



Diminuição na busca de hospitais e serviços de saúde e interrupção de terapêuticas e tratamentos durante a pandemia

Gabriela Marinho Garcia de Barros¹, Gabriella de Souza Louver¹, Giulia Valentin Barros¹, Layla Cristina Barros Teixeira¹, Larissa Alves Christensem Pereira¹, Melissa Mautoni Marcondes Machado¹, Natália de Barros Marinho¹, Leonardo Sokolnik de Oliveira^{1*}

¹Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro (UNISA), São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 na procura por serviços de saúde a partir de quatro critérios (cancelamento de consultas médicas, suspensão de tratamentos, adiamento de cirurgias e a não realização de exames de rotina), comparando os resultados entre gêneros e faixas etárias.

MÉTODOS

Foi realizado um levantamento por meio de um questionário via internet em outubro de 2020.

RESULTADOS

Foram obtidas 602 respostas, em que mulheres apresentaram menores taxas de ida aos serviços de saúde em comparação aos homens e, os indivíduos pertencentes à faixa etária idosa cancelaram mais consultas médicas, interromperam mais terapêuticas e adiaram mais cirurgias do que as outras faixas etárias.

CONCLUSÕES

Ao considerar a visão geral de todas as faixas etárias, a pandemia causou uma diminuição em cerca de 28% na procura por consultas médicas sendo esta diminuição mais significativa entre idosos e mulheres. Estes resultados enfatizam a necessidade de campanhas específicas para estes públicos em períodos de isolamento social devido às pandemias.

DESCRITORES

Isolamento social, Coronavírus.

Corresponding author:

Leonardo Sokolnik de Oliveira. Universidade Santo Amaro (UNISA). Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340 - Santo Amaro, São Paulo, SP, Brazil
E-mail: lsokolnik@prof.unisa.br
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5397-404X>

Copyright: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons

Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided that the original author and source are credited.

DOI: <https://doi.org/10.56242/globalhealth;2021;1;3;35-39>

INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem causado um dos maiores desafios à saúde em todo o mundo e suas consequências afetaram gravemente a área de saúde no Brasil. A primeira notícia foi divulgada nas últimas semanas de 2019 na China, onde foi divulgado um novo tipo de coronavírus (SARS-CoV-2), responsável por causar uma síndrome respiratória aguda grave. Ainda em janeiro de 2020, foi identificada a presença do vírus em outros países asiáticos, no continente europeu e na América do Norte, e na última semana do mesmo mês, mais de 110 mil casos já haviam sido confirmados pelo mundo. Levando em consideração o número expressivo de óbitos, a Organização Mundial da Saúde (OMS), conseqüentemente, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) e, no que diz respeito ao contexto brasileiro, o primeiro caso foi logo detectado. No Brasil, a onda de infecção começou já em fevereiro de 2020 e, até fevereiro de 2021, foram notificados cerca de 10.081,76 casos e 244.765 óbitos por COVID-19 em território brasileiro¹. Diversas medidas foram tomadas para conter a pandemia, incluindo isolamento social e suspensão de serviços hospitalares não urgentes, evitando que pessoas saudáveis se exponham desnecessariamente a possíveis contaminações e permitindo que pacientes crônicos, indivíduos do grupo de risco, evitem o desenvolvimento de condições ainda mais severas².

