematic review”.

Foram compilados todos os artigos presentes no resultado da busca em uma tabela que serviria de base para o processo de seleção de artigos a serem incluídos na revisão. Em uma primeira triagem foram selecionados os artigos que continham os descritores no título, resumo/abstract e/ou nas palavras-chave dos artigos. Em uma segunda análise para elegibilidade foram selecionados os artigos que se aproximavam mais do enfoque de

vulnerabilidade social. Também foram excluídos: notas, comentários, pontos de vista, análises, opiniões e propostas de pesquisa.

Foram excluídos os artigos cujo acesso gratuito não foi possível, o idioma não estava entre os explicitados acima, a temática era diferente da presente proposta, o escopo incluía outras infecções por coronavírus que não o SARS-CoV-2. Os artigos cuja abordagem era vulnerabilidade no sentido clínico como “suscetível a infecções” e não abordavam questões relacionadas a vulnerabilidades sociais também foram excluídos. Por fim, foram retirados da amostra os artigos duplicados e aqueles cujo objetivo era estabelecer propostas para evitar um agravamento dos aspectos de vulnerabilidade social com base em elementos anteriores à pandemia sem fornecer dados a respeito dessa vulnerabilidade durante a pandemia em si.

A partir dos resultados obtidos foi feita, primeiramente, análise do tipo bibliométrica, incluindo mês de publicação do ano 2020, nacionalidade predominante da instituição dos autores, idioma do artigo, tipo de estudo a partir do método utilizado. Após a categorização dos estudos, foi feita a sumarização dos resultados principais e compilação para apresentação dos dados em formato de tabela. Foi realizada então a integração do conhecimento e a discussão dos resultados sob a ótica bioética, com ênfase em vulnerabilidade social, mas também levando em conta o direito humano de acesso à saúde e o princípio bioético de não discriminação.

## **6. RESULTADOS**

Foram encontrados 130 artigos na busca feita na plataforma Pubmed, dois artigos identificados na plataforma SciELO e nenhum na LILACS, totalizando 132. Após a triagem inicial, consistindo da leitura de título, resumo e palavras-chave, restaram 61 artigos nas quatro categorias de descritores. Ao realizar a leitura completa dos mesmos foram identificados 21 artigos elegíveis, conforme observado no fluxograma da Figura 1.

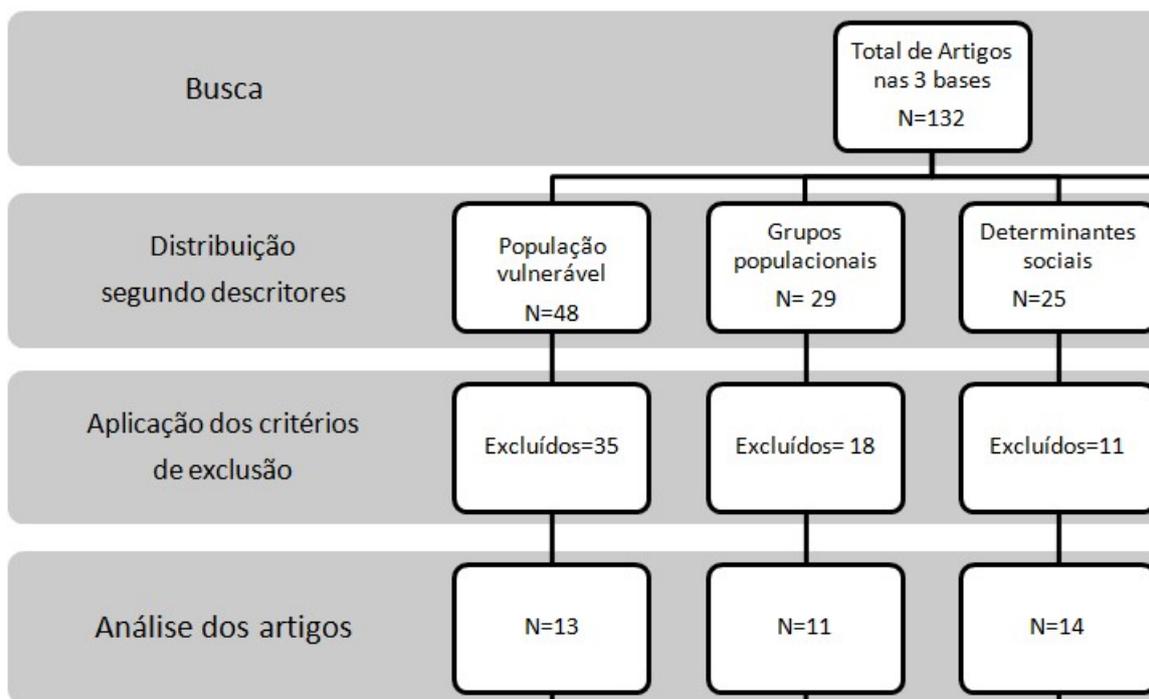


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos

Foi observado um padrão nos estudos elegíveis (Figura 2), que em sua maioria são revisões: um total de 19 artigos de revisão divididos em 14 de revisão narrativa, quatro de revisão sistemática e um de revisão integrativa, publicados após o mês de maio, em inglês, em periódicos internacionais

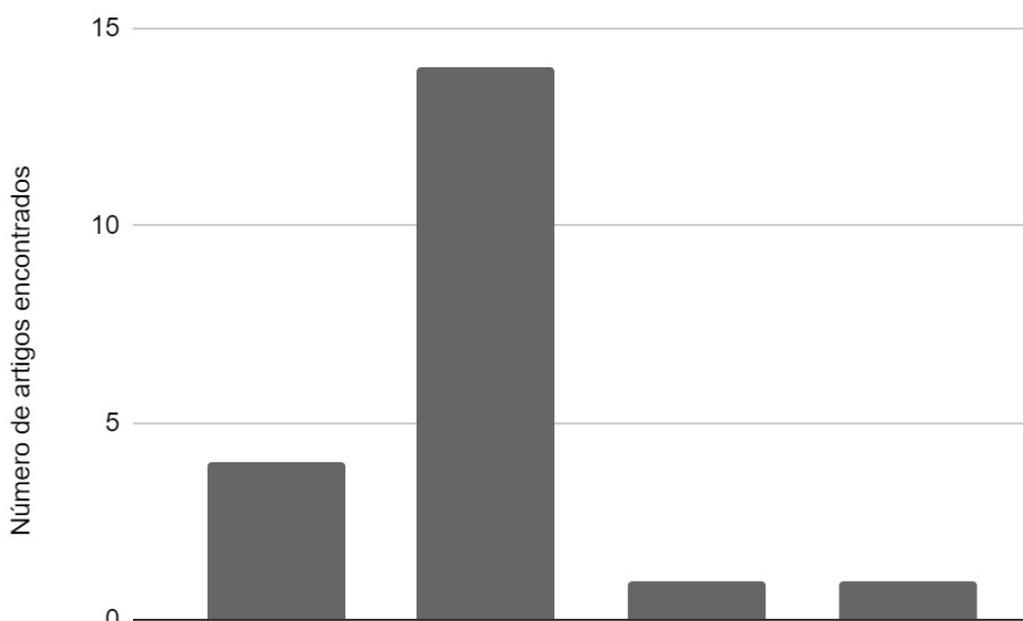


Figura 2. Distribuição dos artigos por tipo de estudo

O mês de 2020 com mais publicações elegíveis foi setembro (Figura 3), com seis artigos. Há dois artigos que foram publicados também em língua portuguesa, além da inglesa. Mais da metade da amostra é de produção norte-americana, com 11 artigos de autores estadunidenses e um artigo de autores canadenses (Figura 4). Há dois artigos oriundos de produção latinoamericana, um de origem asiática, três produções europeias e dois da Austrália. Não se observaram produções africanas.

