



Artigo

Vulnerabilidade social no contexto da pandemia de COVID-19: uma discussão bioética

Social vulnerability in the context of the COVID-19 pandemic: a bioethical discussion


Vulnerabilidad social en el contexto de la pandemia del COVID-19: una discusión bioética

Priscila Dias Alves¹

Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, DF, Brasil

 <https://orcid.org/0000-0003-1299-8704> priscialves@gmail.com**Eliane Maria Fleury Seidl²**

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

 <http://orcid.org/0000-0002-1942-5100> seidl@unb.br

Submissão em: 01/08/23

Revisão em: 15/09/23

Aprovação em: 18/09/23

Resumo

Objetivo: analisar, sob um olhar bioético, a vulnerabilidade social referente à saúde durante o contexto da pandemia de COVID-19. **Metodologia:** foram incluídas publicações de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2020, revisadas 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. **Resultados:** de um total de 132 artigos, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram identificados 21 artigos elegíveis. Os temas mais abordados na amostra foram: vulnerabilidades referentes a pessoas idosas, raça, minorias étnicas, condições socioeconômicas precárias, gênero feminino, pessoas com deficiência e condições crônicas de saúde. Observou-se artigos abordando mais de uma temática, integrando aspectos diversos de populações vulneráveis. Com base nos dados encontrados foram feitas análise e discussão com foco em vulnerabilidade como conceito bioético, além de conexões com discriminação e determinação social da saúde. **Conclusão:** os resultados apontam para a violação de direitos explicitados na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos. Ao aumentar a disparidade da morbimortalidade por COVID-19 de grupos populacionais já impactados pela determinação social da saúde, constata-se uma violação do direito à saúde, indicando que governos e sociedades falham em respeitar a vulnerabilidade de grupos sociais no contexto pandêmico.

Palavras-chave

COVID-19. Populações vulneráveis. Grupos populacionais. Determinantes sociais da saúde. Equidade em saúde.

Abstract

Objective: To analyze, from a bioethical perspective, social vulnerability in relation to health during the context of the COVID-19 pandemic. **Methods:** The study included peer-reviewed publications

¹ Mestra em Bioética pela Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Médica intensivista pediatra na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

² Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Professora titular do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

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 and Spanish equivalents DECS terms were used for searching in the other two databases. **Results:** a total of 132 articles were found. After applied inclusion and exclusion criteria, were 21 eligible articles. The most recurrent themes were: racial, ethnic and social-economics, gender, age, disability and chronic health conditions. Articles addressing more than one theme were observed, integrating different aspects of vulnerable populations. 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. **Conclusion:** Results point to the violation of rights explained in the Universal Declaration of Bioethics and Human Rights. By increasing the disparity in morbidity and mortality from COVID-19 of population groups already impacted by the social determination of health, there is a violation of the right to health, indicating that governments and societies fail to respect the vulnerability of social groups in the pandemic context.

Keywords

COVID-19. Vulnerable populations. Population groups. Social determinants of health. Health equity.

Resumen

Objetivo: analizar desde un punto de vista bioético, la vulnerabilidad social relacionada con la salud durante el contexto de la pandemia de la COVID-19. **Metodología:** se incluyeron publicaciones revisadas por pares del 1 de enero al 31 de diciembre de 2020, identificadas en las bases de datos Pubmed, SciELO y LILACS. Se utilizó el término MESH “COVID-19” para buscar en la base de datos Pubmed junto con los términos: “población vulnerable”, “grupos de población”, “determinantes sociales de la salud”, “equidad en salud”. Los descriptores DECS equivalentes en portugués y español de los términos MESH fueron utilizados en la búsqueda en las otras bases. **Resultados:** de un total de 132 artículos, tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se identificaron 21 artículos. Los temas más discutidos fueron: vulnerabilidades relacionadas con los adultos mayores, raza (énfasis en personas negras), minorías étnicas, condiciones socioeconómicas precarias, género femenino, personas con discapacidad y condiciones crónicas de salud. Se observaron artículos que abordaban más de un tema, integrando diferentes aspectos de las poblaciones vulnerables. A partir de los datos encontrados, se realizó análisis y discusión con foco en la vulnerabilidad como concepto bioético, así como las conexiones con la discriminación y la determinación social de la salud. **Conclusión:** los resultados apuntan a la violación de los derechos explícitos en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Al aumentar la disparidad en la morbimortalidad por COVID-19 de grupos poblacionales ya impactados por la determinación social de la salud, se vulnera el derecho a la salud, indicando que los gobiernos y las sociedades no respetan la vulnerabilidad de los grupos sociales ante la pandemia.

