

OS IMPACTOS DA DESASSISTÊNCIA EM SAÚDE DURANTE A PANDEMIA E A ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PERÍODO PÓS PANDÊMICO

Jéssica de Paula Paschoalino ¹

Lisiane Vaz

RESUMO

Introdução: A pandemia de COVID-19 evidenciou as fragilidades dos sistemas de saúde em todo o mundo, incluindo o colapso da capacidade assistencial diante do volume de casos. Paralelamente, intensificou-se a desassistência em saúde, causada tanto pelas medidas de restrição quanto pela baixa procura por serviços médicos, gerando expressiva demanda reprimida. **Objetivo:** analisar o impacto da desassistência e consequente demanda reprimida da saúde e atuação da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento. **Metodologia:** revisão da literatura por meio de publicações em bibliotecas digitais, organizações de saúde e fóruns médicos e econômicos. **Conclusão:** A análise da literatura evidencia dados alarmantes de desassistência durante o período da pandemia, com suspensão e adiamento de um volume considerado de atendimentos em saúde. O impacto foi grande, agravando doenças pré-existentes, aumentando mortalidade e gerando demanda reprimida no pós pandemia, com aumento dos custos assistenciais. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) se mostra fundamental no enfrentamento à crise de desassistência e demanda geradas, destacando-se como estratégia central na reorganização do sistema. Como porta de entrada e estrutura coordenadora do cuidado, permite organizar fluxos assistenciais, promover o acesso oportuno e evitar a sobrecarga de serviços de alta complexidade. A implementação efetiva da APS, inclusive na saúde suplementar, aliada ao uso de tecnologias e novas formas de cuidado (como atendimento remoto e equipes multidisciplinares), mostra-se essencial para reverter os efeitos da desassistência, melhorar os indicadores de saúde e conter custos a longo prazo.

¹ Jéssica de Paula Paschoalino, médica graduada pela Faculdade da Saúde e Ecologia Humana FASEH, com especialização em Clínica Médica pela residência MEC Hospital João XXIII em Belo Horizonte e Geriatria pela residência MEC IPSEMG em Belo Horizonte. Artigo apresentado como requisito parcial para conclusão do Curso de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde na Faculdade Unimed.

Palavras-chaves: Atenção Primária a Saúde, Desassistência em saúde, Pandemia, Saúde Pública, Saúde Suplementar.

THE IMPACTS OF LACK OF HEALTHCARE ASSISTANCE DURING THE PANDEMIC AND THE ROLE OF PRIMARY CARE IN THE POST-PANDEMIC PERIOD.

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 pandemic exposed critical weaknesses in health systems worldwide, including the collapse of care capacity in the face of overwhelming case volume. Simultaneously, lack of healthcare assistance emerged as a concerning phenomenon, driven both by restrictive measures and reduced demand for medical services, resulting in a significant backlog of unmet healthcare needs. **Objective:** To analyze the impact of healthcare lack of service and the resulting accumulated demand, as well as the role of Primary Health Care (PHC) in addressing this challenge. **Methods:** A literature review was conducted using publications from digital libraries, international health organizations, and medical and economic forums. **Conclusion:** The literature reveals alarming data on the scale of healthcare underprovision during the pandemic, with the suspension and postponement of a substantial volume of healthcare services, with major impacts, exacerbating pre-existing conditions, increasing mortality, and generating a backlog of healthcare needs in the post-pandemic period, along with rising healthcare costs. In this scenario, Primary Health Care (PHC) is shown to be a fundamental strategy in responding to the crisis of care disruption and unmet demand. As the entry point and coordinating structure of the health system, PHC can organize care pathways, promote timely access, and prevent the overload of specialized and high-complexity services. Effective implementation of PHC in the private healthcare sector as well combined with the adoption of technologies and new models of care (such as telemedicine and multidisciplinary teams), is essential to reverse the effects of care disruption, improve health outcomes, and contain long-term costs.

Keywords: Healthcare neglect, Pandemic, Primary Health Care, Public health, Private health sector

INTRODUÇÃO

A pandemia do coronavírus, COVID-19, declarada oficialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de 11 de março de 2020 a 05 de maio de 2023 evidenciou fragilidades nos sistemas de saúde globalmente. Durante os anos de maior contágio, o sistema colapsou. O grande volume de casos, em um curto período, excedeu a capacidade assistencial da saúde em todo o mundo (OPAS, 2023). Paralelamente, outro fenômeno alarmante ocorreu nesse período: a desassistência, conceito que expressa a ausência de atendimentos às necessidades de saúde da população, resultando em demanda reprimida (CHAVES *et al.*, 2021). Isso se deve tanto às medidas de enfrentamento da COVID-19 como às recomendações de isolamento às e suspensões de procedimentos eletivos (CFM, 2020), mas também à baixa procura espontânea da população, por medo ou cuidado, com o adiamento de consultas, exames e tratamentos.