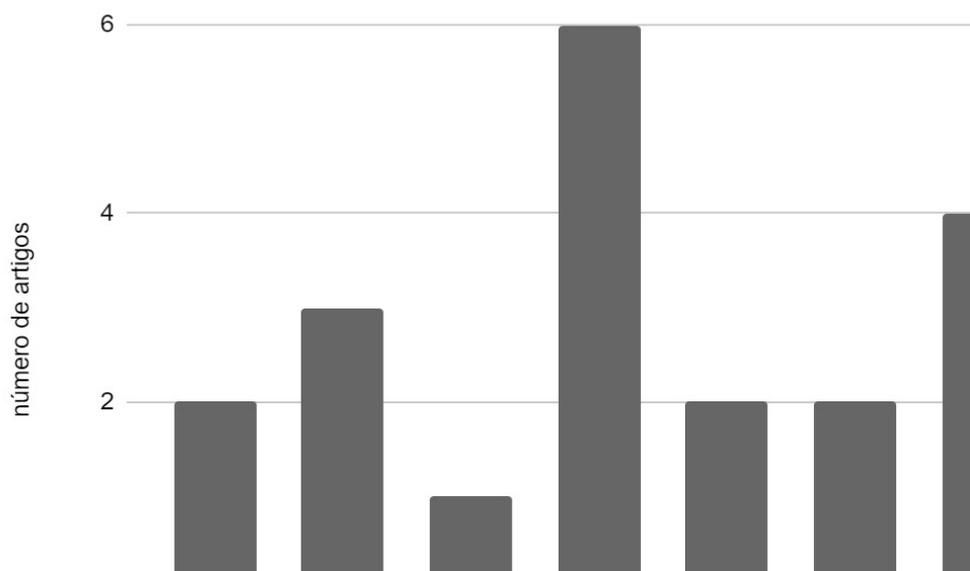


Figura 3. Distribuição dos artigos por mês de publicação

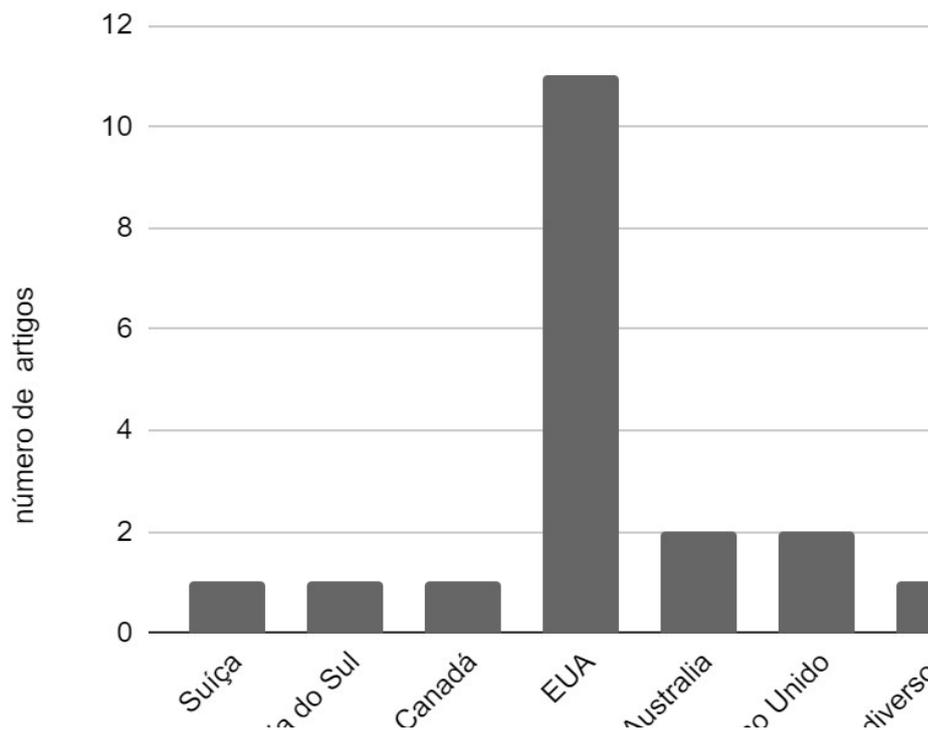


Figura 4. Distribuição dos artigos por país de filiação dos autores

Os temas abordados nas produções selecionadas foram divididos nas seguintes categorias: racial, étnica, gênero, faixa etária, doenças crônicas, deficiência e econômica-social. A temática racial consiste principalmente na abordagem da situação de pessoas negras na pandemia de COVID-19, incluindo em menor frequência indígenas e pessoas de origem asiática. A categoria étnica é uma abordagem mais voltada a minorias e imigrantes. Nos artigos que abordaram o viés econômico-social temos a discussão sobre populações sem-teto e periféricas ou de bairros menos favorecidos, por exemplo. Observa-se ainda que algumas produções abordaram determinados temas de uma maneira interseccional: idosos com demência, mulheres negras e de minorias étnicas, pessoas de baixa renda com doença renal crônica (Figura 5). Alguns artigos abordaram um ou mais temas, motivo da soma ser superior a 21.

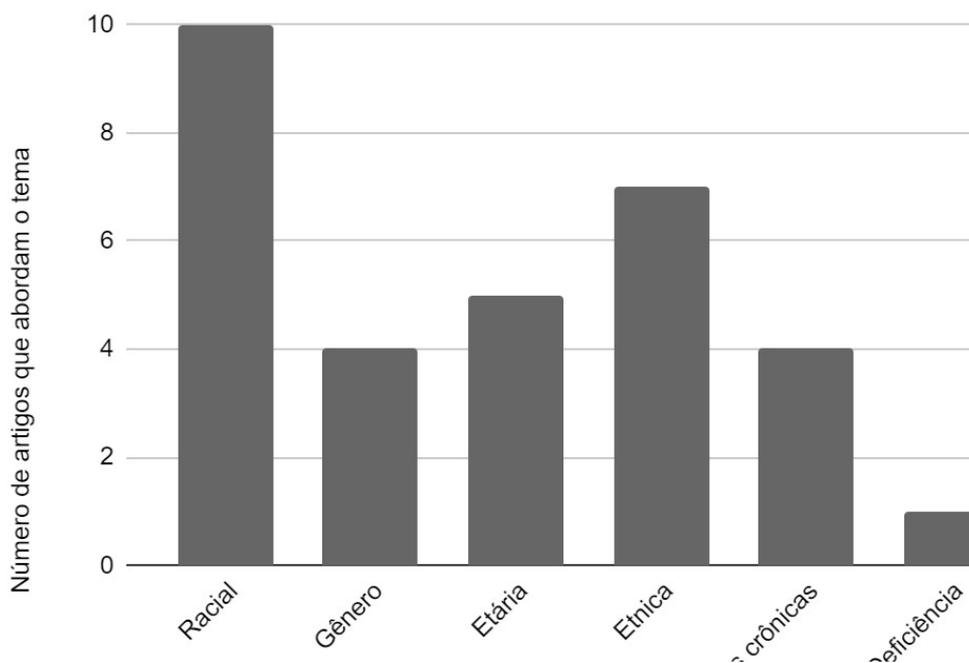


Figura 5. Distribuição dos artigos por tipo de vulnerabilidade abordada na amostra

### 6.1 Análise dos artigos por descritor

Ao analisar por descritor, população vulnerável originou 5 artigos elegíveis, sendo 3 revisões sistemáticas e 2 revisões narrativas (Tabela 1). Foram abordadas as vulnerabilidades referentes a grupos etários de idade avançada em 3 artigos (54,55,57). Um dos artigos (55) apresentou uma abordagem sobre demência em pacientes idosos com déficit cognitivo, enfatizando que eventuais dificuldades de compreender as medidas de prevenção e sintomas do quadro clínico da infecção por COVID-19 podem ampliar vulnerabilidades de pessoas acometidas por essas condições. Por fim, dois artigos (54,57), ao abordarem estudos referentes a terapêutica e profilaxia para COVID-19, assinalaram que idosos e pessoas com comorbidades tendem a estar subrepresentados ou mesmo excluídos das amostras.

Um artigo de revisão sistemática, voltado para investigar o impacto da pandemia de COVID-19 e das medidas de proteção e de isolamento social entre pessoas com deficiência física, destacou a ocorrência de sintomas como oscilações no humor, dificuldade para dormir e medo de buscar os serviços de saúde durante a pandemia devido a eventual exposição ao vírus (56). Os

autores assinalaram, ainda, relatos de maior satisfação sexual durante a pandemia de pessoas acometidas por esclerose múltipla (56).

Foi identificado um artigo mais voltado para questões socioeconômicas e estudos de modelagem para auxiliar o enfrentamento da pandemia em países subdesenvolvidos(58). Modelos podem auxiliar na elaboração orientada de políticas a partir de: projeção de restrições de viajantes, determinação de novos epicentros de disseminação, o potencial epidêmico a depender das medidas adotadas, quando relaxar medidas de restrição de circulação de pessoas, reabertura de escolas, impacto da vacinação e estimativas econômicas para minimizar a crise. Países em desenvolvimento tiveram a tendência de atraso no início dos casos pelo menor número de viajantes. Ademais, comparados com países desenvolvidos, países em desenvolvimento tem uma população mais jovem, com menos contextos de risco. Porém, possuem sistemas de saúde mais frágeis, com mais superlotação e comorbidades nesses cenários. Por fim, o artigo (58) traz o Brasil como exemplo de país em desenvolvimento com rápida transmissão devido a, entre outros fatores: políticas públicas inadequadas, alta densidade populacional e altos índices de trabalho informal.

Observou-se que as revisões deste segmento foram todas publicadas em inglês, por pesquisadores de países desenvolvidos. A análise dos textos revela, portanto, que houve uma carência de produções publicadas de países latino-americanos e africanos nas amostras revisadas.

Tabela 1. Artigos identificados sobre COVID-19 e população vulnerável

Título e autores	Tipo de estudo e mês da publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
A systematic review assessing the under-representation of elderly adults in COVID-19 trials.  Virginie Prendki, Noam Tau, Tomer Avni et al. (54)	revisão sistemática, dezembro	Examinar a participação de idosos em estudos terapêuticos e profiláticos de COVID-19.	Pessoas idosas são subrepresentadas em estudos clínicos. Apesar de ser uma população muito afetada, há recortes que excluem esse estrato etário.
Coping with dementia in the	revisão narrativa, novembro	Obter informações sobre aspectos da	Vulnerabilidade ligada a faixa etária, com declínio cognitivo

<p>middle of the COVID-19 pandemic.</p> <p>Nayoung Ryoo, Jung Min Pyun, Min Jae Baek et al. (55)</p>	<p>COVID-19 em pacientes idosos com déficit cognitivo.</p>	<p>acelerado devido à falta de acesso a terapias e mudanças oriundas do isolamento social. Dificuldade de compreender as medidas de prevenção e sintomas do quadro clínico podendo ampliar vulnerabilidades.</p>	
<p>Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review.</p> <p><u>Audrey Lebrasseur, Noémie Fortin-Bédard, Josiane Lettre et al. (56)</u></p>	<p>revisão sistemática, novembro</p>	<p>Revisar o impacto da pandemia de COVID-19 e medidas de proteção e isolamento entre as pessoas com deficiência física.</p>	<p>15% da população mundial tem deficiência. Na ausência da pandemia estas pessoas já têm: dificuldade de mobilidade, de acesso a transportes públicos, dificuldade de acesso a serviços de saúde. Há risco aumentado de depressão, baixa satisfação com a vida e solidão. Onze estudos na RS: 1 prospectivo e 10 transversais. Foram observados medo de buscar os serviços de saúde durante a pandemia, oscilações no humor, dificuldade para dormir. Pessoas com esclerose múltipla relataram maior satisfação sexual. Escassez de dados empíricos na literatura sobre o tema. Falta de dados sobre crianças com deficiência.</p>
<p>The mechanistic rationale of drugs, primary endpoints, geographical distribution of clinical trials against severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-2: A systematic review.</p> <p>Bhanu P. Venkatesulu, Viveksandeep T. Chandrasekar, Prashanth Giridhar et al. (57)</p>	<p>revisão sistemática, agosto</p>	<p>Revisar e fazer uma avaliação crítica dos estudos clínicos em andamento, com objetivo de fornecer uma visão das várias intervenções testadas, raciocínio clínico, distribuição geográfica dos ensaios e as conclusões obtidas com os estudos.</p>	<p>Apenas 5,5% dos 829 estudos incluíram idosos e pessoas com comorbidades na amostra. A maioria dos estudos foi realizada em países desenvolvidos.</p>
<p>Role of modelling in COVID-19 policy development.</p> <p>Emma S. McBryde, Michael T. Meehan, Oyelola A. Adegboye et al. (58)</p>	<p>revisão narrativa, junho</p>	<p>Descrever como a modelagem influenciou as políticas de enfrentamento à pandemia desde o início.</p>	<p>Modelos podem auxiliar países de média e baixa renda a se prepararem para a pandemia. Fatores econômicos e sociais devem estar entre as variáveis do modelo. O Brasil era o país mais afetado entre os analisados, em parte devido à resposta inadequada da política de saúde.</p>

