

1. Considerações Iniciais

2. Perfil das internações e óbitos

3. Perfil mensal das internações e óbitos

4. Perfil das internações e óbitos: um olhar para as disparidades

5. Distribuição espacial dos casos internações e óbitos

6. Considerações Finais

7. Referências

Coronavírus [BH]

22.01.2021 | **Informe 11**

InfoCOVID OSUBH

REDAÇÃO

Conteúdo e texto original

Aline Dayrell Ferreira Sales
Amanda Cristina de Souza Andrade
Amélia Augusta de Lima Friche
Bruno de Souza Moreira
Débora Moraes Coelho
Denise Marques Sales
Elaine Leandro Machado
Guilherme Aparecido Santos Aguilar
Maria Angélica de Salles Dias
Solimar Carnavalli Rocha
Uriel Moreira Silva
Waleska Teixeira Caiaffa

CRÉDITOS

Carla Cecília de Freitas Emediato
Referência da Vigilância de Doenças
Respiratórias na Gerência de Vigilância
Epidemiológica

Fernando Márcio Freire

PRODUÇÃO GRÁFICA

Centro de Comunicação Social da Faculdade de Medicina da UFMG

Coordenador

Gilberto Boaventura

Projeto gráfico e diagramação

Juliana Guimarães

Atendimento Publicitário

Estefânia Mesquita

CONSIDERAÇÕES

INICIAIS

Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)-COVID e não especificada em Belo Horizonte, de 20/12/2019 a 02/01/2021

Neste informe serão apresentados dados sobre internações e óbitos por SRAG-COVID e SRAG não especificada ocorridos em Belo Horizonte, abrangendo o calendário epidemiológico de 2020 (1ª a 53ª Semana Epidemiológica, iniciando em 29/12/2019 e terminando em 02/01/2021). Trata-se de uma síntese de como a epidemia avançou no município de Belo Horizonte em 2020, permitindo-nos delinear hipóteses, direcionar o olhar para possíveis erros e acertos com perguntas e respostas acerca da complexa trama deste processo saúde-doença.

Foram registrados, no período analisado, 20.803 casos de internações de residentes em Belo Horizonte com o diagnóstico de SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave), sendo 12.236 (58,8%) SRAG não especificada e 8.567 (41,2%) SRAG-COVID. Em relação aos óbitos, foram registrados

total de 6.573, sendo 1.662 (45,9%) SRAG não especificada e 1.962 (54,1%) SRAG-COVID.



Fotografia: Denise Marques Sales

Perfil das internações e óbitos

As características demográficas dos moradores de Belo Horizonte internados por SRAG-COVID e SRAG não especificada permanecem semelhantes às descritas no 10º InfoCOVID-OSUBH (disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/coronavirus/profissionais-de-saude/infocovid-osubh-n10/>). A proporção de homens foi ligeiramente maior (50,5%), bem como a proporção de não brancos (59,7%). Quanto à média de idade, internados por SRAG-COVID apresentam idade maior do que aqueles com diagnóstico final SRAG não especificada (62,9 anos e DP=17,4 versus 58,2 e DP=26,2). Aproximadamente 60% das internações por SRAG-COVID e cerca de 56% das internações SRAG não especificada ocorreram entre indivíduos com idade maior ou igual a 60 anos. Entretanto, observa-se a ocorrência de internações em todas as faixas etárias (0 a 110 anos), independente do diagnóstico. Da mesma forma, em relação às comorbidades, 77,1% dos indivíduos internados apresentavam alguma comorbidade (76,3% nos SRAG-COVID e 77,7% nos com SRAG não especificada).

Cerca de 20% das pessoas internadas em Belo Horizonte demandaram leitos de UTI e o uso de suporte ventilatório foi mais frequente entre aqueles com SRAG-COVID (59,6% versus 53,0%).

Dentre o total de internados com SRAG não especificada (n=12.236), 13,6% evoluíram para óbito (n=1.662) ao passo que entre os casos confirmados por COVID um maior percentual evoluiu para óbito (22,9% - 1.962 óbitos em 8.567 internações). Morreram proporcionalmente mais homens (53,2%) e pacientes não brancos (56,4%). A média de idade do óbito foi semelhante, sendo de 72,8 anos e DP=14,0 entre os com SRAG-COVID e 72,4 anos e DP=17,4, para os com SRAG não especificada. Entretanto, a maioria ocorreu na faixa etária de 60 anos ou mais (83% dos óbitos por SRAG-COVID e 80% com SRAG não especificada). Não foi registrado óbito por SRAG-COVID na faixa etária de 0 a 9 anos, enquanto 9 óbitos constam com diagnóstico de SRAG não especificada. Quase 90% dos óbitos ocorreram em indivíduos com alguma comorbidade, sendo 90,4% entre aqueles com SRAG-COVID e 87,8% entre aqueles com SRAG não especificada.