Esse represamento elevou a necessidade em saúde com o fim da pandemia. Condições agudas não foram tratadas, e muitas condições crônicas perderam controle clínico pela falta de acompanhamento, gerando complicações e maior gravidade clínica. Além disso, serviços previamente sobrecarregados, formaram filas e listas de

espera ampliadas, tanto na saúde pública quanto na suplementar. Assim, a complexidade da saúde se elevou, aumentando custos assistenciais. (RAMOS *et al.*, 2024)

Nesse contexto a Atenção Primária à Saúde (APS) se destaca como primordial no enfrentamento da demanda reprimida e na reorganização da assistência. Elaborado para ser a principal porta de entrada na saúde e centro de comunicação de toda a rede, se bem estruturado, APS pode responder às necessidades da população, filtrando-as e organizando-as de forma a garantir o acesso a ações e serviços em tempo oportuno e de forma equânime. (MENDES, 2015).

O presente estudo analisa o impacto da desassistência durante a pandemia e a demanda reprimida gerada em saúde no período pós pandêmico, seus efeitos na saúde da população e nos custos assistenciais, tanto para a saúde pública quanto para a suplementar, discutindo a importância da APS e seu potencial para minimizar efeitos, reforçando a necessidade de implementar de estratégias de atenção primária pelas operadoras de saúde e do fortalecimento de equipes já existentes.

MÉTODOS

Este artigo foi elaborado com base em uma revisão de literatura em bibliotecas médicas públicas virtuais e bases de dados, como PubMed, Scielo, Medline e LILACS, além de pesquisas nas publicações de organizações de saúde, como Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e fóruns médicos e econômicos, publicados no período da pandemia e principalmente após esta, de 2020 até os tempos atuais, em 2025. Foram incluídos artigos originais e de revisão, estudos observacionais e, relatórios institucionais, tanto em português quanto em inglês, com foco na análise do impacto no Brasil, excluindo por exemplo, estudos com análises de impacto em outros países. Artigos de análises econômicas também foram incluídos na avaliação desde que publicados nas plataformas descritas. Alguns manuais sobre saúde, níveis de atendimento, saúde pública, SUS e Atenção Primária à Saúde também foram utilizados no embasamento conceitual, mesmo que publicados anteriormente ao período da pesquisa.

Foram excluídos artigos e manuais com foco no enfrentamento direto ao vírus e em manejo de tratamento, por exemplo, por não serem alvo na análise em questão.

As palavras chaves utilizadas foram “pandemia”, “pós pandemia”, termos como “demanda reprimida em saúde” e “Atenção Primária à Saúde”, com sigla “APS” e seus correspondentes em inglês “pandemic”, “post-pandemic”, “pent-up demand” e “Primary Health Care”, além de “COVID-19”. Os textos foram lidos por completo e conforme relevância ao estudo em questão; trechos foram citados e referenciados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em dezembro de 2019, na China, vários casos de pneumonia chamaram a atenção das autoridades sanitárias em razão de uma nova cepa de coronavírus, alertando a Organização Mundial da Saúde (OMS,2020). Já em janeiro de 2020, essa nova cepa havia sido identificada, e a doença causada pelo SARS-CoV-2 recebeu o nome de COVID-19. No final de janeiro de 2020, a OMS declara que o surto desse novo coronavírus constitui Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Rapidamente a doença se globalizou, levando a OMS a declarar pandemia em 11 de março de 2020 (OPAS,2023). No Brasil, o primeiro caso da doença foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020, e a primeira morte, em 17 de março daquele mesmo ano (MOTA,2020).