Palabras clave

COVID-19. Poblaciones vulnerables. Grupos de población. Determinantes sociales de la salud. Equidad en salud.

Introdução

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 e Jennings assinalaram 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, também, 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). O artigo visa discutir o contexto 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, a partir de literatura selecionada para esta finalidade.

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 aquela que é parcial ou absolutamente incapaz de proteger os próprios direitos e interesses. Esta pessoa pode 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.

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 enorme número de infectados e mortos devido à COVID-19 nos anos 2020 e 2021, levanta-se a questão sobre como os determinantes sociais da saúde podem ser observados nesta doença. 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), refletindo a iniquidade do acesso à saúde, resultando em maior morbidade e mortalidade, menores expectativas de vida e maior mortalidade infantil. Apesar de ser uma doença infecciosa aguda, que inicialmente esteve 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 em análises de

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 já acarreta vulnerabilidade (3). Apesar de Ten Have (3) não explicitar ao certo o porquê 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 têm 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.

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 em 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, mas também garantir a continuidade da assistência às pessoas com condições crônicas e assegurar o conforto e a dignidade dos pacientes sem perspectiva de sobrevivência (8).

O direito à saúde é explicitado no artigo 25 da Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH) de 1948 (13). Em termos da Constituição brasileira de 1988 (14), 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.

Observa-se, então, que a saúde, como direito, se pauta no princípio da igualdade. A igualdade, associada à justiça, e à equidade como princípio bioético, aparecem representadas na DUBDH (2) 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).

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. 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.

Metodologia

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 um quadro 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

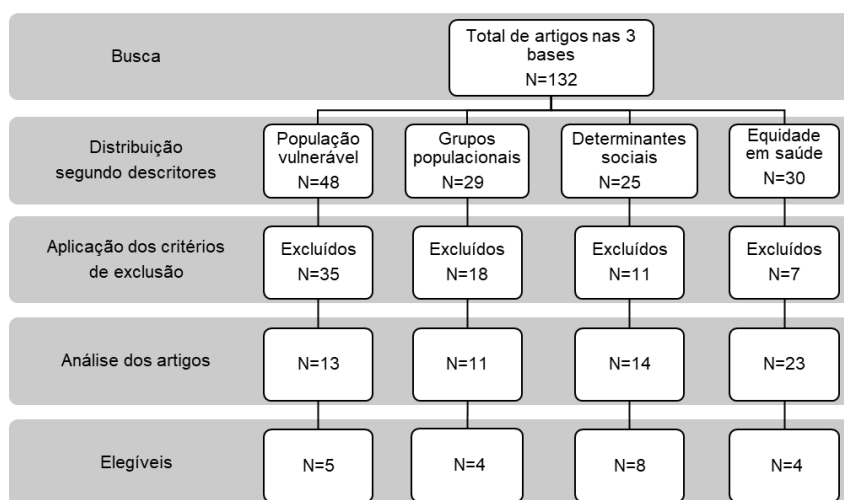
objetivo era estabelecer propostas para evitar um agravamento dos aspectos de vulnerabilidade social com base em elementos anteriores à pandemia sem fornecer dados a respeito dessa vulnerabilidade durante a pandemia em si.

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 feito o sumarização dos resultados principais e compilação para apresentação dos dados em formato de quadro. 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.

Resultados

Foram encontrados 130 artigos na busca feita na plataforma Pubmed, 2 artigos identificados na plataforma SciELO e nenhum na LILACS, totalizando 132. Após a triagem inicial, consistindo na 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



Fonte: elaboração própria.

Foi observado um padrão nos estudos elegíveis, que em sua maioria eram revisões: de um total de 19 artigos de revisão, 14 eram de revisão narrativa, 4 de revisão sistemática e 1 de revisão integrativa, publicados após o mês de maio, em inglês, em periódicos internacionais.