Agrupadas sob o descritor grupos populacionais (Tabela 2), foram identificadas quatro publicações elegíveis, sendo duas revisões narrativas, uma revisão integrativa e um artigo empírico. Foi observado que o tema mais abordado neste descritor foi a vulnerabilidade racial (3 dos 4 artigos), sendo que dois deles focaram as minorias étnicas juntamente com as raciais, enfatizando a situação de disparidade das taxas de mortalidade se comparadas às de pessoas brancas (59,60). Um estudo revelou que mesmo procedendo a ajustes por idade, fatores sociodemográficos e presença de comorbidades, pessoas de minorias étnicas têm o dobro de chances de morrer de COVID-19 se comparadas a pessoas brancas (59).

Gênero foi abordado em dois artigos (60,62), explicitando como as mulheres são afetadas por condições desiguais de trabalho, remunerado ou não, durante a pandemia. Um dos artigos abordou o impacto da pandemia no sexo feminino, sendo estas responsáveis por cerca de 70% da força de trabalho de profissionais de serviços essenciais, levando a maior exposição e, por vezes, aumento dos riscos por falta de equipamento de proteção com tamanho e vedação adequados (62). Direitos reprodutivos violados, níveis de desemprego aumentados e necessidade de assumir múltiplos empregos, muitas vezes sem direitos trabalhistas, foram problemas abordados no artigo que mostrou a ampliação da vulnerabilidade feminina (62). Vale citar que a carga de trabalho da tripla jornada da mulher aumentou no período da pandemia, além de maiores índices de violência de gênero associados à redução da rede de suporte e apoio social (62). Foi destacado também que, devido ao aumento de estressores e de tarefas associadas a papéis de gênero, mulheres estão mais suscetíveis a sofrerem reveses na saúde mental, com mais fatores preditivos para a ocorrência de ansiedade. No entanto, elas apresentam maior adesão a medidas preventivas e de isolamento físico, o que se configura como um fator protetor contra a infecção pelo coronavírus (62).

Observou-se ainda a questão de classe social que somou-se à discussão em 3 dos 4 artigos (59,60,61). Houve destaque para a interseccionalidade entre classe social (pobreza), pessoas não brancas e/ou de grupos étnicos minoritários, acarretando um risco maior de exposição ao

coronavírus por não ter seguro saúde, morar em casas superpopuladas e apresentar maior dificuldade de realizar o isolamento social.

Tabela 2. Artigos identificados sobre COVID-19 e grupos populacionais

Título e autores	Tipo de estudo e mês da publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
<p>COVID-19 breakthroughs: separating fact from fiction.</p> <p>Paraminder Dhillon, Manuel Breuer, Natasha Hirst (59)</p>	revisão narrativa, junho	Sumarizar evidências sobre pontos de controvérsia em discussões nas mídias sociais e canais de notícias.	<p>Minorias étnicas são afetadas desproporcionalmente. Dois terços dos profissionais de saúde mortos no Reino Unido eram negros, asiáticos ou de minorias étnicas apesar destes indivíduos corresponderem a um quinto da categoria. Um terço dos pacientes graves de COVID é de minoria étnica. Minorias étnicas são mais afetadas por comorbidades, moram em regiões mais pobres com casas superpopulosas e multigeracionais (motivos de dificuldade em realizar o distanciamento social). Há ainda barreiras linguísticas e menor acesso aos serviços de saúde. Mesmo com ajuste por idade, fatores sociodemográficos e comorbidades em pessoas de minorias étnicas têm o dobro de chances de morrer de COVID que pessoas brancas.</p>
<p>COVID-19 and racial/ethnic disparities in health risk, employment, and household composition.</p> <p>Thomas M. Selden, Terceira A. Berdahl (60)</p>	empírico, julho	A partir de dados do Medical Expenditure Panel Survey (MEPS), reformular e construir hipóteses propostas sobre as causas das disparidades relacionadas à COVID-19.	<p>Ao se ajustar por idade, a diferença na prevalência de comorbidades não é capaz de explicar isoladamente a disparidade nos desfechos da COVID-19 relacionados à cor de pele. As variáveis idade, tipo de ocupação e domicílio também são insuficientes. Pessoas brancas são em média mais velhas, teoricamente isso poderia compensar a diferença na prevalência de comorbidades, inclusive com a tendência de existir mais desfechos negativos em pessoas brancas, mas isso não foi observado. Ao considerar o tipo de ocupação, as mulheres</p>

			<p>correspondem à maioria dos trabalhadores essenciais e com maior contato com pessoas infectadas, não contribuindo para a explicação pois sexo masculino é mais implicado em COVID-19 grave e maior mortalidade. Os autores propõem estudo com relação à gravidade e controle das comorbidades, impacto dos estressores de racismo na resposta inflamatória e produção de citocinas, qualidade do cuidado de saúde ligado à cor de pele e outros determinantes como o tipo de trabalho em saúde.</p>
<p>COVID-19 pandemic: Reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class.</p> <p>Fernanda M. Estrela, Caroline F. Soares e Soares, Moniky A. da Cruz, Andrey F. da Silva, Jemima R. Lopes Santos, Tânia M. de Oliveira Moreira, Adriana B. Lima, Márcia G. Silva (61)</p>	<p>revisão integrativa, setembro</p>	<p>Refletir sobre os impactos da COVID-19 sob a ótica de gênero, raça e classe.</p>	<p>A chegada da infecção à periferia devido ao contato de empregadas domésticas, motoristas de aplicativo e entregadores de alimentos com viajantes internacionais de bairros ricos contaminados. Pobreza extrema e baixa escolaridade têm efeitos na desobediência às recomendações sobre medidas de saúde pública. Há dependência de emprego e inviabilidade de isolamento social. Dilema: passar fome x correr os riscos por não aderir ao isolamento social. Dificuldade no acesso aos testes, tratamento e saúde prévia com menor controle de comorbidades. Pessoas em situação de rua têm dificuldades no acesso a serviços de saúde e podem ter sintomas minimizados pelos profissionais. Como fazer isolamento se não há abrigo? Como não compartilhar objetos pessoais e comida quando se corre risco de fome e frio? 75% das pessoas que vivem na extrema pobreza são negras ou pardas.</p>
<p>Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the COVID-19 pandemic: A review.</p>	<p>Revisão narrativa, setembro</p>	<p>Usando evidências de pandemias anteriores e o conhecimento atual da COVID-19, destacar elementos relacionados aos desafios</p>	<p>75% dos profissionais de saúde são mulheres, risco aumentado de contaminação pelos papéis desempenhados, por serem mais próximas aos pacientes infectados e com falta/escassez de</p>

---

Jade Connor,  
Sarina Madhavan,  
Mugdha Mokashi,  
Hanna Amanuel,  
Natasha R.  
Johnson, Lydia E  
Pace, Deborah  
Bartz  
(62)

apresentados a mulheres dos EUA, associados à capacidade da força de trabalho da saúde, saúde reprodutiva, desenvolvimento de fármacos, violência doméstica e saúde mental.

equipamentos de proteção individual. Há taxas maiores de desemprego entre as mulheres, forçando-as a assumir empregos em múltiplas instituições sem direito a afastamento remunerado por motivos de saúde. Equipamentos de proteção individual tidos como unissex mas levando a uma vedação inadequada, de modo que o risco laboral relacionado ao gênero é aumentado. Fora do contexto de trabalho remunerado, mulheres são as principais responsáveis pelo trabalho doméstico e cuidado informal, sendo que tais atribuições afetam sua renda, Mulheres negras, latinas e imigrantes tendem a não ter plano de saúde, colocando-as em risco quanto a não receber os cuidados adequados, caso venham a adoecer. Redução do acesso aos direitos reprodutivos devido à pandemia, sendo que há maior risco para mulheres grávidas que para mulheres fora de período gestacional. Há restrição de autonomia da mulher em trabalho de parto, com proibições de acompanhantes, separação forçada do recém-nascido e limitação no acesso a analgesia de parto devido à sobrecarga do sistema de saúde. Há dificuldades de acesso aos serviços de aborto voluntário pois foram considerados “eletivos” e passíveis de espera pelos serviços de saúde, o que torna o procedimento mais arriscado e pode levar à maternidade compulsória devido à janela de tempo da legalidade e segurança do procedimento. Mulheres são subrepresentadas nas pesquisas de desenvolvimento de fármacos, principalmente as não brancas. Mulheres grávidas e lactantes são sistematicamente excluídas de ensaios experimentais de

---

---

vacinação e fármacos, levando ao atraso no acesso de medidas de prevenção e tratamento. Aumento na violência de gênero que, por sua vez, é um determinante social de saúde, aumentando a morbidade e a mortalidade. Há, ainda, a redução na rede de suporte às sobreviventes de violência. Devido à acentuação de estressores e reforço de papéis de gênero, mulheres estão mais suscetíveis a maior impacto na saúde mental. Porém, devido à maior aderência a medidas preventivas e de isolamento, elas têm um fator protetor contra infecção de COVID-19.