A rapidez na disseminação alastrou a infecção respiratória pelo mundo. Enquanto o mundo levou cerca de seis meses para registrar as primeiras 500 mil mortes, foram necessários somente três meses para registrar as outras 500 mil. Estatísticas globais apontam para cerca de 700 milhões de casos, monitorados até 2024, com mais de 7 milhões de mortes (Worldometer, 2024). O elevado número de casos em período curto, de um vírus com manifestações clínicas e tratamentos até então desconhecidos, causando insuficiência respiratória aguda grave, colapsou o sistema de saúde. A taxa de ocupação de Unidades de Terapia Intensiva chegou a mais de 90% em várias capitais no país. (FIOCRUZ, 2021). Faltaram recursos, humanos e materiais, leitos, equipamentos, insumos básicos, como oxigênio, e equipamentos de proteção individual (EPIs), com alta taxa de contágio entre profissionais de saúde.

A fim de tentar conter o contágio e reverter o caos na saúde e, ainda com poucas informações sobre a doença, seu comportamento, evolução, morbimortalidade, prevenção e tratamento, governos em todo o mundo adotaram ações rigorosas de prevenção e controle. Atividades entendidas como não essenciais foram restringidas, instalando-se o confinamento obrigatório, com isolamento e distanciamento físico e

social, o chamado “lockdown”. Na saúde, atendimentos ambulatoriais e eletivos, serviços de reabilitação e diagnósticos, cirurgias eletivas e até alguns tratamentos foram suspensos ou adiados, tanto para promover o isolamento quanto para deslocar materiais e pessoal para o enfrentamento direto à pandemia, disponibilizando leitos, equipamentos e EPIs já escassos. Surgiu o cenário da desassistência, com represamento nos sistemas de saúde públicos e suplementares e, levando a uma demanda reprimida.

Pesquisadores do MonitoraCovid-19, iniciativa vinculada ao Instituto de Comunicação e Informação em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz, compararam dados de atendimentos registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA), no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e em dados do SIVEP-Gripe (por data do óbito) e do painel coronavírus (por data de divulgação) do Ministério da Saúde, entre janeiro de 2018 a junho de 2019 (pré pandêmico), com o período de janeiro de 2020 a junho de 2021 (após o início da pandemia).

Os dados coletados no SIA se referem a: ações de promoção e prevenção em saúde; procedimentos diagnósticos; procedimentos clínicos e cirúrgicos eletivos;

transplantes; medicamentos; implantação de órteses e próteses; e ações complementares de atenção à saúde. Todos os grupos analisados pela iniciativa da FIOCRUZ, exceto o grupo dos medicamentos, apresentaram redução brusca após o início da pandemia, especialmente procedimentos cirúrgicos, com queda de cerca de 53%. Dados mostraram que ações de promoção e prevenção em saúde e procedimentos clínicos também ficaram muito abaixo do volume antes da pandemia: 35,3% e 27,3% respectivamente; ações complementares passaram a 14,6%, e transplantes 20,1%, estes últimos com melhor recuperação no período, mas sem atingir números anteriores à COVID-19. Dados referentes a procedimentos com finalidade diagnóstica, mesmo considerando o alto volume de testes para detecção do coronavírus (antes não contabilizados), também apresentaram redução quando relacionados ao período anterior, cerca de 12,9%, mantendo-se em número menor durante os anos seguintes. Dados relacionados ao grupo de órteses e próteses apresentaram queda inicial, mas voltaram ao normal com maior velocidade. Apenas o grupo de medicamentos apresentou aumento após a pandemia, com pico logo após os primeiros casos, 10% na comparação dos dois períodos (FIOCRUZ, 2021).

Pesquisadores também analisaram dados referentes às internações pelo SIH, com redução de 9,9% no total de internações e, queda importante nos grupos de procedimentos eletivos, que, apesar de um pequeno aumento com a queda dos óbitos por COVID-19, voltaram a cair em 2021. Dados relacionados às urgências também evidenciaram queda expressiva em 2020, com elevação em 2021, possivelmente em razão dos casos de infecção por coronavírus, segundo análises dos pesquisadores. Cerca de 86% das internações nesse período, segundo dados levantados, se direcionaram a doenças infecciosas, provavelmente por coronavírus, enquanto os demais apresentaram queda importante (FIOCRUZ, 2021).

A análise de mortalidade vai na contramão. Dados do Sistema de Informação de Mortalidade analisados evidenciaram que a maioria das causas de mortalidade aumentou durante as piores fases da pandemia, o que pode indicar a situação de desassistência e o colapso dos sistemas de saúde. Os picos de óbitos observados em 2020 e em 2021 coincidiram com a diminuição nos atendimentos por causas não relacionadas a covid-19. Além do impacto direto, a desassistência trouxe problemas a longo prazo, agravando condições clínicas pela falta de acompanhamento, de exames

diagnósticos e de tratamento em tempo oportuno, bem como redução nas ações de promoção e prevenção em saúde, que também elevaram as complicações e o adoecimento da população (FIOCRUZ,2021).

