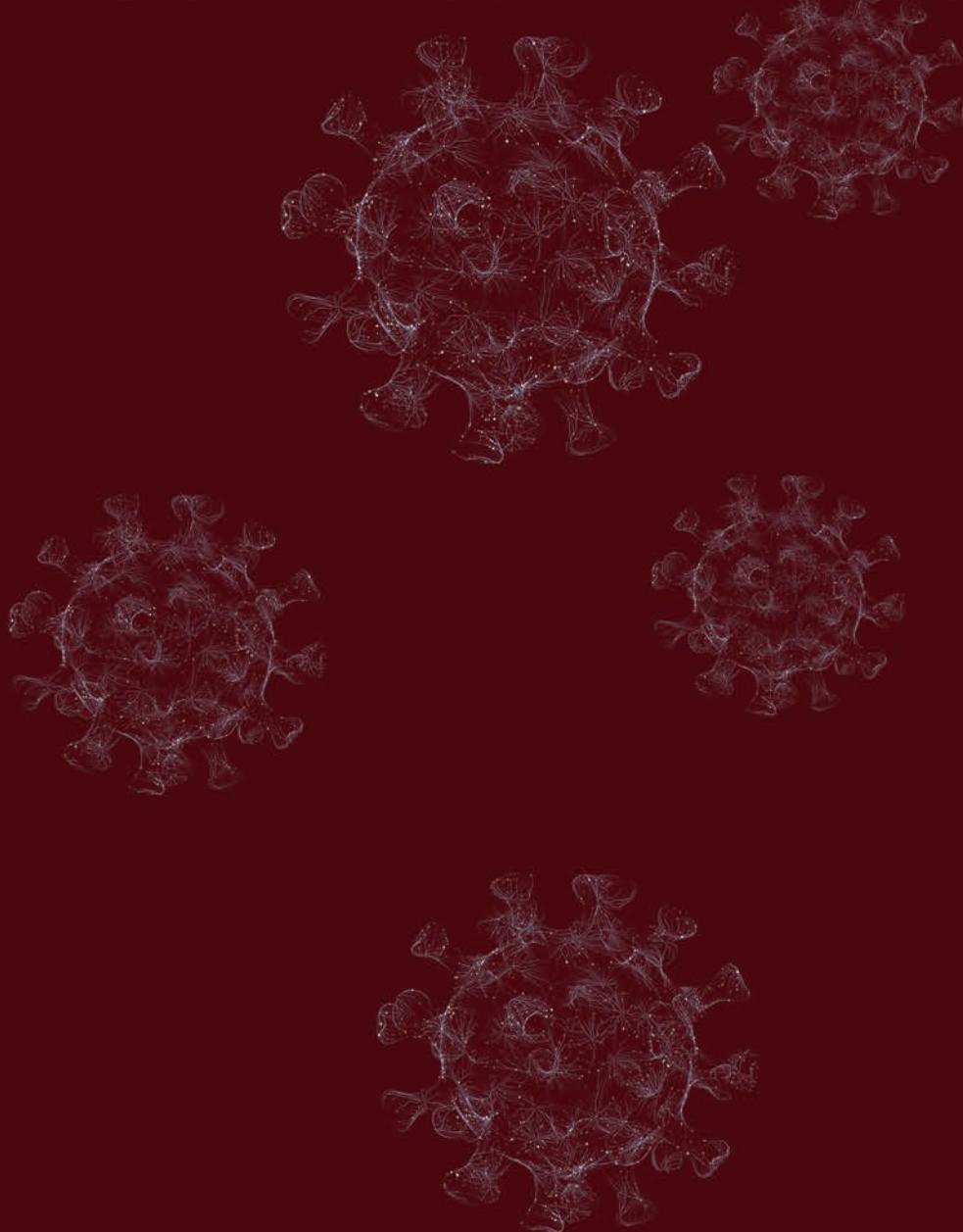


VOLUME 4

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADOS PRIMÁRIOS



9
-
D
V
C

VOLUME 4

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADOS PRIMÁRIOS

© 2021 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

As opiniões emitidas na presente publicação são da exclusiva responsabilidade do autor, sem representar posicionamentos oficiais da Organização Pan-Americana da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

A Coleção COVID-19 é distribuída gratuitamente. Proibida a comercialização.

Também disponível na Biblioteca Digital do Conass em www.conass.org.br/biblioteca.

Coleção COVID-19

Brasília, janeiro de 2021.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

P964 Profissionais de saúde e cuidados primários / Organizadores Alethele de Oliveira Santos, Luciana Tolêdo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.
346 p. – (Coleção Covid-19; v. 4)

Inclui bibliografia
ISBN 978-65-88631-07-2

1. Covid-19 – Brasil. 2. Pandemia. 3. Saúde pública – Brasil.
I. Santos, Alethele de Oliveira. II. Lopes, Luciana Tolêdo.
CDD 616.2

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

VOLUME 4

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADOS PRIMÁRIOS

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2021

AC	Alysson Bestene	PB	Geraldo Antônio de Macedo
AL	Alexandre Ayres	PE	André Longo
AM	Marcellus Campelo	PI	Florentino Alves Veras Neto
AP	Juan Mendes da Silva	PR	Beto Preto
BA	Fábio Vilas Boas	RJ	Carlos Alberto Chaves de Carvalho
CE	Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	RN	Cipriano Maia
DF	Osney Okumoto	RO	Fernando Rodrigues Máximo
ES	Nésio Fernandes de Medeiros Junior	RR	Marcelo Lima Lopes
GO	Ismael Alexandrino Júnior	RS	Arita Gilda Hübner Bergmann
MA	Carlos Eduardo de Oliveira Lula	SC	André Motta Ribeiro
MG	Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	SE	Mércia Feitosa
MS	Geraldo Resende	SP	Jean Gorinchteyn
MT	Gilberto Figueiredo	TO	Luiz Edgar Leão Tolini
PA	Rômulo Rodovalho	PB	Geraldo Antônio de Macedo

DIRETORIA DO CONASS 2020/2021

PRESIDENTE

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

VICE-PRESIDENTES

REGIÃO CENTRO-OESTE

Gilberto Figueiredo (MT)

REGIÃO NORDESTE

André Longo (PE)

REGIÃO NORTE

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

REGIÃO SUDESTE

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva (MG)

REGIÃO SUL

Beto Preto (PR)

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso

COORDENAÇÃO TÉCNICA E ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Fernando Passos Cupertino de Barros

COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E DE FINANÇAS

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL

Ricardo F. Scotti

ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

ASSESSORIA PARLAMENTAR

Leonardo Moura Vilela

ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Adriane Cruz
Lígia Formenti
Marcus Carvalho
Tatiana Rosa

ASSESSORIA TÉCNICA

Carla Ulhoa André
Eliana Maria Ribeiro Dourado
Felipe Ferré
Fernando Campos Avendanho
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Heber Dobis Bernarde
Juliane Aparecida Alves
Luciana Tolêdo Lopes
Maria José Evangelista
Nereu Henrique Mansano
René José Moreira dos Santos
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Tereza Cristina Lins Amaral

CONSELHO EDITORIAL

Alethele de Oliveira Santos
Adriane Cruz
Fernando P. Cupertino de Barros
Jurandi Frutuoso Silva
Marcus Carvalho
René José Moreira dos Santos
Tatiana Rosa

ORGANIZAÇÃO DA COLEÇÃO COVID-19

ORGANIZAÇÃO

Alethele de Oliveira Santos
Luciana Tolêdo Lopes

REVISÃO TÉCNICA

Alethele de Oliveira Santos
Carla Ulhoa André
Eliana Maria Ribeiro Dourado
Felipe Ferré
Fernando Campos Avendanho
Fernando Passos Cupertino de Barros
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Héber Dobis Bernarde
Juliane Aparecida Alves
Jurandi Frutuoso Silva
Leonardo Moura Vilela
Lígia Formenti
Luciana Tolêdo Lopes
Marcus Carvalho
Maria Cecília Martins Brito
Maria José Evangelista
Nereu Henrique Mansano
René José Moreira dos Santos
Rita de Cássia Bertão Cataneli
Tereza Cristina Lins Amaral

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Ana Lucia Brochier Kist
Aurora Verso e Prosa

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

ALM Apoio à Cultura
Marcus Carvalho

COLABORADORES VOLUME 4 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADOS PRIMÁRIOS

Aléxi Volaco
Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega
André Luiz de Abreu
André Ribeiro da Silva
Camila Sardenberg
Carla Ulhoa André
Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Carmen Lavras
Daniel Soranz
Danielle Soares Cavalcante
Dyego Leandro Bezerra de Souza
Edgar Nunes de Moraes
Eugênio Vilaça Mendes
Giovanni Abrahão Salum Júnior
Haroldo Jorge de Carvalho Pontes
Helaine Carneiro Capucho
Hermelinda C. Pedrosa
Isabela Cardoso de Matos Pinto
Janete Lima de Castro
Lucia de Fatima Nascimento de Queiroz
Luciana Tolêdo Lopes
Luis Fernando Rolim Sampaio
Luiz Felipe Pinto
Marcele Carneiro Paim
Maria Célia Delduque
Maria Cristina Fernandes Ferreira
Maria de Lourdes Aguiar Oliveira
Maria José de Oliveira Evangelista
Marianne Pinotti
Marilda Mendonça Siqueira
Monaliza Gomes Pereira
Monica Antar Gamba
Nilce Botto Dompierre
Patrícia Souza Carvalho
Sergio Antônio Sirena
Silvia Takeda
Thiago Guimarães Pereira

SUMÁRIO

VOLUME 4 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADOS PRIMÁRIOS

ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE APS DURANTE O PERÍODO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 Carmen Lavras	12
EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DA LINHA DE FRENTE EM COMBATE À PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19): DESAFIOS E PERSPECTIVAS André Ribeiro da Silva	24
A IMPORTÂNCIA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO COVID-19 Janete Lima de Castro, Haroldo Jorge de Carvalho Pontes	40
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: ESTRATÉGIAS E AÇÕES DAS ESCOLAS ESTADUAIS DE SAÚDE Isabela Cardoso de Matos Pinto, Marcele Carneiro Paim	54
ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE CLASSE PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE EM FACE DA PANDEMIA DE COVID-19 Maria Célia Delduque	72
A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19 Giovanni Abrahão Salum Júnior	86
O DESAFIO DE ORIENTAR O EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA NO BRASIL DURANTE O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19 Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega	100
SEGURANÇA DO TRABALHADOR DE SAÚDE E DO PACIENTE NA PANDEMIA DE COVID-19: ORIENTAÇÕES PARA A GESTÃO DO SISTEMA E DA CLÍNICA Dyego Leandro Bezerra de Souza	112
CUIDADO CENTRADO NA PANDEMIA: DO PACIENTE À COMUNIDADE Camila Sardenberg	128