---

Ao examinar a amostra de artigos encontrada sob o descritor determinantes sociais de saúde (Tabela 3), foram selecionados 8 artigos, sendo 7 revisões narrativas e uma revisão sistemática. Um artigo (69) tratou de uma condição específica de saúde – dor crônica –, agravo que leva a uma ameaça do ponto de vista psicossocial, colocando as pessoas acometidas em risco de violações do direito de acesso à saúde, aumentando a incidência de violência doméstica. Apesar do manejo da dor ser um direito, os autores destacaram que a pandemia levou à redução do acesso a estratégias para o seu enfrentamento, agravando o sofrimento físico e psíquico de pessoas com dor crônica.

Quatro artigos (64,65,67,68) mencionaram a discrepância das condições de saúde da população negra, destacando o papel desempenhado nos serviços essenciais, o que acarreta a impossibilidade de realizar isolamento social. Um dos artigos traçou um paralelo entre o medo do perfilamento em ações policiais e o receio de usar máscaras de pano entre afrodescendentes, diante do risco de serem alvo de preconceito e discriminação das forças policiais(65). Um artigo citou a população indígena (67), explorando a menor quantidade proporcional de leitos de UTI no sistema de saúde indígena, ampliando sua vulnerabilidade. Um dos artigos que abordou a questão racial reforçou que pouco foi feito para mitigar os determinantes sociais conhecidos há décadas, podendo tal questão ser respondida ao se examinar o racismo

estrutural e a discriminação a que são submetidas pessoas afro-americanas (64).

Quatro artigos mencionaram questões relacionadas a etnias, sendo que um deles trouxe o preconceito enfrentado por famílias de origem asiática, tendo em vista a associação do surgimento da pandemia com a China, devido aos primeiros casos terem sido identificados naquele país (65). Quatro artigos abordaram as condições socioeconômicas, sendo que três deles fizeram a intersecção com minorias (63, 67, 68); Phillips et al. (68) destacaram que a desproporção das mortes em populações vulneráveis socialmente, como as de minorias étnico/raciais, não será eliminada sem esforços para abordar os determinantes sociais. Um trabalho (66) resumizou o impacto dos cinco determinantes sociais de saúde na pandemia de COVID-19 nos EUA, em cinco categorias: estabilidade econômica; contexto social e comunidade; educação; vizinhança e ambiente construído; saúde e cuidados de saúde (66).

Tabela 3. Artigos identificados sobre COVID-19 e determinantes sociais de saúde

Título e autores	Tipo de estudo e mês da publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards.  Saman Khalatbari-Soltani, Robert C Cumming, Cyrille Delpierre, Michelle Kelly-Irving (63)	revisão narrativa, maio	Investigar a extensão em que os dados atuais de COVID-19 levam em consideração fatores socioeconômicos.	Relatórios sugerem que a COVID-19 tem taxas maiores de hospitalização e morte em áreas geográficas que são marcadas por desvantagens sociais e presença de minorias étnicas.
The fire this time: The stress of racism, inflammation and COVID-19.  <u>Olusola Ajilorea, April D. Thames(64)</u>	revisão narrativa, junho	Descrever fatores que contribuem para o impacto da COVID-19 em pessoas afrodescendentes	O estresse levando a condições piores de saúde e mais marcadores inflamatórios. Determinantes sociais já foram estabelecidos e pouco foi feito para diminuir a iniquidade. Maior representação de afrodescendentes em setores essenciais da economia, não podendo se engajar em recomendações de

			isolamento social.
<p>Environments, behaviors, and inequalities: Reflecting on the impacts of the influenza and coronavirus pandemics in the United States.</p> <p>Jennifer D Roberts, Shadi O Tehrani (65)</p>	<p>revisão narrativa, junho</p>	<p>Fazer um paralelo da pandemia de influenza de 1918 e a de COVID-19 nos EUA.</p>	<p>No que se refere a COVID-19, há uma maior representação de afrodescendentes nas internações que na população em geral. A maior proporção de mulheres, pessoas não brancas e imigrantes nos trabalhadores de setores essenciais, sendo que 70% não tinham diploma de nível superior. Dos trabalhadores essenciais: 1 em 4 é ou tem uma pessoa da área de saúde na residência; 1 em 3 é vulnerável economicamente; 1 em 7 não possui plano de saúde. Diferença no tratamento dos trabalhadores essenciais a depender da profissão exercida, com incentivo a irem trabalhar doentes. Mulheres sendo afetadas em múltiplas esferas: gênero, raça, condição social. Sobreposição de desigualdades: determinantes sociais de saúde "permanentes". Medo de perfilamento racial e implicação em filiação a gangues devido ao uso de máscaras de pano. Há aumento de incidência de crimes de ódio contra americanos-asiáticos.</p>
<p>Impact of social determinants of health on the emerging COVID-19 pandemic in the United States.</p> <p>Sravani Singu, Arpan Acharya, Kishore Challagundla, Siddappa N. Byrareddy(66)</p>	<p>revisão narrativa, julho</p>	<p>Sumarizar o impacto dos cinco determinantes sociais de saúde na pandemia de COVID-19: estabilidade econômica; contexto social e comunidade; educação; vizinhança e ambiente construído; saúde e cuidados de saúde.</p>	<p>Estabilidade econômica: o papel do desemprego na vulnerabilidade. Contexto social e comunidade: discriminação, envolvimento e coesão social. Educação: educação básica, alfabetização e linguagem. Vizinhança e ambiente construído: acesso a alimentação saudável e fatores ambientais. Saúde e cuidados de saúde: baixa adesão às medidas de mitigação da pandemia por não compreenderem a importância das mesmas. Acesso à saúde: minorias e</p>

			população de baixa renda têm menos acesso a planos de saúde, implicando menor probabilidade de buscar os serviços para tratamento de doenças crônicas ou em caso de sintomas compatíveis com COVID-19. Desertos alimentares: alimentos com baixo valor nutricional disponíveis e dificuldade em obter alimentos saudáveis e ocorrência de obesidade.
COVID-19 and the other pandemic: populations made vulnerable by systemic inequity.  Darrell M Gray, Adjoa Anyane-Yebo, Sophie Balzora, Rachel B. Issaka, Folasade P. May (67)	Revisão narrativa, setembro	Identificar fatores de vulnerabilidade e as estratégias para mitigá-los.	Afrodescendentes têm menor probabilidade de serem testados para COVID-19 apesar de apresentarem sintomas. Há menos leitos de UTI no sistema de saúde indígena. Maior representação de minorias entre os trabalhadores essenciais e aqueles vivendo na pobreza, o que as torna mais suscetíveis a ambientes domésticos superpopulosos e dificuldades em realizar distanciamento social.
The Perfect Storm: COVID-19 health disparities in US Blacks.  Nicole Phillips, In-Woo Park, Janie R. Robinson, Harlan P. Jones (68)	revisão narrativa, setembro	Revisar as evidências da predisposição genética para comorbidades de alto risco que podem ser relevantes para o entendimento pleno da disparidade das mortes por COVID-19 em negros.	Fatores genéticos, presença de comorbidades e determinantes sociais tem uma intersecção que leva a maior mortalidade na população negra. Importante realizar estudos com populações vulneráveis de modo a identificar e quantificar pontos-chaves para a mortalidade por COVID-19. A desproporção das mortes em populações vulneráveis socialmente e minorias étnico/raciais não será eliminada sem esforços para abordar os determinantes sociais.
The social threats of COVID-19 for people with chronic pain.  Kai Karos, Joanna L. McParland, Samantha Bunzli, Hemakumar Devan, Adam Hirsh, Flavia P. Kapos, Edmund	revisão narrativa, outubro	Investigar fatores que precipitam, pioram e mantêm a dor por meio de ameaças sociais a indivíduos acometidos por dor crônica.	Desconexão social e solidão: indivíduos com dor crônica já experimentavam maiores taxas antes da pandemia. Devido ao distanciamento social, essas questões são amplificadas levando a doenças psiquiátricas, exacerbação da dor e limitações físicas nestes

---

Keogh, David Moore,  
Lincoln M. Tracy, and  
Claire E. Ashton-  
Jamesk (69)

indivíduos. Riscos da proximidade social e domiciliar: dessensibilização da família à dor do indivíduo, maior exposição a conflitos interpessoais, abuso doméstico, redução da autonomia e de atividades, podendo contribuir para exacerbação e cronicidade da dor. Redução do acesso a manejo da dor de alta qualidade: apesar do manejo de dor ser um direito, as estratégias de enfrentamento podem levar ao prejuízo do acesso a cuidados de saúde de pessoas com condições complexas. O tratamento da dor pode ser considerado menos relevante que o tratamento a condições que acarretam risco de vida. Dificuldades para realizar uma avaliação adequada via telemedicina, tratamento multiprofissional e acesso à prescrição de opióides. Pode haver exacerbação da injustiça social e iniquidade.

---

Social consequences of mass quarantine during epidemics: A systematic review with implications for the COVID-19 response.

Isaac Yen-Hao Chu,  
Prima Alam, Heidi J Larson, Leesa Lin.  
(70)

revisão sistemática, novembro

Identificar as consequências sociais da quarentena e estratégias para mitigar o impacto social negativo do confinamento.