Houve também, um impacto econômico global importante. A saúde suplementar, nos anos após a pandemia, apresentou prejuízo operacional de cerca de R\$11,5 bilhões em 2022 (ANS,2023). Entre 2021 e 2022, as receitas do setor de saúde suplementar aumentaram 5,6%, enquanto as despesas cresceram 11,1% (FENASAÚDE, 2023). A desassistência durante o período pandêmico, com aumento expressivo na busca por atendimentos nos anos seguintes à liberação das restrições, acrescida do aumento do custo assistencial e do, aumento da lista de procedimentos obrigatórios é apontada como possível causa dessa crise (FENASAÚDE, 2023).

Esse cenário aponta diretamente para a Atenção Primária à Saúde (APS), que passa a ter papel estratégico para escoar o represamento, tanto na saúde pública quanto na suplementar. Desenhada na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em 1978 em Alma-Ata (FAUSTO *et al.*, 2014), esta foi definida como a porta de entrada

dos sistemas de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (FAUSTO *et al.*, 2014). Da forma, seria capaz de enfrentar a demanda de desassistência do período como primeiro acesso, facilitando o retorno da população aos atendimentos.

O conhecimento sobre a população, o vínculo com os usuários, o acesso facilitado e a integralidade do cuidado fazem desse nível de atenção um espaço privilegiado (COSTA, 2020). Sua estrutura descentralizada permite acessar pontos de maior necessidade, e sua capacidade de lidar com diversos aspectos da saúde de forma ampla, heterogênea e resolutiva permite qualificação como um filtro, com avaliação geral da demanda e direcionamento para rede especializada e de maior complexidade apenas quando necessário, de forma racionalizada, evitando sobrecarga do sistema, elevação de custos e uso desnecessário de recursos; é um importante mecanismo de organização e orientação para oferta de cuidado (MENDES, 2015). A capacidade da APS de elaborar um plano terapêutico individualizado e multiprofissional, com acompanhamento longitudinal, é fundamental no enfrentamento das condições clínicas mais graves com estadiamento maior devido a falta de acompanhamen-

tos, atraso no diagnóstico e tratamento em tempo oportuno.

Além da renovação das práticas já estabelecidas na APS, vem sendo necessária atualização da estrutura para absorver a demanda, com a incorporação de novas tecnologias. A pandemia acelerou a necessidade de ferramentas digitais, atendimento a distância com comunicação eficiente e segura, ampliação de acesso às consultas remotas, prescrições com certificação digital, agendamentos online e telemonitoramento como formas de amenizar o repressamento (FIOCRUZ, 2021).

Mesclando a incorporação de novas tecnologias ao cuidado integral multidisciplinar, a APS pode restaurar a ênfase em práticas preventivas, reestabelecendo o cuidado integral, reativando ações coletivas e campanhas, restabelecendo a busca ativa por pacientes, devolvendo saúde à população e minimizando custos a longo prazo ensinamento que pode ser levado inclusive a outras situações emergenciais, como epidemias de dengue, zika e influenza, tão recorrentes (SARTI *et al.*, 2020).

Este estudo apresenta, contudo, algumas limitações inerentes ao tipo de metodologia com base em revisões da literatura, limitado as análises disponíveis e seus vieses; não é um artigo original, com coleta de

dados e análise estatística. Tem limitação geográfica, de foco no contexto brasileiro, aqui adequada ao objetivo proposto, mas limitada em termos de impactos e ações realizadas em outros países.

Dessa forma, se faz necessário o desenvolvimento de estudos originais, quantitativos, longitudinais e com análise de dados, que avaliem o impacto da desassistência e da demanda reprimida não só no Brasil, como em outros países, em contextos sociais, políticos e econômicos diversos, fornecendo bases comparativas e, avaliações específicas sobre o impacto da implementação das variadas estratégias propostas na APS, como novas tecnologias, de forma a contribuir cada vez mais para o desenvolvimento e o fortalecimento da Atenção Primária.

CONCLUSÃO

A pandemia de COVID-19 foi marcante na história moderna, com impactos devastadores na saúde da população e evidenciando falhas estruturais e operacionais pelo mundo. O colapso no atendimento durante o período pandêmico, somado às medidas restritivas e ao medo da população de procurar serviços de saúde, resultou em significativa desassistência e, consequentemente, em expressiva demanda reprimida. Esse cenário agravou o quadro

clínico de milhões de pessoas, elevou os custos assistenciais e comprometeu a capacidade de resposta dos sistemas de saúde.

