

More From Our Essential Coronavirus Coverage

Explore This Series

SAÚDE

Hospitais estão com sérios problemas

A Omicron está inundando um sistema de saúde que já estava desmoronando sob o custo cumulativo de cada aumento anterior.

Por Ed Yong



Jantar Allison / Bloomberg / Getty

7 DE JANEIRO DE 2022

COMPARTILHADO ▾

QUANDO UM SISTEMA DE SAÚDE desmorona, é assim que parece. Muito do que está errado acontece de forma invisível. No início, há apenas muita espera. As salas de emergência ficam tão cheias que “você vai esperar horas e horas, e talvez não consiga fazer uma cirurgia quando precisar”, me disse Megan Ranney, médica de emergência em Rhode Island. Quando os pacientes são atendidos, eles podem não fazer os testes de que precisam, porque os técnicos ou os produtos químicos necessários estão em falta. Então o atraso torna-se ausência. Os pequenos atos de compaixão que tornam as internações toleráveis desaparecem. Em seguida, vão os atos de necessidade que tornam as estadias sobreviventes. Os enfermeiros podem estar tão sobrecarregados que não podem verificar se um paciente está tomando seus analgésicos ou se um ventilador está funcionando corretamente. As pessoas que estariam bem ficarão mais doentes. Eventualmente, as pessoas que teriam vivido morrerão. Isso não é conjectura; está acontecendo agora, em todos os Estados Unidos. “Não é um Armagedon dramático; isso acontece centímetro a centímetro”, me disse Anand Swaminathan, médico de emergência em Nova Jersey.

Nesse surto, as hospitalizações por COVID-19 aumentaram lentamente no início, de cerca de 40.000 em todo o país no início de novembro para 65.000 no Natal. Mas com a variante Delta supertransmissível acompanhada pela Omicron ainda mais transmissível, a contagem de hospitalizações disparou para 110.000 nas duas semanas desde então. “O volume de pessoas que se apresentam em nossas salas de emergência é diferente de tudo que eu já vi antes”, disse-me Kit Delgado, médico de emergência da Pensilvânia. Profissionais de saúde em 11 estados diferentes ecoaram o que ele disse: esse aumento já está levando seus hospitais ao limite. E isso é apenas o começo. As hospitalizações sempre ficam atrás dos casos em cerca de duas semanas, então estamos apenas *começando* para ver os efeitos da contagem diária de casos que triplicaram nos últimos 14 dias (e quase certamente são subestimados). Até o final do mês, de acordo com as previsões do CDC, o COVID enviará pelo menos 24.700 e até 53.700 americanos ao hospital todos os dias.

Essa onda é, em muitos aspectos, distinta das anteriores. Cerca de 62% dos americanos estão totalmente vacinados e ainda estão protegidos contra os piores efeitos do coronavírus. Quando as pessoas ficam gravemente doentes, os profissionais de saúde têm uma noção melhor do que esperar e do que fazer. O próprio Omicron

parece ser menos grave do que as variantes anteriores, e muitas das pessoas que agora testam positivo não precisam de hospitalização. Mas esses casos ameaçam obscurecer o verdadeiro custo dessa onda.

Omicron é tão contagioso que ainda está inundando hospitais com pessoas doentes. E a contínua incapacidade dos Estados Unidos de controlar o coronavírus esvaziou seu sistema de saúde, que não pode mais oferecer ao mesmo número de pacientes o mesmo nível de atendimento. Os profissionais de saúde deixaram seus empregos em massa ; dos que ficaram, muitos agora não podem trabalhar, porque eles têm infecções revolucionárias Omicron. “Nos últimos dois anos, nunca conheci tantos colegas com COVID como agora”, disse-me Amanda Bettencourt, presidente eleita da Associação Americana de Enfermeiros de Cuidados Críticos. “A crise de pessoal é a pior que já passou durante a pandemia.” É por isso que quaisquer comparações entre os números de hospitalização passados e atuais são enganosas: os números de janeiro de 2021 esmagariam o sistema de janeiro de 2022 porque a força de trabalho foi muito reduzida. Algumas instituições estão agora sendo sobrecarregadas por uma fração de suas cargas de pacientes anteriores. “Espero que ninguém que você conheça ou ame pegue COVID ou precise de uma sala de emergência agora, porque não há espaço”, me disse Janelle Thomas, enfermeira da UTI em Maryland.