O mês de 2020 com mais publicações elegíveis foi setembro, com 6 artigos. Há 2 artigos que foram publicados também em língua portuguesa, além da inglesa. Mais da metade da amostra de artigos foi de produção norte-americana, com 11 artigos de autores estadunidenses e 1 artigo de autores canadenses. Há 2 artigos oriundos de produção latino-americana, 1 de origem asiática, 3 produções europeias e 2 da Austrália. Não se observaram produções africanas.

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. Observou-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. Alguns artigos abordaram um ou mais temas, motivo de a soma ser superior a 21.

Análise dos artigos por descritor

Ao analisar por descritor, população vulnerável originou cinco artigos elegíveis (Quadro 1). Foram abordadas as vulnerabilidades referentes a grupos etários de idade avançada em três artigos (16,17,19). Um dos artigos (17) 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. Dois artigos (16,19), ao abordarem estudos referentes a terapêutica e profilaxia para COVID-19, assinalaram que idosos e pessoas com comorbidades tendem a estar sub-representados 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 (18). Foi identificado um artigo mais voltado para questões socioeconômicas e estudos de modelagem para auxiliar o enfrentamento da pandemia em países subdesenvolvidos (20). 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, estes têm uma população mais jovem, com menos contextos de risco. Porém, possuem sistemas de saúde mais frágeis, com superlotação e comorbidades nesses cenários. Por fim, o artigo 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 (20).

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.

Agrupadas sob o descritor grupos populacionais (Quadro 2), foram identificadas quatro publicações elegíveis. O tema mais abordado neste descritor foi a vulnerabilidade racial, sendo que dois artigos focaram as minorias étnicas juntamente com as raciais, enfatizando a situação de disparidade das taxas de mortalidade se comparadas às de pessoas brancas (21,22). 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 (21).

Quadro 1. Artigos identificados sobre COVID-19 e populações vulneráveis

Autores, tipo de estudo e mês de publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
Prendki et al. (16) revisão sistemática, dezembro	Examinar a participação de idosos em estudos terapêuticos e profiláticos de COVID-19.	Pessoas idosas são sub-representadas em estudos clínicos. Apesar de ser uma população muito afetada, há recortes que excluem esse estrato etário.
Ryoo et al. (17) revisão narrativa, novembro	Obter informações sobre aspectos da COVID-19 em pacientes idosos com déficit cognitivo.	Vulnerabilidade ligada a faixa etária, com declínio cognitivo 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.
Lebrasseur et al. (18) revisão sistemática, novembro	Revisar o impacto da pandemia de COVID-19 e medidas de proteção e isolamento entre as pessoas com deficiência física.	Onze estudos :1 prospectivo e 10 transversais. Foram observados medo de buscar os serviços de saúde durante a pandemia, oscilações no humor e dificuldade para dormir.
Venkatesulu et al. (19) revisão sistemática, agosto	Revisar estudos clínicos em andamento, com objetivo de fornecer uma visão das intervenções testadas, raciocínio clínico, distribuição geográfica e conclusões obtidas.	Apenas 5,5% dos 829 estudos incluíram idosos e pessoas com comorbidades na amostra. A maioria dos estudos foi realizada em países desenvolvidos.
McBryde et al. (20) revisão narrativa, junho	Descrever como a modelagem influenciou as políticas de enfrentamento à pandemia desde o início.	Modelos podem auxiliar países de média e baixa renda a se preparar 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.

Fonte: elaboração própria.

Gênero foi abordado em dois artigos (22,24), 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 (24). Direitos reprodutivos violados, níveis de desemprego aumentados e necessidade de assumir múltiplos empregos foram problemas abordados no artigo que mostrou a ampliação da vulnerabilidade feminina (24). 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 (24). Foi destacado também que, devido ao aumento de estressores e de tarefas associadas a papéis de gênero, mulheres estavam mais suscetíveis a sofrerem reveses na saúde mental. 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 (24).