Diante dessa realidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel crucial na reorganização da assistência, com capacidade, se bem estruturada, de reduzir impactos da demanda reprimida e de reestabelecer o cuidado integral à saúde da população. Suas características, como capilaridade, capacidade resolutiva, enfoque na continuidade do cuidado de forma integral, com medidas de prevenção e promoção, tornam a APS imprescindível para restabelecer a saúde da população, retomando os atendimentos conforme a necessidade de cada indivíduo e da carteira como um todo, racionalizando o acesso, evitando desperdícios e aumento de custos.

Além de reforçar a estrutura existente, é fundamental modernizar o sistema, incorporando tecnologias digitais, ampliando o acesso remoto e promovendo a integração entre os diferentes níveis de atenção. Esse movimento não apenas responde à crise atual, mas também prepara os sistemas de saúde para futuras emergências sanitárias.

Por fim, este estudo reforça que o fortalecimento da APS deve ser prioridade tanto para a saúde pública quanto para opera-

doras de saúde suplementar, como resposta sustentável à crise instalada e como alicerce de um sistema de saúde mais justo, acessível e preparado para os desafios do futuro.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). *ANS divulga dados econômico-financeiros do 4º tri/2022*. Rio de Janeiro: ANS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/sobre-ans/ans-divulga-dados-economico-financeiros-do-4o-tri-2022>. Acesso em: 7 maio 2025.

CHÁVEZ GM, et al. Teorização da demanda por profissionais e usuários da estratégia saúde da família: espontânea, programada, reprimida. *Texto Contexto Enferm* 2020; 29:e20180331. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0331>. Acesso em: 22 mar. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Posição do Conselho Federal de Medicina sobre a pandemia de COVID-19: contexto, análise de medidas e recomendações*. Brasília: CFM, 2020. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/covid-19cfm.pdf>. Acesso em: 22 março 2025.

COSTA W.A., CARVALHO N.C., COELHO A.B. Colapso da Atenção Básica em contexto de COVID-19 sob o olhar de uma UBS. *Comunicação em Ciências da Saúde*, [S. l.], v. 31, n. Suppl1, p. 209–216, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.espdf.fepecs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaudade/article/view/735>. Acesso em: 22 maio. 2025.

FAUSTO MCR, et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *SAÚDE DEBATE* | Rio de Janeiro, V. 38, N. especial, P. 13-33, OUT 2014.

FEDERAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (FENASAÚDE). *Planos de saúde registram prejuízo operacional de R\$ 11,5 bilhões em 2022*. São Paulo: Fenasaud 2023. Disponível em: <https://unimed.me/zyj3af>. Acesso em: 07 maio 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *O “represamento” do atendimento em saúde no SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) 2021. Nota Técnica 22 10 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/51248>. Acesso em: 7 maio 2025.

MENDES EV. *Construção Social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

MOTA E, TEIXEIRA MG. Vigilância Epidemiológica e a pandemia da Covid-19 no Brasil: elementos para entender a resposta brasileira e a explosão de casos e mortes. *Saúde debate* 44 (spe4), dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E408>. Acesso em: 7 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *Histórico da emergência internacional de COVID-19*. Washington, D.C.: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/historico-da-emergencia-internacional-covid-19>. Acesso em: 1 março 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). *OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19*, Washington, D.C.: OPAS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente>. Acesso em: 1º mar. 2025.

PORTELA, MC; REIS LGC; LIMA SML. *Covid-19 – desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviço de saúde* [livro eletrônico]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/kymhj>. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081587>. Acesso em: 7 maio 2025.

RAMOS AV. et al. *Demanda reprimida de cirurgias eletivas em tempos de pandemia*. Observatorio de la economía latino-americana, v. 22, n. 6, p. e5223, 2024. Disponível em: <https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/5223>. Acesso em: 7 maio. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *DISEASE Outbreak News: Pneumonia of unknown cause – China*. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases-outbreak-news/item/2020-DON229>. Acesso em: 7 maio. 2025.

WORLDOMETER. COVID-19 Coronavirus Pandemic. *Worldometer*, abr. 2024. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> Acesso em: 7 maio 2025.

SARTI TD, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, 29(2):e2020166, 2020.