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), mais de 53 milhões de pessoas são afetadas por doenças crônicas no Brasil. Pacientes crônicos são pessoas afetadas por doenças de longo prazo e de progressão lenta, e raramente têm cura. Essas comorbidades podem ser assintomáticas ou sintomáticas e requerem tratamento contínuo para garantir uma melhor qualidade de vida ao paciente. Além disso, as doenças crônicas são subdivididas em dois segmentos: doenças crônicas transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A maioria das doenças crônicas necessita de tratamento, entre as principais estão câncer, diabetes, asma, AIDS, hipertensão, Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), acidente vascular cerebral, Parkinson, entre outras³.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2014 revelaram que cerca de 57,4 milhões de brasileiros têm pelo menos uma doença crônica, número que se estabilizou quando comparado ao cenário atual (2020), com apenas taxas de doenças cardiovasculares reduzidas em cerca de 15% com base no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde, esfera do Ministério da Saúde, promulgado em setembro de 2019. Assim, considerando que 45% da população brasileira apresenta alguma patologia crônica, a visão longitudinal da Atenção Primária à Saúde (APS) é de extrema importância, visto que a manutenção de tratamentos e rotinas de exames é fundamental para garantir uma qualidade de vida satisfatória. É neste ponto, portanto, que se introduzem as barreiras da pandemia COVID-19 e, conseqüentemente, pelo fenômeno do isolamento social se coloca a disponibilização de assistência à saúde para a população em questão¹.

Muito mais do que fazer parte do grupo de risco pela maior susceptibilidade ao desenvolvimento de quadros graves uma vez contaminados pelo novo coronavírus, principalmente no caso de pacientes com asma, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), hipertensão e diabetes, existe um dilema quanto aos cuidados preventivos, pois a busca por atendimento médico se instituiu como fator de exposição. Nesse sentido, não demorou muito para que o Ministério da Saúde, em março de 2020, por meio de pronunciamentos, considerasse que a busca por atendimento hospitalar por esses indivíduos deveria ser feita apenas em caso de agravamento da patologia ou por tratamentos clínicos que controlassem a doença e, ainda, como alternativa, implementar a teleconsultoria, ou também cha-

mada telemedicina, como método eficaz no contexto da pandemia. Como resultado dessa adaptação, a Atenção Primária à Saúde vem vivenciando desafios e constantes inovações no âmbito tecnológico para que tal vigilância à saúde cumpra seu controle de problemas⁴.

Em relação ao surgimento da telemedicina no contexto da pandemia, as Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) eram uma ferramenta para o atendimento e manejo clínico dos pacientes e de toda a população cadastrada e sob a responsabilidade sanitária de cada Unidade Básica de Saúde (UBS). São inúmeras as vantagens que as tecnologias nos proporcionam, sendo que a rapidez e o seu caráter interativo são essenciais para a sua inserção na saúde. Por outro lado, o isolamento social dificulta a captação detalhada dos sintomas e, além disso, evidencia fragilidades e desigualdades inerentes à sociedade brasileira, pois a telemedicina pressupõe acesso universal a redes de comunicação (internet), serviços de eletrônica e eletrônicos (meios pelos quais o indivíduo terá acesso aos serviços de saúde). Por fim, não podemos esquecer, portanto, que a educação em saúde tem um papel fundamental para o manejo não só dos pacientes crônicos, mas da população em geral, pois garante que, em cenários pandêmicos caóticos como o atual, as pessoas saibam como lidar com seus determinantes de saúde e conhecer as diretrizes e normas de higiene adequadas e de isolamento social⁵.

Assim, nosso objetivo foi analisar a frequência de indivíduos que deixaram de ir aos serviços de saúde considerando o comparecimento voluntário a consultas médicas quando necessárias, cirurgias se necessárias, exames de check-ups e se deram continuidade às terapias durante a pandemia em uma amostra de 602 pessoas, avaliando a associação entre a pandemia, o isolamento social e a redução da atenção à saúde da população brasileira em diferentes faixas etárias. Além disso, verificamos o impacto da pandemia na condição de saúde da população brasileira por meio de um escore autoavaliado.

MÉTODOS

Os dados foram coletados por meio de questionário autoaplicável por meio de formulários do Google. O questionário versava sobre a diminuição da procura aos serviços de saúde e a interrupção das terapias durante a pandemia de COVID-19, incluindo nove questões informando se o voluntário tem alguma doença crônica, se teve que ir ao médico durante o isolamento social, se ele parou de ir ao médico por medo da COVID-19, se eles suspenderam os tratamentos ou terapias durante a pandemia e se fizeram exames de saúde durante a pandemia, se adiaram qualquer procedimento cirúrgico durante a pandemia e em quanto avaliaram seu estado de saúde nos últimos meses em uma escala de 0 a 10.

