



## **SAÚDE EM CENÁRIOS DE POLICRISE: IMPACTOS DA CONVERGÊNCIA ENTRE CRISES SOCIAIS, EMERGÊNCIAS AMBIENTAIS E SOBRECARGA DOS SISTEMAS DE SAÚDE NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES**

**Resumo:** Este estudo analisou os impactos da convergência entre crises sociais, emergências ambientais e a sobrecarga dos sistemas de saúde na produção do cuidado e na saúde das populações, considerando o contexto de policrise contemporâneo. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, orientada pela estratégia PICO, aplicada de forma adaptada à saúde coletiva. Foram selecionados estudos originais, revisões e documentos institucionais publicados entre 2008 e 2025, provenientes de fontes institucionais nacionais e internacionais, bem como de editoras acadêmicas amplamente reconhecidas pela relevância científica e pelo uso recorrente na produção acadêmica nas áreas da saúde coletiva e das ciências sociais. Os achados mostram que a combinação de desigualdades sociais, eventos ambientais extremos e crises sanitárias enfraquece a organização do cuidado, a continuidade dos serviços, a qualidade da atenção e a resposta dos sistemas de saúde. Os resultados aprofundam o debate na Saúde Coletiva ao evidenciar a policrise como elemento estruturante da organização do cuidado em contextos de instabilidade social, ambiental e sanitária. Conclui-se que esse fenômeno redefine as formas de organização do cuidado em saúde e exige estratégias integradas que articulem determinantes sociais, ambientais e institucionais, visando a respostas mais equitativas e sustentáveis.

**Palavras-Chave:** Determinantes Sociais da Saúde; Emergências em Saúde Pública; Mudanças Climáticas; Qualidade da Assistência à Saúde; Sistemas de Saúde; Vulnerabilidade Social.

### **Islaine Evangelista dos Santos**

Graduada em Enfermagem pela UNIFTC

Orcid: <https://orcid.org/0009-0005-1378-366X>

### **Jozadake Petry Fausto**

Doutoranda no curso de Geografia, pela Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho” (UNESP/SP), no Programa de Desenvolvimento Territorial na América Latina e Caribe

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5656-3337>

### **Anderson Kleyton Sales de Medeiros**

Pós-graduado em Saúde Pública pela UNOPAR

### **Lisia Michelle Maia Pinheiro**

Pós-Graduada em Enfermagem em Nefrologia pela UECE

### **Martina Rodrigues Lobato**

Pós-graduada em Tutoria EAD e Docência do Ensino Superior pela IEMAR

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-8895-3129>

### **Tamires Amaro Rodrigues**

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará

### **Camila Carneiro dos Reis**

Graduada em Medicina e Pós-graduada em Medicina da Família e Comunidade pelo Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba

Orcid: <https://orcid.org/0009-0001-9714-2624>

### **Marynna Kelly Pinto Campos**

Especialista em Saúde Pública e Enfermagem do trabalho pela Fasul Educacional

email: [marynna.campos26@gmail.com](mailto:marynna.campos26@gmail.com)

### **Adriene Silva dos Santos**

Mestranda em desenvolvimento Regional e meio ambiente Pela UNIMAM

Orcid: <https://orcid.org/0009-0009-8957-9138>

[silvaadriene728@gmail.com](mailto:silvaadriene728@gmail.com)

### **Samuel Freitas Soares**

Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

Orcid: 0000-0002-2180-9306



## **HEALTH IN POLYCRISIS SCENARIOS: IMPACTS OF THE CONVERGENCE BETWEEN SOCIAL CRISES, ENVIRONMENTAL EMERGENCIES, AND OVERBURDENED HEALTH SYSTEMS ON CARE PROVISION AND POPULATION HEALTH**

**Abstract:** This study analyzed the impacts of the convergence between social crises, environmental emergencies, and the overloading of health systems on the production of care and population health, considering the contemporary context of polycrisis. This is an integrative literature review, descriptive and analytical in nature, guided by the PICO strategy applied in an adapted manner to public health. Original studies, reviews, and institutional documents published between 2008 and 2025 were selected from national and international institutional sources, as well as academic publishers widely recognized for their scientific relevance and recurrent use in academic production within the fields of public health and social sciences. The findings show that the combination of social inequalities, extreme environmental events, and health crises weakens the organization of care, the continuity of services, the quality of attention, and the response of health systems. The results deepen the debate in Public Health by highlighting the polycrisis as a structural element of care organization in contexts of social, environmental, and sanitary instability. It is concluded that this phenomenon redefines the forms of health care organization and demands integrated strategies that coordinate social, environmental, and institutional determinants, aiming for more equitable and sustainable responses.

**Keywords:** Social Determinants of Health; Public Health Emergencies; Climate Change; Quality of Healthcare; Health Systems; Social Vulnerability.

### **INTRODUÇÃO**

Diferentemente da simples coexistência de crises, o conceito de polícrise refere-se à interação sistêmica entre múltiplas crises interdependentes, como a crise social (expressa no aprofundamento das desigualdades, da pobreza e da exclusão), a crise sanitária (evidenciada pela sobrecarga dos sistemas de saúde e pela recorrência de emergências epidemiológicas), a crise econômica (marcada por instabilidade produtiva, desemprego e precarização do trabalho) e a crise ambiental (associada às mudanças climáticas, aos desastres socioambientais e à degradação dos territórios).