Observou-se, ainda, a questão de classe social que se somou à discussão em três dos quatro artigos (21,22,23), com destaque para a interseccionalidade entre classe social (pobreza), pessoas não brancas e/ou de grupos étnicos minoritários, acarretando risco maior de exposição ao coronavírus por não ter seguro saúde, morar em casas superpopuladas e apresentar maior dificuldade de realizar o isolamento social.

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

Autores, tipo de estudo e mês de publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
Dhillon, Breuer, Hirst (21) revisão narrativa, junho	Sumarizar evidências sobre pontos de controvérsia em discussões nas mídias sociais e canais de notícias.	Minorias étnicas são afetadas desproporcionalmente: um terço dos pacientes graves de COVID-19 é de minoria étnica. Mesmo com ajuste por idade, fatores sociodemográficos e comorbidades fazem com que pessoas de minorias étnicas tenham o dobro de chances de morrer por COVID-19 em relação a pessoas brancas.
Selden, Berdahl (22) empírico, julho	A partir de dados do <i>Medical Expenditure Panel Survey</i> (MEPS), reformular e construir hipóteses e propostas sobre as causas das disparidades relacionadas à COVID-19.	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 da pele. As variáveis idade, tipo de ocupação e domicílio também são insuficientes.
Estrela et al. (23) revisão integrativa, setembro	Refletir sobre os impactos da COVID-19 sob a ótica de gênero, raça e classe.	Pobreza extrema e baixa escolaridade têm efeitos na desobediência às recomendações sobre medidas de saúde pública. Pessoas em situação de rua têm dificuldades no acesso a serviços de saúde e podem ter sintomas minimizados pelos profissionais. São negras ou pardas 75% das pessoas que vivem na extrema pobreza.
Connor et al. (24) revisão narrativa, setembro	Usando evidências de pandemias anteriores e o conhecimento atual da COVID-19, destacar elementos relacionados aos desafios apresentados a mulheres dos EUA, associados à capacidade da força de trabalho da saúde, saúde reprodutiva, desenvolvimento de fármacos, violência doméstica e saúde mental.	Entre profissionais de saúde 75% são mulheres, com risco aumentado de contaminação pelos papéis desempenhados. Taxas maiores de desemprego, forçando-as a assumir empregos em múltiplas instituições sem direito a afastamento remunerado por motivos de saúde. Redução do acesso aos direitos reprodutivos, sendo que há maior risco para mulheres grávidas que para mulheres fora de período gestacional. Mulheres são sub-representadas nas pesquisas de desenvolvimento de fármacos. Aumento na violência de gênero e sua rede de proteção. Mais suscetíveis a maior impacto na saúde mental.

Fonte: elaboração própria.

Ao examinar a amostra de artigos encontrada sob o descritor determinantes sociais de saúde (Quadro 3), foram selecionados oito artigos. Um artigo (31) tratou de uma condição específica de saúde – dor crônica –, agravando 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 (26,27,29,30) mencionaram a discrepância das condições de saúde da população negra, destacando seu papel desempenhado nos serviços essenciais, o que acarreta a impossibilidade de realizar isolamento social. Um artigo (29) citou a população indígena, 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 examinar-se o racismo estrutural e a discriminação a que são submetidas pessoas afrodescendentes (26).

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 (27). Quatro artigos abordaram as condições socioeconômicas, sendo que três deles fizeram a intersecção com minorias (25,29,30). Pesquisadores (30) 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 (28) 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 (28).

O exame dos textos encontrados sob o descritor equidade em saúde (Quadro 4) mostrou que foram selecionados cinco artigos. 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 (33). 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 piores funcionais e maior mortalidade (33).

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

Autores, tipo de estudo e mês de publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
Khalatbari-Soltani et al. (25) 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.
Ajilorea, Thames (26) revisão narrativa,	Descrever fatores que contribuem para o impacto da COVID-19 em pessoas afrodescendentes	O estresse levando a condições piores de saúde Maior representação de afrodescendentes em setores essenciais da economia (não realizando isolamento social). Determinantes sociais já foram