A QUALIDADE DO CUIDADO E O AUTOCUIDADO APOIADO NA PANDEMIA Silvia Takeda, Sergio Antonio Sirena	136
MÚLTIPLAS ABORDAGENS NO CUIDADO CONTINUADO DOS PACIENTES DE COVID-19 Helaine Carneiro Capucho	152
SEGURANÇA DO PACIENTE EM EVENTOS <i>DRIVE THRU</i> Monaliza Gomes Pereira, Carla Ulhoa André	166
DIABETES EM TEMPOS DE COVID-19: O QUE PODE SER FEITO PARA RETOMAR AS AÇÕES E EVITAR SOBRECARGA NO SUS? Hermelinda C. Pedrosa, Nilce Botto Dompierre, Aléxi Volaco, Patrícia Souza Carvalho, Monica Antar Gamba	182
A COVID-19 ENTRE GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS: SITUAÇÕES DESAFIADORAS DURANTE O PARTO EM TEMPOS DE PANDEMIA Marianne Pinotti	202
O IMPACTO DA COVID-19 ENTRE OS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS: PREVENÇÃO, CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS Danielle Soares Cavalcante	222
DETERMINANTES DE MORBIMORTALIDADE DA COVID-19 NO IDOSO: IDADE, COMORBIDADES OU FRAGILIDADE? Edgar Nunes de Moraes	230
ENSAIO SOBRE A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E A COVID-19 Maria Cristina Fernandes Ferreira	242
GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: LIMITES E POTENCIALIDADES DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE Carmem Cemires Bernardo Cavalcante, Luciana Tolêdo Lopes, Maria José de Oliveira Evangelista	254
A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SETOR DE SAÚDE COMPLEMENTAR: CONDICIONANTES E DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM TEMPOS DE COVID-19 Luis Fernando Rolim Sampaio, Lucia de Fatima Nascimento de Queiroz	268

DESAFIOS DO TELETRABALHO (<i>HOME OFFICE</i>): AS NECESSIDADES OCACIONADAS PELA COVID-19	284
Thiago Guimarães Pereira	
IBGE E PNAD COVID-19: CONTRIBUIÇÕES PARA A VIGILÂNCIA DE SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL E SINTOMAS CONJUGADOS ASSOCIADOS AO NOVO CORONAVÍRUS	292
Daniel Soranz, Luiz Felipe Pinto	
A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA LABORATORIAL E A REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	310
Maria de Lourdes Aguiar Oliveira, André Luiz de Abreu, Marilda Mendonça Siqueira	
O LADO OCULTO DE UMA PANDEMIA: A TERCEIRA ONDA DA COVID-19	328
Eugênio Vilaça Mendes	

APRESENTAÇÃO

VOLUME 4 – PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADOS PRIMÁRIOS

É incontestável a importância dos profissionais de saúde. A relevância de seus esforços, sua dedicação, seu compromisso com a saúde individual e coletiva são notórios em tempos de rotina e ainda mais, em cenários atípicos como o que a pandemia da COVID-19 permite vivenciar.

Esse rol de profissionais, detentores de mais saberes e habilidades que as universidades podem prover, são médicos, enfermeiros, auxiliares, gestores, fisioterapeutas, nutricionistas, agentes comunitários e de endemias, responsáveis por alimentação de bancos de dados e serviços administrativos, entre outros tantos, e que dão vida aos sistemas universais e fazem com que a letra da lei se efetive em direito, iniciado nos cuidados primários.

O **Volume 4 – Profissionais de Saúde e Cuidados Primários** se ocupa em apresentar textos que refirmam a atuação dos profissionais, a educação em saúde e no SUS, as posições dos conselhos de classe, saúde mental e segurança do trabalhador. Também aborda, aí no âmbito dos cuidados primários, questões relacionadas ao cuidado e sua qualidade, autocuidado, segurança do paciente, atenção primária, práticas *Drive-Thru*, além dos cuidados destinados a populações específicas: pessoas com diabetes; gestantes, puérperas e recém nascidos; indígenas, idosos e população privada de liberdade.

Os textos contemplam a racionalidade e o ordenamento do SUS pela Atenção Primária à Saúde (APS) ao dar destaque à estratégia denominada ‘Planificação’, a inserção do modelo APS na saúde complementar e suas associações com a realidade social e a vigilância em saúde. A conjugação desses elementos chama a atenção para os possíveis efeitos da chamada terceira onda, em que os sistemas de saúde devem assistir aos pacientes cujos cuidados foram sobrestados em função da pandemia.

Os textos expressam os conceitos, análises e interpretações de seus autores e ainda que por acaso sejam contrários às posições do Conass, estão apresentados em sua integralidade. Boa leitura.

Carlos Lula

Presidente do Conass

ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE APS DURANTE O PERÍODO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Carmen Lavras¹

RESUMO: Ao considerar as especificidades desta epidemia, particularmente, relacionadas com sua mitigação e assistência aos portadores de COVID-19, num cenário que considera o atual estágio de desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o artigo busca evidenciar as exigências e as atribuições próprias da APS para o enfrentamento dessa pandemia, bem como as modificações que foram necessárias nos processos de trabalho das equipes desse nível de atenção. Considera, ainda, o necessário desencadeamento de medidas protetivas aos trabalhadores e os desafios que terão que ser superados na APS, para a organização da vacinação em massa e para a ampliação da oferta de cuidados no período pós-pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica à Saúde. Infecções por SARS-CoV-2. COVID-19. Habilidades de Enfrentamento.

¹ Médica Sanitarista, Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0062780530788189> e-mail: cclavras@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

Estamos enfrentando mais uma epidemia, a exemplo de tantas outras já enfrentadas pela humanidade ao longo da história. Desta vez, num contexto de mundo globalizado no qual circulam em ritmo acelerado: pessoas, produtos, informações e o próprio vírus, o SARS-CoV-2, também um coronavírus, semelhante aos que causaram a síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2002/2003 e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012, porém, dessa vez, um vírus com maior poder de transmissibilidade.

O comportamento desse vírus, inicialmente, totalmente desconhecido, hoje já está, em parte, identificado. Apresenta uma alta capacidade de transmissão respiratória, embora essa transmissibilidade também seja possível, de forma mais discreta, através de contato com superfícies contaminadas; mais de 80% das pessoas contaminadas são assintomáticas ou apresentam sintomas leves; e, no máximo, 20% apresentam quadro clínico muito importante, com risco de agravamento em intervalo muito curto, com alto índice de comprometimento respiratório, o que indica que aproximadamente 5% dessas pessoas vão necessitar de respiração assistida. Apresenta, ainda, importante taxa de letalidade e acomete mais idosos e pacientes com alguma comorbidade. A patogenia ainda não está totalmente descrita, mas já temos grandes avanços nessa perspectiva, particularmente, na área de imunologia, indicando, nos pacientes gravemente acometidos que, como já se sabe, apresentam quadros multissistêmicos, a existência de respostas imunológicas natas (genéticas) ou adaptativas que favorecem a infecção viral, e esse tipo de acometimento de vários órgãos e funções. Isso leva se valorizar tanto a carga viral de exposição como a capacidade de resposta imunológica de cada indivíduo. De qualquer forma, os estudos e pesquisas em relação à COVID-19 continuam a se desenvolver em ritmo intenso em todo o mundo, o que poderá, em breve, elucidar melhor esses mecanismos de adoecimento e, a partir daí, os recursos necessários a seu enfrentamento ⁽¹⁾.

Diferentemente de outros vírus, a transmissão se dá, preponderantemente, por via respiratória, por meio de pessoas contaminadas no início do período sintomático, embora exista a possibilidade de transmissão antes do início dos sintomas (período pré-sintomático), evidenciando a importância da identificação e isolamento de contactantes, independentemente da confirmação clínica e/ou laboratorial, para a quebra da cadeia de transmissão e o efetivo controle da epidemia ⁽²⁻³⁾.

É um vírus para o qual existem inúmeros estudos em desenvolvimento para a produção de vacinas, em vários países, o que aponta para a possibilidade de iniciarmos a vacinação durante o ano de 2021. Entretanto, nesse momento, a efetividade do controle da epidemia depende, apenas, do desenvolvimento de outras medidas robustas tanto no campo da saúde como no de proteção social, particularmente nesse último caso, em relação às populações mais vulneráveis.

No que diz respeito à saúde, são exigidas tanto medidas de cunho coletivo próprias da Vigilância em Saúde (Visa) no que se refere à análise e ao acompanhamento global da epidemia; a orientação de toda a sociedade quanto à importância do uso de máscara, etiqueta respiratória, higienização das mãos e de ambientes de uso comum e, distanciamento social; e, ao rastreamento, identificação, isolamento e monitoramento de contactantes, como medidas assistenciais de cunho individual, que vão desde o diagnóstico, acompanhamento clínico, controle das complicações, nesse caso, severas e que exigem assistência especializada, até a reabilitação.

Todas essas medidas necessárias para o enfrentamento da COVID-19, tanto de cunho individual como coletivo, impactam fortemente a organização de toda a sociedade pondo em xeque não só seus sistemas de saúde e de proteção social, mas também seus valores; o modo de vida das pessoas; a forma como organiza a sua economia; a forma como essas sociedades se relacionam e a forma como distribuem poderes e decisões políticas.

Analisando esse processo no caso brasileiro, já conseguimos identificar a presença de alguns fatores que favorecem e de outros que dificultam o enfrentamento dessa pandemia. Como fatores que favorecem o enfrentamento, podemos apontar o fato de a epidemia não ter se iniciado aqui, o que nos proporcionou um período para observação e trocas de conhecimento a respeito de seu desenvolvimento em outras sociedades. Outro fator muito relevante nesse sentido, é a existência de um sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, com grande capilaridade e presente em todo o território nacional. Deve-se destacar, ainda, que contamos com bons profissionais de saúde e com instituições sólidas tanto de saúde como de ciência e tecnologia.

No entanto, temos que reconhecer nossas fragilidades, as quais, neste momento, apresentam-se como fatores dificultadores para esse enfrentamento. Atravessamos uma profunda crise ética e política, em que os interesses de cunho individual e privado constantemente se sobrepõem

aos interesses públicos em defesa da vida; as decisões governamentais carecem de agilidade, quando não se encontram ausentes em relação a vários de nossos problemas sociais; o país é marcado tanto pela existência de uma grande diversidade regional como por uma extrema concentração de renda, o que faz com que nossa sociedade seja profundamente desigual, com grande parte da população vivendo em situação de grande vulnerabilidade social, expondo, assim, parcela significativa de nossa sociedade a maiores riscos nesta pandemia.

A desigualdade social pode ser percebida em todo o território nacional e, de forma muito contundente, nos territórios periféricos dos grandes centros urbanos mais ricos e desenvolvidos do país que concentram parcela significativa da população brasileira. Vários desses grandes centros urbanos contam com instituições sólidas, sejam elas empresas; universidades; organizações da sociedade civil; instituições de saúde tanto públicas como privadas; parque de ciência e tecnologia bastante diversificado (institutos de pesquisa; universidades; centros de pesquisa vinculados a empresas); e associações e movimentos sociais organizados, mas, mesmo assim, apresentam áreas de extrema pobreza e exclusão social.