Pacientes internados portadores de alguma comorbidade apresentaram maior risco de morrer, sendo 8,5 vezes maior (IC95%: 6,6-11,0) para aqueles com diagnóstico de COVID e 5,6 vezes maior (IC95%: 3,9-8,1) para aqueles não especificados. Este achado demonstra a importância da presença de comorbidades no desfecho de pacientes internados por estas síndromes respiratórias.

Perfil mensal das internações e óbitos

Para essas análises, considerou-se apenas os registros de internações e óbitos ocorridos em 2020, portanto, dos dias 29 a 31 de dezembro/2019 e os dois primeiros dias de 2021 não foram contabilizados. As análises mensais revelam que o pico de internações e óbitos ocorreu entre os meses de junho a agosto (Tabelas 1-4).

Para SRAG-COVID, após os meses de pico das internações e óbitos, verificou-se uma redução destes registros até o mês de outubro, seguido novamente por um acréscimo de 64,2% nas hospitalizações e 70,2% nos óbitos no mês de novembro. Ressalta que os registros no mês de dezembro apresentam defasagem considerável uma vez que, para as análises do InfoCOVID, são utilizadas informações registradas na base de dados do SIVEP-Gripe que, por sua vez, depende do fluxo de alimentação dessa base, diferindo portanto da contagem diária em números absolutos publicada nos boletins epidemiológicos da prefeitura de Belo Horizonte. Assim, essas informações mensais, notadamente as referentes ao mês de dezembro devem ser analisadas com cautela.



Em relação à raça/cor, indivíduos brancos foram a maioria dentre os hospitalizados apenas no início da epidemia (em março) e, a partir de abril, os não-brancos foram a maioria, variando proporcionalmente de 57,5 a 69,0% ao longo do ano.

Óbitos por SRAG-COVID também tiveram um perfil semelhante às internações, ocorrendo com frequência nos meses iniciais (fevereiro e março) e finais do ano (outubro e novembro). Presença de comorbidade sempre prevaleceu ao longo do ano, tanto para as internações, nunca inferior a 60% das internações e quanto para óbitos sempre superior a 70% dos pacientes (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1: Perfil mensal das internações por SRAG-COVID em Belo Horizonte em 2020.

Mês	Internações	Idade	Homens	Não brancos	Presença de comorbidades	Óbitos
		Média (DP)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Janeiro	0	NA	NA	NA	NA	0
Fevereiro	2	66,5 (3,5)	1 (50,0)	0 (0)	2 (100,0)	1 (50)
Março	72	63,2 (16,3)	42 (58,3)	27 (42,9)	45 (62,5)	11 (15,3)
Abril	118	58,6 (17,8)	64 (54,2)	61 (57,5)	76 (64,4)	29 (24,6)
Maiο	429	59,2 (17,3)	230 (53,6)	270 (71,0)	316 (73,7)	89 (20,7)
Junho	1.937	60,8 (17,5)	1.032 (53,3)	1.203 (69,0)	1.424 (73,5)	430 (22,2)
Julho	2.195	63,6 (17,3)	1.154 (52,6)	1.318 (68,6)	1.736 (79,1)	568 (25,9)
Agosto	1.089	63,3 (17,2)	580 (53,3)	647 (67,1)	847 (77,8)	247 (22,7)
Setembro	762	63,5 (17,4)	399 (52,4)	463 (67,1)	592 (77,7)	177 (23,2)
Outubro	492	63,8 (17,0)	256 (52,1)	276 (63,2)	376 (76,4)	114 (23,2)
Novembro	808	64,3 (17,3)	434 (53,7)	457 (62,3)	610 (75,5)	194 (24,0)
Dezembro	654	65,8 (16,6)	348 (53,4)	360 (65,1)	503 (76,9)	102 (15,6)
Total	8.558	62,9 (17,3)	4.540 (53,1)	5.082 (66,9)	6.527 (76,3)	1962 (22,9)

NA: Não se aplica; DP: Desvio padrão.

Tabela 2: Perfil mensal dos óbitos por SRAG-COVID em Belo Horizonte em 2020.

Mês	Óbitos	Idade	Homens	Não brancos	Presença de comorbidades
		Média (DP)	N (%)	N (%)	N (%)
Janeiro	0	NA	NA	NA	NA
Fevereiro	1	69,0 (NA)	1 (100,0)	0 (0)	1 (100,0)
Março	11	80,0 (11,1)	5 (45,5)	3 (27,3)	8 (72,7)
Abril	29	69,5 (13,9)	14 (48,3)	18 (62,1)	27 (93,1)
Maio	89	66,8 (14,0)	47 (52,8)	68 (76,4)	84 (94,4)
Junho	430	72,4 (14,0)	249 (57,9)	262 (60,9)	393 (91,4)
Julho	568	73,2 (13,7)	316 (55,6)	356 (62,7)	520 (91,5)
Agosto	247	73,2 (13,8)	136 (55,1)	133 (53,8)	222 (89,9)
Setembro	177	71,8 (14,6)	98 (55,4)	93 (52,5)	156 (88,1)
Outubro	114	74,0 (13,9)	57 (50,0)	55 (48,2)	100 (87,7)
Novembro	194	73,6 (14,3)	114 (58,8)	79 (40,7)	173 (89,2)
Dezembro	102	76,0 (13,3)	60 (58,8)	42 (42,0)	90 (88,2)
Total	1.962	72,8 (14,0)	1.097 (55,9)	1.109 (56,6)	1.774 (90,4)