junho		estabelecidos e pouco foi feito para diminuir a iniquidade.
Roberts, Tehrani (27) revisão narrativa, junho	Fazer um paralelo da pandemia de influenza de 1918 e a de COVID-19 nos EUA.	Há maior representação de afrodescendentes nas internações que na população em geral, com maior proporção nos setores essenciais, sendo que 70% não tinham diploma de nível superior. Diferença no tratamento dos trabalhadores essenciais, com incentivo a irem trabalhar doentes.
Singu et al. (28) revisão narrativa, julho	Sumarizar o impacto dos cinco determinantes sociais de saúde na pandemia: estabilidade econômica; contexto social e comunidade; educação; vizinhança e ambiente; saúde e cuidados de saúde.	O texto trabalha em detalhes os seguintes aspectos: estabilidade econômica, contexto social e comunidade, educação, vizinhança e ambiente construído, saúde e cuidados de saúde, acesso à saúde, desertos alimentares.
Gray et al. (29) 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. Maior representação de minorias entre os trabalhadores essenciais e aqueles vivendo na pobreza, tornando-as mais suscetíveis a ambientes domésticos superpopulosos e dificuldade de realizar distanciamento social.
Phillips et al. (30) 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 têm uma intersecção que leva a maior mortalidade na população negra. A desproporção das mortes em populações vulneráveis socialmente e minorias étnico/raciais não será eliminada sem esforços para abordar os determinantes sociais.
Karos et al. (31) revisão narrativa, outubro	Investigar fatores que precipitam, pioram e mantêm a dor por meio de ameaças sociais a indivíduos acometidos por dor crônica.	Distanciamento social, desconexão social e solidão são amplificadas levando a doenças psiquiátricas, exacerbação da dor e limitações físicas. Riscos da proximidade social e domiciliar: contribuição para exacerbação e cronicidade da dor. Redução do acesso para manejo da dor de alta qualidade.
Chu et al. (32) revisão sistemática, novembro	Identificar as consequências sociais da quarentena e estratégias para mitigar o impacto social negativo do confinamento.	Foram identificadas sete consequências 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 sobre cuidados relativos à prevenção da infecção, economia em nível individual e comercial (preconceito sofrido por comércio mantido por famílias de origem asiática). Fator positivo: promoção do altruísmo como compreensão que seu isolamento tem efeitos diretamente na segurança da saúde de terceiros.

Fonte: elaboração própria.

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 (35). 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 (36). 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. Este artigo discutiu que a informação passada à população pode influenciar sua opinião: ao enfatizar o conceito de grupos de risco, em vez de ressaltar o risco como de toda a coletividade, pode levar a um efeito diferente do almejado em saúde pública.

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

Autores, tipo de estudo e mês de publicação	Objetivos	Pontos principais relevantes
Novick, Rizzolo, Cervantes (33) revisão narrativa, setembro	Descrever as disparidades e dificuldades adicionais de populações de pacientes com doença renal crônica (DRC), incluindo pessoas sem teto, idosos, minorias étnicas e raciais e imigrantes.	Idosos com DRC têm risco aumentado de desfechos negativos por COVID-19, riscos relacionados à infecção 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 para DRC. Populações sem teto têm maior incidência de comorbidades, mortalidade 10 vezes maior que a população abrigada e maior dificuldade para aderir às medidas de higiene. Mulheres com DRC têm maior probabilidade de pertencerem a minorias étnicas e raciais, ser mãe-solo, baixa escolaridade e renda, sendo grupo mais exposto à infecção. Negros e latinos têm maior chance de progredir para DRC mais rapidamente.
Alcendor (34) revisão narrativa, agosto	Examinar as implicações clínicas de base que predisõem minorias e os desfechos adversos que contribuem para o risco de mortalidade aumentado.	Disparidades em saúde são anteriores à pandemia de COVID-19 nos EUA. Populações afro-americanas têm uma maior incidência de comorbidades que são fatores de risco para COVID-19: diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e obesidade. Uma estratégia para combater a disparidade na mortalidade por COVID-19 seria mitigar os determinantes sociais de saúde, estabelecer cuidados de prevenção e tratamento das comorbidades.
Santos et al. (35) 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 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. Essa omissão pode ser com o intuito de invisibilizar pessoas mais afetadas pela pandemia. Negação de direitos básicos por omissão e obscurantismo do Estado traduzido em racismo estrutural, necropolítica e genocídio. É necessário maior divulgação de dados por raça/cor no Brasil.
Yildirim (36) inquérito, dezembro	Acessar como os diferentes cenários da pandemia influenciam a opinião pública sobre esta ser uma ameaça	Pessoas que não precisam se preocupar com elas mesmas ou com familiares usam a informação de que a COVID-19 tem maior impacto entre idosos e pessoas com comorbidades para se importarem menos com a ameaça da doença e mais com o “salvamento da economia”.

grave e se é mais importante salvar vidas ou a economia.