É nessas áreas e nesses territórios que o vírus se reproduz com maior facilidade ampliando, enormemente, o risco do contágio, já que grande parcela da população que neles reside vive em condições sub-humanas, com um grande número de pessoas por domicílio, apresentando maior dificuldade no cumprimento das práticas de isolamento, seja por desentendimento em relação às medidas protetivas, seja pela necessidade de sair buscando a sobrevivência imediata e, além disso, dependendo de transporte público sobrecarregado. Para essa população, as medidas protetivas, quando existem, são tímidas.

Assim, mesmo sem analisar a disponibilidade de oferta de serviços de saúde, podemos afirmar que o próprio ciclo da pandemia no país reproduz a desigualdade social existente, ao atingir mais fortemente essa população em condições de maior vulnerabilidade social.

Faz-se necessário, então, em relação a esses grupamentos sociais, focalizar ações de saúde e de proteção social, além de estabelecer uma política de comunicação social, especificamente dirigida a essa população.

Além disso, faz-se necessário considerar que o SUS, como um sistema cronicamente subfinanciado, mesmo que presente em todo o território nacional, se apresenta de forma muito diferenciada em cada região do país, tanto no que diz respeito à distribuição e conformação das redes de serviços de saúde, particularmente os mais especializados, bem como na distribuição de seus profissionais, apresentando grandes concentrações nas capitais e municípios maiores.

É considerando o próprio comportamento dessa pandemia e, também, as dimensões continentais do Brasil, sua diversidade regional e as profundas desigualdades sociais existentes, e a diversidade de conformação do próprio SUS no país, aqui apontadas, que devemos reconhecer a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) presente em todos os municípios brasileiros, como imprescindível e de fundamental importância para seu controle.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A APS vem sendo construída no Brasil há praticamente um século, fundamentada em distintas concepções e apresentando, em cada momento histórico, diferentes formas de organização. Durante todo esse percurso, muitas foram as contribuições advindas de organizações internacionais e de outros países que, com realidades sanitárias distintas, também buscam, constantemente, ajustar seus sistemas de saúde.

Mais recentemente, Barbara Starfield, estudiosa da APS na atualidade, define esta como o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS, segundo ela, coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, além dos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁽⁴⁾.

Esses atributos definidos foram incorporados como eixos orientadores de políticas de APS em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

O Brasil, que desde os anos 20 do século passado vem buscando, de diferentes formas e em distintos momentos, organizar a APS, por meio de iniciativas bastante diversas, com o SUS, dá início à estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde mediante de normatizações e financiamento.

A partir de uma avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), foi proposto pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, cujos pressupostos que a fundamentam são explicitados no texto que compõe o anexo da Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁵⁾. Depois dessa Política, duas outras Políticas foram editadas: a PNAB 2011, por meio da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, e a PNAB 2017, por intermédio da Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017^(6,7).

Em todas elas, o conceito de Atenção Básica, termo utilizado em equivalência à Atenção Primária à Saúde, é muito semelhante e assim expresso na portaria de 2017:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. ⁽⁷⁾.

Bem, com todo esse percurso e embasamento e, tendo a Saúde da Família como sua principal estratégia, a APS no SUS apresenta-se hoje organizada em todos os municípios do país, embora com distintas características, configurações e capacidade de respostas, inclusive para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Grande parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes abrigam uma ou mais Equipes de Saúde da Família, mas vale ressaltar que, além das diferenças entre elas, ainda persistem várias equipes com outras configurações, definindo outras modalidades de atenção na APS.

Além disso, é preciso considerar a existência de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) em inúmeros municípios, que, com equipe multiprofissional, acabam proporcionando uma atuação diferenciada por meio da APS.

Um último aspecto que deve ser salientado nesse panorama da APS no SUS do Brasil, além de seu subfinanciamento, a exemplo do que ocorre com todo o sistema, diz respeito ao fato de que, no momento de surgimento dessa epidemia, a APS passava por um conjunto de ajustes propostos pelo Ministério da Saúde, por meio das seguintes iniciativas, ainda pouco consolidadas: Programa Saúde na Hora; Carteira de Serviços; Programa Conecte SUS; Informatiza APS; Programa Médicos pelo Brasil; Programa Previne Brasil; e Pró-Residência.

3. ATUAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Mesmo considerando a diversidade existente no tocante à forma como se dá a organização da APS em cada um dos 5.570 municípios existentes no país, pode-se identificar um conjunto de atividades comuns sendo desenvolvidas, particularmente, nesse momento de enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Além das atividades rotineiras, relacionadas com a oferta de cuidados à saúde da população adscrita, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, outras bastante singulares se acrescentaram, voltadas ao enfrentamento da pandemia.

Assim é que, considerando a modalidade adotada por cada município, o perfil de cada equipe e as características de cada território, e respeitando as orientações e os protocolos que dia a dia vêm-se atualizando para o enfrentamento da COVID-19, a APS vem, em todo o país, ofertando cuidados, por meio do desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades.

Em primeiro lugar, há que se ressaltar aquelas de orientação da população sob responsabilidade de cada UBS, visando permitir o melhor entendimento a respeito das características, riscos e condutas referentes à epidemia, particularmente, no que diz respeito às medidas preventivas a serem adotadas. Dessa forma, complementa-se o papel que vem sendo exercido amplamente pelos meios de comunicação social de massa, por meio dos quais, no caso brasileiro, são muitas vezes veiculadas informações contraditórias. O conhecimento do território e a relação de confiança previamente estabelecida com as famílias são fundamentais nesse processo, tanto na perspectiva de informação a respeito dos riscos como de orientação geral sob práticas de distanciamento social e autocuidado, além de facilitar a identificação de indivíduos ou famílias, que portadores de algum agravo ou vivendo em condições precárias, constituem-se grupos de risco para essa epidemia e devem ser notificados à própria unidade ou aos serviços de proteção social existentes. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nesse sentido, é de fundamental importância, dado o conhecimento detalhado do território e o vínculo estabelecido com as famílias e a comunidade em geral⁽⁸⁾.

Outras atividades desenvolvidas em conjunto com as equipes de Vigilância em Saúde (VS) que atuam de forma integrada no território são as de rastreamento, concretizadas a partir do conhecimento de cada caso diagnosticado como COVID-19 para identificação de contactantes, seja nos ambientes domiciliares e/ou profissionais, com orientação de quarentena e demais cuidados e, quando possível, com testagem, visando à mitigação e à contenção da epidemia. O isolamento e o monitoramento não só dos pacientes confirmados por critérios clínicos ou laboratoriais, mas de todos os contactantes identificados por intermédio do rastreamento, com certeza, garantem um maior controle da pandemia com menor custo social em relação apenas ao isolamento social como medida coletiva⁽⁹⁾.

Ainda, no âmbito da articulação das equipes de APS com as de VS, vale ressaltar a importância da notificação e da análise permanente de casos no território de cada UBS, como forma de produção de informações ágeis e confiáveis que contribuam para a tomada de decisão, o monitoramento e orientação de ações relativas à epidemia.

Já no que diz respeito à oferta de cuidados clínico-assistenciais aos suspeitos e portadores de COVID-19, no âmbito da APS, há que se ressaltar a importância da etapa diagnóstica realizada com testagem (PCR) ou por critérios clínicos, em todos os casos que apresentam sintomas, que podendo ser considerados Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), devem ser investigados e orientados, considerando inclusive a necessidade de encaminhamento a outros serviços. Outro recurso que vem sendo

recomendado e utilizado na APS do país é a oximetria, realizada na própria unidade ou nos domicílios, para monitoramento de pacientes de risco por meio da verificação do nível de saturação de oxigênio na circulação sanguínea, o que permite, nesse caso, o encaminhamento precoce para serviços mais especializados, evitando-se o agravamento dos casos⁽¹⁰⁾.

Respeitando as próprias características desta pandemia e da rede de atenção primária de cada local, mas com critérios clínicos muito rígidos, muitos desses cuidados clínico-assistenciais vêm-se realizando de forma remota mediante inúmeros recursos de telessaúde, evitando tanto a exposição do paciente como a maior possibilidade de disseminação da doença. Nessa perspectiva, devem ser valorizados: as centrais de orientação remota; o monitoramento remoto tanto de pacientes COVID com quadros leves ou de contactantes em isolamento como de pacientes que já vinham sendo acompanhados por serem portadores de condições crônicas; e as teleconsultas.

Deve ser valorizado, também, o apoio psicossocial que vem sendo ofertado por muitas equipes de UBS, tanto aos pacientes suspeitos ou confirmados, como aos familiares, particularmente durante o período de internação de um membro da família, ou mesmo após seu falecimento.

Ainda no campo da clínica, uma outra demanda que começa a se apresentar de forma importante nas UBS diz respeito aos pacientes em fase de recuperação ou reabilitação de quadros de alta gravidade de COVID-19, após alta hospitalar.

A oferta de cuidados à população em situação de rua e aos residentes em instituições de longa permanência de idosos (ILPI) apresenta-se também como uma atribuição da APS, particularmente nos municípios de grande porte, o que exige, respeitando as características desses agrupamentos, um esforço adicional das equipes responsáveis pela APS, em tempos de pandemia.

Nessa mesma perspectiva, deve ser considerada a oferta de cuidados a outros agrupamentos populacionais específicos como no caso de aldeias indígenas isoladas, ressaltando-se nesse caso, as características próprias da APS já existentes nesses territórios e, obviamente, o maior cuidado exigido para contenção da pandemia nessa população⁽¹¹⁾.

Para que o desempenho de todas essas atividades próprias da APS no SUS possa ser adequado, faz-se necessário investir tanto nas UBS como em seus profissionais.

No que diz respeito às UBS, foi necessário reorganizar a utilização do espaço físico estabelecendo fluxos distintos e ambientes adequados e bem ventilados para usuários que apresentem sintomas respiratórios, de forma a evitar a contaminação de outros. Isso foi feito nas unidades que comportaram essa separação. Em outras, com maior dificuldade na implantação de fluxos distintos, foi recomendada e muito utilizada a indicação de UBS exclusivas para atendimento de portadores de sintomas respiratórios. Já, no que diz respeito às equipes das UBS, pode-se dizer que elas tiveram que se reinventar em relação a seus processos de trabalho, independentemente do

modelo adotado para, de um lado, cumprir sua responsabilidade em relação ao enfrentamento da pandemia e, de outro, manter a oferta de cuidados a toda a população sob sua responsabilidade, particularmente, aos portadores de condições crônicas que exigem atenção contínua e permanente.

Desde o início da pandemia, muitas dessas mudanças já se concretizaram e podem ser citadas, respeitando as características e singularidades de cada UBS e sem a pretensão de generalizar o seu uso. Além de uma maior apropriação de atividades desenvolvidas de forma remota, que, a exemplo do utilizado para pacientes portadores ou suspeitos de COVID, passa também a ser utilizada para os demais pacientes da unidade, particularmente para os portadores de condições crônicas, observa-se, em muitos municípios: a vacinação de rotina sendo realizada em grandes espaços públicos, em unidades selecionadas ou mesmo dentro de carros; a entrega de receitas de medicamento de uso contínuo nos domicílios e com prazo estendido; a maior articulação com outras organizações existentes no território e no município na perspectiva de proteção social das famílias em condições de maior vulnerabilidade social; e a ampliação de atendimentos no domicílio, entre outras.