O estudo foi realizado nos meses de outubro e novembro de 2020, após aprovação pelo comitê de ética da Universidade Santo Amaro sob o número 4.350.441. Os dados foram analisados pelo programa de análise estatística de dados (SPSS). O teste Qui-quadrado de Pearson foi utilizado para comparar as variáveis categóricas e os resultados foram considerados estatisticamente significativos ao nível de 0,05.

RESULTADOS

Voluntários

Recebemos respostas de 602 pessoas e 30% (180/602) dos sujeitos eram do sexo masculino e 70% (422/602) do sexo feminino. A maioria dos voluntários era do estado de São Paulo 66,5% (400/602), Mato Grosso do Sul 24% (144/602) e Rio Grande do Sul 2,3% (58/602). A maioria dos participantes não é portadora de doenças crônicas 68% (410/602). Os sujeitos foram analisa-

dos de acordo com três faixas etárias: 18-38 anos (269), 39-59 anos (253) e 60 ou mais anos (80).

Diminuição da procura por consultas médicas durante a pandemia

Os voluntários do sexo feminino tiveram uma diminuição maior na procura por consulta médica 28,7% (121/422) do que os do sexo masculino 17,1% (31/180) devido ao medo do COVID-19. O valor P para o teste Qui-quadrado é 0,002.

Indivíduos mais velhos (60+) tiveram uma quantidade maior de consultas médicas canceladas 39,0% (31/80) devido ao medo do COVID-19 do que outros grupos: 18-38 anos 25,0% (67/269) e 39-59 anos 22,5% (57/253) (Figura 1). O valor P para o teste Qui-quadrado foi $p = 0,01$.

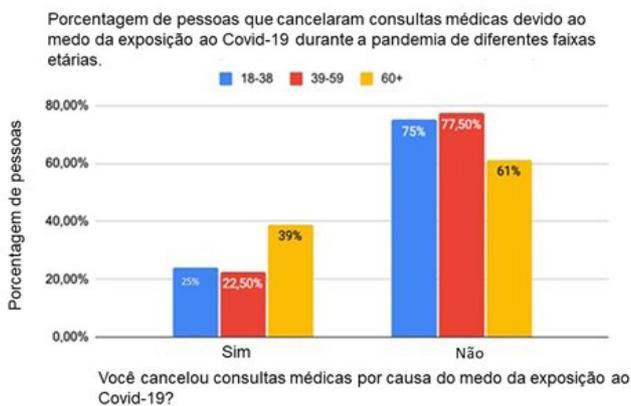


Figura 1. A faixa etária mais velha cancelou mais consultas médicas devido ao medo da exposição ao COVID-19 durante a pandemia em comparação com as outras, seguida pela faixa etária mais jovem e, por último, a faixa etária média.

Suspensão de terapias/tratamentos

Embora os indivíduos mais velhos (60+) suspendessem os tratamentos com mais frequência 14,0% (11/80), do que o grupo de 18-38 anos 9,45% (25/269) e o grupo de 39-59 anos 13,4% (34/253) não houve significância estatística para o teste Qui-quadrado foi $p = 0,2$ (Figura 2).

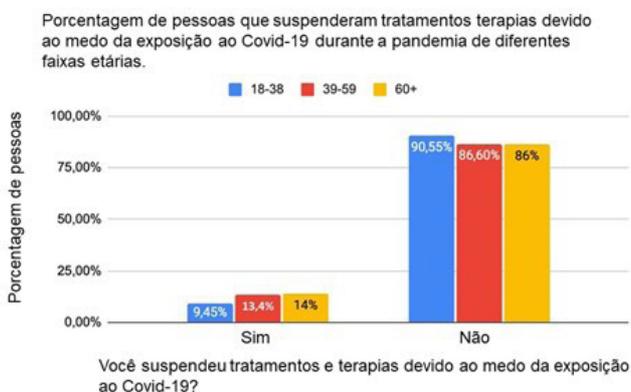


Figura 2. O grupo de idade mais velha suspendeu mais tratamentos ou terapias devido ao medo da exposição ao COVID-19 durante a pandemia em comparação com os outros, seguido pelo grupo de idade média e, por último, o grupo de idade mais jovem.