A disseminação do conhecimento científico sobre o impacto desigual da doença pode estar levando pessoas menos expostas a ter um viés otimista com relação à gravidade da doença e menor adesão a cuidados preventivos. Em saúde pública pode ser mais eficiente veicular mensagens de solidariedade e de unidade com relação à pandemia: *"We are all in this together"*.

Fonte: elaboração própria.

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 pesquisa 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-chave 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, 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 (21, 23), o aumento da vulnerabilidade social e da iniquidade foi evidenciado, como expressam os dados expostos nos quatro quadros 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.

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 (35).

Cabe ressaltar que a falta de transparência epidemiológica nos remete a uma possível posição necropolítica do estado. O conceito da necropolítica na pandemia é abordado por um texto analisado no presente estudo (35). 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 (20,35). 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” (18,19).

A análise dos achados principais, sintetizados nos quadros 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 quadros, 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 (21,23,25,26,29).

Ao se deter sobre questões de gênero ao longo da pandemia (24,27), 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 (37). Estudos relativos a gênero são necessários para determinar melhor a vulnerabilidade de mulheres na pandemia.

Ao se abordar a questão etária, notou-se a sub-representação de pessoas idosas e com comorbidades em estudos diversos (16,19), 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 em grupos que são menos afetados, ignorando suas interações e eficácia na população com maior morbimortalidade.

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 (17,18,31,36). Deficiência física foi pouco abordada na amostra de artigos, ainda que essa condição se mostre 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 (37). 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.

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.

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 (36).

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 3º, Dignidade Humana e Direitos Humanos; 8º, 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 limitação a quantidade pequena de bases de dados pesquisadas, podendo ser recomendado, em estudos futuros, a ampliação para outras plataformas. Podemos considerar também uma limitação os descritores utilizados, sendo que, talvez, se uma nova busca fosse feita, lançar mão de mais descritores poderia resultar em maior amostra de publicações. A opção por incluir boletins epidemiológicos governamentais também pode ser uma alternativa valiosa em estudos futuros, possibilitando, decerto, uma melhor visão da realidade de países com a perspectiva sul, corrigindo, assim, a distorção encontrada no presente trabalho, em que, majoritariamente, os artigos partiram de países desenvolvidos.

Conclusões

É de extrema importância a proteção de populações vulneráveis e o esforço coletivo em mitigar as iniquidades, garantindo o direito humano à saúde destas populações. A pandemia de COVID-19 ainda não acabou, e mais publicações originais devem surgir nos próximos anos, 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, pesquisas 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.

Conflito de interesses

As autoras declaram que não há conflito de interesses.

Contribuição das autoras

Alves PD idealizou a concepção do artigo, fez a análise e interpretação de dados e a redação do artigo. Seidl EMF contribuiu na análise e interpretação de dados, na revisão crítica de seu conteúdo e a aprovação da versão final do artigo.