NA: Não se aplica; DP: Desvio padrão.

Brevemente em relação à SRAG não especificada, podemos observar um padrão distinto, caracterizado por uma redução contínua nos registros de internações e óbitos após os meses de pico até dezembro, menor distribuição proporcional do sexo masculino, sendo a partir de julho maior entre mulheres, e idades médias ligeiramente menores que os COVID. Entretanto, como para pacientes COVID, continuamos observando maior participação proporcional de pacientes não brancos tanto nas internações quanto nos óbitos assim como a presença de comorbidade. No mesmo período analisado, no mínimo 65% dos indivíduos internados e 80% dos que evoluíram para óbito possuíam alguma comorbidade (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3: Perfil mensal das internações por SRAG não especificada em Belo Horizonte em 2020.

Mês	Internações	Idade	Homens	Não brancos	Presença de comorbidades
		Média (DP)	N (%)	N (%)	N (%)
Janeiro	95	63,6 (22,3)	37 (38,9)	77 (82,8)	77 (81,1)
Fevereiro	102	54,9 (26,8)	52 (51,0)	70 (70,7)	78 (76,5)
Março	922	48,3 (29,8)	414 (44,9)	501 (61,4)	635 (68,9)
Abril	1.117	57,8 (25,6)	558 (50,0)	608 (61,6)	856 (76,6)
Maio	1.206	60,0 (24,7)	606 (50,3)	695 (65,9)	929 (77,0)
Junho	1.600	55,0 (27,0)	813 (50,8)	948 (70,3)	1.225 (76,6)
Julho	1.736	56,1 (27,2)	859 (49,5)	1.009 (69,4)	1.335 (76,9)
Agosto	1.576	60,5 (25,4)	771 (48,9)	936 (70,1)	1.254 (79,6)
Setembro	1.232	60,8 (25,0)	593 (48,1)	777 (73,5)	987 (80,1)
Outubro	1.210	62,7 (24,6)	580 (47,9)	744 (69,6)	996 (82,3)
Novembro	943	60,4 (24,7)	447 (47,4)	629 (76,2)	743 (78,8)
Dezembro	477	62,4 (24,5)	228 (47,9)	300 (73,9)	379 (79,5)
Total	12.216	58,2 (26,2)	5.958 (48,8)	7.294 (69,2)	9.494 (77,7)

DP: Desvio padrão.

Tabela 4: Perfil mensal dos óbitos por SRAG não especificada em Belo Horizonte em 2020.

Mês	Óbitos	Idade	Homens	Não brancos	Presença de comorbidades
		Média (DP)	N (%)	N (%)	N (%)
Janeiro	6	59,0 (35,8)	3 (50,0)	5 (83,3)	6 (100,0)
Fevereiro	6	70,2 (11,7)	3 (50,0)	4 (66,7)	6 (100,0)
Março	100	69,0 (19,9)	42 (42,0)	47 (51,1)	87 (87,0)
Abril	185	71,3 (20,0)	103 (55,7)	99 (62,3)	162 (87,6)
Maio	183	72,3 (17,0)	88 (48,1)	108 (66,7)	155 (84,7)
Junho	234	71,6 (17,3)	126 (53,9)	132 (62,0)	203 (86,8)
Julho	260	71,6 (16,7)	135 (51,9)	144 (62,3)	226 (86,9)
Agosto	224	73,4 (16,2)	114 (50,9)	119 (61,3)	199 (88,8)
Setembro	158	73,6 (16,8)	73 (46,2)	102 (72,3)	145 (91,8)
Outubro	144	74,8 (15,8)	67 (46,5)	84 (61,3)	132 (91,7)
Novembro	111	75,5 (16,8)	50 (45,1)	59 (57,3)	96 (86,5)
Dezembro	51	70,2 (17,9)	27 (52,9)	29 (59,2)	42 (82,4)
Total	1.662	72,4 (17,5)	831 (50,0)	932 (62,4)	1.459 (87,8)

DP: Desvio padrão.