Explicita-se, assim, uma grande sobrecarga de trabalho dessas equipes neste período de pandemia. Nesse sentido, uma questão adicional que se apresentou foi a necessidade de implantação de um conjunto de medidas de proteção a seus próprios trabalhadores, que, estando na linha de frente, são naturalmente mais expostos aos riscos da própria pandemia. A implantação de medidas protetivas a esses trabalhadores foi e continua sendo necessária com: a disponibilização de EPI para uso permanente bem como o prévio treinamento requerido para esse uso; a testagem periódica respeitando os protocolos COVID; o isolamento de trabalhadores de risco; e a garantia de transporte adequado. Além disso, a implantação dos processos de capacitação referentes a todos os cuidados, utilização de protocolos e de novas tecnologias de informação e comunicação para enfrentamento da epidemia.

Vale ressaltar que a APS precisa estar integrada com outros serviços da rede de atenção à saúde, estabelecendo canais de comunicação, especialmente para acesso a leitos hospitalares por meio de Sistema de Regulação e de transporte ágil e adequado aos pacientes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalmente, deve-se considerar, mesmo sem ainda ter um dimensionamento pormenorizado a esse respeito, que durante o período de epidemia, principalmente nos seus seis primeiros meses, houve uma diminuição no acesso de pacientes portadores de outros agravos e patologias às UBS do SUS, pacientes esses que, em circunstâncias normais, estariam buscando a unidade, para diagnóstico ou acompanhamento de tratamento. Isso se observou também no atendimento ambulatorial e hospitalar especializado em todo o país, o que indica uma possível sobrecarga de todos esses serviços, tão logo se controle essa pandemia.

Nesse sentido, e a título de conclusão, é de se esperar uma reorganização da APS no SUS em todo o país, para enfrentar uma nova realidade que se avizinha, diante da responsabilidade tanto de organização de uma grande e tão esperada campanha de vacinação da COVID-19 como de ampliação da oferta de cuidados aos usuários que, com certeza, estarão retornando à unidade em busca de cuidados os mais variados.

A manutenção das atividades de rastreamento, bloqueio e monitoramento dos pacientes portadores de COVID-19 e de seus contatos realizadas pela APS deve ser entendida, também, como de fundamental importância, mesmo depois do maior controle da pandemia com os esperados efeitos positivos da vacinação em massa. A considerar os conhecimentos científicos até aqui produzidos em relação a esta pandemia, continuaremos a conviver com o SARS-CoV-2, possivelmente, os surtos epidêmicos serão frequentes, e novas intervenções serão necessárias tanto no campo da clínica como no da vigilância em saúde, já que pacientes com baixa imunidade para o vírus, além de requererem assistência individual, apresentam-se como potenciais disseminadores do vírus, mesmo que sem sintomas.

O trabalho da APS acaba, muitas vezes, tendo pouca visibilidade social, já que, no geral, se dá muita ênfase ao atendimento dos pacientes com acometimentos graves, que necessitam de atendimento hospitalar especializado e com frequência de respiração assistida. No entanto, o trabalho da saúde nos territórios e, em particular, naqueles com população em condições de maior vulnerabilidade social, próprios da APS e da VISA, em relação à pandemia, é essencial, volto a dizer, na prevenção, no diagnóstico, no rastreamento, no monitoramento dos casos identificados, nos encaminhamentos, na reabilitação, no apoio psicossocial e, em conjunto com outros setores, no desencadeamento de medidas de proteção social a grupos mais vulneráveis.

Concluindo, considero que todo o processo de enfrentamento dessa pandemia, que ainda deve perdurar por um bom tempo, até o surgimento da vacina e o avanço do conhecimento científico em relação à COVID-19, tem na APS do SUS um de seus sustentáculos. Ademais, mostra que, mesmo com diversidade de modelos e de estruturas, com a necessidade de ajustes nos processos de trabalho de várias de suas unidades e com as dificuldades de superação de seu crônico subfinanciamento, a APS no SUS deve ser considerada uma força social no campo da saúde em defesa da preservação da vida.

REFERÊNCIAS

1. Casanova JL, Su HC. A global effort to define the human genetics of protective immunity to SARS-CoV-2 infection. *Cell*. 2020;181(6):1194-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.05.016>.
2. Furukawa NW, Brooks JT, Sobel J. Evidence supporting transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 while presymptomatic or asymptomatic. *Emerg Infect Dis*. 2020. doi: <https://doi.org/10.3201/eid2607.201595>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID. Brasília: DF; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: https://portalarquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf.
4. Starfield B, Atenção Primária - Equilíbrio entre Necessidade de Saúde, Serviços e Tecnologia. Edição Brasileira: Ministério da Saúde e UNESCO. Brasil; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 29 mar 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 24 out 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19 [Internet]. Brasília: DF; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf.pdf.
9. Bilinski MS, et al. Modeling Contact Tracing Strategies for COVID-19 in the Context of Relaxed Physical Distancing Measures. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2019217. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19217>.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 9. Brasília – DF; 2020.
11. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Nota Técnica nº 5/2020. - Orientações Gerais sobre Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do Covid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 no 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020>.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFISSIONAIS DA LINHA DE FRENTE EM COMBATE À PANDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS (COVID-19): DESAFIOS E PERSPECTIVAS

André Ribeiro da Silva¹

RESUMO: O objetivo deste artigo foi apresentar as tendências atuais da literatura científica mundial sobre a questão da carência de profissionais e sobre a falta de conhecimento e de práticas seguras dos profissionais de saúde que estão em linha de frente para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Foi utilizada a revisão integrativa da literatura, realizada com ênfase no pessoal de saúde, educação em saúde, guia de prática clínica e conhecimento, atitudes e práticas em saúde, no contexto da pandemia da COVID-19. Foram selecionados 144 estudos completos, em língua portuguesa, inglesa e espanhola; destes, 41 compuseram a amostra desta pesquisa. Os resultados desta revisão demonstram baixos níveis de conhecimento, atitudes e práticas pelos profissionais de saúde, o que impacta negativamente na grande necessidade desses profissionais. Conclui-se que políticas públicas voltadas a reverter e amenizar essas situações causadas pela pandemia devem ser imediatamente implementadas pelas secretarias de saúde de todos os estados e municípios do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de Saúde. Infecções por Coronavírus. Educação em Saúde. Guia de Prática Clínica. Conhecimento. Atitudes e Práticas em Saúde.

¹ Doutor em Ciências da Saúde; Professor e pesquisador no Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde; Universidade de Brasília. <http://lattes.cnpq.br/5028921287123224>. andreribeiro@unb.br.



I. INTRODUÇÃO

Uma misteriosa doença infecciosa epidêmica foi identificada em Wuhan, na China, mostrando uma velocidade alarmante de propagação desde seu primeiro relatório público em 31 de dezembro de 2019. O SARS-CoV-2 foi identificado como patógeno desta pandemia, que é uma nova cepa que não foi previamente identificada em humanos ⁽¹⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 16 de outubro de 2020, foram confirmados 38.789.204 casos e 1.095.097 óbitos no mundo. Em todo o Brasil, foram 5.140.863 casos confirmados e 151.747 óbitos, ambos causados pela pandemia de COVID-19 ⁽²⁾.

Os sistemas de saúde no mundo podem estar operando além da capacidade máxima por muitos meses. Entretanto, os profissionais de saúde, ao contrário de ventiladores ou enfermarias, não podem ser fabricados com urgência ou operados com 100% de ocupação por longos períodos. Na resposta global, a segurança dos profissionais de saúde deve ser garantida ⁽³⁾.

Surto, contato com pacientes confirmados e suspeitos, departamentos clínicos importantes (como unidade de terapia intensiva e departamento de emergência) são fatores de risco críticos no surto de pandemia e sempre citados como importantes causas de alta prevalência associada à saúde em todo o mundo ⁽⁴⁻⁶⁾.

Quanto mais a pandemia aumenta, o acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) entre profissionais de saúde é uma preocupação essencial. A equipe de saúde é priorizada em muitos países, mas a falta de EPI foi descrita nas instalações mais afetadas ⁽³⁾.

Alguns equívocos e práticas inadequadas foram observados em um estudo, e estes devem ser abordados de forma efetiva no contexto da educação continuada, para combater de forma

eficaz a COVID-19⁽⁷⁾, visto que a conscientização e a preparação para o combate à pandemia são baixos entre os profissionais de saúde da linha de frente⁽⁸⁾.

Os achados de um estudo mostraram deficiências de conhecimento e prática adequada entre os profissionais de saúde na prevenção da transmissão da SARS-CoV-2. Mesmo em profissionais de saúde com acesso à internet, recurso que oferece maior acesso a informações técnicas e científicas atualizadas, há uma lacuna significativa na prevenção universal de infecções e nas práticas de controle necessárias para a autoproteção e limitação da transmissão indesejável⁽⁹⁾.

Diante do cenário exposto e de todas as dificuldades relatadas para combater a pandemia do novo coronavírus, o objetivo deste artigo é apresentar as tendências atuais da literatura científica mundial sobre a questão da carência de profissionais e sobre a falta de conhecimento e de práticas seguras dos profissionais de saúde que estão em linha de frente para o enfrentamento da COVID-19.

2. MÉTODO

Foi utilizada a revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa, realizada com ênfase no pessoal de saúde, educação em saúde, guia de prática clínica e conhecimento, atitudes e práticas em saúde no contexto da COVID-19. As revisões sistemáticas são consideradas a ferramenta mais confiável para resumir as evidências existentes⁽¹⁰⁾.

Os dados foram coletados em setembro e outubro de 2020 nas plataformas de dados eletrônicos: National Center for Biotechnology Information U.S. National Library of Medicine (PubMed), Medline e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH): Pessoal de Saúde, Infecções por Coronavírus, Educação em Saúde, Guia de Prática Clínica, Conhecimento, Atitudes e Práticas em Saúde, com o boleano “OR” que totalizaram 7.306 obras.

Os critérios de inclusão foram: texto completo disponível *on-line*; dentro do intervalo do ano de 2020; que os resumos apresentassem o pessoal de saúde, a educação em saúde, a guia de prática clínica, o conhecimento, atitudes e práticas em saúde, todos no contexto de infecções por coronavírus; dados coletados em diversos países do mundo; artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Os critérios de exclusão foram: textos incompletos e indisponíveis *on-line*, artigos que avaliavam apenas o conhecimento dos doentes, livros, dissertações, monografia, teses e outros textos publicados em veículos de informação que não fossem de divulgação científica ou técnica. Após os critérios aplicados acima, foram achados 144 estudos, dos quais, 41 compuseram a amostra desta pesquisa.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A carência de profissionais para o enfrentamento da COVID-19 é um dos maiores problemas de saúde em nível mundial. No Brasil, até o dia 26 de setembro de 2020, houve 1.301.066 notificações e 322.178 casos confirmados de síndrome gripal suspeitos de COVID-19 em profissionais de saúde, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações. Os casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave por COVID-19 foram 1.405, e o número de óbitos ficou na marca de 315, sendo 147 do sexo masculino, e 168, do feminino⁽¹¹⁾.