Equipe editorial

Editora científica: Alves SMC

Editor assistente: Cunha JRA

Editores associados: Lamy M, Ramos E

Editor executivo: Teles G

Assistente editorial: Rocha DSS

Revisora de texto: Barcelos M

Referências

1. Callahan D, Jennings B. Ethics and Public health: forging a strong relationship. *Am J Public Health* [Internet]. 2002 [citado em 02 fev. 2021];92(2):169-176. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11818284/> Doi: <https://doi.org/10.2105/ajph.92.2.169>
2. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco [Internet]. Tradução: Tapajós A, Prado MM, Garrafa V. Brasília: Cátedra UNESCO de Bioética; 2005 [citado em abr. 2021]. 12p. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_p_or
3. Ten Have H. Respect for Human vulnerability: the emergence of a new principle in Bioethics. *J Bioeth Inq* [Internet]. 2015 [citado em 02 fev. 2021]; (12):395-408. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26160601/> Doi: <https://doi.org/10.1007/s11673-015-9641-9>
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 apr. 1979 [Internet]. Bethesda: Office of Human Subject Research; 1979 [citado em mar. 2021]. Disponível em: <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>
5. Levantezi M, Shimizu HE, Garrafa V. Princípio da não discriminação e não estigmatização: reflexões sobre hanseníase. *Rev.bioét.* [Internet]. 2020 [citado em 02 fev. 2021];28(1):17-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/SWNd6zNCNXhtW8cRByVq7dx/?format=pdf> Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-80422020281362>
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* [Internet]. 2015 [citado em fev. 2021];39(106):841-54. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kdf3kjjB73Ym6n7QFJgXWQD/?format=pdf&lang=pt> Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
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* [Internet]. 2002 [citado em fev. 2021];(5):235-44. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12517031/> Doi: <https://doi.org/10.1023/a:1021132602330>
8. World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into the response to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide [Internet]. Geneva: World Health Organization;2018 [citado em abr. 2021].116 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274565/9789241514460-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Brasil registra 1.036 mortes por coronavírus; total chega a 194.976 óbitos.G1 [Internet].31 dez. 2020 [citado em fev. 2021]; Bem estar. 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>
10. Rocha L. Brasil ultrapassa a marca de 500 mil mortos pela COVID-19. CNN Brasil[Internet].19 jul. 2021 [citado em mar. 2021]; Saúde. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/2021/06/19/brasil-ultrapassa-a-marca-de-500-mil-mortos-pela-COVID-19>
11. Janone L. Pandemia deixará mais de 200 milhões de desempregados até 2022, diz OIT. CNN Brasil [Internet].03 jun. 2021 [citado em abr. 2021];Economia. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/business/2021/06/03/pandemia-deixara-mais-de-200-milhoes-de-desempregados-ate-2022-diz-oit>
12. COVID: saúde mental piorou para 53% dos brasileiros sob pandemia, aponta pesquisa. BBC NWS [Internet]. 14 abr. 2021[citado em abr. 2021]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-56726583>
13. Declaração Universal dos Direitos Humanos adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. *Psicologia Clínica* [Internet]. 2008 [citado em abr. 2021];20(2):201-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000200015&lng=pt&tlng=pt Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-56652008000200015>
14. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Presidência da República; 1988 [citado em mar. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
15. Mújica OJ, Moreno CM. De la retórica a la acción: medir desigualdades en salud para “no dejar a nadie atrás”. *Rev. panam. salud pública.* [Internet]. 2019 [citado em fev. 2021];43:e12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6393735/> Doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.12>
16. Prendki V, Tau N, Avni T, Falcone M, Huttner A, Kaiser L, et al. A systematic review assessing the under-representation of elderly adults in COVID-19 trials. *BMC Geriatr* [Internet]. 2020 [citado em jan. 2021];20(1):538. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7749979/> Doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01954-5>