Perfil das internações e óbitos: um olhar para as disparidades intraurbanas

Ao analisarmos as taxas de internações acumuladas e ajustadas por idade nas semanas epidemiológicas 1 a 51 por SRAG-COVID e SRAG não especificada por local de residência, ou seja, nas áreas de vilas/favelas e cidade formal, observa-se que no início do período o comportamento dessas hospitalizações era semelhante entre esses locais (Figura 1).

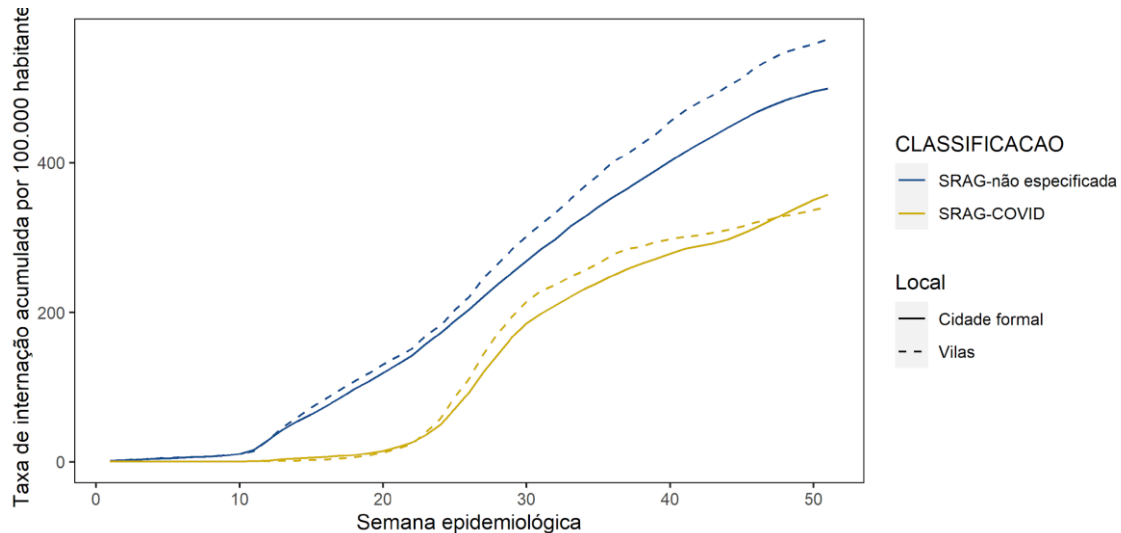


Figura 1 - Taxa de internação acumulada por SRAG-COVID e SRAG não especificada, ajustadas por idade, por local de residência nas vilas e cidade formal de Belo Horizonte/MG, 29/12/2019 a 19/12/2020 (1ª a 51ª semanas epidemiológicas).

A partir da 25ª SE (14/06/2020), observa-se um distanciamento entre as taxas acumuladas de internações por SRAG-não especificada e as por SRAG-COVID. No entanto, independente do diagnóstico, as taxas são permanentemente maiores nas vilas (curvas tracejadas) do que na cidade formal (curva sólida), indicando que o risco de moradores das áreas de vilas/favelas internarem por SRAG era maior do que entre moradores da chamada cidade formal. A partir da 40ª SE (27/09/2020), esta diferença diminuiu para as internações por SRAG-COVID entre as vilas e a cidade formal e, nas últimas semanas (48ª a 51ª), a taxa de internação se inverte ficando mais elevada na cidade formal do que nas vilas. Esta tendência merece maior tempo de acompanhamento das taxas acumuladas antes de levantar hipóteses, principalmente frente ao recrudescimento da epidemia no município a partir da 45ª SE (01/11/2020).

Já as taxas acumuladas de mortalidade, ajustadas por idade, apresentam um perfil distinto das internações. Iniciam maiores com pacientes SRAG não especificado tanto em vilas/favelas e cidade formal, mas em torno da 25ª SE pode ser observada uma súbita elevação dos óbitos COVID e um ligeiro acúmulo nas áreas de vilas/favelas, que inverte por volta da 40ª SE, mas sempre maior que os casos não especificados (Figura 2).