Essas crises se manifestam de forma simultânea e inter-relacionada, produzindo efeitos combinados que resultam em impactos estruturais e prolongados sobre as condições de vida e de saúde das populações, conforme argumenta Tooze (2022). Nessa perspectiva, as crises não



apenas se acumulam, mas se retroalimentam, dificultando respostas setoriais isoladas e exigindo abordagens integradas e complexas (Morin, 2015; Tooze, 2022).

Conforme argumenta Tooze (2021), as crises contemporâneas evidenciam limites estruturais dos modelos econômicos e institucionais, tornando os sistemas de saúde particularmente vulneráveis a tensões econômicas, institucionais e socioambientais recorrentes, incluindo crises financeiras dos mercados globais e crises fiscais dos Estados nacionais, emergências sanitárias de grande escala, eventos climáticos extremos, instabilidades políticas e interrupções nas cadeias globais de suprimentos essenciais, como medicamentos, insumos médico-hospitalares, vacinas, equipamentos de proteção individual, reagentes laboratoriais e tecnologias em saúde, cuja distribuição desigual incide de forma diferenciada entre países e territórios.

As emergências ambientais, como desastres naturais, eventos climáticos extremos e processos de degradação ambiental, constituem fatores adicionais na conformação de cenários de polícrise. Informações institucionais indicam que tais eventos ampliam a exposição a agravos relacionados à água, ao saneamento inadequado, à insegurança alimentar e ao deslocamento populacional, resultando em demandas adicionais aos sistemas de saúde e maior complexidade na organização do cuidado (Souza *et al.*, 2025).

No campo da saúde pública, essa convergência de crises modifica os padrões de risco, amplia as desigualdades sociais e impõe desafios adicionais à organização dos sistemas de saúde, especialmente no que se refere à continuidade das ações assistenciais e de vigilância em contextos de instabilidade persistente (Araújo *et al.*, 2023).

No âmbito das emergências de saúde pública de importância internacional, registros oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), fundamentados no Regulamento Sanitário Internacional (2005), documentam a ocorrência de emergências de saúde pública de importância internacional, como COVID-19, Ebola, Influenza A (H1N1 e Zika vírus, desde a entrada em vigor do regulamento em 2007 (WHO, 2016).

A sobrecarga dos sistemas de saúde em cenários de polícrise não se restringe ao aumento da demanda por atendimentos relacionados a eventos agudos. Dados compilados em revisões internacionais registraram redução de consultas, interrupção de serviços de rotina, queda na



cobertura vacinal e fragilização de cadeias diagnósticas durante emergências sanitárias, com impactos sobre a integralidade e continuidade do cuidado (Araújo *et al.*, 2023).

Em países de baixa e média renda, análises globais sobre sistemas de saúde atribuíram parcela expressiva da mortalidade por condições passíveis de atenção em saúde à baixa qualidade do cuidado ofertado, e não exclusivamente à ausência de acesso aos serviços. Estimativas apresentadas por Kruk *et al.* (2018) quantificaram aproximadamente 8,6 milhões de óbitos anuais associados a condições tratáveis nesses contextos, com predominância do componente relacionado à atenção de baixa qualidade e uma fração vinculada à não utilização dos serviços. Nesse enquadramento, a sobrecarga estrutural dos sistemas de saúde compromete a capacidade assistencial, a continuidade do cuidado e a segurança das práticas em saúde, ampliando a distância entre cobertura formal e resultados efetivos em saúde.

Esses dados reforçam que o desempenho dos sistemas de saúde em contextos de crise múltipla depende não apenas da expansão do acesso, mas da capacidade de garantir cuidado oportuno, seguro e contínuo. Informações analisadas pela Comissão indicaram que falhas na coordenação do cuidado, na integração entre níveis assistenciais e na gestão de recursos tendem a produzir perdas significativas de efetividade mesmo quando os serviços permanecem formalmente disponíveis (Kruk *et al.*, 2018).

No Sistema Único de Saúde (SUS), a gestão de emergências em saúde pública tem sido estruturada por meio de políticas de preparação, vigilância e resposta, com marcos normativos específicos para a declaração de emergências de importância nacional. Registros institucionais descrevem avanços na criação de redes de alerta, planos de contingência e articulação federativa, embora persistam desafios relacionados à sustentabilidade dessas ações em cenários prolongados de crise (Souza *et al.*, 2025).

A discussão sobre resiliência dos sistemas de saúde ganhou centralidade após a pandemia de COVID-19. Análises conduzidas no contexto brasileiro indicaram que a capacidade de adaptação frente a choques sanitários está relacionada ao funcionamento cotidiano das organizações, à governança do sistema e à articulação entre níveis de atenção, e não apenas à mobilização de recursos extraordinários em situações emergenciais (Jatobá; Carvalho, 2024).



As desigualdades sociais configuram determinantes estruturais na distribuição dos impactos das polícrises. Informações analisadas no contexto europeu indicaram estagnação ou redução da expectativa de vida em áreas marcadas por maior privação socioeconômica, associadas a políticas de austeridade e retração de investimentos sociais, reforçando a relação entre crise social prolongada e deterioração dos indicadores de saúde (Marmot, 2020).

No contexto brasileiro, as crises sanitárias recentes se desenvolveram sobre uma base estrutural marcada por fragilidade econômica e social. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua referentes ao trimestre móvel de novembro de 2020 a janeiro de 2021 registraram taxa de desocupação de 14,2% e taxa composta de subutilização de 29,0%, além de redução do nível de ocupação para 48,7% da população em idade ativa e manutenção de elevada informalidade, que alcançou 39,7% dos trabalhadores ocupados (IBGE, 2021; Carvalho *et al.*, 2021).