Foram identificadas sete consequências negativas das restrições de circulação, sendo os impactos negativos: na saúde mental, na população em geral e pior em desempregados, iniquidade de comunicação levando a dificuldades no acesso à informação de cuidados relativos à prevenção da infecção, economia em nível individual e comercial (inclusive quanto a preconceito sofrido por comércio mantido por famílias de origem asiática), acesso à saúde, educação e equidade de gênero. Fator positivo: promoção do altruísmo como compreensão que seu isolamento tem efeitos diretamente na segurança da saúde de terceiros

---

O exame dos textos encontrados sob o descritor equidade em saúde mostrou que foram selecionados cinco artigos, sendo quatro revisões narrativas e um inquérito. Foram abordadas questões relativas à raça em quatro publicações, sendo que um artigo conjugou esse tema com doença renal crônica e outro o associou com questões de gênero. Ao abordar a doença renal crônica, questões relativas a migrantes foram destacadas, como refugiados e populações não documentadas que têm dificuldades de acesso e medo de buscar serviços de saúde e serem reportados aos serviços de migração (71). Ainda no que se refere à doença renal, foram abordados pontos relativos a pessoas idosas e à população sem teto: ambas possuem dificuldades em aderir a teleconsultas e a medidas de isolamento, o que pode ocasionar pioras funcionais e maior mortalidade (71).

Um dos artigos, de autores brasileiros, abordou a falta de dados desagregados por cor no Brasil, traduzindo em invisibilidade de segmentos sociais e violação de direitos básicos por negação e obscurantismo. Os autores defendem a necessidade do preenchimento do item raça/cor nos sistemas de informação em saúde, visando analisar os dados com base nesses critérios. (73). Por fim, o inquérito abordou a questão da falta de empatia das pessoas consideradas de baixo risco para COVID-19 grave em relação aos cuidados de saúde pública (74). Em oposição à solidariedade coletiva que permeia ações de saúde pública, pessoas que não necessitam se preocupar com a própria saúde ou de pessoas próximas passaram a minimizar os efeitos da pandemia e a se preocupar mais com o salvamento da economia. Esse artigo discutiu como a informação passada à população pode influenciar a opinião pública, de modo que enfatizar o conceito de grupos de risco, ao invés de ressaltar o risco como de toda a coletividade, pode levar a um efeito diferente do almejado em saúde pública.

Tabela 4. Artigos identificados sobre COVID-19 e equidade em saúde

Título e autores	Tipo de estudo e mês da publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
COVID-19 and kidney disease Disparities in the	revisão narrativa, setembro	Descrever as disparidades e dificuldades	Idosos com doença renal têm risco aumentado de desfechos negativos por COVID-19, riscos

---

United States.	adicionais de populações de pacientes com doença renal, incluindo pessoas sem teto, idosos, minorias étnicas e raciais, imigrantes.	relacionados à infecção inadvertida de cuidadores domiciliares e em casas de repouso. Piora do <i>status</i> funcional, fragilidade e depressão devido ao isolamento social, levando a menor adesão aos tratamentos da doença renal. Dificuldade em acessar teleconsultas devido ao baixo conhecimento em saúde e perda auditiva, levando ao absenteísmo em consultas e dificuldades no aproveitamento das consultas telefônicas. A população sem teto tem maior incidência de comorbidades, sendo que a população não abrigada tem mortalidade 10 vezes maior que a população abrigada e maior dificuldade em aderir às medidas de higiene. As pessoas desabrigadas com doença renal crônica têm maior necessidade de cuidados para intercorrências, sendo mais expostas à infecção. Os abrigos também são um local de contaminação, ampliando vulnerabilidades. Mulheres com doença renal crônica têm maior probabilidade de pertencerem a minorias étnicas e raciais, ser mãe-solo, ter baixa escolaridade e menor renda. Dessa forma, este grupo é mais exposto à infecção, dificuldades socioeconômicas, desemprego e dificuldades no cuidados com as crianças. Negros e latinos têm maior chance de ter insuficiência renal e progredir para falência renal mais rapidamente. É observada uma desproporção de mortes entre negros, latinos e indígenas, sendo que a combinação de questões raciais e insuficiência renal é altamente letal. Migrantes, refugiados e população não documentada: muitos trabalham em serviços essenciais e os auxílios assistenciais não chegam a essas populações, que enfrentam dificuldade no acesso a teleconsultas, medo em buscar os cuidados de saúde por problemas com o serviço de imigração, menor probabilidade de ter plano de saúde, baixa educação em saúde, barreiras linguísticas e
----------------	---	---

---

			falta de conhecimento sobre onde buscar e receber cuidados.
<p>Racial disparities associated COVID-19 mortality among minority populations in the US.</p> <p>Donald J. Alcendor (72)</p>	revisão narrativa, agosto	Examinar as implicações clínicas de base que predisõem minorias e os desfechos adversos que contribuem para o risco de mortalidade aumentado.	As disparidades em saúde são anteriores à pandemia de COVID-19 nos EUA. Populações afroamericanas têm uma maior incidência de comorbidades que são fatores de risco para COVID-19: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e obesidade. Uma estratégia para combate à disparidade na mortalidade por COVID-19 seria mitigar determinantes sociais de saúde, estabelecer cuidados de prevenção e tratamento das comorbidades direcionados para estas populações vulneráveis.
<p>Necropolitics and the impact of COVID-19 on the Black community in Brazil: a literature review and a document analysis.</p> <p>Hebert L. P. Campos dos Santos, Fernanda B. M. Maciel, Kênia R. Santos, Cídia D. V. Silva da Conceição, Rian S. de Oliveira, Natiane R. Ferreira da Silva, Níllia Maria de B. L. Prado (73)</p>	revisão narrativa, setembro	Discutir como a inclusão ou não dos determinantes sociais em saúde nas análises epidemiológicas da pandemia da COVID-19 manifesta-se como mecanismo de efetivação da necropolítica e como produtor de iniquidades em saúde.	Há uma carência de dados desagregados por cor, apesar de haver espaços para preenchimento nas notificações epidemiológicas e declarações de óbito. Há a necessidade do preenchimento efetivo do item raça/cor nos sistemas de informação em saúde. Somente 5 estados divulgaram dados nas categorias raça/cor. Essa omissão pode ser com o intuito de invisibilizar pessoas mais afetadas pela pandemia. Dados da pesquisa nacional de saúde revelam uma maior prevalência das comorbidades hipertensão e diabetes entre pessoas pretas e pardas. Negação de direitos básicos por omissão e obscurantismo do Estado traduzido em racismo estrutural, necropolítica e genocídio. Faz-se necessária a divulgação de dados por raça/cor no Brasil.
<p>Disparate impact pandemic framing decreases public concern for health consequences.</p> <p><u>Ugur Yildirim</u> (74)</p>	Inquérito, Dezembro	Acessar como os diferentes cenários da pandemia influenciam a opinião pública sobre esta ser uma ameaça grave e se é mais importante salvar vidas ou a economia.	Pessoas que não precisam se preocupar com elas mesmas ou com familiares usam a informação de que a COVID-19 tem um maior impacto entre idosos e pessoas com comorbidades para se preocuparem menos com a ameaça da doença e mais com o “salvamento da economia”. A disseminação do conhecimento científico sobre o impacto desigual da doença pode estar levando pessoas menos

---

expostas/ em risco a ter um viés otimista com relação à gravidade da doença e menos adesão a cuidados preventivos. Em matéria de saúde pública pode ser mais eficiente veicular mensagens de solidariedade e de unidade com relação a pandemia: “We are all in this together”.

---

## 7. DISCUSSÃO

Ao considerar indivíduos e populações vulneráveis à pandemia no contexto bioético em saúde pública, vamos adotar neste trabalho a seguinte linha de raciocínio: há duas possibilidades, a garantia ou a violação dos direitos humanos. No caso da garantia de direitos, tem-se o respeito à vulnerabilidade no sentido de coibir a estigmatização e discriminação destes indivíduos ou grupos sociais, assegurando o acesso à saúde de maneira universal e equânime (2,14). Porém, no caso da violação de direitos, tem-se o desrespeito à vulnerabilidade associada ou não à estigmatização de determinados grupos, discriminação no acesso ao diagnóstico e tratamento adequados, iniquidades no acesso à saúde, aspectos que são expressões da determinação social do processo saúde-doença.

No presente estudo, observou-se que grupos populacionais que historicamente têm tido sua vulnerabilidade ampliada devido à determinação social da saúde tiveram citações de discrepâncias no número de hospitalizações e mortos por COVID-19. Observou-se, ainda, uma situação em que se sobrepõem desafios da determinação social não resolvida e um contexto pandêmico levando a um aprofundamento da iniquidade histórica.

Questiona-se o porquê de questões e dilemas já conhecidos há décadas que ainda não foram resolvidos, e porque não foram tomadas medidas para se evitar que tais disparidades se somassem e fossem acentuadas durante a crise humanitária de origem pandêmica. A pandemia do coronavírus descortinou as desigualdades sociais em sociedades diversas.

Percebeu-se, também, a escassez de estudos empíricos identificados na revisão, certamente devido aos descritores e mecanismos de busca escolhidos.

Pode-se considerar que os dados almejados na presente dissertação fossem apenas uma das variáveis analisadas em estudos mais abrangentes que incluíssem características clínicas e sociodemográficas, por exemplo. Dessa forma, os descritores de tais estudos empíricos não contemplavam as palavras-chaves utilizadas, priorizando aquelas voltadas aos aspectos clínicos. Alguns dos textos analisados utilizaram dados secundários, como boletins epidemiológicos governamentais, que por sua vez não eram materiais elegíveis para o presente estudo.

Constatou-se também que a grande maioria dos artigos que integrou a presente revisão teve origem em uma única plataforma de busca de textos acadêmicos, a Pubmed, sendo que esse dado se reflete diretamente no idioma dos artigos e na nacionalidade das instituições de afiliação dos principais autores. A produção científica segue concentrada fortemente em países desenvolvidos, considerados como “do norte”, o que suscita a questão acerca do que ocorreu nos aspectos investigados neste estudo em países pobres e naqueles em desenvolvimento, marcados por profundas desigualdades sociais, como o Brasil.