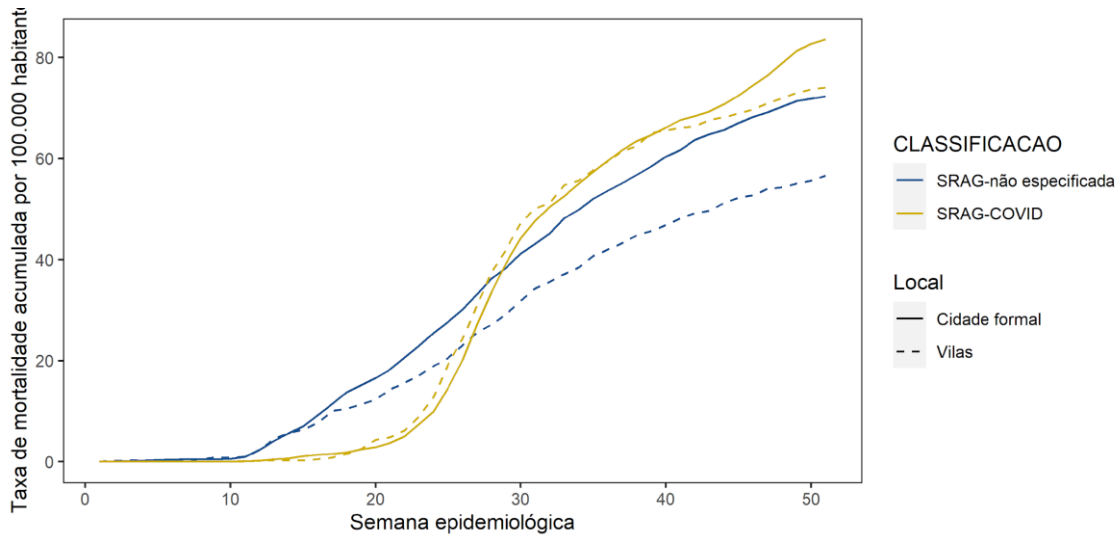


Figura 2 - Taxa de mortalidade acumulada por SRAG-COVID e SRAG não especificada, ajustadas por idade, nas vilas e cidade formal de Belo Horizonte/MG, 29/12/2019 a 19/12/2020 (1ª a 51ª semanas epidemiológicas).

O achado da taxa de mortalidade acumulada ajustada por idade mais alta na cidade formal para a SRAG não especificada e, em especial, após a semana 40 também para a SRAG COVID a partir desta semana (27/09/2020), nos coloca o desafio de entender, de forma mais profunda, tais diferenças que, talvez, não fosse de pronto esperado. São inúmeros os mecanismos subjacentes que operam no processo de adoecer e morrer, notadamente nessa epidemia, e no espaço intraurbano. A simples utilização do “*dize-me onde mora e é possível dizer de sua saúde*”, nos remete à questão socioeconômica, incluindo as condições de vida como habitabilidade, trabalho e mobilidade como determinantes importantes do processo de adoecer e morrer. Observando a curva temporal dos casos das síndromes respiratórias, as diferenças encontradas entre a cidade formal e as favelas, mesmo levando-se em conta as diferentes pirâmides etárias, não permite ver com tanta robustez o peso da precariedade nas condições de vida. Assim, considerando que a medicina e saúde pública não são ciências exatas, tais achados demandam novas análises e maior abrangência de hipóteses dos possíveis mecanismos causais, incluindo o entendimento do acesso ao diagnóstico, notadamente a oferta de testagem, acesso e prontidão do tratamento das complicações e outros mecanismos que operam no ambiente urbano tais como inserção no mercado de trabalho e mobilidade, além dos determinantes sociais pregressos da saúde, tão relevantes em populações vulneráveis.

Distribuição espacial dos casos internações e óbitos

Reconhecendo que a dinâmica da COVID-19 está diretamente associada à mobilidade urbana e as condições sociais e econômicas dos diferentes grupos populacionais, continuamos com o olhar espacial da distribuição dos casos graves. Nesse informe serão apresentados mapas da distribuição espacial das internações e óbitos por SRAG-COVID e SRAG não especificada analisados em dois períodos, definidos com base na gestão municipal para o controle da COVID-19: 1º – fase de controle (até 05/08/2020) e 2º - fase de flexibilização (a partir de 06/08/2020).

No início da epidemia, o município optou por adotar medidas mais rigorosas (fase de controle), com proposta de flexibilização gradual no final de maio. Entretanto, com o aumento significativo do número médio de transmissão e das taxas de ocupação de leitos em UTI e enfermarias, no início de junho a fase de controle foi retomada. Somente no dia 06 de agosto de 2020, considerando o nível de alerta verde, a gestão municipal seguiu com o protocolo de abertura gradual do comércio (fases de flexibilização). Desde então, autorizou o funcionamento da maioria das atividades econômicas do município, com consequente aumento da mobilidade intraurbana.

Nas figuras 3 e 4 é possível observar a densidade de Kernel¹ respectivamente para internações e óbitos, ocorridos no município antes (mapas A) e depois (mapas B) da efetiva flexibilização das medidas de controle adotadas.

Ao comparar os mapas, observam-se variações na mancha de concentração dos casos. Para a figura 3 foram georreferenciados, por local de residência, 11.852 internações ocorridas até o dia 05/08 (mapa A) e 8.634 que ocorreram a partir desta data até o dia 02/01/2021. Enquanto medidas de controle mais rigorosas estavam sendo adotadas, os *hotspots*² em destaque se concentravam em áreas mais delimitadas. Após o início do processo de flexibilização das medidas de controle observa-se um espalhamento da mancha, com uma maior dispersão dos casos graves de SRAG para além das áreas habitualmente afetadas. Destaque maior deve ser dado às mudanças ocorridas no padrão de distribuição espacial nas regionais Leste e Nordeste em que passam a ter maior concentração de internações próximo a bairros que até o momento não haviam sido destacados na epidemia no município, como por exemplo os bairros Esplanada, Sagrada Família, Floresta, Santa Tereza, na região Leste e Maria Goretti, São Marcos, Ipiranga, Santa Cruz e Cidade Nova na Nordeste.