Esse cenário, caracterizado pela retração do emprego formal, expansão da subutilização da força de trabalho e queda do rendimento real habitual, conformou condições objetivas de ampliação da vulnerabilidade social e maior exposição a processos de adoecimento durante a crise sanitária da COVID-19 (IBGE, 2021; Carvalho *et al.*, 2021). Durante a pandemia de COVID-19, análises da PNAD Contínua e da PNAD COVID-19 evidenciaram um agravamento significativo das condições de subsistência das famílias brasileiras, refletido na redução da renda, no aumento da insegurança alimentar e na ampliação das desigualdades sociais.

Carvalho *et al.* (2021) destacam que, antes da crise sanitária, cerca de 21% das famílias em pobreza crônica não possuíam fonte regular de renda, situação que, com a retração do mercado de trabalho e a redução dos rendimentos, agravou a vulnerabilidade social e as dificuldades de proteção em saúde. Nesse contexto, a produção do cuidado em saúde é compreendida como uma categoria analítica que vai além da dimensão assistencial, envolvendo práticas profissionais, organização dos serviços, articulação entre os níveis de atenção e os vínculos estabelecidos com os territórios, sendo um processo socialmente construído e condicionado por determinantes históricos, políticos e socioeconômicos.

Em cenários de polícrise, a convergência entre crises sociais, emergências ambientais e sobrecarga dos sistemas de saúde incide diretamente sobre essa produção, redefinindo prioridades assistenciais, tensionando a continuidade do cuidado e aprofundando desigualdades



no acesso e na qualidade da atenção, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social e territorial.

Diante desse cenário, justifica-se a realização de estudos que examinem a saúde em contextos de policrise, considerando a interação entre crises sociais, emergências ambientais e sobrecarga dos sistemas de saúde. A ausência de análises integradas limita a formulação de estratégias sustentáveis de cuidado e proteção da saúde em cenários de instabilidade recorrente (Kruk *et al.*, 2018).

Neste estudo, a produção do cuidado é compreendida como uma categoria analítica central, entendida não apenas como resultado das ações em saúde, mas como um processo social complexo que envolve práticas profissionais, relações de trabalho, formas de organização dos serviços e vínculos estabelecidos com os territórios. Esse processo é diretamente condicionado pela interação entre crises sociais, ambientais e sanitárias, que reconfiguram tanto a capacidade dos sistemas de saúde quanto às possibilidades concretas de acesso, continuidade e qualidade do cuidado, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

A partir dessa estrutura, definiu-se a seguinte questão norteadora: como a articulação entre crises sociais, ambientais e sanitárias reconfigura a organização do cuidado em saúde, aprofunda desigualdades e influencia os desfechos em saúde das populações? Assim, o objetivo deste estudo é analisar os impactos da convergência entre crises sociais, emergências ambientais e sobrecarga dos sistemas de saúde na produção do cuidado e na saúde das populações, considerando o contexto de policrise contemporâneo.

Em consonância com o objetivo geral, o estudo propõe, inicialmente, compreender o conceito de policrise e sua aplicabilidade no campo da saúde coletiva, analisando de que modo a interação entre crises sociais, emergências ambientais e crises sanitárias se configura como um fenômeno sistêmico e interdependente. Na sequência, busca-se examinar como as crises sociais, expressas pelas desigualdades socioeconômicas, pela precarização das condições de vida e pela fragilização das políticas de proteção social, influenciam a exposição a riscos, o acesso aos serviços e a produção do cuidado em saúde, especialmente em contextos de instabilidade prolongada.

Articulado a esse eixo, o estudo objetiva analisar os impactos das emergências ambientais, como eventos climáticos extremos e processos de degradação ambiental, sobre a



organização dos sistemas de saúde, considerando seus efeitos na infraestrutura, na capacidade de resposta e na ampliação das demandas assistenciais. Em continuidade, pretende-se avaliar de que maneira a sobrecarga dos sistemas de saúde, em cenários de polícrise, compromete a continuidade, a integralidade e a qualidade do cuidado, incluindo repercussões sobre a coordenação das redes de atenção, a força de trabalho em saúde e a segurança das práticas assistenciais.

Por último, o estudo busca discutir os limites e as potencialidades da resiliência dos sistemas de saúde diante de crises múltiplas, considerando o papel da governança, da organização cotidiana dos serviços e da articulação intersetorial na redução das desigualdades e na proteção da saúde das populações.

### **METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de caráter descritivo e analítico, delineada com o propósito de reunir, organizar e analisar produções científicas acerca dos impactos da convergência entre crises sociais, ambientais e sanitárias sobre a organização do cuidado e os desfechos em saúde das populações. A escolha desse método possibilita a síntese de diferentes abordagens teóricas e empíricas, permitindo uma compreensão ampliada de fenômenos complexos e interdependentes que extrapolam análises setoriais isoladas.

A formulação da questão de pesquisa foi orientada pela estratégia PICO, aplicada de forma adaptada às especificidades de estudos em saúde coletiva. O componente P (População) compreendeu populações expostas a contextos de crises múltiplas ou situações de instabilidade social, sanitária e ambiental. O componente I (Intervenção/Exposição) correspondeu à sobreposição de crises sociais, emergências ambientais e pressões sobre os sistemas de saúde. O componente C (Comparação) não foi aplicado, considerando a natureza observacional e exploratória da maioria dos estudos incluídos. O componente O (Desfecho) abrangeu efeitos sobre a organização do cuidado, acesso aos serviços, qualidade da atenção e condições de saúde das populações.

