

Mapeando o acesso geográfico ao cuidado à COVID-19 no Brasil

Rafael H. M. Pereira; Carlos Kauê Vieira Braga; Luciana Mendes Servo, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Bernardo Serra, Institute for Transport Policy and Development (ITDP); Pedro Amaral, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Nelson Gouveia, Faculdade Médica da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Antonio Paez, Universidade McMaster

No início da pandemia da COVID-19, era preocupante a falta de preparo dos sistemas de saúde em países em desenvolvimento para lidar com o aumento da demanda por hospitalização. Jensen e Molina (2020) estimaram que os 20 países mais vulneráveis, em termos de disponibilidade de leitos de UTI, iriam ficar sem leitos se pelo menos 0,04 por cento de suas populações se infectassem. Apesar de ser importante considerar dados agregados em âmbito nacional, a resposta de políticas públicas ocorre de maneira local, em clínicas, hospitais e locais de vacinação. Portanto, a distribuição da infraestrutura de saúde nas cidades e a facilidade de acesso, especialmente para os grupos mais vulneráveis, são fatores cruciais para que se desenvolvam respostas informadas e efetivas.

Pereira *et al.* (2021) examinaram as desigualdades espaciais de renda e as relativas à raça no acesso geográfico ao cuidado à COVID-19 nas 20 maiores cidades brasileiras, levando em consideração acesso a unidades de saúde com capacidade de triagem de pacientes e encaminhamento de casos suspeitos a hospitais, bem como àquelas unidades equipadas com leitos de UTI e respiradores mecânicos.

Primeiramente, os autores analisaram a capacidade de suporte do sistema público de saúde, verificando o número de leitos de UTI/respiradores por pessoa na zona de cobertura de cada hospital. Identificaram que 13 das 20 cidades analisadas tinham menos leitos de UTI/respiradores que o nível mínimo recomendado pelas autoridades brasileiras (de um leito adulto por 10.000 pessoas). Isso poderia ser considerado insuficiente para lidar com o aumento da demanda por internações hospitalares e se provou ser inadequado para lidar com a rápida disseminação da COVID-19 em várias cidades. A situação agrava-se quando consideramos a concentração espacial de serviços de saúde e o histórico de segregação e de barreiras à mobilidade enfrentados por comunidades vulneráveis no Brasil.

O estudo mapeou, aproximadamente, 228.000 pessoas vulneráveis (de baixa renda e com mais de 50 anos), que moram a mais de uma caminhada de 30 minutos de unidades de saúde e de atendimento emergencial. E também identificou cerca de 1,6 milhões de pessoas vulneráveis que moram a mais de 5 km de distância de um hospital com leitos de UTI. Uma análise de acessibilidade, utilizando a nova abordagem de *balanced float catchment area* (BFCA), demonstra que esse cenário é especialmente preocupante, quando se considera a demanda potencial por leitos de UTI e respiradores. As estimativas evidenciam grandes desigualdades especiais, com acesso significativamente menor a serviços de saúde em comunidades negras e de baixa renda nas periferias urbanas, como ilustrado na Figura 1, que podem facilmente ser sobrecarregadas pelas demandas por hospitalização no curto prazo. Como pacientes com suspeita de COVID-19 podem enfrentar limitações de mobilidade, é fundamental desenvolver estratégias para fornecer apoio e serviços de saúde a comunidades vulneráveis.

Análises de acesso ao transporte podem fornecer informações úteis para auxiliar os governos locais a melhorar o acesso à saúde durante surtos pandêmicos. Ao serem colocadas comunidades vulneráveis, com dificuldade de acesso, no mapa, o estudo ajuda a identificar bairros onde as autoridades locais deveriam priorizar a construção de hospitais de campanha e/ou a utilização de unidades móveis de saúde. Essas análises também podem ajudar a identificar quais hospitais podem enfrentar mais sobrecarga de internações. A aplicação da nova metodologia BFCA ilustra como efeitos de competição podem ter implicações importantes, mas frequentemente negligenciadas para o planejamento de políticas.