¹ Estatística que estima a distribuição da densidade dos casos em uma determinada área a partir da localização dos casos no município. Destaca em cor mais intensa (vermelha) a maior concentração das internações e ou óbitos no município.

² *Hotspots*: zonas quentes no mapa representados por cor mais intensa (vermelho), indicando maior densidade/concentração dos casos.

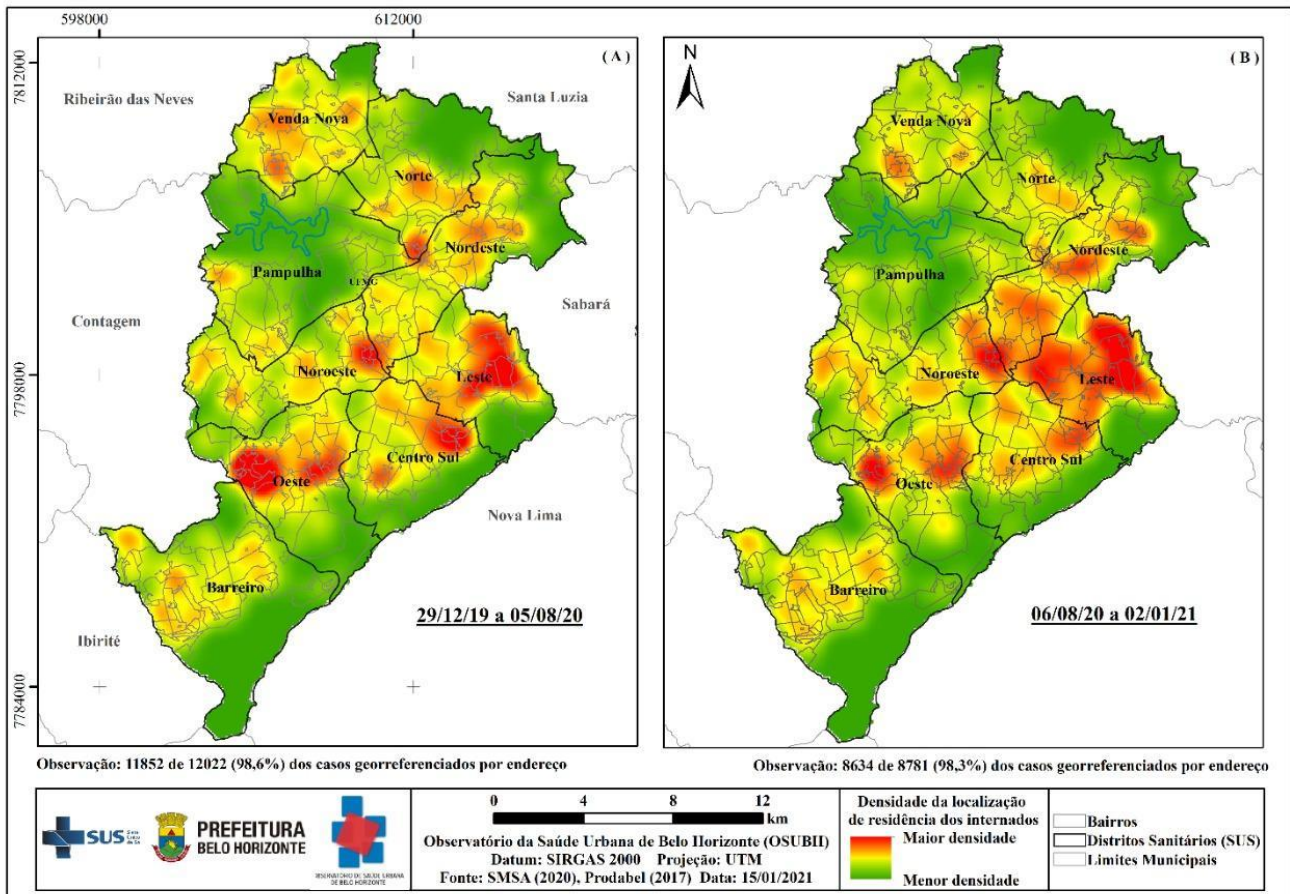


Figura 3. Mapas de Densidade de Kernel das internações por SRAG-COVID e SRAG não especificada ocorridas em Belo Horizonte até o dia 02/01/2021 e apresentados em dois períodos (Mapa A. distribuição das internações ocorridas de 29/12/2019 a 05/08/2020, Mapa B. distribuição das internações ocorridas de 06/08/2020 a 02/01/2021).