A ausência definitiva (por óbitos) ou provisória (notificados e confirmados em quarentena) desses profissionais de saúde afeta de forma significativa os serviços de saúde do Brasil e do mundo. Todo cuidado com o profissional de saúde nessa jornada árdua de combate ao novo coronavírus é extremamente importante para que a doença também não afete essas pessoas por problemas psicológicos e psiquiátricos.

Inúmeras pesquisas científicas estão sendo realizadas a fim de conter a propagação e resultâncias do novo coronavírus. No **Quadro 1**, estão relatados os achados dessa revisão integrativa e suas principais contribuições para minimizar as consequências da pandemia da COVID-19 no âmbito dos profissionais de saúde.

QUADRO 1 – Contribuições das publicações para combater a Pandemia COVID-19.

Referências	Principais Contribuições das Referências
1	Com o surgimento do risco da COVID-19, os profissionais de saúde melhoram os comportamentos de Prevenção e Controle de Infecção (PCI) de forma abrangente, o que se beneficia para um melhor combate à COVID-19. Com o aumento do risco (departamento de alto risco e área afetada), a maioria dos comportamentos PCI obteve melhora. No entanto, sob o risco de contato com pacientes suspeitos, os profissionais de saúde apresentam piores comportamentos de PCI. O que pode resultar de maior carga de trabalho e suprimentos e recursos insuficientes entre esses profissionais de saúde. O sistema de preparação deve ser melhorado e a assistência médica é necessária com urgência.
7	O Conhecimento, Atitude e Prática (CAP) geral relacionado à COVID-19 dos profissionais de saúde do Paquistão é satisfatório, no entanto, alguns equívocos e práticas inadequadas descobertas no presente estudo devem ser abordadas para combater eficazmente a doença.
8	Conscientização e preparação para a pandemia foram baixas entre os trabalhadores da linha de frente neste estudo. Portanto, um programa de treinamento educacional eficaz deve ser implementado para garantir a manutenção de práticas apropriadas durante a pandemia de COVID-19.
9	Os achados da pesquisa mostraram deficiências de conhecimento e prática adequada entre os profissionais de saúde na prevenção da transmissão da SARS-CoV-2. As atitudes em relação à COVID-19 eram uma mistura de pontos de vista positivos e negativos. Mesmo em profissionais de saúde com acesso à internet, há uma lacuna significativa na prevenção universal de infecções e nas práticas de controle necessárias para a autoproteção e limitação da transmissão indesejável.

Referências	Principais Contribuições das Referências
12	Acreditamos que as informações fornecidas nesta edição especial devem facilitar a luta contra o SARS-CoV-2 e a COVID-19 relacionada.
13	Especialistas em anestesiologia e residentes que realizam operações de emergência nesses pacientes em outros ambientes que não unidades de terapia intensiva devem seguir algoritmos simples e fáceis de entender para garantir a segurança. O fornecimento de treinamento teórico e prático aos profissionais de saúde antes de conhecerem os pacientes ajudará a garantir a segurança do paciente e dos profissionais de saúde e evitar o pânico, que pode causar angústia entre os profissionais de saúde.
14	Campanhas educacionais sob medida com o objetivo de aumentar a proporção de profissionais de saúde dispostos a aceitar uma vacina potencial contra a SARS-CoV-2 podem ser de suma importância em futuras campanhas educacionais sobre vacinas proativas.
15	Vários fatores influenciam na capacidade e disposição dos profissionais de saúde seguirem as diretrizes de PCI ao gerenciar doenças infecciosas respiratórias. Isso inclui apoio dos gestores, fatores ligados à própria diretriz e como ela é comunicada, treinamento, cultura do local de trabalho, acesso e confiança no EPI, espaço físico e o desejo de prestar um bom atendimento ao paciente. O estudo destaca a importância de incluir todo o pessoal da instalação, incluindo o pessoal de apoio, ao implementar as diretrizes de PCI.
16	Os dados deste estudo indicam a necessidade de melhorar a educação sobre a nova doença entre o pessoal médico. O pessoal médico também educa a população local sobre doenças e precauções e, se o pessoal médico não tiver conhecimento, o controle da doença pode não ter sucesso.
17	Possuir título de mestre e bons conhecimentos estão associados ao conhecimento e atitude dos respondentes em relação à COVID-19 respectivamente. Portanto, melhorar a conscientização por meio da educação em saúde é uma abordagem significativa para abordar a agenda global da pandemia COVID-19.
18	Como a ameaça global da COVID-19 continua a emergir, é fundamental melhorar o conhecimento e as percepções dos profissionais de saúde. Intervenções educacionais são urgentemente necessárias para alcançar profissionais de saúde em todo o mundo, e mais estudos são necessários.
19	O treinamento em relação à proteção deve ser organizado de acordo com diferentes fatores (experiência de trabalho, escolaridade e assim por diante), e os sistemas médicos devem garantir que os trabalhadores da linha de frente tenham tempo suficiente para descansar entre os turnos, para evitar excesso de trabalho e erros inconscientes durante esforços de alívio da epidemia. Além disso, para reduzir o risco de infecção entre os profissionais de saúde que não estão em contato direto com os pacientes, políticas e educação devem ser implementadas para transmitir a importância de divulgar uma possível exposição ao vírus.
20	Os farmacêuticos exibiram níveis relativamente mais baixos de conhecimento e suas práticas indicaram que eles estavam em maior risco de contrair infecções em comparação com médicos e enfermeiras. Curiosamente, devido à falta de evidências, os profissionais de saúde não tinham certeza sobre o uso de antibióticos para tratar ou prevenir COVID-19. Sugere-se que o governo deve tomar medidas necessárias para treinar todas as partes interessadas da saúde para a preparação para emergências e qualquer outra calamidade ambiental ou relacionada à saúde. Mais pesquisas e investigações de acompanhamento são necessárias para avaliar a prontidão dos profissionais de saúde em termos de gestão de desastres e avaliação de risco para evitar futuras crises de saúde pública.

Referências Principais Contribuições das Referências

- 21 Este estudo encontrou lacunas em aspectos específicos do conhecimento e da prática que deveriam ser focados em futuras campanhas de conscientização e educação. Os resultados também demonstraram que os profissionais de saúde estavam usando fontes de informação menos autênticas; isso deve ser tratado imediatamente, pois, em última análise, afeta o conhecimento e se reflete na atitude e na prática. O estudo recomenda que os ministérios da saúde forneçam um programa de treinamento abrangente, direcionado a todos os profissionais de saúde, para promover todas as medidas de precaução e prevenção da COVID-19, para atingir o equilíbrio em termos de conhecimento clínico sobre a doença.
- 22 Concluiu-se que a experiência anterior com MERS-CoV foi associada a um maior conhecimento e adesão às práticas higiênicas protetoras e redução da ansiedade em relação ao COVID-19.
- 23 Em conclusão, o conhecimento básico sobre COVID-19 entre os profissionais de saúde bucal na Arábia Saudita é aceitável. A divulgação oportuna de informações pelo Ministério da Saúde, Arábia Saudita, teve um impacto positivo na pontuação de conhecimento COVID-19 dos profissionais de saúde bucal.
- 24 Os dentistas jordanianos estavam cientes dos sintomas da COVID-19, do modo de transmissão e dos controles e medidas de infecção em clínicas odontológicas. No entanto, os dentistas tinham compreensão limitada das medidas de precaução extras que protegem a equipe odontológica e outros pacientes da COVID-19. Diretrizes nacionais e internacionais devem ser enviadas pelas associações dentárias regionais e nacionais a todos os dentistas registrados durante uma crise, incluindo a pandemia de COVID-19, para garantir que os dentistas estejam bem informados e cientes das melhores práticas e abordagens recomendadas de gerenciamento de doenças.
- 25 Os desafios trazidos pelo surto de COVID-19 e seu impacto direto nos programas de residência médica ainda precisam ser medidos, mas as experiências no trabalho direto com os pacientes e na organização dos recursos humanos são aprendizados importantes que podem ser usados pela geração atual de médicos na próxima crise de saúde.
- 26 Os profissionais de saúde precisam se sentir confiantes e preparados para enfrentar essa ameaça global. Foi identificada falta de confiança na coleta e manuseio de amostras diagnósticas.
- 27 Existem algumas deficiências notáveis no conhecimento dos profissionais de odontologia a respeito de alguns aspectos vitais da COVID-19. Portanto, é urgente aprimorar o conhecimento do cirurgião-dentista por meio de programas de educação e treinamento em saúde. Novos estudos sobre o assunto também são necessários, uma vez que a situação se normalize.
- 28 É essencial a adesão de diretrizes gerenciais para correta distribuição de materiais na área da saúde e recursos humanos, inclusive na pediatria, incluindo treinamentos sobre as precauções-padrão. Além disso, são essenciais ações de incentivo, valorização, motivação e apoio à equipe de Enfermagem, durante e após a pandemia COVID-19, para proteger a saúde física e mental desses profissionais.
- 29 Uma redução leve, mas estatisticamente significativa na atividade oncológica foi registrada durante o pico epidêmico de SARS-CoV-2. As medidas organizacionais e de proteção adotadas parecem ter contribuído para reduzir ao mínimo as infecções tanto em pacientes oncológicos quanto em profissionais de saúde.