Por outro lado, ainda que a literatura analisada tenha sido oriunda de países do mundo desenvolvido (59, 61), o aumento da vulnerabilidade social e da iniquidade foi evidenciado, como expressam os dados expostos nas quatro tabelas que sintetizam os resultados. Ademais, nota-se a transversalização de temas nas categorias pesquisadas: a questão racial, por exemplo, emergiu como tema em publicações localizadas via três descritores: grupos populacionais, equidade e determinantes sociais de saúde.

Qual o motivo de tamanha disparidade de publicações? Pode-se formular as seguintes hipóteses: ausência de pessoas consideradas vulneráveis, ausência de pesquisadores na área, ausência de necessidade de obtenção de dados nestes cenários pois os dados que existem já seriam suficientes, precariedade de financiamento das pesquisas pertinentes ao tema, atrasos das publicações devido aos fatos ainda serem muito recentes e a pandemia ainda estar em curso, ausência de dados de pesquisas originais ou de boletins epidemiológicos governamentais.

A primeira possível explicação não se mostra pertinente pois, devido às próprias características das sociedades, sempre haverá pessoas vulneráveis; a

diferença seria se os direitos dessas pessoas estariam sendo garantidos no contexto pandêmico, reduzindo vulnerabilidades sociais. Independente da existência da violação de direitos, seria fundamental a realização de estudos para demonstrar as proporções dos desfechos e a verificação se existiriam disparidades ou fatores de risco. Poderíamos também afastar a hipótese de ausência de pesquisadores na área como causa da carência de estudos conduzidos em uma perspectiva de países pobres e em desenvolvimento. Pelo fato da questão abordada voltar-se para dinâmicas populacionais durante uma pandemia, tais dados poderiam ser levantados em estudos epidemiológicos conduzidos em âmbito clínico, e ainda poderiam ser obtidos por meio de dados epidemiológicos governamentais sobre mortalidade, internação e transmissão, por exemplo. Portanto, há necessidade de realizar tais estudos com dados secundários, faltando, talvez, uma melhor transparência dessas informações.

A não necessidade de condução de pesquisas locais também pode ser afastada, pois reforça um pensamento colonial que valoriza a mera transposição e aplicação de conhecimentos elaborados pelos países do “norte”; ademais, temos diferenças marcadas pelo perfil populacional e questões culturais e econômicas muito distintas entre os países.

As dificuldades de financiamento das pesquisas pertinentes ao tema podem ser uma das barreiras. Há, sem dúvida, uma diferença no financiamento de pesquisas, em ciência e tecnologia disponíveis entre os países com diferentes realidades econômicas. Um atraso na velocidade das publicações dos dados devido aos fatos serem recentes e a pandemia ainda estar em curso é uma explicação possível, podendo o volume de publicações sobre o tema oriundo de países em desenvolvimento ainda aumentar nos próximos meses ou anos.

A ausência de pesquisas com dados primários ou oriundos de boletins epidemiológicos governamentais que nos forneçam informações sobre a determinação social da saúde, pode ser atribuída às dificuldades de registros em fontes como prontuários e outros documentos incompletos em seu preenchimento. À guisa de exemplo, há carência de dados acerca da cor da pele, apesar de haver espaço para preenchimento dessa informação nas notificações epidemiológicas e declarações de óbito (73). Porém, deve-se considerar a possibilidade de, deliberadamente, tais dados serem omitidos de

boletins epidemiológicos, no sentido de se alcançar um viés de que há ausência de iniquidade devido à ausência de dados.

Cabe ressaltar que a falta de transparência epidemiológica nos remete a uma possível posição necropolítica do estado, onde indivíduos com poder social e político determinam como algumas pessoas possam viver e outras são empurradas para a morte. O conceito da necropolítica na pandemia é abordado por um texto analisado no presente estudo (73). De acordo com esse artigo, temos uma estratégia genocida ao invisibilizar as mortes por raça/cor nos dados oficiais divulgados no Brasil. Agregado à falta de transparência nos dados referentes à mortalidade proporcional, temos a desinformação promovida pelo governo federal ao minimizar a doença, não promover campanhas amplas para letramento em saúde referente às medidas de autocuidado e prevenção de contágio e contenção da transmissão, aliadas à promoção de tratamentos sem eficácia comprovada (20,73). Deve-se, ainda, somar ao cenário atual o aumento do desemprego e as dificuldades em receber assistência social durante o período pandêmico, de modo a viabilizar o isolamento social aos estratos menos favorecidos da população. Assim, deve-se atentar para publicações científicas futuras que apresentem e discutam melhor os impactos da pandemia nas populações de nosso país e em outros países com a perspectiva “sul” (56,57).

A análise dos achados principais sintetizados nas tabelas do estudo mostra a confluência e convergência de resultados, independente da categoria de descritores que norteou a busca nas bases de dados. Por exemplo, nota-se a presença do tema raça/etnia em três tabelas, associado a menor estabilidade laboral, maior proporção de trabalhadores essenciais, condições de moradia inadequadas, dificuldade de adotar o distanciamento social, maior insegurança alimentar, menos acesso à saúde, indicando a presença crônica de contextos de vulnerabilidade social nestes segmentos populacionais (59,61,63,64,67).

Ao se deter sobre questões de gênero ao longo da pandemia (62,65), nota-se que os problemas seguem sendo os relativos a uma sociedade patriarcal e machista, com acentuação de problemas tais como a violência doméstica e a tripla jornada de trabalho. Felizmente, apesar de mulheres serem a maior parte da força laboral de serviços essenciais, como os de saúde, estas não foram maioria nas estatísticas de mortalidade e morbidade

relacionada à COVID-19, sendo sexo feminino considerado um fator protetor. Porém, dados mais recentes apontam para o aumento da mortalidade materna no Brasil devido à infecção por COVID-19, levando à reflexão sobre se a causalidade desses desfechos negativos relacionados ao período gestacional seriam puramente relacionados à fisiologia na gestação ou haveriam componentes relacionados à dificuldade de acesso aos cuidados pré e perinatais adequados, ao lado da precarização dos serviços de assistência obstétrica devido ao direcionamento de recursos profissionais e espaços para tratamento de paciente infectados por COVID-19 (75). De qualquer forma, estudos relativos a gênero são necessários para determinar melhor a vulnerabilidade de mulheres na pandemia

Ao se abordar a questão etária, notou-se a subrepresentação de pessoas idosas e com comorbidades em estudos diversos (54,57), apesar de terem sido fortemente afetadas pela COVID-19. Este fato é preocupante ao pensarmos que possíveis tratamentos e vacinas estão sendo testados e desenvolvidos para grupos que são menos afetados, ignorando suas interações e eficácia na população com maior morbimortalidade. Deve-se atentar, ainda, para a falta de menção em estudos sobre mecanismos de triagem para terapia intensiva que incluíam preconceito etário e discriminação de pessoas com deficiência física.

Os pacientes com doenças crônicas são um bom exemplo de pessoas que tiveram uma vulnerabilidade transitória no contexto pandêmico, como a dificuldade de acesso a tratamentos de saúde secundários à pandemia, explicitado em artigos que abordaram demência, doença renal crônica e dor crônica, por exemplo (55,56,69,74).

Deficiência física foi pouco abordada na amostra de artigos, ainda que essa condição se mostra como uma vulnerabilidade transitória no quesito acesso à saúde durante a pandemia. Não houve textos na nossa amostra sobre triagem e ocupação de leitos de UTI, apesar de ter existido publicações referentes a mecanismos de triagem que claramente discriminavam pessoas deficientes, de maneira que a prioridade de acesso a um leito de UTI pelos mecanismos propostos serem discrepantes, ao se comparar pessoas com as mesmas condições de saúde, mas com deficiência ou não (75).

Vale ressaltar que mecanismos de triagem para leitos são válidos em um contexto de escassez, mas estes devem ser aplicados de modo a não incluir preconceitos ou exclusão sistemática de pessoas deficientes. A metodologia proposta deve ser transparente, equânime, inclusiva e não discriminatória, permitindo que pessoas necessitadas que mais se beneficiariam dos leitos possam ter acesso prioritário. Pessoas cujo acesso não seja possível devem ser tratadas com dignidade e receber cuidados paliativos de maneira integral, quando for indicado.

Deve-se fazer alusão ao fato que a execução e observância de todos os direitos humanos é um processo, que pode levar tempo para serem implementados. No caso do acesso universal à saúde, temos no Brasil o marco da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (14), que permitiu a inclusão de brasileiros que antes não possuíam meios de cuidar da própria saúde e que dependiam de serviços de caridade como as Santas Casas. Mas em nosso país ainda estamos longe de um Estado que garanta a equidade em saúde. À guisa de exemplo, temos a fila de pessoas com indicação para leitos de UTI da rede pública, que em momentos da pandemia chegou à casa de centenas de casos em algumas cidades. Em comparação, pessoas com melhores condições socioeconômicas e acesso à rede privada de saúde não tiveram problemas relatados com relação à fila de espera por leitos. Temos um tratamento profundamente desigual onde o acesso à terapia intensiva dependeu diretamente de condições econômicas. No caso de um acesso equitativo, poder-se-ia pensar em uma solução como fila única para os leitos, por exemplo.

Em períodos de crise humanitária – como uma pandemia da magnitude da atual – deve-se ter planos de proteção às pessoas vulneráveis, visando evitar que iniquidades se aprofundem e que tais pessoas não paguem com suas vidas às violações de direitos e atos de discriminação entranhados no tecido social. Observa-se que o respeito à vulnerabilidade de populações é um tema amplo e complexo, que permeia diversas esferas da sociedade e de abordagem multifacetada (6,7).