Os descritores controlados foram selecionados a partir do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), priorizando termos que representassem os elementos centrais da questão de



pesquisa, sem reprodução literal do título do estudo. Foram utilizados seis descritores, conforme limite estabelecido, a saber: Determinantes Sociais da Saúde; Sistemas de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Emergências em Saúde Pública; Vulnerabilidade Social; Mudanças Climáticas.

As estratégias de busca foram construídas a partir da combinação de descritores controlados e termos livres, utilizando os operadores booleanos AND e OR, respeitando as especificidades de indexação de cada base de dados. As combinações incluíram: “Determinantes Sociais da Saúde” AND “Sistemas de Saúde”; “Emergências em Saúde Pública” AND “Qualidade da Assistência à Saúde”; “Vulnerabilidade Social” AND “Sistemas de Saúde”; “Mudanças Climáticas” AND “Emergências em Saúde Pública”; “Resiliência dos Sistemas de Saúde” AND “Emergências em Saúde Pública”; e “Pandemias” AND “Organização do Cuidado em Saúde”. Para a base PubMed/MEDLINE, foram utilizados os correspondentes em inglês do *Medical Subject Headings* (MeSH), tais como *Social Determinants of Health, Health Systems, Public Health Emergencies, Health Care Quality, Social Vulnerability, Climate Change, Health System Resilience e Pandemics*, garantindo equivalência terminológica e maior abrangência da busca.

Foram incluídos estudos originais, revisões sistemáticas e narrativas, livros acadêmicos e documentos institucionais publicados entre 2008 e 2025, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês ou espanhol, que abordassem a interação entre fatores sociais, ambientais e sanitários e suas repercussões sobre a organização do cuidado em saúde, os sistemas de atenção e os desfechos em saúde das populações. Também foram considerados documentos produzidos por organismos internacionais e nacionais, como agências multilaterais e institutos oficiais de estatística, desde que apresentassem análise sistematizada, consistência metodológica e relevância direta para o objeto de estudo.

Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, relatos de opinião, estudos duplicados, produções sem acesso ao texto completo e publicações que tratassem crises de forma isolada, sem articulação com seus efeitos sobre o cuidado em saúde ou sobre a organização dos sistemas. Estudos cujo foco se restringisse exclusivamente a aspectos clínicos individuais, sem contextualização social, ambiental ou sistêmica, também foram excluídos.



O processo de seleção dos estudos ocorreu em três etapas: leitura dos títulos, análise dos resumos e leitura integral dos textos potencialmente elegíveis. A extração dos dados contemplou informações referentes ao ano de publicação, país de realização, delineamento metodológico, população estudada, contexto analisado e principais contribuições relacionadas à organização do cuidado e aos desfechos em saúde. A análise dos achados foi realizada de forma descritiva e interpretativa, buscando identificar convergências temáticas e lacunas do conhecimento, sem hierarquização de evidências, em consonância com o caráter integrativo da revisão.

Apesar das contribuições apresentadas, este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na interpretação de seus achados. Por tratar-se de uma revisão integrativa da literatura, a análise esteve condicionada à disponibilidade, ao recorte temporal e às abordagens metodológicas dos estudos selecionados, o que pode restringir a generalização dos resultados e a compreensão de dinâmicas locais específicas da produção do cuidado em contextos de policrise. Ademais, a heterogeneidade conceitual e analítica presente na literatura acerca do conceito de policrise e de resiliência dos sistemas de saúde impôs desafios à padronização das categorias analíticas, limitando comparações diretas entre diferentes contextos nacionais e regionais.

A realização desta pesquisa envolveu desafios relacionados à complexidade conceitual da policrise, que exige abordagens capazes de articular dimensões sociais, ambientais, econômicas e sanitárias sem restringir a análise a recortes setoriais. Soma-se a isso a heterogeneidade da produção científica recente, com distintos usos conceituais, o que demandou rigor na seleção e interpretação das evidências. Além disso, a rápida evolução dos cenários de crise impõe limites à atualização das análises e à consolidação de consensos no campo da saúde coletiva.

Entre os pontos fracos desta pesquisa destaca-se a dependência exclusiva de fontes secundárias, o que limita a apreensão de dinâmicas concretas da produção do cuidado em territórios específicos e impede a incorporação direta das percepções de usuários, trabalhadores da saúde e gestores. Ademais, a ausência de dados primários restringe a análise de desigualdades intraurbanas e territoriais, bem como a identificação de estratégias locais de enfrentamento das crises sociais, ambientais e sanitárias. Outro ponto fraco refere-se à



heterogeneidade metodológica e conceitual dos estudos incluídos na revisão, o que dificultou a comparação sistemática dos achados e a construção de sínteses mais homogêneas. Soma-se a isso a predominância de evidências oriundas de contextos internacionais, que, embora relevantes, apresentam limites de transferência analítica para a realidade brasileira, marcada por especificidades institucionais, territoriais e socioeconômicas.

Entre os principais pontos fortes deste estudo destaca-se a adoção do conceito de policrise como categoria analítica central, permitindo uma compreensão integrada e sistêmica das interações entre crises sociais, emergências ambientais e sobrecarga dos sistemas de saúde. Essa abordagem contribui para superar análises fragmentadas, frequentemente restritas a eventos isolados, e amplia a capacidade explicativa sobre os impactos estruturais e prolongados das crises na produção do cuidado e nas desigualdades em saúde.