Referências	Principais Contribuições das Referências
30	Iniciar rapidamente os comportamentos apropriados para controlar a infecção clinicamente nos asilos; implementar estratégias de contenção para interromper a propagação do vírus, bem como intervenções preventivas em um asilo com instalações mais especializadas com equipe de saúde; e ter conhecimento sobre as decisões que estão sendo tomadas em nível local, estadual e federal ajudará a atingir essa meta.
31	O nível de resiliência da equipe médica nos departamentos de radiologia durante o surto de COVID-19 foi baixo, principalmente em relação à resistência. Mais atenção deve ser dada aos fatores de influência da resiliência, como alto estresse percebido, gênero feminino, falta de compreensão da COVID-19 e das medidas de proteção e falta de materiais de proteção, e intervenções direcionadas devem ser realizadas para melhorar o nível de resiliência da equipe médica nos departamentos de radiologia durante o surto de COVID-19.
32	Os profissionais de saúde indicam vários fatores que influenciam sua capacidade e disposição de seguir as diretrizes de prevenção e controle de infecção ao cuidar de pacientes com doenças respiratórias infecciosas. Estes incluem fatores ligados ao próprio guia de prática e como é comunicado, apoio dos gestores de saúde, cultura do local de trabalho, treinamento, espaço físico, acessibilidade e confiança no EPI e o desejo de fornecer bom atendimento ao paciente. O trabalho também destaca a importância de incluir todo o pessoal da instituição, incluindo o pessoal de apoio, ao implementar as diretrizes de prevenção e controle de infecção.
33	Um desafio importante para as instalações de lar de idosos e vida assistida durante qualquer cenário de desastre é a manutenção de níveis adequados de pessoal. Todas as instituições de cuidados de longa permanência devem ter uma política em vigor que identifique os trabalhadores que adoeçam e permita que eles falem ao trabalho. A orientação proposta pela AMDA inclui a triagem dos funcionários na entrada em busca de sinais de infecção. Também devem ser desenvolvidos protocolos que garantam os níveis de pessoal se um funcionário precisar desligar ou ser mandado para casa. É digno de nota que muitos trabalhadores de cuidados de longa permanência vivem de salário em salário em um ambiente sem reserva de pessoal; eles, portanto, podem ser condicionados a relatar mesmo quando estiverem doentes. Proporcionar um ambiente de trabalho que permita aos profissionais de saúde gritar sem repercussão será extremamente importante. Dentro das instalações, a proteção dos trabalhadores envolve a manutenção de um suprimento adequado de roupas, luvas e máscaras faciais.
34	O estudo concluiu que os indivíduos pertencentes aos trabalhadores da linha de frente e grupos de alto nível de alfabetização não estão preparados para a situação alarmante do país. A implementação eficaz de programas de controle de infecção deve ser praticada e depende da conscientização, treinamento e cooperação dos indivíduos.
35	Este cenário destina a urgência de medidas proporcionando, aos recém-graduados, condições de trabalho seguras, suporte emocional e preparo técnico oportuno, já no início de carreira profissional, conduzindo-os ao trabalho competente, digno e saudável, durante e após a pandemia.
36	O estudo destaca uma mudança nas práticas e políticas relacionadas ao tratamento do Acidente Vascular Cerebral (AVC) agudo em resposta à COVID-19, que são variáveis entre as instituições. Há também uma redução relatada no volume sistólico em hospitais. Entre essas mudanças, as atualizações nas diretrizes e práticas de transporte hospitalar relacionadas a ativador de plasminogênio tecidual intravenoso (tPA IV) e trombectomia mecânica (MT) podem afetar a percepção de cuidado e o resultado de pacientes com AVC agudo.

Referências Principais Contribuições das Referências

- 37 Os residentes de neurocirurgia têm um conhecimento relativamente bom sobre a COVID-19. A localização do programa foi associada ao nível de conhecimento. A maioria dos participantes não recebeu treinamento suficiente sobre equipamentos de proteção individual. Quase todos os entrevistados concordaram que seu treinamento no hospital foi afetado. Mais estudos são necessários para estudar o impacto desta pandemia em residentes de neurocirurgia.
- 38 A introdução precoce de programas de treinamento em escolas de medicina e enfermagem e demonstrações em vídeo de práticas apropriadas de controle de infecção durante procedimentos estéreis seriam altamente benéficos para os profissionais de saúde. Programas de treinamento intensivo para todos os profissionais de saúde, protocolos de vigilância rígidos e uma disposição para mudar o comportamento e a prática irão beneficiar significativamente a disseminação dos surtos.
- 39 Os dados podem informar o planejamento, implementação e avaliação de intervenções preventivas direcionadas ad hoc, bem como estimular pesquisas semelhantes em outros ambientes e ao longo do tempo.
- 40 A maioria dos profissionais de saúde bucal ficou preocupada com o risco de exposição à infecção e adoecimento por exposição e infecção de amigos / família. Há uma necessidade de treinamento de controle de infecção e EPI e a minimização do medo e do impacto psicológico no profissional de saúde bucal deve ser a prioridade em qualquer preparação e planejamento para o combate à COVID-19.
- 41 As crianças parecem ser menos afetadas por essa infecção com base na limitada literatura publicada; no entanto, uma das populações de pacientes pediátricos mais vulneráveis é atendida em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin). Os dados atuais sobre os efeitos da COVID-19 na vida fetal e entre os recém-nascidos após o nascimento são incertos. Como tal, há uma necessidade de preparação e planejamento proativos para gerenciar essas infecções virais em neonatos de forma a proteger os pacientes, suas famílias e os profissionais de saúde que prestam seus cuidados. A compreensão sobre COVID-19 ainda está evoluindo; portanto, recomenda-se o monitoramento contínuo das atualizações mais recentes dos Centros de Controles e Prevenção de Doenças (CDC) e das autoridades de saúde locais.
- 42 O estudo revelou vários desafios e insuficiências que podem afetar a preparação dos médicos da linha de frente. Os formuladores de políticas públicas são incentivados a levar essas descobertas em consideração e a agir prontamente.
- 43 Com as recentes afirmações das autoridades de que o vírus vai permanecer no mundo por um bom tempo, é fundamental que o dentista esteja totalmente preparado antes de retomar seus serviços e que se conscientize para limitar a propagação da doença.
- 44 A resposta da maioria dos dentistas em relação à preparação e percepção das medidas de controle de infecção contra a pandemia de COVID-19 foi positiva. As clínicas dentárias precisam aderir mais às recomendações do Ministério da Saúde na preparação de suas instalações ou na educação de seus dentistas e equipe.

Referências	Principais Contribuições das Referências
45	Como a linha de frente para a saúde durante um surto de doença respiratória viral, os departamentos de emergência devem estar preparados para fazer ajustes operacionais rápidos para atender ao crescente volume de pacientes e limitar a propagação de infecções. As sugestões apresentadas aqui limitam as visitas desnecessárias ao pronto-socorro por meio do estabelecimento de um call center, isolam os pacientes por meio de triagem eficaz e coorte geográfica, mitigam a disseminação viral com triagem e EPI apropriados e abordam as questões de estoque de medicamentos e equipamentos. Embora qualquer surto viral requeira uma resposta individualizada, compartilhar essas sugestões para o planejamento operacional pode ajudar no desenvolvimento de um protocolo de gerenciamento de emergência e preparar melhor os departamentos durante esta pandemia e no futuro.
46	Esta pesquisa demonstrou que os dentistas na área de maior prevalência da COVID-19, embora relatassem ter mais sintomas / sinais do que o restante da amostra, eram os que adotavam várias medidas de precaução com menos frequência e tinham mais confiança em evitar infecções.
47	Os profissionais de saúde precisam do apoio das autoridades de saúde não apenas para fornecer o equipamento em falta, mas também para comunicar o risco a eles. Transmitir as informações com total transparência, ao mesmo tempo em que aborda o elemento de incerteza e envolve os profissionais de saúde na avaliação das diretrizes, é fundamental para estabelecer a confiança.

Fonte: o autor, 2020.

Outras áreas da saúde, como, por exemplo, a Odontologia, foram bastante afetadas pela COVID-19, visto que muitos profissionais não possuem conhecimento mais amplo sobre a pandemia^(23-24;27,40,43), que podem afetar a retomada de suas atividades com segurança⁽⁴³⁾. As recomendações do Ministério da Saúde são fundamentais para o preparo do consultório odontológico durante a pandemia⁽⁴⁴⁾.

Inúmeros são os desafios para combater a pandemia de COVID-19⁽²⁸⁾. Há alguns equívocos e baixos escores pelos profissionais de saúde de linha de frente, sobre o conhecimento, atitudes e práticas para prevenir e tratar o novo coronavírus^(1,7-8;14,16,18-22;26,34,39,42), além de que alguns profissionais, mesmos possuindo acesso à internet⁽⁹⁾, utilizam fontes não confiáveis, sem relevância acadêmica e científica⁽²¹⁾, o que acaba agravando mais a situação de informações precisas que contribuem para combater a COVID-19.

O fornecimento de treinamento teórico e prático e adoção das diretrizes e protocolos por profissionais anestesiologistas⁽¹³⁾, intensivistas⁽⁴¹⁾ e enfermeiros pediátricos⁽²⁸⁾, oncologistas⁽²⁹⁾, geriatras⁽³⁰⁾, radiologistas⁽³¹⁾, neurologistas⁽³⁶⁾ e residentes de neurocirurgias⁽³⁷⁾ podem contribuir de forma significativa para enfrentar a pandemia de COVID-19.

O preparo técnico, as condições de trabalho seguras e suporte emocional no início da carreira profissional podem minimizar o despreparo de médicos internos⁽³⁵⁾. Supervisão adequada, treinamento de pessoal e horas adequadas de trabalho são fundamentais para al-

cançar a satisfação de residentes de múltiplas especializações e a redução do esgotamento ⁽²⁵⁾ nos tempos de pandemia de COVID-19.

Possuir pós-graduação e bons conhecimentos está associado ao conhecimento e atitude dos respondentes em relação à COVID-19 respectivamente. Portanto, melhorar a conscientização por meio da educação em saúde é uma abordagem significativa para abordar a agenda global da pandemia COVID-19 ⁽¹⁷⁾, identificar barreiras e facilitadores para adesão das diretrizes pelos profissionais de saúde também é uma estratégia bastante válida ⁽¹⁵⁾.

A introdução precoce de programas de treinamento em escolas de medicina e enfermagem e demonstrações em vídeo de práticas apropriadas de controle de infecção durante procedimentos estéreis seriam altamente benéficos para os profissionais de saúde ⁽³⁸⁾.

O apoio dos gestores de saúde, a cultura do local de trabalho, o treinamento, espaço físico, acessibilidade e confiança no EPI e desejo de fornecer bom atendimento ao paciente são fatores essenciais para influenciar os profissionais de saúde para capacidade e disposição de seguir as diretrizes de prevenção e controle de infecção no cuidado de pacientes com doenças respiratórias infecciosas ⁽³²⁾.

O fornecimento adequado de EPI é apenas o primeiro passo; outras medidas práticas devem ser consideradas, incluindo o cancelamento de eventos não essenciais para priorizar recursos; fornecimento de alimentação, descanso e apoio familiar; e apoio psicológico. Atualmente, os profissionais de saúde são o recurso mais valioso de todos os países ⁽²⁾. A triagem dos funcionários na entrada dos asilos, manutenção de suprimento de roupas, luvas e máscaras faciais minimizam o contágio da COVID-19 entre os cuidadores e idosos ⁽³³⁾.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), por meio do Projeto TelePSI, desenvolvido pelo Ministério da Saúde e Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), presta serviços de suporte psicológico para os profissionais de saúde que estão na linha de frente do combate à Covid-19 por intermédio de teleconsulta por meio de uma central de atendimento que funciona de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, pelo telefone 0800 644 6543 (opção 4) ⁽⁴⁸⁾.

Os profissionais de saúde devem consultar fontes confiáveis, como diretrizes e relatórios publicados pela OMS e pelos CDC dos Estados Unidos, para buscar informações sobre COVID-19 ^(12,21), além do Ministério da Saúde e Opas, juntamente com fundações e universidades do Brasil, que disponibilizaram desde o início da pandemia uma série de cursos e capacitações gratuitas para profissionais de saúde atuarem no combate à COVID-19, no âmbito da atenção básica e especializada, por meio da plataforma virtual da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) ⁽⁴⁹⁾.