Aqui, então, está a diferença mais importante sobre esse surto: *ele vem na parte de trás de todos os anteriores* . O fardo do COVID é aditivo. Isso não se reflete apenas no número de leitos hospitalares ocupados, mas também na determinação vacilante e no enfraquecimento das pessoas que atendem a esses leitos. “Isso parece uma onda a mais”, disse Ranney. O sistema de saúde continuará a pagar esses custos por muito tempo após a queda das hospitalizações por COVID. Os profissionais de saúde saberão, mas a maioria das outras pessoas ficará alheia – até precisarem de cuidados médicos e não conseguirem.

Os pacientes

OS PACIENTES QUE agora entram nos hospitais americanos são um pouco diferentes daqueles que foram hospitalizados em surtos anteriores. Estudos da África do Sul e do Reino Unido confirmaram o que muitos esperavam: o Omicron causa doenças menos graves do que o Delta e é menos provável que envie seus anfitriões ao hospital. As tendências britânicas apoiam essas conclusões: como

John Burn-Murdoch, do *Financial Times*, relatou, o número de pacientes hospitalizados com COVID aumentou junto com os novos casos, mas o número que precisa de um ventilador mal mudou. E com as vacinas diminuindo ainda mais a gravidade do COVID, devemos esperar que o paciente médio com COVID em 2022 fique menos doente do que o paciente médio em 2021.

Nos EUA, muitos profissionais de saúde me disseram que já estão vendo esse efeito: os pacientes com COVID estão recebendo alta mais facilmente. Menos estão gravemente doentes, e mesmo aqueles que estão parecem estar melhor. “É anedótico, mas estamos recebendo pacientes que não acho que teriam sobrevivido ao vírus original ou ao Delta, e agora os estamos conseguindo”, disse Milad Pooran, médico de cuidados intensivos em Maryland. Mas outros disseram que suas experiências não mudaram, talvez porque atendem comunidades altamente não vacinadas ou porque ainda estão lidando com muitos casos da Delta. Doenças mais leves “não são o que estamos vendo”, disse Howard Jarvis, médico de emergência no Missouri. “Ainda estamos vendo muitas pessoas doentes o suficiente para estarem na UTI.” Thomas me disse que seu hospital tinha apenas sete pacientes com COVID há um mês, e agora chega a 129, que ocupam quase metade de seus leitos. Todos os dias, cerca de 10 pacientes aguardam no pronto-socorro já ligados a um ventilador, mas incapazes de entrar na UTI, que está lotada.

Durante esse aumento, um número recorde de crianças também está sendo hospitalizado com COVID. Sarah Combs, médica de emergência pediátrica em Washington, DC, me disse que durante o auge do primeiro surto da Delta, seu hospital cuidou de 23 crianças com COVID; na terça-feira, tinha 53. “Muitos dos pacientes em que estou operando são positivos para COVID e, em alguns dias, todos eles são”, disse Chethan Sathya, cirurgião pediátrico de Nova York. “Isso nunca aconteceu em nenhum momento da pandemia no passado.” As crianças se saem muito melhor contra o coronavírus do que os adultos, e mesmo os gravemente doentes têm uma boa chance de recuperação. Mas o número desses pacientes é alto, e Combs e Sathya disseram que se preocupam com o longo COVID e outras complicações de longo prazo. “Eu tenho duas filhas, e é muito difícil de tomar”, disse Sathya.