Outro aspecto relevante refere-se à articulação entre literatura internacional e evidências do contexto brasileiro, o que possibilita situar o Sistema Único de Saúde em um cenário global de crises múltiplas, ao mesmo tempo em que evidencia suas especificidades institucionais, sociais e territoriais. Ademais, a ênfase na produção do cuidado como processo socialmente construído fortalece o diálogo com a saúde coletiva, ao integrar dimensões organizacionais, territoriais e relacionais, frequentemente pouco exploradas em análises centradas exclusivamente em indicadores de acesso ou cobertura.

Não foi possível, no escopo deste estudo, aprofundar análises empíricas sobre experiências concretas de organização do cuidado em territórios específicos, tampouco examinar de forma detalhada a perspectiva dos trabalhadores da saúde e das populações diretamente afetadas pelas crises sociais, ambientais e sanitárias. A ausência de dados primários também restringiu a avaliação de impactos diferenciados da policrise segundo recortes territoriais, raciais, de gênero e de classe social.

Nesse sentido, recomenda-se que pesquisas futuras avancem na realização de estudos empíricos, qualitativos e quantitativos, capazes de captar as especificidades territoriais da produção do cuidado em cenários de policrise, bem como as estratégias de adaptação desenvolvidas por serviços, equipes de saúde e comunidades. Sugere-se, ainda, o aprofundamento de análises interseccionais que considerem desigualdades sociais estruturais e a incorporação de abordagens comparativas entre países e regiões, de modo a contribuir para a



formulação de estratégias mais equitativas, integradas e sustentáveis de organização dos sistemas de saúde em contextos de instabilidade recorrente.

Portanto, o estudo apresenta como potencialidade a sistematização de evidências recentes e atualizadas, contribuindo para o debate contemporâneo sobre resiliência dos sistemas de saúde e oferecendo subsídios analíticos para a formulação de políticas públicas orientadas à redução das desigualdades e ao fortalecimento da capacidade de resposta dos serviços de saúde em contextos de polícrise.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesse contexto de interdependência entre crises sanitárias, ambientais e sociais, diferentes emergências de saúde pública, de alcance nacional e internacional, evidenciam como eventos epidemiológicos operam como catalisadores da polícrise contemporânea. Importa destacar, contudo, que essas enfermidades não constituem um conjunto exaustivo, mas exemplificam um universo mais amplo e dinâmico de doenças infecciosas e agravos à saúde que, em distintos tempos e territórios, tensionam os sistemas de saúde e expõem fragilidades estruturais pré-existentes, dentre as quais se destacam a COVID-19, a doença causada pelo vírus Ebola, a Influenza A (H1N1) e o Zika vírus.

Com efeito e conforme Guan *et al.* (2020), a COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, responsável por uma pandemia de alcance global. Caracteriza-se por elevada transmissibilidade e ampla variabilidade clínica, desde infecções assintomáticas até quadros respiratórios graves, expondo fragilidades estruturais dos sistemas de saúde e aprofundando desigualdades sociais e territoriais.

Segundo Feldmann e Geisbert (2011), a doença causada pelo vírus Ebola é uma febre hemorrágica viral grave, com elevada letalidade, transmitida por contato direto com fluidos corporais de pessoas infectadas ou de animais hospedeiros. A enfermidade provoca manifestações sistêmicas intensas e exige respostas rápidas de vigilância epidemiológica, isolamento e fortalecimento dos sistemas de saúde.

Conforme Taubenberger e Morens (2008), a Influenza A (H1N1) é uma doença respiratória aguda causada por um subtipo do vírus influenza A, caracterizada por alta



transmissibilidade, especialmente por via aérea. A infecção pode variar de quadros leves a graves, com maior risco de complicações em idosos, crianças, gestantes e pessoas com comorbidades, sendo responsável por epidemias sazonais e pandemias globais.

De acordo com Musso e Gubler (2016), o Zika vírus é uma arbovirose transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*, associada a quadros clínicos geralmente leves, mas com importantes repercussões na saúde pública. Destaca-se sua relação com malformações congênitas, especialmente a microcefalia, e com complicações neurológicas, o que evidenciou a vulnerabilidade de sistemas de saúde em contextos de desigualdade socioambiental.

Diante disso, os estudos analisados situam a policrise como um fenômeno estrutural, no qual crises sociais, ambientais e sanitárias operam de forma simultânea e interdependente, produzindo efeitos cumulativos sobre os sistemas de saúde. Giatti e Maksud (2023) abordam esse cenário a partir do Antropoceno, descrevendo como a degradação ambiental se articula às desigualdades históricas da sociedade brasileira, ampliando barreiras no acesso a serviços e políticas de saúde, sobretudo em territórios marcados por exclusão social.

No campo das emergências ambientais, Martins *et al.* (2025) analisam os impactos de eventos climáticos extremos sobre a infraestrutura sanitária e a capacidade operacional dos sistemas municipais de saúde. Os autores descrevem que o aumento da demanda assistencial ocorre simultaneamente à redução da capacidade de resposta, em razão de danos estruturais, escassez de recursos e interrupções logísticas, configurando um quadro de sobreposição de fragilidades institucionais.

Essa leitura dialoga com a abordagem das ciências sociais apresentada por Silveira e Oliveira (2023), que tratam emergências e desastres como processos socialmente construídos. Os autores destacam que os efeitos sanitários desses eventos são condicionados pela organização social prévia dos territórios, de modo que populações em situação de pobreza, precarização do trabalho e fragilidade de políticas públicas vivenciam impactos mais intensos e prolongados sobre suas condições de saúde e sobre a continuidade do cuidado.