Adiamento de cirurgias

Indivíduos mais velhos (60+) adiaram cirurgias com mais frequência do que outros grupos. 16,25% (13/80) dos idosos

responderam que haviam suspendido as cirurgias por medo do COVID-19, essa resposta foi de 8,7% (23/269) no grupo de 18-38 anos e 9,49% (24/253) no Grupo de 39-59 anos (Figura 3), entretanto, o valor P para o teste Qui-quadrado foi de $p = 0,16$ (não significativo).

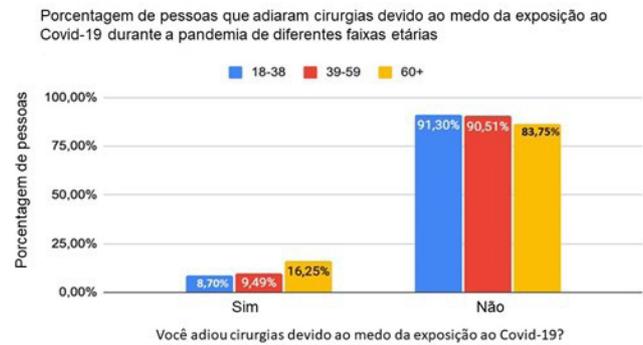


Figura 3. A faixa etária mais velha postergou mais cirurgias por medo de exposição ao COVID-19 durante a pandemia em relação às demais, seguida pela faixa etária média e, por último, pela faixa etária mais jovem.

Visitas a exames de saúde

Indivíduos mais velhos (60+) compareceram a exames de saúde durante a pandemia com mais frequência do que outros grupos. Cerca de 47,5% (38/80) dos idosos responderam que não compareceram a exames de saúde devido ao medo do COVID-19, essa resposta foi de 62,2% (167/269) nos grupos de 18-38 anos e 66,8% (169/253) no grupo de 39-59 anos. O valor P para o teste Qui-quadrado foi $p = 0,008$.

Estado de saúde declarado automaticamente durante a pandemia

A média geral do estado de saúde autodeclarado em uma escala de 0 a 10 foi de 8,1 (IC95% 7,97-8,19) com desvio padrão de 1,39. Todos os subgrupos declararam bom estado de saúde durante a pandemia (pontuação 5 ou superior), sem significância estatística entre eles.

Doenças crônicas

As doenças crônicas mais comuns dos voluntários da pesquisa foram hipertensão, colesterol alto, asma, diabetes, doenças autoimunes, câncer, hipotireoidismo, doenças das válvulas cardíacas, depressão, fibromialgia, artrite, artrose, doença hepática crônica e insuficiência renal, respectivamente. É importante dizer que 32% (192/602) dos voluntários têm doenças crônicas.



Figura 4. O grupo de idade mais velha adiou significativamente menos exames de saúde devido ao medo de exposição ao COVID-19 durante a pandemia em comparação com os outros.

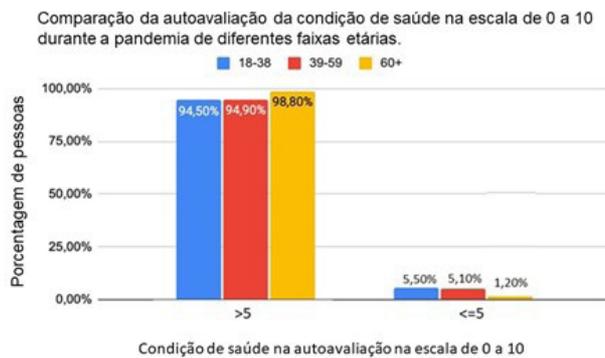


Figura 5. A faixa etária mais velha autoavaliava maior condição de saúde durante a pandemia em relação às demais, seguida da faixa etária média e, por último, da faixa etária mais jovem, mas sem significância estatística.