Esses números refletem a disseminação selvagem do COVID no momento. Os pacientes mais jovens não estão necessariamente sendo hospitalizados pela doença – Sathya disse que a maioria das crianças que ele atende chegam ao hospital por outros problemas – mas muitos deles estão: Combs me disse que 94% de *seus* pacientes estão hospitalizados por sintomas respiratórios. Entre os adultos, o quadro é ainda mais claro: todos os enfermeiros e médicos a quem perguntei disseram que a maioria de seus pacientes com COVID foi internada *por causa do* COVID, não apenas *com* COVID. Muitos têm sintomas avançados clássicos, como pneumonia e coágulos sanguíneos. Outros, incluindo algumas pessoas vacinadas, estão lá porque sintomas mais leves de COVID exacerbaram suas condições crônicas de saúde a um grau perigoso. “Temos muitas pessoas com doenças crônicas nos EUA, e é como se todas essas pessoas estivessem entrando no hospital ao mesmo tempo”, disse Vineet Arora, hospitalista em Illinois. “Parte disso é para COVID, e parte é com COVID, mas é tudo COVID. No final do dia, isso realmente não importa.” (Os pacientes com COVID também precisam ser isolados, o que aumenta a carga sobre os hospitais, independentemente da gravidade dos sintomas dos pacientes.)

A principal ameaça da Omicron é sua extrema contagiosidade. Está infectando tantas pessoas que, mesmo que uma proporção menor precise de atendimento hospitalar, os números absolutos ainda são suficientes para saturar o sistema. Pode ser uma ameaça menor para os *indivíduos*, mas é desastroso para o sistema de saúde que esses indivíduos irão precisar.

Outros países tiveram experiências mais fáceis com a Omicron. Mas com a população da América sendo mais velha que a da África do Sul e menos vacinada ou reforçada que a do Reino Unido ou da Dinamarca, “é um erro pensar que veremos o mesmo grau de dissociação entre casos e hospitalizações que eles tiveram”, James Lawler, um médico de doenças infecciosas em Nebraska, me disse. “Pensei que teríamos aprendido essa lição com a Delta”, que fez com que as hospitalizações aumentassem nos EUA, mas não no Reino Unido. Agora, como naquela época, as hospitalizações *já* são aumentando, e eles provavelmente continuarão a fazê-lo à medida que a Omicron se move das pessoas mais jovens que infectou pela primeira vez para grupos mais velhos e de cidades costeiras fortemente vacinadas para regiões rurais, sul e centro-oeste mal vacinadas. “Temos muitas pessoas vulneráveis que encherão os leitos

hospitalares rapidamente”, disse Lawler. E assim como a demanda pelo sistema de saúde está aumentando, a oferta está caindo.

Os trabalhadores

A FORÇA DE TRABALHO DE SAÚDE , que estava com falta de pessoal antes da pandemia, foi dizimada nos últimos dois anos. Como relatei em novembro , ondas de profissionais de saúde deixaram seus empregos (ou toda a profissão) por causa de sofrimento moral, exaustão, tratamento inadequado por seus hospitais ou pacientes, ou alguma combinação desses fatores. Essas perdas deixam os profissionais de saúde restantes com menos colegas de confiança que falam a mesma taquigrafia, menos conhecimento para extrair e mais trabalho. “Antes, o paciente mais doente da UTI recebia duas enfermeiras, e agora há quatro pacientes para cada enfermeira”, me disse Megan Brunson, enfermeira da UTI no Texas. “Isso torna impossível fazer tudo o que você precisa fazer.”

A Omicron transformou essa situação ruim em terrível. Sua capacidade de infectar até mesmo pessoas vacinadas significa que “o número de funcionários doentes é astronômico em comparação com surtos anteriores”, me disse Joseph Falise, gerente de enfermagem em Miami. Embora os profissionais de saúde vacinados estejam protegidos principalmente contra sintomas graves, eles ainda não podem trabalhar para não transmitir o vírus a pacientes mais vulneráveis. “Há noites em que temos seções inteiras de leitos fechadas porque não temos funcionários”, disse Ranney, médico de emergência de Rhode Island.