A incorporação dos dados da Síntese de Indicadores Sociais do IBGE permite contextualizar essas análises no cenário socioeconômico brasileiro recente. Entre 2023 e 2024, apesar da redução do contingente populacional em situação de pobreza, mais de um quinto da população permaneceu abaixo da linha definida pelo Banco Mundial, com maior concentração



entre pessoas pretas, pardas, mulheres e trabalhadores informais. Esse padrão social delimita condições diferenciadas de exposição a riscos e de acesso aos serviços de saúde em contextos de crise.

Minayo e Freire (2020) aprofundam essa discussão ao examinar os impactos da pandemia de COVID-19 sobre os trabalhadores da saúde. As autoras descrevem que técnicos e auxiliares de enfermagem, majoritariamente mulheres e com baixos salários, sustentaram a produção cotidiana do cuidado em condições de maior exposição ao risco, sem respaldo institucional proporcional. Essa dinâmica revela que a força de trabalho em saúde também é atravessada pelas desigualdades sociais que compõem os cenários de policrise.

No âmbito da gestão pública, Souza *et al.* (2025) descrevem avanços institucionais na organização da resposta às emergências em saúde pública no Brasil, como a Rede CIEVS e os Centros de Operações de Emergências. Contudo, os autores reconhecem limitações na capacidade de articulação interfederativa e na operacionalização local dessas estratégias, especialmente em municípios com menor capacidade técnico-financeira, aspecto central para compreender a sobrecarga recorrente do SUS em cenários críticos.

A articulação entre crises ambientais e desigualdades sociais torna-se ainda mais evidente quando analisada à luz dos impactos regionais. Martins *et al.* (2025) demonstra que enchentes, ondas de calor e deslizamentos afetam de forma desproporcional regiões historicamente vulnerabilizadas, comprometendo o funcionamento dos serviços de saúde justamente onde a dependência do sistema público é maior, reforçando ciclos de adoecimento e desassistência.

Silveira e Oliveira (2023) aprofunda essa análise ao incorporar o conceito de risco sistêmico, no qual os efeitos das emergências se desdobram em cascata sobre diferentes dimensões da vida social. Essa perspectiva permite compreender por que crises sanitárias, como pandemias, não podem ser dissociadas de crises econômicas, ambientais e políticas, sob pena de se produzir respostas fragmentadas e insuficientes.

Essa abordagem dialoga diretamente com a teoria da sociedade do risco, na qual os perigos contemporâneos não se distribuem de forma aleatória, mas são socialmente produzidos e desigualmente experimentados. Beck (2011) destaca que riscos ambientais, sanitários e tecnológicos tendem a afetar de maneira mais intensa grupos socialmente vulnerabilizados,



reforçando desigualdades históricas e ampliando a complexidade da gestão pública em contextos de crise antes de avançar na discussão integrada dos achados, apresentam a seguir a síntese dos estudos incluídos, conforme os critérios metodológicos definidos, contemplando ano de publicação, país, delineamento, população, contexto analisado e principais contribuições para a compreensão da organização do cuidado em cenários de policrise.

**Tabela 1** – Síntese dos estudos incluídos na revisão.

<b>AUTOR E ANO</b>	<b>PAÍS</b>	<b>DELINEAMENTO</b>	<b>POPULAÇÃO / OBJETO</b>	<b>CONTEXTO ANALISADO</b>	<b>PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES</b>
Giatti, Leandro Luiz; Maksud (2023)	Brasil	Ensaio teórico	Sistemas de saúde e políticas públicas	Antropoceno e desigualdades	Analisa a relação entre crise ambiental, iniquidades sociais e acesso desigual à saúde no contexto do Antropoceno.
Martins, Flavio Pinheiro <i>et al.</i> (2025)	Brasil	Ensaio crítico	Sistemas municipais de saúde	Mudanças climáticas	Discute a sobrecarga dupla dos sistemas locais de saúde e a fragilidade da infraestrutura sanitária frente às mudanças climáticas.
Souza <i>et al.</i> (2025)	Brasil	Artigo de opinião	Gestão pública	Emergências em saúde	Examina a evolução institucional da resposta do SUS às emergências em saúde pública.
Silveira <i>et al.</i> (2023)	Brasil	Estudo teórico	Sociedade e territórios	Desastres e risco	Compreende as emergências e os desastres como processos socialmente construídos, mediados por relações territoriais e sociais.
Minayo; Freire, (2020)	Brasil	Artigo de opinião	Trabalhadores da saúde	Pandemia de COVID-19	Evidencia desigualdades laborais, condições precárias de trabalho e impactos na produção do cuidado em saúde.