17. 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* [Internet]. 2020[citado em jan. 2021];35(42):e383. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7606885/> Doi: <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e383>
18. Lebrasseur A, Fortin-Bédard N, Lettre J, Bussi res EL, Best K, Boucher N, et al. Impact of COVID-19 on people with physical disabilities: a rapid review. *Disabil Health J* [Internet]. 2021 [citado em fev. 2021];14(1):101014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33158795/> Doi: <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2020.101014>
19. 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* [Internet]. 2021 [citado em fev. 2021];93(2):843-53. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32706390/> Doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.26338>
20. McBryde ES, Meehan MT, Adegbeye OA, Adekunle AI, Caldwell JM, Pak A, et al. Role of modelling in COVID-19 policy development. *Paediatr Respir Rev* [Internet]. 2020 [citado em jan. 2021];(35):57-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7301791/> Doi: <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2020.06.013>
21. Dhillon P, Breuer M, Hirst N. COVID-19 breakthroughs: separating fact from fiction. *FEBS J* [Internet]. 2020 [citado em jan. 2021];287(17):3612-32. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7300672/> doi <https://doi.org/10.1111/febs.15442>
22. Selden TM, Berdahl TA. COVID-19 And racial/ethnic disparities in health risk, employment, and household composition. *Health Aff (Millwood)* [Internet]. 2020 [citado em fev. 2021];39(9):1624-32. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32663045/> Doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00897>
23. Estrela FM, Soares CFSE, Cruz MAD, Silva AFD, Santos JRL, Moreira TMO, et al. COVID-19 pandemic: reflecting vulnerabilities in the light of gender, race and class. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 [citado em fev. 2021];25(9):3431-36. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bbcZzgN6Sns8mNPjKfFYRhb/?lang=pt> doi <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.14052020>
24. Connor J, Madhavan S, Mokashi M, Amanuel H, Johnson NR, Pace LE, et al. Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the COVID-19 pandemic: a review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2020 [citado em mar. 2021];(266):113364. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32950924/> Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113364>
25. 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* [Internet]. 2020 [citado em jan. 2021];74(8):620-623. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32385126/> Doi: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214297>
26. Ajilore O, Thames AD. The fire this time: the stress of racism, inflammation and COVID-19. *Brain Behav Immun* [Internet]. 2020 [citado em fev. 2021];(88):66-67. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272146/> Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.06.003>
27. 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* [Internet]. 2020 [citado em mar. 2021];17(12):4484. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7345270/> Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124484>
28. 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* [Internet]. 2020 [citado em abr. 2021];(8):406. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32793544/> Doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00406>
29. Gray DM, Anyane-Yeboah A, Balzora S, Issaka RB, May FP. COVID-19 and the other pandemic: populations made vulnerable by systemic inequity. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2020 [citado em abr. 2021];17(9):520-22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32541960/> Doi: <https://doi.org/10.1038/s41575-020-0330-8>
30. Phillips N, Park IW, Robinson JR, Jones HP. The perfect storm: COVID-19 health disparities in US Blacks. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 2020 [citado em abr. 2021];(23):1-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32965660/> Doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00871-y>
31. 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* [Internet]. 2020 [citado em abr. 2021];161(10):2229-35. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694381/> Doi: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002004>
32. 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* [Internet]. 2020 [citado em mar. 2021];27(7):taaa192. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33051660/> Doi: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa192>
33. Novick TK, Rizzolo K, Cervantes L. COVID-19 and kidney disease disparities in the United States. *Adv*

Chronic Kidney Dis [Internet]. 2020 [citado em mar. 2021];27(5):427-33. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7309916/> Doi: <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.06.005>

34. Alcendor DJ. Racial disparities-associated COVID-19 mortality among minority populations in the US. J Clin Med [Internet]. 2020 [citado em abr. 2021];9(8):2442. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32751633/> Doi: <https://doi.org/10.3390/jcm9082442>

35. Santos HLP, Maciel FBM, Santos KR, Conceição CDV, Oliveira RS, Silva NRF, et al. Necropolitics and the impact of COVID-19 on the Black community in Brazil: a literature review and a document analysis. Ciênc.saúde coletiva [Internet]. 2020 [citado em mar. 2021];25:4211-24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33027358/> Doi:

<https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>

36. Yildirim U. Disparate impact pandemic framing decreases public concern for health consequences. PLoS One [Internet]. 2020 [citado em abr. 2021];15(12):e0243599. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33338035/> Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243599>

37. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Protocolo AMIB de alocação de recursos em esgotamento durante a pandemia por COVID-19 [Internet]. AMIB; 2020 [citado em abr. 2021]. 24 p. Disponível em: <https://crmsc.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Versa%CC%83o-2-0106-Protocolo-AMIB-de-alocac%CC%A7a%CC%83o-de-recursos-em-esgotamento-durante-a-pandemia-por-COVID.pdf>

Como citar

Alves PD, Sedl EM. Vulnerabilidade social no contexto da pandemia de COVID-19: uma discussão bioética. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário. 2024 jan./mar.;13(1):83-101 <https://doi.org/10.17566/ciads.v13i1.1205>

Copyright

(c) 2024 Priscila Dias Alves, Eliane Maria Fleury Seidl