Todas as partes do sistema de saúde foram afetadas, diminuindo a qualidade do atendimento para *todos* pacientes. A falta de farmacêuticos e clínicos ambulatoriais torna mais difícil para as pessoas fazerem testes, vacinas e até medicamentos; como resultado, mais pacientes estão acabando no hospital com surtos de doenças crônicas. Não há paramédicos suficientes, tornando mais difícil para as pessoas chegarem ao hospital. Os técnicos de laboratório estão adoecendo, o que significa que os resultados dos testes COVID (e os resultados dos testes médicos em geral) estão demorando mais para voltar. Os terapeutas respiratórios estão em falta, dificultando a ventilação de pacientes que precisam de oxigênio. As instalações que prestam cuidados pós-agudos estão sendo prejudicadas, o que significa que muitos grupos de pacientes – aqueles que precisam de cuidados de longo prazo, diálise ou cuidados para dependência ou

problemas de saúde mental – não podem receber alta dos hospitais, porque não há para onde enviar eles.

These conditions are deepening the already profound exhaustion that health-care workers are feeling. “We’re still speaking of surges, but for me it’s been a constant riptide, pulling us under,” Brunson said. “Our reserves aren’t there. We feel like we’re tapped out, and that person who is going to come in to help you isn’t going to, because they’re also tapped out ... or they’ve tested positive.”

Public support is also faltering. “We once had parades and people hanging up signs; professional sports teams used to do Zooms with us and send us lunches,” Falise told me. “The pandemic hasn’t really become any different, but those things are gone.” Health-care workers now experience indifference at best or antagonism at worst. And more than ever, they are struggling with the jarring disconnect between their jobs and their communities. At work, they see the inescapable reality of the pandemic. Everywhere else—on TV and social media, during commutes and grocery runs—they see people living the fantasy that it is over. The rest of the country seems hell-bent on returning to normal, but their choices mean that health-care workers cannot.

As a result, “there’s an enormous loss of empathy among health-care workers,” Swaminathan said. “People have hit a tipping point,” and the number of colleagues who’ve talked about retiring or switching careers “has grown dramatically in the last couple of months.” Medicine runs on an unspoken social contract in which medical professionals expect themselves to sacrifice their own well-being for their patients. But the pandemic has exposed how fragile that contract is, said Arora, the Illinois hospitalist. “Society has decided to move on with their lives, and it’s hard to blame health-care workers for doing the same,” she said.

The System

IN THE COMING WEEKS, these problems will show up acutely, as the health-care system scrambles to accommodate a wave of people sick with COVID. But the ensuing stress and strain will linger long after. The danger of COVID, to individual Americans, has gone far past the risk that any one infection might pose, because the coronavirus has now plunged the entire health-care system into a state of chronic decay.

In Maryland, Milad Pooran runs a center that helps small community hospitals find beds for critically ill patients. Normally, it gets a few calls a night, but “now we’re getting two an hour,” he told me. In Swaminathan’s emergency room, “we routinely have 60 to 70 people who are waiting for six to 12 hours to be seen,” he said. Other health-care workers noted that even when they can get people into beds, offering the usual standard of care is simply impossible. “Yes, sure, if you’re the patient who puts us at 130 percent capacity, you still technically get a bed, but the level of care that *everyone* gets is significantly diminished,” Lawler said. Some doctors are discharging patients who would have been admitted six months ago, because there’s nowhere to put them and they seem temporarily stable enough.