Carvalho, <i>et al.</i> (2025)	Brasil	Estudo estatístico	População brasileira	Pobreza e desigualdade	Demonstra os impactos das desigualdades socioeconômicas na capacidade de acesso e utilização dos serviços de saúde.
Araújo, <i>et al.</i> (2023)	Internacional	Revisão sistemática	Emergências de saúde pública de importância internacional	Emergências sanitárias globais	Evidencia os impactos das emergências de saúde pública sobre a capacidade de resposta dos sistemas de vigilância e controle de doenças, destacando fragilidades institucionais e desigualdades entre países.
Jatobá; Carvalho, (2024)	Brasil	Estudo teórico-analítico	Sistema Único de Saúde (SUS)	Resiliência institucional e gestão de desastres	Argumenta que a resiliência do SUS depende da organização cotidiana dos serviços, da governança e da capacidade de adaptação contínua.
Beck, (2011)	Alemanha	Ensaio teórico	Sociedade contemporânea	Sociedade de risco e modernidade reflexiva	Oferece base teórica para compreender riscos globais, emergências e desastres como produtos sociais da modernidade.
Morin, (2015)	França	Ensaio teórico	Sistemas sociais e organizacionais	Pensamento complexo e interdependência das crises	Fundamenta a noção de policrise a partir da complexidade, da interdependência entre sistemas e da inadequação de respostas setoriais isoladas.
Santos, (2020)	Portugal	Ensaio crítico	Sociedade global e políticas públicas	Crises sanitárias e desigualdades sociais	Analisa como crises sanitárias aprofundam desigualdades estruturais e expõem limites do Estado e das políticas públicas.



Tooze, (2021; 2022)	Estados Unidos	Análise histórico-econômica	Economia política global	Policrise e crises globais	Desenvolve o conceito de policrise ao demonstrar a interação entre crises econômicas, sanitárias, políticas e ambientais em escala global.
OMS (2016)	Internacional	Documento normativo	Estados-membros e sistemas de saúde	Emergências de saúde pública de importância internacional	Estabelece diretrizes para prevenção, detecção e resposta a emergências em saúde pública, orientando a cooperação internacional.

**Fonte:** Elaborado pelos autores, 2026.

A leitura integrada da tabela permite identificar que, apesar da diversidade metodológica, os estudos compartilham a compreensão de que a produção do cuidado em saúde é profundamente condicionada por fatores estruturais. Giatti e Maksud (2023) e Silveira e Oliveira (2023) convergem ao apontar que a degradação ambiental e a organização desigual da sociedade intensificam riscos sanitários, enquanto Martins *et al.* (2025) explicitam como essas dinâmicas se materializam na infraestrutura e na capacidade operacional dos serviços.

No contexto do Antropoceno, a crise ambiental assume caráter profundamente desigual, uma vez que seus impactos recaem de forma mais intensa sobre populações historicamente marginalizadas. Conforme destaca Santos (2020), a crise sanitária revela uma pedagogia cruel, na qual desigualdades sociais e fragilidades institucionais determinam quem adoece, quem tem acesso ao cuidado e quem suporta os maiores custos das crises.

Os dados do IBGE complementam essa interpretação ao demonstrar que a pobreza permanece fortemente associada à raça, gênero e inserção precária no mercado de trabalho, elementos que, segundo Minayo e Freire (2020), influenciam diretamente quem sustenta o cuidado em momentos de crise e quem enfrenta maiores barreiras para acessá-lo.

Souza *et al.* (2025) acrescenta que, embora existam dispositivos institucionais para resposta às emergências, a efetividade dessas estruturas depende da capacidade local de implementação. Essa limitação se torna crítica em cenários de policrise, nos quais eventos



ambientais extremos, crises econômicas e demandas sanitárias se sobrepõem, exigindo respostas rápidas e articuladas que nem sempre se concretizam.

A convergência entre os estudos indica que a policrise não apenas amplia a demanda por serviços de saúde, mas redefine a própria lógica de organização do cuidado. A persistência de desigualdades estruturais compromete a equidade, enquanto a fragilidade da infraestrutura e da força de trabalho limita a capacidade de resposta do sistema, produzindo efeitos duradouros sobre a saúde das populações.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise desenvolvida ao longo deste estudo permitiu examinar de que modo a convergência entre crises sociais, emergências ambientais e a sobrecarga dos sistemas de saúde reconfigura a produção do cuidado e influencia os desfechos em saúde das populações. Dessa forma, os achados desta revisão evidenciam que a interação entre crises sociais, ambientais e sanitárias influencia diretamente a organização do cuidado em saúde, ao reconfigurar práticas, fluxos assistenciais e capacidades institucionais, bem como os desfechos em saúde das populações, aprofundando desigualdades e produzindo impactos mais intensos nos territórios socialmente vulnerabilizados.

As crises sociais, ambientais e sanitárias não operam de forma isolada, mas se articulam em um processo cumulativo que intensifica vulnerabilidades pré-existentes, amplia desigualdades e compromete a capacidade de resposta dos serviços de saúde. Nesse contexto, as crises sociais, expressas por desigualdades socioeconômicas, precarização das condições de vida e fragilização das políticas de proteção social, afetam diretamente a demanda por cuidados em saúde, ao mesmo tempo em que limitam o acesso e a continuidade da atenção.

Esse quadro é agravado pela ocorrência de crises ambientais, como desastres climáticos e processos de degradação ambiental, que ampliam a exposição a riscos sanitários e impõem novas demandas aos sistemas de saúde, frequentemente sem a correspondente ampliação de recursos, infraestrutura e capacidade assistencial, evidenciando também os limites sanitários e organizacionais dos serviços.

A sobrecarga dos sistemas de saúde emergiu como um elemento central na reorganização do cuidado, refletindo-se na redução da capacidade resolutive dos serviços, na



fragmentação das redes de atenção e na priorização de respostas emergenciais em detrimento de ações de promoção e prevenção. Essa dinâmica compromete a integralidade do cuidado e contribui para a ampliação de desfechos negativos em saúde, especialmente entre populações em contextos de maior vulnerabilidade social e ambiental.