DISCUSSÃO

Durante a pandemia e o isolamento social, as cirurgias foram adiadas, os tratamentos foram interrompidos, as consultas médicas foram canceladas e os exames de rotina foram adiados, tudo com um papel fundamental no acompanhamento do funcionamento do nosso corpo. Nosso estudo detectou que cerca de 28% dos voluntários cancelaram consultas médicas devido ao medo do COVID-19.

Nosso estudo detectou que mulheres e indivíduos com mais de 60 anos cancelaram mais consultas médicas devido ao medo do COVID-19 do que homens e adultos mais jovens. Isso enfatiza a necessidade de apoiar essas populações durante o isolamento social prolongado devido a pandemias no futuro.

É interessante que além dos homens apresentarem maior mortalidade pelo COVID-19 do que as mulheres⁶, nossos resultados mostram que as mulheres cancelaram mais consultas médicas. Isso pode levar em breve a um aumento no número ou na gravidade de doenças como câncer de mama, osteoporose, câncer uterino e outras.

No artigo “Diagnósticos de câncer tardio e alta mortalidade em crianças durante a pandemia de COVID-19”, cuja amostra principal foram crianças com diferentes cânceres, o autor afirma que a pandemia de COVID-19 contribuiu para atrasos no atendimento e diagnósticos precisos dos pacientes, destacando que causou atraso no diagnóstico devido ao medo dos usuários de comparecer aos serviços de saúde, levando a consequências fatais⁷. Com acompanhamento constante, independentemente da idade, as patologias podem ser identificadas no início e, assim, tratadas com melhor prognóstico. Além disso, algumas cirurgias exigiam um momento específico para serem eficazes, como a cirurgia de catarata, muito comum em idosos.

No artigo de Petrova et al é possível notar semelhanças no relato da diminuição dos serviços hospitalares por parte de pacientes crônicos, principalmente oncológicos. Os autores destacam como a pandemia afetou os tratamentos e pesquisas contra o câncer na Espanha. Por exemplo, a Sociedade Europeia de Oncologia Médica publicou recomendações para prevenir o COVID-19 em pacientes com câncer, como redução de visitas a hospitais e centros de saúde, adiamento de visitas não essenciais e implementação de serviços de telemedicina⁸.

É fundamental estar atento à população idosa e cronicamente doente, pois a permanência prolongada em casa faz com que se movam menos, prejudicando a circulação sanguínea e a saúde mental, podendo, conseqüentemente, causar o agravamento de doenças como diabetes, hipertensão e Alzheimer.

Embora não tenha havido significância estatística entre os três subgrupos estudados, encontramos alta prevalência de suspensão de terapias no grupo com mais de 60 anos (14%), o que é bastante preocupante.

Além disso, a pandemia de COVID-19 afetou a interação dos idosos na esfera social, o que pode causar problemas psicológicos como depressão e ansiedade. Por serem grupos de risco, eles perderam a esperança de rever suas famílias pessoalmente, a motivação e a confiança em uma expectativa de vida longa, causando estresse diário e ataques de pânico. Muitos pacientes utilizam o consultório médico, a Unidade Básica de Saúde (UBS) e os agentes comunitários de saúde como meio de interação social, muitas vezes sem apresentar queixa médica. Essa socialização que os idosos buscavam diante do risco de exposição ao coronavírus, hoje é uma lacuna em sua saúde biopsicossocial.

A exclusão social e tecnológica que sofrem os idosos enfatiza o descaso com os órgãos de saúde no cuidado integral e os afasta do contato virtual com as pessoas que os apoiam, explicando o sentimento de solidão durante o isolamento social. Poucos idosos podem utilizar ferramentas tecnológicas de entretenimento e comunicação devido ao desconhecimento e, para muitos brasileiros de todas as idades, à falta de acesso à Internet.