Com relação à distribuição dos óbitos, observa-se que, além de um padrão de espalhamento da mancha, há deslocamento de alguns *hotspots* após as medidas de flexibilização (Figura 4). Zonas quentes observadas nas regiões de Venda Nova, Norte, Oeste e Centro Sul perdem intensidade e passam a ser mais evidentes em outros locais, na fase 2. Na região de Venda Nova, a concentração de óbitos em relação ao restante da cidade reduz significativamente. Na região Norte a concentração que era maior na divisa com a Nordeste (mapa A), desloca para área mais central, próximo aos bairros Guarani e Aarão Reis (mapa B). Na região Oeste há um espalhamento da mancha, reduzindo a disparidade observada na região próxima ao Cabana Pai Tomás das demais áreas da região. Já na Centro Sul, durante a fase de controle, uma maior densidade de óbitos era observada nas proximidades do Aglomerado da Serra (mapa A). Após a flexibilização há um deslocamento desta mancha para áreas de menor vulnerabilidade social, destacando-se em bairros como Lourdes, Savassi, Santo Antônio, São Pedro e Cruzeiro. O espalhamento da mancha pode ser observado na região Leste e Noroeste e alta concentração de óbitos passa ser evidenciada também na região do Barreiro próximo ao bairro Araguaia.