A interação entre crises sanitárias e ambientais evidenciou limites estruturais dos modelos de organização do cuidado, que se mostram pouco adaptados à complexidade dos cenários contemporâneos. A ausência de estratégias integradas e de planejamento orientado por riscos ambientais e sociais dificulta a antecipação de impactos e restringe a capacidade dos sistemas de saúde de responder de forma articulada e equitativa às múltiplas demandas impostas por situações de crise.

No que se refere à produção do cuidado, constatou-se que a convergência de crises redefine práticas assistenciais, intensifica a pressão sobre os profissionais de saúde e fragiliza os vínculos entre serviços e comunidades. A priorização de respostas imediatas, em contextos de escassez de recursos, tende a aprofundar desigualdades no acesso e na qualidade da atenção, influenciando de maneira desigual os desfechos em saúde das populações.

Nessa perspectiva, sistemas de saúde resilientes são aqueles que conseguem antecipar riscos, assegurar a continuidade do cuidado e reduzir desigualdades, mesmo diante de contextos prolongados de crise. Os achados analisados indicam que a resiliência dos sistemas de saúde, quando articulada à dimensão territorial, não se restringe à capacidade institucional de resposta a eventos críticos e situações emergenciais.

Sistemas resilientes contribuem diretamente para a redução das desigualdades em saúde ao assegurar a continuidade do cuidado, a integralidade das ações e a manutenção da qualidade assistencial nos territórios mais expostos às múltiplas crises. Dessa forma, a resiliência se configura como elemento estratégico para influenciar positivamente os desfechos em saúde das populações, particularmente daquelas historicamente submetidas a processos de exclusão social e ambiental. Nessa perspectiva, a resiliência dos sistemas de saúde não pode ser compreendida apenas como a capacidade institucional de resistir a choques agudos ou responder a eventos extremos, mas como um atributo estrutural orientado à redução das desigualdades em saúde.

Como limitação do estudo, destaca-se a abordagem baseada exclusivamente em fontes secundárias, o que restringe a análise à interpretação das evidências disponíveis, sem



contemplar experiências empíricas diretas de usuários e trabalhadores da saúde em contextos de crise. Ainda assim, a diversidade dos cenários analisados possibilitou uma compreensão ampliada das interações entre crises sociais, ambientais e sanitárias.

Diante desse panorama, torna-se pertinente o desenvolvimento de investigações empíricas que aprofundem a análise dos impactos da policrise na organização do cuidado, incorporando abordagens interdisciplinares e territoriais. Estudos futuros que avaliem estratégias de fortalecimento da resiliência dos sistemas de saúde e de integração entre políticas sociais, ambientais e sanitárias poderão contribuir para a formulação de respostas mais consistentes frente aos desafios impostos por cenários de crise múltipla.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Giovanna Rotondo de *et al.* Effects of public health emergencies of international concern on disease control: a systematic review. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 47, e74, 2023. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.74>

BECK, Ulrich. Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34, 2011.

CARVALHO, André Roncaglia de *et al.* Social vulnerability and health crisis in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 9, e00071721, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00071721>.

FELDMANN, Heinz; GEISBERT, Thomas W. Ebola haemorrhagic fever. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9768, p. 849–862, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60667-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60667-8).

GIATTI, Leandro Luiz; MAKSUD, Ivia. O Antropoceno, a crise ambiental e as desigualdades no acesso a serviços e políticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2 (Dossiê), 28 jul. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230329>

GUAN, Wei-jie *et al.* Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 382, n. 18, p. 1708–1720, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua: taxa de desocupação é de 14,2% e taxa de subutilização é de 29,0% no trimestre encerrado em janeiro de 2021. **IBGE – Estatísticas Sociais**, Rio de Janeiro, 31 mar. 2021.



IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Íntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2025*. Rio de Janeiro: **IBGE**, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>

JATOBÁ, Alessandro; CARVALHO, Paulo Victor Rodrigues de. The resilience of the Brazilian Unified Health System is not (only) in responding to disasters. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 58, e22, 2024. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005731>

KRUK, Margaret E. *et al.* High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. **The Lancet Global Health**, London, v. 6, n. 11, p. e1196–e1252, 2018. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)

MARTINS, Flavio Pinheiro *et al.* Sistemas municipais de saúde e mudanças climáticas: desafios de infraestrutura e resiliência no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 39, n. 114, p. 1–?, maio/ago. 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.202539114.005>

MINAYO, Maria Cecília de Souza; FREIRE, Neyson Pinheiro. Pandemia exacerbada desigualdades na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3555–3556, set. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.13742020>.

MORIN, Edgar. *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: **Sulina**, 2015

SOUZA, Ana Sara Semeão de *et al.* History of the implementation of public health emergency management in Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 34, e20240498, 2025. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S2237-96222024v34e20240498.en>

SILVEIRA, Lucia Teresa Côrtes da; OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. Emergências em Saúde Pública, desastres e risco: perspectivas e abordagens a partir das ciências sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 139, p. 1–?, out./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313909>.

TAUBENBERGER, Jeffrey K.; MORENS, David M. The pathology of influenza virus infections. **Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease**, Palo Alto, v. 3, p. 499–522, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.pathmechdis.3.121806.154316>.

TOOZE, Adam. *Shutdown: how Covid shook the world's economy*. New York: **Viking**, 2021.

TOOZE, Adam. *Polycrisis: the new world disorder*. **Foreign Policy**, Washington, 2022.

WHO, World Health Organization. *International health regulations (2005)*. 3. ed. Geneva: **World Health Organization**, 2016. ISBN 978-92-4-158049-6.