Pesquisas e investigações de acompanhamento sobre gestão de desastres e avaliação de risco podem ajudar os formuladores de políticas públicas a enfrentar melhor as epidemias, como, por exemplo, a pandemia de COVID-19 ⁽²⁰⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde e seus familiares estão bastante afetados pela pandemia de COVID-19. O alto índice de exposição ao vírus no ambiente de trabalho, a escassez de profissionais de saúde, a falta de equipamentos, a desmotivação em realizar cursos e atualizações impactam negativamente no contexto da pandemia. As políticas públicas em saúde devem contemplar urgentemente contratações definitivas e provisórias de profissionais de saúde, incentivar a qualificação técnica, ações de promoção da saúde e qualidade de vida para esses profissionais, o que poderá minimizar significativamente os impactos das consequências causadas pela pandemia COVID-19 no âmbito da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Lai X, et al. Will healthcare workers improve infection prevention and control behaviors as COVID-19 risk emerges and increases, in China? *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020;9(83):1-9. doi: <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00746-1>.
2. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 out 16]. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.
3. The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet*. 2020;395(10228):922. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30644-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30644-9).
4. Belfroid E, Van Steenberghe J, Timen A. Preparedness and the importance of meeting the needs of healthcare workers: a qualitative study on Ebola. *J Hosp Infect*. 2017; 98:212-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.07.001>.
5. Fix GM, Reisinger HS, Etchin A. Health care workers' perceptions and reported use of respiratory protective equipment: A qualitative analysis. *Am J Infect Control*. 2019;47(10):1162-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.04.174>.
6. Yen MY, Lu YC, Huang PH. Quantitative evaluation of infection control models in the prevention of nosocomial transmission of SARS virus to healthcare workers: implication to nosocomial viral infection control for healthcare workers. *Scand J Infect Dis*. 2010;42(6):510-5. doi: <https://doi.org/10.3109/00365540903582400>.
7. Salman M, et al. Knowledge, attitude and preventive practices related to COVID-19 among health professionals of Punjab province of Pakistan. *J Infect Dev Ctries*. 2020;14:707-712. doi: <https://doi.org/10.3855/jidc.12878>.
8. Elhadi M, et al. Assessment of Healthcare Workers' Levels of Preparedness and Awareness Regarding COVID-19 Infection in Low-Resource Settings. *Am. J. Trop. Med. Hyg*. 2020;103(2):828-33. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0330>.
9. Ghimire P, Dhungel S, Pokhrel A. Knowledge, Attitude and Practice of healthcare workers Towards Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic. *J Nepal Health Res Counc*. 2020;18(2):293-00. doi: <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v18i2.2658>.
10. Linde K, Willich SN. How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med*. 2003;96(1):17-22. doi: <https://doi.org/10.1258/jrsm.96.1.17>.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial nº 33: Doença pelo Coronavírus COVID-19 [Internet]. Brasília, DF; 2020 [acesso 2020 out 16]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/boletins-epidemiologicos-1>.

12. Deng CX. The global battle against SARS-CoV-2 and COVID-19. *Int J Biol Sci.* 2020;16(10):1676-77. doi: <https://doi.org/10.7150/ijbs.45587>.
13. Dost B, et al. Attitudes of Anesthesiology Specialists and Residents toward Patients Infected with the Novel Coronavirus (COVID-19): A National Survey Study. *Surg Infect (Larchmt).* 2020;21(4):350-356. doi: <https://doi.org/10.1089/sur.2020.097>.
14. Papagiannis D, et al. Assessment of Knowledge, Attitudes, and Practices towards New Coronavirus (SARS-CoV-2) of Health Care Professionals in Greece before the Outbreak Period. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(14):4925. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17144925>.
15. Houghton C, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;4(4):CD013582. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>.
16. Apaijitt P, Wiwanitkit V. Knowledge of coronavirus disease 2019 (COVID-19) by medical personnel in a rural area of Thailand. *Infection Control & Hospital Epidemiology.* Cambridge University Press; 2020;41(10):1243-4. doi: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.159>.
17. Kassie BA, et al. Knowledge and attitude towards COVID-19 and associated factors among health care providers in Northwest Ethiopia. *PLoS One.* 2020;15(8):e0238415. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238415>.
18. Bhagavathula AS, et al. Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among Health Care Workers: Cross-Sectional Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2):e19160. doi: <https://doi.org/10.2196/19160>.
19. Zhang M, et al. Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 among healthcare workers in Henan, China. *J Hosp Infect.* 2020;105(2):183-187. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.012>.
20. Malik UR, et al. Knowledge, Attitude, and Practices of Healthcare Professionals on COVID-19 and Risk Assessment to Prevent the Epidemic Spread: A Multicenter Cross-Sectional Study from Punjab, Pakistan. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(17):6395. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17176395>.
21. Saqlain M, et al. Knowledge, attitude, practice and perceived barriers among healthcare workers regarding COVID-19: a cross-sectional survey from Pakistan. *J Hosp Infect.* 2020;105(3):419-423. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.05.007>.
22. Temsah MH, et al. Knowledge, attitudes and practices of healthcare workers during the early COVID-19 pandemic in a main, academic tertiary care centre in Saudi Arabia. *Epidemiol Infect.* 2020;148:e203. doi: <https://doi.org/10.1017/S0950268820001958>.

23. Quadri MF, et al. Novel corona virus disease (COVID-19) awareness among the dental interns, dental auxiliaries and dental specialists in Saudi Arabia: A nationwide study. *J Infect Public Health*. 2020;13(6):856-64. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.05.010>.
24. Khader Y, et al. Dentists' Awareness, Perception, and Attitude Regarding COVID-19 and Infection Control: Cross-Sectional Study Among Jordanian Dentists. *JMIR Public Health Surveill*. 2020;6(2):e18798. doi: <https://doi.org/10.2196/18798>.
25. Baptista FV, et al. Contributions of residents from multiple specializations in managing the COVID-19 pandemic in the largest public hospital Brazil. *Clinics*. 2020;75:1-5. doi: <https://doi.org/0.6061/clinics/2020/e2229>.
26. Prescott K, et al. COVID-19: how prepared are front-line healthcare workers in England? *J Hosp Infect*. 2020;105:142-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.031>.
27. Gambhir RS, et al. COVID-19: a survey on knowledge, awareness and hygiene practices among dental health professionals in an indian scenario. *Rocz Panstw Zakl Hig*. 2020;71(2):223-229. doi: <https://doi.org/10.32394/rpzh.2020.0115>.
28. Góes FG, et al. Challenges faced by pediatric nursing workers in the face of the COVID-19 pandemic. *Rev. Latino-Am Enfermagem*. 2020;28:1-9. doi: <https://doi.org/10.1590/15188345.4550.3367>.
29. Zuliani S, et al. Organisational challenges, volumes of oncological activity and patients' perception during the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 epidemic. *Eur J Cancer*. 2020;135:159-169. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.05.029>.
30. D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-Term Care: The ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(5):912-917. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.16445>.
31. Huang L, et al. Factors Associated with Resilience Among Medical Staff in Radiology Departments During The Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional Study. *Med Sci Monit*. 2020;26:e925669. doi: <https://doi.org/10.12659/MSM.925669>.
32. Sguiglia S. Factores que influyen en la adherencia de los trabajadores de la salud a las medidas de prevención y control de infecciones respiratorias. *Evid Actual Pract Ambul [Internet]*. 2020 [acesso 2020 out 14];23(2):e002068. Disponível em: <http://www.evidencia.org/index.php/Evidencia/article/view/6860/4418>.
33. Dosa D, et al. Long-Term Care Facilities and the Coronavirus Epidemic: Practical Guidelines for a Population at Highest Risk. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(5):569-571. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.004>.

34. Khan S, et al. Is Pakistan prepared for the COVID-19 epidemic? A questionnaire-based survey. *J Med Virol*. 2020;92(7):824-832. doi: <https://doi.org/10.1002/jmv.25814>.
35. Moreira MR, et al. Do medical interns feel prepared to work in the COVID-19 pandemic? *Rev Assoc Med Bras*. 2020;66(7):973-78. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.973>.
36. Kamdar HA, et al. Clinician's Perception of Practice Changes for Stroke During the COVID-19 Pandemic. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29(10):1-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105179>.
37. Alhaj AK, et al. Neurosurgery Residents' Perspective on COVID-19: Knowledge, Readiness, and Impact of this Pandemic. *World Neurosurgery*. 2020;139:848-58. doi: <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2020.05.087>.
38. Paul E, et al. Healthcare workers' perspectives on healthcare-associated infections and infection control practices: a video-reflexive ethnography study in the Asir region of Saudi Arabia. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020;9(1):110. doi: <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00756-z>.
39. Moro M. 2019-novel coronavirus survey: knowledge and attitudes of hospital staff of a large Italian teaching hospital. *Acta Biomed*. 2020;91(3-S):29-34. doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i3-S.9419>.
40. Chaudhary FA, et al. Concerns, perceived impact, and preparedness of oral healthcare workers in their working environment during COVID-19 pandemic. *J Occup Health*. 2020;62(1):e12168. doi: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12168>.
41. Verma S, et al. Neonatal intensive care unit preparedness for the Novel Coronavirus Disease-2019 pandemic: A New York City hospital perspective. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2020;50(4):100795. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2020.100795>.
42. Suleiman A, et al. Preparedness of Frontline Doctors in Jordan Healthcare Facilities to COVID-19 Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):3181. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093181>.
43. Singh KT, et al. Preparedness among dental professionals towards COVID-19 in India. *Pan Afr Med J*. 2020;36:108. doi: <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.108.23694>.
44. Al-Khalifa KS, et al. Pandemic preparedness of dentists against coronavirus disease: A Saudi Arabian experience. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237630. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237630>.
45. Whiteside T, et al. Redesigning emergency department operations amidst a viral pandemic. *Am J Emerg Med*. 2020;38:1448-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.04.032>.

46. Cagetti MG, et al. COVID-19 Outbreak in North Italy: An Overview on Dentistry. A Questionnaire Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):3835. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17113835>.
47. Gesser-Edelsburg A, et al. A mixed-methods sequential explanatory design comparison between COVID-19 infection control guidelines' applicability and their protective value as perceived by Israeli healthcare workers, and healthcare executives' response. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020;9:148. doi: <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00812-8>.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde divulga dados sobre a influência da Covid-19 na saúde mental de profissionais [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-47872>.
49. Brasil. Universidade Aberta do SUS oferece cursos online gratuitos sobre a COVID-19. UMA-SUS [Internet]. 4 jun 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/universidade-aberta-do-sus-oferece-cursos-online-gratuitos-sobre-a-covid-19>.