No caso da saúde pública, temos passos a serem dados para redução das iniquidades sendo que estes passam por caminhos de redução da discriminação, quebra de estigmas sociais e redução de desigualdades

socioeconômicas. Ao se discutir a proteção de direitos de pessoas vulneráveis e um caminho de enfrentamento de uma crise humanitária como a pandemia de COVID-19, devemos atentar para a solidariedade, sentimentos de empatia e espírito de união ao abordar o problema (74).

Por fim, devemos nos ater à violação de direitos explicitados na DUBDH (2). Ao aumentar a disparidade da mortalidade e morbidade de grupos populacionais já fortemente impactados pela determinação social da saúde, há uma violação do direito à saúde, indicando que governos e sociedade falham em respeitar a vulnerabilidade de grupos no contexto da pandemia. Permeando essa questão, temos a falha ao discriminar e estigmatizar grupos raciais, minorias étnicas, mulheres, pessoas deficientes e idosos. Temos, portanto, um contexto de violações mais aprofundadas dos artigos: 3 Dignidade Humana e Direitos Humanos; 8. Respeito pela Vulnerabilidade Humana e pela Integridade Individual; 10 Igualdade, Justiça e Equidade; 11 Não-Discriminação e Não-Estigmatização e 14 – Responsabilidade Social e Saúde. O presente trabalho revela falhas em prover o melhor padrão de saúde atingível de forma equânime para grupos vulneráveis.

Este estudo tem como limitações a quantidade pequena de bases de dados pesquisadas, podendo ser recomendado, em estudos futuros, a ampliação para outras plataformas. Podemos considerar uma limitação os descritores utilizados, sendo que talvez se uma nova busca fosse feita, lançar mão de mais descritores possa resultar em maior amostra de publicações. A opção por incluir boletins epidemiológicos governamentais também pode ser uma alternativa valiosa em futuros estudos, possibilitando talvez uma melhor visão da realidade de países com a perspectiva sul, corrigindo assim a distorção encontrada na presente dissertação em que majoritariamente os artigos partiram de países desenvolvidos.

## **8. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

É de extrema importância a proteção de população vulnerável e o esforço coletivo em mitigar as iniquidades em saúde garantindo o direito humano à saúde destas populações. A pandemia de COVID-19 neste momento ainda não acabou, e mais publicações originais devem surgir ao longo do

próximo ano, esperando que tenhamos mais dados de uma ciência descolonizada. O caminho para a garantia de uma saúde equânime a populações vulneráveis passa pelo fortalecimento da ciência e cooperações internacionais de resposta a doenças emergentes de potencial pandêmico, garantindo acesso equitativo a insumos, tratamentos, pesquisa e vacinação.

A bioética, como referencial teórico e conceitual, lança luz e facilita a compreensão de problemas abordados no presente trabalho, sendo a DUBDH uma ferramenta valiosa para avaliar e monitorar direitos violados no contexto pandêmico de pessoas em vulnerabilidade social.

Deve-se, portanto, atentar às condições de pessoas vulneráveis e realizar esforços para implementar políticas públicas que visem uma maior proteção de cidadãos desprivilegiados. Este trabalho revelou uma somatória de efeitos que ampliam a determinação social do processo saúde-doença, efeitos agravados por um momento pandêmico agudo que afeta grupos raciais, étnicos, sociais e com outras vulnerabilidades. É imperativo refletir e agir a respeito de mecanismos que amenizem esse viés de discriminação estrutural, garantindo direitos humanos independente de períodos de crise, evitando um viés necropolítico de governo contra pessoas em situação de vulnerabilidade social.

## 9. REFERÊNCIAS

1. Callahan D, Jennings B. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health* February 2002; 92( 2): 169-176
2. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco. Tradução: Tapajós A, Prado MM, Garrafa V ed. Brasília: Cátedra UNESCO de Bioética; 2005.
3. Ten Have H. Respect for Human Vulnerability: The Emergence of a New Principle in Bioethics. *Bioethical Inquiry*, 2015; (12): 395-408.
4. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, 18 april 1979. Bethesda: Office of Human Subject Research. Disponível: <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html> . Acessado em 22/jan/2021.
5. Levantezi M, Shimizu HE, Garrafa V. Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2020;28(1):17-23.
6. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde debate*. Rio de Janeiro, Jul-Set 2015; 39(106):841-54.
7. Rendtorff JD. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability-Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Med Health Care Philos*, 2002; (5): 235-244.
8. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. Geneva: World Health Organization, 2018.p.107. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Brasil registra 1.036 mortes por coronavírus; total chega a 194.976 óbitos (Internet). G1: [atualizada 31 de dez 2020]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/12/31/casos-e-mortes-por-coronavirus-no-brasil-em-31-de-dezembro-segundo-consorcio-de-veiculos-de-imprensa.ghtml>. Acessado em 25/fev/2021.
10. Rocha L. Brasil ultrapassa a marca de 500 mil mortos pela COVID-19 (Internet). São Paulo: CNN Brasil; [atualizada 19 de junho de 2021]. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/06/19/brasil-ultrapassa-a-marca-de-500-mil-mortos-pela-COVID-19>. Acessado em 19/jun/2021.
11. Janone L. Pandemia deixará mais de 200 milhões de desempregados até 2022, diz OIT(internet). Rio de Janeiro: CNN Brasil; [atualizada em 03 de junho de 2021]. Disponível em:

<https://www.cnnbrasil.com.br/business/2021/06/03/pandemia-deixara-mais-de-200-milhoes-de-desempregados-ate-2022-diz-oit>. Acessado em 20/abr/2021

12. Covid: saúde mental piorou para 53% dos brasileiros sob pandemia, aponta pesquisa (Internet). BBC NWS, Brasil: [atualizada em 14 abr 2021]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56726583>. Acessado em 30/abr/2021

13. Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Psicol Clínica (Internet). 2008;20(2):201–7. Art. XXV Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-56652008000200015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000200015&lng=pt&tlng=pt). Acessado em 15/abr/2021.

14. Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988. Art. 196

15. Mújica OJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e12.

16. WHO. World Health Organization. Listings of WHO’s response to COVID-19 (Internet). Disponível em: <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covidtimeline>. Acessado em 17/mai/2021.

17. WHO. World Health Organization. Introduction to COVID-19: methods for detection, prevention, response and control (Internet). Disponível em: <https://openwho.org/courses/introduction-to-ncov>. Acessado em 17/mai/2021.

18. WHO. World Health Organization. WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) (Internet). Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acessado em 17/mai/2021.

19. WHO. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the technical briefing on 2019 novel coronavirus. 146th session of the Executive Board (Internet). Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-technical-briefing-on-2019-novel-coronavirus>. Acessado em 17/mai/2021.

20. COEP. Rede Nacional de Mobilização Social. Linha do tempo do Coronavírus no Brasil (Internet). Disponível em: <http://coepbrasil.org.br/covid-linha-do-tempo-do-coronavirus-no-brasil/>. Acessado em 17/mai/2021.

21. WHO. World Health Organization. World experts and funders set priorities for COVID-19 research (Internet). Acesso em 17 maio 2021. Disponível em : <https://www.who.int/news/item/12-02-2020-world-experts-and-funders-set-priorities-for-COVID-19-research>

22. WHO. World Health Organization. Key planning recommendations for mass gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak: interim guidance, 14 February 2020 (internet). Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331004>. Acessado em 17/mai/2021.

23. WHO. World Health Organization. Operational considerations for managing COVID-19, cases/outbreak on board ships, 25 March 2020 (internet). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/operational-considerations-for-managing-COVID-19-cases-outbreak-on-board-ships>. Acessado em 17/mai/2021.

24. WHO. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 27 (internet) Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331215>. Acessado em 17/mai/2021.

25. Riboli E, Arthur JP, Mantovani M de F. No epicentro da epidemia: um olhar sobre a COVID-19 na Itália (Internet). Cogitare enferm, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72955>. Acessado em 17/mai/2021.

26. Hidalgo ES. El País. Internacional. Pandemia na Espanha causa a maior crise demográfica desde a Guerra Civil (Internet). Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2021-06-17/pandemia-na-espanha-causa-a-maior-crise-demografica-desde-a-guerra-civil.html>. Acessado em 17/mai/2021.

27. O que é material ou medicamento off-label? Pode ser realizada junta para medicamento ou material classificado como off-label? (art. 3º da RN 424/2017) (Internet). Disponível em: [http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com\\_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=1696&historico=29771643](http://www.ans.gov.br/aans/index.php?option=com_centraldeatendimento&view=pergunta&resposta=1696&historico=29771643). Acessado em 17/maio/21.

28. WHO. World Health Organization. Off-label use of medicines for COVID-19 (Internet). Disponível em :<https://www.who.int/publications/i/item/off-label-use-of-medicines-for-COVID-19-scientific-brief>. Acessado em 17/mai/2021.

29. WHO. World Health Organization. Severe Acute Respiratory Infections Treatment Centre (Internet). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/10665-331603>. Acessado em 17/mai/2021.

30. MP de Bolsonaro não impede ação de governadores contra vírus, diz Marco Aurélio -Ministro do Supremo discorda de pedido do PDT para anular trechos de medida provisória do governo federal (Internet). Brasília. Folha de São Paulo. 24 mar 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/mp-de-bolsonaro-nao-impede-acao-de-governadores-contravirus-diz-marco-aurelio.shtml>. Acessado em 17/mai/2021.

31. Relembre 2020 no Amazonas: de colapso na saúde por pandemia a recorde de queimadas (Internet). Disponível em:

<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/12/31/relembre-2020-no-amazonas-de-colapso-na-saude-por-pandemia-a-recorde-de-queimadas.ghtml>. Acessado em 17/mai/2021.