To be clear, these problems are not affecting just COVID patients, but *all patients*. When Swaminathan’s friends asked what they should be doing about Omicron, he advised them about boosters and masks, but also about wearing a seat belt and avoiding ladders. “You don’t want to be injured now,” he told me. “Any need to go to the emergency department is going to be a problem.” This is the bind that Americans, including vaccinated ones, now face. Even if they’re unconcerned about COVID or at low personal risk from it, they can still spread a variant that could ultimately affect them should they need medical care for *anything*.

These conditions are contributing to the moral distress that health-care workers feel. “This pandemic is making it almost impossible to provide our best care to patients, and that can become too much for some folks to bear,” Ranney said. A friend recently told her, after seeing a patient who had waited six hours with a life-threatening emergency, “How can I go back tomorrow knowing that there might be another patient in the waiting room who might be about to die and who I don’t know about?”

From outside the system, it can be hard to see these problems. “I don’t think people will realize what’s happening until we fall off that cliff—until you call 911 and no one comes, or you need that emergency surgery and we can’t do it,” Swaminathan said. The system hasn’t yet careened over: “When the trauma patients, the cardiac arrests, or the strokes come in, it’s a mad shuffle, but we still find a way to see them,” said Kit Delgado, the Pennsylvania emergency physician. “I don’t know how sustainable that’s going to be if cases keep rising everywhere.”

Measures that worked to relieve strain in earlier surges are now harder to pull off. Understaffed hospitals can hire travel nurses, but Omicron has spread so quickly that too many facilities “are pulling from the same labor pool—and if that pool is sick, where are the reinforcements?” Syra Madad, an infectious-disease epidemiologist in New York, told me. Hospitals often canceled nonemergency surgeries during past surges, but many of those patients are now even sicker, and their care can’t be deferred any longer. This makes it harder for COVID teams to pull in staff from other parts of a hospital, which are themselves heaving with patients. Brunson works in a cardiac ICU, not a COVID-focused one, but her team is still inundated with people who got COVID in a prior surge and “are now coming in with heart failure” because of their earlier infection, she said. “COVID isn’t done for them, even though they’re testing negative.” Hospitals aren’t facing just Omicron, but also the cumulative consequences of every previous variant in every previous surge.

Newer solutions are limited, too. Joe Biden has promised to bolster hard-hit hospitals with 1,000 more military personnel—a tiny number for the demand. New antiviral drugs such as Pfizer’s Paxlovid could significantly reduce the odds of hospitalization, but supplies are low; the pills must also be taken early on in the disease’s course, which depends on obtaining rapid diagnostic tests, which are also in short supply. For people who get the drugs, “they’ll be great, but at a population scale they’re not going to prevent the system from being overwhelmed,” Lawler said. So, almost unbelievably, the near-term fate of the health-care system once again hinges on flattening the curve—on slowing the spread of the most transmissible variant yet, in a matter of days rather than weeks.

Some experts are hopeful that Omicron will peak quickly, which would help alleviate the pressure on hospitals. But what then? Ranney fears that once hospitalizations start falling, policy makers and the public will assume that the health-care system is safe, and do nothing to address the staffing shortages, burnout, exploitative working conditions, and just-in-time supply chains that pushed said system to the brink. And even if the flood of COVID patients slows, health-care workers will still have to deal with the fallout—cases of long COVID, or people who sat on severe illnesses and didn’t go to hospital during the surge. They’ll do so with even less support than before, without the colleagues who are quitting their jobs right now, or who will do so once the need and the adrenaline subside. “Right now, there’s a sense of purpose,

which lets you mask the trauma that everyone is experiencing,” Pooran said. “My fear is that when COVID is done with and everything *does* quiet down, that sense of purpose will go away and a lot of good people will leave.”

Há um futuro plausível em que a maioria dos EUA desfruta de uma primavera despreocupada, alheia ao estado desgastado do sistema em que confia para proteger sua saúde e só percebe o que aconteceu quando bate à sua porta e não obtém resposta. Este é o custo de dois anos gastos prematuramente por um retorno ao normal – a falta de um normal para o qual retornar.