Portanto, como a pesquisa não atingiu todas as classes sociais da população brasileira, por exemplo, esta amostra não incluiu os idosos pertencentes às classes sociais menos favorecidas e mais expostas, devido à falta de acesso à Internet existe este viés nessa pesquisa. Assim, justifica-se o maior valor no estado de saúde (Figura 5) para a faixa etária acima de 60 anos, mesmo com a maior queda na ida aos serviços de saúde (Figura 1, 2 e 3).

Outros motivos para que o estado de saúde autoavaliado do idoso seja tão elevado, mesmo com o maior declínio de consultas aos serviços de saúde, podem ser: o entendimento errôneo de que o estado de saúde inclui apenas o biológico e exclui a saúde psicológica, uma maior atividade social com a família devido ao isolamento conjunto, acessibilidade a consulta online (telemedicina), contendo a maior taxa de todas as faixas etárias para comparecimento a exames de saúde durante a pandemia e a maior estabilidade de sua doença crônica com a idade avançada.

Este estudo demonstra que quando, por um período prolongado, uma doença como o coronavírus (ou outras futuras pandemias) é o foco dos cientistas, as organizações de saúde e a própria população, devem ter em mente que outras doenças podem estar mascaradas por trás da pandemia. Ao mesmo tempo, esta pesquisa desmistifica a ideia de que o medo do coronavírus limita o cuidado de outras condições médicas e diminui o atendimento à saúde da população em geral.

Além disso, o estudo apresenta algumas limitações, pois a maioria de nossos participantes são dos estados de São Paulo e Mato Grosso do Sul, predominância de respostas da faixa etária mais baixa e do sexo feminino, questionário baseado na internet e, por fim, esta pesquisa foi realizada em outubro e novembro de 2020, 7 meses após o início da pandemia, quando o número de casos e mortes diminuía em São Paulo e Mato Grosso do Sul, após a primeira onda da pandemia no Brasil.

Finalmente, como este estudo traz à luz algumas populações específicas como a faixa etária acima de 60 anos e o grupo feminino e sugere os efeitos negativos em idosos socialmente isolados e mulheres que postergam cuidados de saúde, ele instiga a curiosidade sobre os resultados de um novo estudo com uma amostra com mais pacientes crônicos e / ou voltados para doenças psíquicas decorrentes do isolamento. Estudos futuros com essas populações específicas devem ser feitos.

CONCLUSÃO

De maneira geral, houve uma redução importante na procura por atendimento médico ou suspensão das terapias dos voluntários durante a pandemia em todas as faixas etárias, mas para os 60+ e mulheres foi mais acentuada.

REFERÊNCIAS

1. Ministry of Health. Health surveillance in Brazil 2003|2019: the creation of the Health Surveillance Secretariat to the present day. *Bol Epidemiol*, 2019.
2. Cavalcante JR et al. COVID-19 in Brazil: evolution of the epidemic until epidemiological week 20 of 2020. *Epidemiology and Health Services*. 2020, 29(4).
3. Martins LM, França APD, Kimura, M. Quality of life of people with chronic disease. *Latin American Journal of Nursing*. Ribeirão Preto. 1996 dec, 4 (3).
4. Silva Filho MS, Rodrigues IR. Innovations and challenges in the follow-up of chronic patients in times of COVID-19 in Primary Health Care. *Journal of Management & Primary Health Care*. 2020, p. 1-7.
5. Damasceno RF, Caldeira AP. Factors associated with the non-use of teleconsulting by physicians of the Family Health Strategy. *Science and Public Health*. 2019, 24 (8).
6. Rozenberg S, Vandromme J, Martin C. Are we equal in adversity? Does COVID-19 affect women and men differently? *Maturitas*. 2020,138:62-68
7. Ding YY et al. Delayed câncer diagnosis and high mortality in children during the COVID-19 pandemic. *Pediatr Blood Cancer*. 2020, e.28427.
8. Petrova D, Pérez-Gómez B, Pollán M, Sanchez MJ. Implications of the COVID-19 pandemic for câncer in Spain. *Med Clin (Barc)*. 2020, 155(66): 263-266.