32.WHO. World Health Organization. DRAFT landscape of COVID-19 candidate vaccines 11 April 2020 (Internet). Disponível em: [https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Novel\\_Coronavirus\\_Landscape\\_nCoV\\_11April2020.PDF](https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/Novel_Coronavirus_Landscape_nCoV_11April2020.PDF). Acessado em 17/mai/2021.

33. WHO. World Health Organization.COVID-19 Strategy Update 14 de abril 2020 (Internet). Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0\\_19](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19). Acessado em 17/mai/2021.

34.UN. United Nations. Resolution adopted by the General Assembly on 20 April 2020 74/274. International cooperation to ensure global access to medicines, vaccines and medical equipment to face COVID-19 (Internet). Disponível em: <https://undocs.org/en/A/RES/74/274>. Acessado em 17/mai/2021.

35.Khan M, Adil SF, Alkathlan HZ, et al. COVID-19: A Global Challenge with Old History, *Epidemiology and Progress So Far*. *Molecules* 2020; 26(1):39.

36. WHO. World Health Organization.Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions (Internet). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. Acessado em 17/mai/2021.

37.Public Health England. Guidance. COVID-19: epidemiology, virology and clinical features (Internet). Updated 18 February 2021. Disponível em <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-background-information/wuhan-novel-coronavirus-epidemiology-virology-and-clinical-features>. Acessado em 17/mai/2021.

38. WHO. World Health Organization. Advice on the use of masks in the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: interim guidance, 29 January 2020 (Internet). World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330987>. Acessado em 17/mai/2021.

39.WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks (Internet). Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>. Acessado em 17/mai/2021.

40.WHO. World Health Organization. Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the current COVID-19 (Internet). *Outbreak Interim Guidance* 14 February 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331004/WHO-2019-nCoV->

POEmassgathering-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em 17/mai/2021.

41.WHO. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) (Internet). Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-COVID-19-final-report.pdf?sfvrsn=fce87f4e\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-COVID-19-final-report.pdf?sfvrsn=fce87f4e_2). Acessado em 17/mai/2021.

42. Jordan R E, Adab P, Cheng K K. COVID-19: risk factors for severe disease and death (Internet). *BMJ* 2020; (368): m1198. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1198.long>. Acessado em 17/mai/2021.

43.Grasselli G, Greco M, Zanella A, et al. Risk Factors Associated With Mortality Among Patients With COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. *JAMA Intern Med.* 2020; 180(10):1345-55.

44.SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Síndrome inflamatória multissistêmica em crianças e adolescentes provavelmente associada à COVID-19: uma apresentação aguda, grave e potencialmente fatal (Internet). Nota 20 de maio 2020. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22532d-NA\\_Sindr\\_Inflamat\\_Multissistemica\\_associada\\_COVID19.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22532d-NA_Sindr_Inflamat_Multissistemica_associada_COVID19.pdf). Acessado em 17/mai/2021.

45.Gurol-Urganci I, Jardine JE, Carroll F, et al. Maternal and perinatal outcomes of pregnant women with SARS-CoV-2 infection at the time of birth in England: national cohort study (Internet). *Am J Obstet Gynecol* 2021. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)00565-2/fulltext?fbclid=IwAR3f8Tw1DxXAO2h6vNXIGVBTuF0UehbRWSakzlx2HictFzozhQobIDxkS5A#.YKYeO8mhic0.twitter](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)00565-2/fulltext?fbclid=IwAR3f8Tw1DxXAO2h6vNXIGVBTuF0UehbRWSakzlx2HictFzozhQobIDxkS5A#.YKYeO8mhic0.twitter). Acessado em 17/mai/2021.

46.Fiocruz. Fundação Oswaldo Cruz. Observatório COVID-19 destaca alta mortalidade materna (Internet). Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observatorio-COVID-19-destaca-alta-mortalidade-materna> . Acessado em 10/jun/2021.

47.CONASS. Conselho Nacional de secretários de saúde. Painel de análise do excesso de mortalidade por causas naturais no Brasil (Internet). Disponível em: <https://www.conass.org.br/indicadores-de-obitos-por-causas-naturais/#:~:text=O%20indicador%20de%20excesso%20de,semana%20mostra da%20no%20gr%C3%A1fico%20abaixo>. Acessado em 20/mai/2021.

48.Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA.* 2020; 324(8):782793.

49.Zhang H, Rostami MR, Leopold PL, Mezey JG, O'Beirne SL, Strulovici-Barel Y, Crystal RG. Expression of the SARS-CoV-2 ACE2 Receptor in the Human Airway Epithelium. *Am J Respir Crit Care Med.* 2020; 202(2):219-29.

50.Saheb Sharif-Askari N, Saheb Sharif-Askari F, Alabed M, Tamsah MH, Al Heialy S, Hamid Q, Halwani R. Airways Expression of SARS-CoV-2 Receptor,

ACE2, and TMPRSS2 Is Lower in Children Than Adults and Increases with Smoking and COPD. *Mol Ther Methods Clin Dev.* 2020;18:1-6.

51.NHS. Long-term effects of coronavirus (long COVID). Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-COVID-19/long-term-effects-of-coronavirus-long-covid/>. Acessado em 17/mai/2021.

52.WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters (Internet). Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>. Acessado em 17/mai/2021.

53.Sucharew H, Maurizio Macaluso, MD, DrPH. Methods for Research Evidence Synthesis: The Scoping Review Approach. *J. Hosp. Med* 2019; (7):416-418.

54.Prendki V, Tau N, Avni T, Falcone M, Huttner A, Kaiser L et al. ESCMID Study Group for Infections in the Elderly (ESGIE). A systematic review assessing the under-representation of elderly adults in COVID-19 trials. *BMC Geriatr.* 2020; 20(1):538.

55. Ryoo N, Pyun JM, Baek MJ, Suh J, Kang MJ, Wang MJ, et al. Coping with Dementia in the Middle of the COVID-19 Pandemic. *J Korean Med Sci.* 2020; 35(42): e383.

56.Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Bussièrès EL, Best K, Boucher N, et al. Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: A rapid review. *Disabil Health J.* 2021; 14(1):101014.

57.Venkatesulu BP, Thoguluva Chandrasekar V, Giridhar PVP, Patel HK, Manteuffel J. The mechanistic rationale of drugs, primary endpoints, geographical distribution of clinical trials against severe acute respiratory syndrome-related coronavirus-2: A systematic review. *J Med Virol.* 2021; 93(2): 843-53.

58.McBryde ES, Meehan MT, Adegboye OA, Adekunle AI, Caldwell JM, Pak A, Rojas DP, Williams BM, Trauer JM. Role of modelling in COVID-19 policy development. *Paediatr Respir Rev.*2020; (35):57-60.

59.Dhillon P, Breuer M, Hirst N. COVID-19 breakthroughs: separating fact from fiction. *FEBS J.* 2020; 287(17): 3612-32.

60.Selden TM, Berdahl TA. COVID-19 And Racial/Ethnic Disparities In Health Risk, Employment, And Household Composition. *Health Aff (Millwood).* 2020;39(9):1624-32.

61.Estrela FM, Soares CFSE, Cruz MAD, Silva AFD, Santos JRL, Moreira TMO, Lima AB, Silva MG. COVID-19 Pandemic: reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class. *Cien Saude Colet.* 2020; 25(9): 3431-36.

62. Connor J, Madhavan S, Mokashi M, Amanuel H, Johnson NR, Pace LE, Bartz D. Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the COVID-19 pandemic: A review. *Soc Sci Med*. 2020; (266):113364.
63. Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health*. 2020;74(8):620-623.
64. Ajilore O, Thames AD. The fire this time: The stress of racism, inflammation and COVID-19. *Brain Behav Immun*. 2020;(88):66-67.
65. Roberts JD, Tehrani SO. Environments, Behaviors, and Inequalities: Reflecting on the Impacts of the Influenza and Coronavirus Pandemics in the United States. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4484.
66. Singu S, Acharya A, Challagundla K, Byrareddy SN. Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Front Public Health*. 2020; (8):406.
67. Gray DM 2nd, Anyane-Yeboa A, Balzora S, Issaka RB, May FP. COVID-19 and the other pandemic: populations made vulnerable by systemic inequity. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020; 17(9):520-522.
68. Phillips N, Park IW, Robinson JR, Jones HP. The Perfect Storm: COVID-19 Health Disparities in US Blacks. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2020; (23):1-8.
69. Karos K, McParland JL, Bunzli S, Devan H, Hirsh A, Kapos FP, et al. The social threats of COVID-19 for people with chronic pain. *Pain*. 2020;161(10):2229-35.
70. Chu IY, Alam P, Larson HJ, Lin L. Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *J Travel Med*. 2020 Nov 9;27(7):taaa192.
71. Novick TK, Rizzolo K, Cervantes L. COVID-19 and Kidney Disease Disparities in the United States. *Adv Chronic Kidney Dis*. 2020; 27(5):427-33.
72. Alcendor DJ. Racial Disparities-Associated COVID-19 Mortality among Minority Populations in the US. *J Clin Med*. 2020; 9(8): 2442.
73. Santos HLP, Maciel FBM, Santos KR, Conceição CDVSD, Oliveira RS, Silva NRFD et al. Necropolitics and the impact of COVID-19 on the Black community in Brazil: a literature review and a document analysis. *Cien Saude Colet*. 2020;25(suppl 2):4211-24.
74. Yildirim U. Disparate impact pandemic framing decreases public concern for health consequences. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243599.

75.AMIB. Associação de Medicina Intensiva Brasileira [Internet] Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19.

Disponível em:

[https://www.amib.org.br/fileadmin/user\\_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo\\_A\\_MIB\\_de\\_alocacao\\_de\\_recursos\\_em\\_esgotamento\\_durante\\_a\\_pandemia\\_por\\_COVID-19.pdf](https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/abril/24/Protocolo_A_MIB_de_alocacao_de_recursos_em_esgotamento_durante_a_pandemia_por_COVID-19.pdf) Acessado em 17/mai/2021