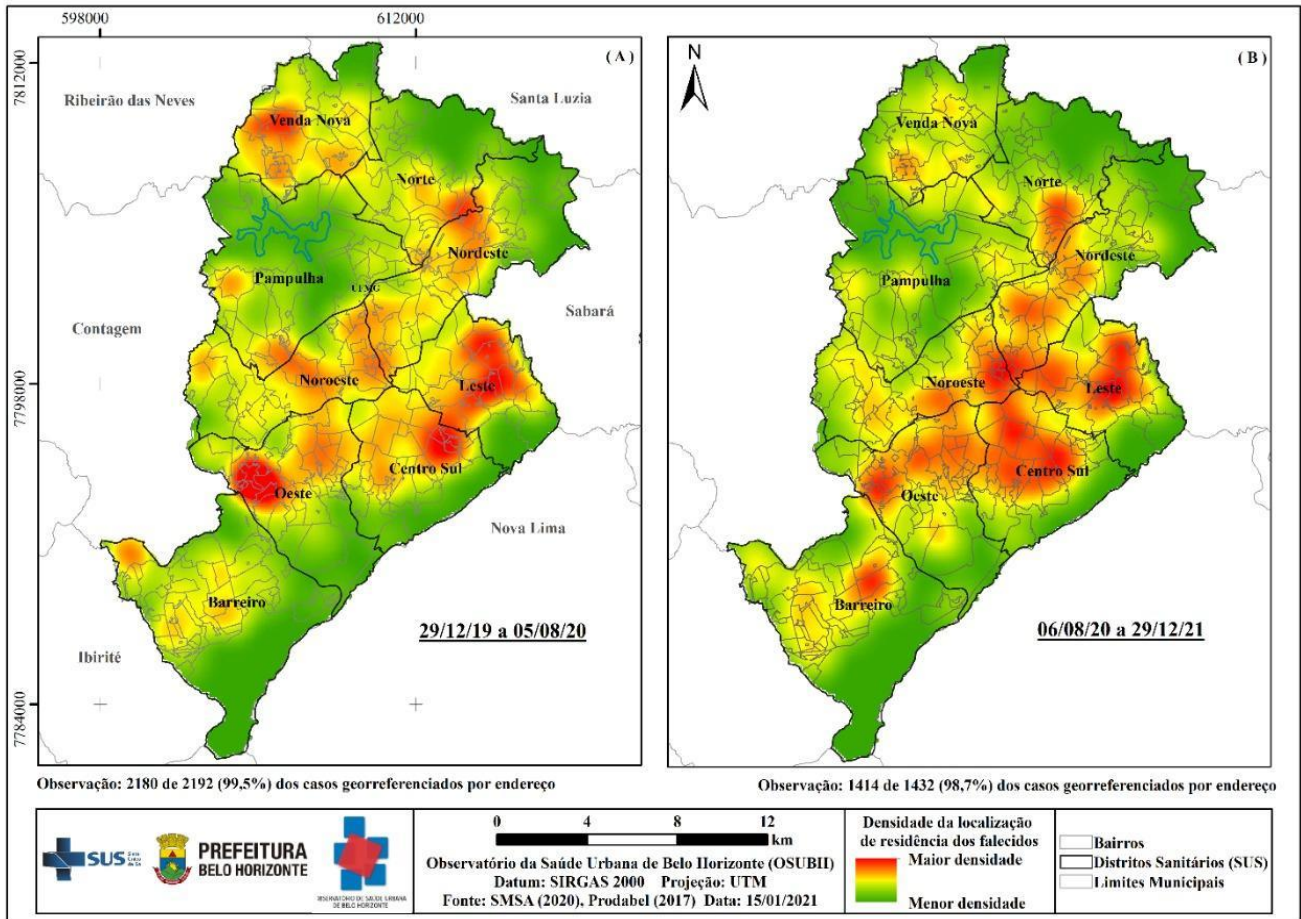


Figura 4. Mapas de Densidade de Kernel dos óbitos por SRAG-COVID e SRAG não especificada ocorridas em Belo Horizonte até o dia 02/01/2021 e apresentados em dois períodos (Mapa A. distribuição das internações ocorridas de 29/12/2019 a 05/08/2020, Mapa B. distribuição das internações ocorridas de 06/08/2020 a 02/01/2021).

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

Após um ano de observação, temos analisado retrospectivamente os dados de pacientes, residentes em Belo Horizonte, internados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), usando uma base de dados municipal composta de 12.236 pacientes, com idade média de 58 anos. Dos 8.567 diagnosticados com COVID, a idade média era de 63 anos, eram mais homens, não brancos e somente 24% não tinham comorbidades. Observamos um perfil mais jovem da população sendo acometida que em outros países, uma grande disparidade racial e um componente preocupante representado pela grande ocorrência de comorbidades.

Adicionalmente, a dinâmica temporal dos casos hospitalizados e óbitos mostra-se peculiar em relação ao território, aqui aferido pelo endereço de residência do paciente, comparando-se áreas vulneráveis e cidade formal, mesmo levando-se em consideração o perfil etário mais jovem da população vivendo em áreas vulneráveis. As taxas são maiores nas vilas do que na cidade formal, indicando que o risco de moradores das áreas de vilas/favelas internarem por SRAG era maior. Entretanto, também temos observado uma tendência de inversão nos últimos meses que merecerá maior tempo de observação antes de tirarmos conclusões, principalmente frente ao recrudescimento da epidemia no município, nas últimas semanas.

Pela análise espaço temporal da distribuição das internações e óbitos por SRAG, observou-se que durante as medidas mais restritivas para o controle da COVID-19 no município de Belo Horizonte havia maior concentração destes casos em áreas de maior vulnerabilidade social. A partir destas análises, sugere-se que as medidas protetivas devem ser repensadas especialmente para os mais vulneráveis, cujas condições de vida, habitabilidade e saneamento são deficitárias. Ou seja, grupo que mesmo durante a fase de controle (até agosto/2020) continuaram expostos e apresentaram maiores taxas de internações e óbitos. Foi observado que medidas de flexibilização impactaram também de forma heterogênea os diferentes grupos populacionais, possivelmente produzindo impactos mais negativos em populações de melhores condições sociais.

Observamos diferenças substanciais intraurbanas que sugerem o caráter multifatorial da dinâmica da epidemia na determinação dos casos graves, sugerindo maior ocorrência em populações mais vulneráveis e portadoras de comorbidades. Todos estes componentes aqui descritos reforçam a necessidade de um olhar abrangente na ótica social, preenchendo o complexo conceito de que, mais que uma epidemia, estamos lidando com uma sindemia onde a possibilidade da existência do sinergismo de vários agravos nas



mesmas populações, concentradas no mesmo espaço urbano, estão operando no processo saúde-doença possivelmente por causas subjacentes comuns entre agravos, como os determinantes sociais da saúde. Finalmente, as múltiplas e complexas determinações desta sindemia necessitam de maior compreensão, como as interrelações entre unidades espaciais menores que podem apontar melhor os diferenciais intraurbanos e suas conexões

com os diversos indicadores sociais. Além disso, as características dos serviços de saúde que favorecem ou dificultam o diagnóstico clínico e laboratorial destes agravos, a capacidade instalada e a qualidade do cuidado da rede hospitalar, a

presença e o tipo de comorbidade, além das políticas e ações locais de prevenção e de flexibilização do distanciamento social podem impactar nas variações das taxas acumuladas de internação e óbito.

Referências

1 – Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. The Lancet, Vol. 396, September 26, 2020. Disponível em: < [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)>

2 – Prefeitura de Belo Horizonte. Combate ao coronavírus – COVID-19. Reabertura de atividades. 2020. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/planejamento/2020/pbh_reaberturadeatividades_210920-1.pdf

3 – Prefeitura de Belo Horizonte. Legislação COVID-19. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/licitacoes-e-contratos/editais-e-contratos/legislacao-covid-19>

InfoCOVID OSUBH

@osubh.ufmg



osubh@medicina.ufmg.br



+55 (31) 3409-9949 | + 55 (31) 3409-9100



Av. Alfredo Balena, 190 – sala 730 | CEP: 30130-100