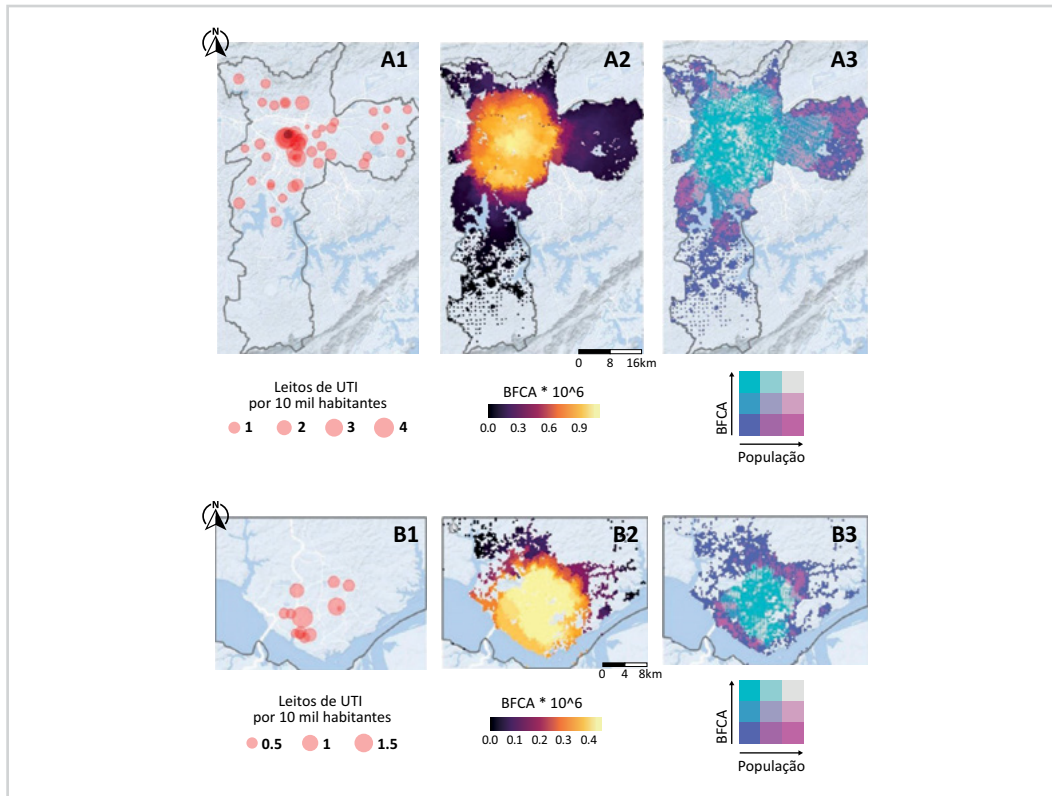
Esse tipo de estudo pode ser aplicado de maneira global, especialmente em cidades grandes — a depender da disponibilidade de dados —, para indicar onde a construção de hospitais de campanha seria mais eficaz



para se melhorar o acesso à saúde, principalmente para grupos vulneráveis. Estudos futuros deveriam também considerar o papel em potencial de agentes comunitários de saúde na melhoria do acesso à saúde em áreas remotas.

FIGURA 1

Mapa de São Paulo (A) e Manaus (B) ilustrando: 1) número de leitos de UTI por pessoa na zona de cobertura de cada hospital; 2) nível de acessibilidade BFCA; 3) distribuição especial combinada de população e acessibilidade. O mapa coroplético bivariado (3) ajuda a chamar a atenção a lugares que merecem mais (ou menos) atenção:



Nota: Rosa = áreas de grande população com pouco acesso a serviços de saúde. Ciano = áreas de baixa população com alto acesso a serviços de saúde. Roxo = áreas de baixa população com o pior acesso a serviços de saúde.

Fonte: Elaboração dos autores.

Referências:

CASTRO, M. C. et al. Demand for hospitalization services for COVID-19 patients in Brazil. *MedRxiv*, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047662>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

JENSEN, L; MOLINA, G. G. COVID-19 and health system vulnerabilities in the poorest developing countries. *Transitions Series*. UNDP Global Policy Network Brief July, 2020.

PEREIRA, R. H. et al. Geographic access to COVID-19 healthcare in Brazil using a balanced float catchment area approach. *Social Science & Medicine*, 273, 113773, 2021.