A IMPORTÂNCIA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NO CONTEXTO COVID-19

Janete Lima de Castro¹

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes²

RESUMO: Este artigo foi desenvolvido com o objetivo de provocar reflexões sobre as condições de trabalho dos profissionais de saúde, antes e durante a pandemia de COVID-19. Usando como ponto de partida o debate sobre o que é ser herói, ele provoca o reconhecimento das precárias condições de trabalho e suas implicações no conjunto da força de trabalho em saúde. Elaborado a partir de pesquisas realizadas em Gestão do Trabalho e Saúde do Trabalhador, ele relembra o papel fundamental dos trabalhadores para o bom desempenho dos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalhadores de Saúde. Gestão do Trabalho. Condições de Trabalho. Saúde do Trabalhador. COVID-19.

1 Professora doutora do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Coordenadora do Mestrado Profissional Gestão, Trabalho, Educação e Saúde. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9530544825874259>. Orcid: 0000-0003-1823-9012 Contato: janetecastro.ufrn@gmail.com

2 Assessor técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass. Mestrando em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4487384583469168> Contato: haroldo.pontes@conass.org.br



I. INTRODUÇÃO – O QUE É SER UM HERÓI?

A propagação do SARS-CoV-2, mais conhecido como o novo coronavírus, levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a decretar o estado de pandemia em março de 2020. A doença provocada por esse vírus, a COVID-19, deixou os serviços de saúde do mundo inteiro em alerta, a população insegura e os profissionais preocupados.

Os números produzidos pela doença justificam a insegurança, o medo e a apreensão sentidos. Segundo a OMS, até o dia 22 de outubro de 2020, haviam sido confirmados 41.104.946 casos e 1.128,325 óbitos em todo o mundo. Para a Região das Américas, os dados revelam o total de 19.040.071 casos confirmados e 613.399 mortes. No Brasil, o Ministério da Saúde divulga em seu portal a informação que até a citada data foram confirmados 5.323.630 casos e um total de 155.900 mortes. Dados de agosto de 2020 apresentados pelo Ministério da Saúde mostram que, desde o início da pandemia, morreram 226 profissionais de saúde. Entre as mortes em decorrência da COVID-19, as categorias mais vitimadas foram técnicos e auxiliares de enfermagem (38,5%), médicos (21,7%) e enfermeiros (10,7%).

No cenário mesclado pelo desconhecimento, investigações e enfrentamentos sociais, econômicos e políticos, o trabalho dos profissionais de saúde passa a ser aplaudido pela população e pelos meios de comunicação. No mundo inteiro, esses profissionais passam a ser chamados de heróis. No entanto, o que é um herói? É sobre o trabalho desses profissionais nos serviços de saúde do Brasil e sobre as condições nas quais ele é realizado que trata este artigo. Quem são esses profissionais e em que condições trabalham? O reconhecimento da importância do trabalho dos profissionais para o bom desempenho dos serviços de saúde perdurará pós-pandemia?

A força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS) é composta por cerca de 3.553.401 trabalhadores⁽¹⁾ com diferentes níveis de escolaridade e formação, distribuídos em cerca de 5 mil hospitais e milhares de unidades básicas de saúde espalhadas nos 5.570 municípios do País⁽²⁾. Uma força de trabalho composta por pessoas que escolheram ter como profissão ou ocupação a lida diária com questões relacionadas com promoção e recuperação da saúde, doença e morte. Pessoas que, como qualquer outra, já perderam entes queridos e, mesmo assim, continuam na missão de promover e recuperar a saúde de outras pessoas, muitas vezes em condições e ambientes frequentemente inadequados. São trabalhadores que passam grande parte do seu dia em hospitais e ou unidades básicas de saúde em que o sofrimento se faz presente quase diariamente; e cabe a eles transmitir esperança, confiança e tranquilidade, mesmo que seus próprios corpos estejam cansados, e suas almas, não tão tranquilas.

Sim, eles são heróis! Este texto não pretende discordar dos meios de comunicação ou das redes sociais que assim anunciaram, pelo contrário, pretende reafirmar os aplausos. Todavia, percebe-se que esta condição – de herói – não surgiu com advento do novo coronavírus, ela sempre existiu.

Este artigo utilizou como fontes de informações as pesquisas realizadas pelo grupo de pesquisa Gestão, Trabalho e Educação do Observatório de Recursos Humanos em Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. De natureza qualitativa, essas pesquisas tratam de temas relativos à Gestão do Trabalho e Saúde do Trabalhador e tiveram como população-alvo os profissionais de saúde das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Norte.

Também foi realizado um levantamento bibliográfico na perspectiva de identificar o que a literatura tem destacado sobre as condições de trabalho e a saúde do trabalhador da saúde no contexto COVID-19.

2. CONDIÇÕES DE TRABALHO ANTES DO CONTEXTO COVID-19: O QUE DIZEM OS TRABALHADORES DA SAÚDE

A pandemia da COVID-19 estremeceu estruturas, como bem dizem Souto e Travassos⁽³⁾, sua explosão, associada à crise econômica, tem produzido profundos e deletérios impactos para a classe trabalhadora, ou seja, “para aqueles que dependem do seu trabalho para sobreviver”⁽⁴⁾. No entanto, necessário se faz ressaltar que as precárias e frágeis condições do emprego e do trabalho já estavam presentes no Brasil mesmo antes da pandemia. De acordo com Antunes⁽⁴⁾, 40% da classe trabalhadora brasileira encontrava-se na informalidade no final do ano 2019. Somam-se, a essa realidade, a expansão da terceirização e do desemprego, a proliferação do trabalho intermitente que atinge as mais diversas profissões e ocupações, a forte precarização das condições de trabalho⁽⁵⁻⁶⁾, e a presença de mais de 5 milhões de trabalhadores/as experimentando a condição de *uberização* do trabalho⁽⁴⁾.

Pesquisa realizada em 2019, por Castro et al. ⁽⁷⁾, sobre as implicações das condições precárias do trabalho na saúde do trabalhador, revela alguns fatores que, segundo os trabalhadores, têm desenvolvido sofrimento e adoecimento na força de trabalho em saúde, como, por exemplo, ambientes insalubres devido à má circulação do ar; exposição a riscos físicos, químicos e mecânicos que provocam acidentes; intensas jornadas de trabalho; insuficiência de pessoal causando sobrecarga de trabalho; múltiplos vínculos, devido aos baixos salários e outros.

Os trechos a seguir, resultados de pesquisas citadas, revelam como os trabalhadores de saúde sentem e percebem as condições de trabalho às quais estão submetidos e suas implicações:

Muitos profissionais possuem dois ou três empregos, o que gera cansaço, insatisfação e desmotivação, impaciência, irritabilidade, ansiedade, sentimento de impotência, dificuldade para relaxar, mudanças bruscas de humor ^(7, p. 13).

Muitos dos motivos que levam ao adoecimento do trabalhador em saúde estão relacionados às modalidades de vínculos empregatícios precários, ou seja, exposição do trabalhador da área de saúde a uma subcondição, o impossibilitando de gozar plenamente os direitos trabalhistas e o colocando em situações de insegurança e instabilidade, muitas vezes causadoras de sofrimento, estresse e ansiedade ^(7, p. 14).

Trabalhar rotineiramente com a dor, a doença e a morte, lidar com pacientes vulneráveis sem as condições adequadas para atendê-los são uma situação estressante, segundo os trabalhadores da saúde, muitas vezes contribuindo para o adoecimento do próprio trabalhador:

Os trabalhadores da saúde frequentemente enfrentam situações de grande pressão, pois o trabalho desenvolvido e as decisões tomadas incidem diretamente sobre a vida do paciente. Muitas vezes o tratamento adequado que poderia gerar melhores resultados não pode ser utilizado por falta de recursos e de estrutura ^(8, p. 24).

Outro aspecto ressaltado foi o sentimento de que o trabalho realizado nos serviços públicos de saúde não é reconhecido, sendo corriqueiramente desvalorizado por ausência de políticas que tenham no horizonte a valorização da força de trabalho em saúde:

Tenho observado algumas insatisfações dos ACS, como não valorização da categoria, não recebimento de algumas vantagens destinadas ao trabalhador do quadro, e insegurança pelo tipo de contrato, causando desmotivação e provocando a diminuição da produção no serviço ^(7, p. 15).

Atualmente, a desmotivação tomou conta do servidor, e tem muitos servidores fazendo

concurso para outras áreas e abandonando a atual. Isso se deve não ao financeiro, mas à questão desumanizante em que se encontra a atual Secretaria de Estado, tanto em termos físicos como humano. A maioria dos servidores se vê sobrecarregada e sem nenhuma vontade de esperar mudanças ou vê-las acontecer ^(6, p. 855).

A falta de valorização dos servidores faz com que os bons profissionais procurem outros concursos. E é desgastante para o servidor ter que lutar por seus direitos e também por melhorias de trabalho. Trabalhar em ambientes precários realmente colabora para um serviço ineficiente, desmotivando os servidores e aumentando o absenteísmo ^(6, p.855).

Muitos profissionais reclamaram dos baixos salários pagos pelas instituições de saúde, o que gera sentimento de desvalorização nos trabalhadores. Além disso, devido aos baixos salários, os trabalhadores são forçados a procurarem outros empregos para complementar a renda familiar, implicando sobrecarga de trabalho, cansaço, aumento do absenteísmo, das faltas e dos atrasos, conforme deixa claro os depoimentos a seguir:

Na minha instituição, os principais motivos pelos quais os funcionários se afastam do nosso município é por motivo de salário ^(8, p. 26).

A sobrecarga de trabalho no expediente diário, juntamente com os plantões eventuais para complementar a renda familiar, uma vez que o salário base é muito baixo, e ainda os vários problemas encontrados tanto do ponto de vista estrutural as condições de trabalho ^(8, p. 26).

Inexistência de Planos de Carreiras, Cargos e Salários e os baixos salários praticados são destacados como fatores que promovem a desmotivação. Destaca-se que os respondentes das pesquisas, além de citarem suas percepções, demonstraram que escutam e observam seus companheiros:

A enfermeira gerente da ESF relata escutar frequentes queixas de toda a equipe relacionadas à desmotivação, aos salários baixos sem benefícios adicionais, à cobrança de cumprimento de metas por parte da gestão e ao volume alto de trabalho burocrático ^(7, p. 15).

É um plano jovem. Contudo, houve apenas uma progressão de letra, e a insatisfação tomou conta dos servidores não apenas por isto, mas principalmente por melhores condições de trabalho ^(6, p. 855).

A ausência de espaços que oportunizem a participação do trabalhador nas discussões sobre a gestão do seu trabalho promove a sensação de não pertencimento e de alienação. As instituições que assumem modelos de gestão cujas características centrais são o autoritarismo e a centralização são apontadas como promotoras de adoecimentos. Nos depoimentos dos trabalhadores sobre este tema, observa-se o imbricamento de várias causas:

Na minha percepção vários fatores vêm contribuindo para afetar a saúde do trabalhador da instituição onde trabalho, dentre elas alguns tipos de gestão autoritária ou omissa, inexistência de espaço de conversa e diálogo para enfrentamento dos problemas que surgem no cotidiano ^(7, p. 17).

Precisamos fortalecer a gestão participativa e promover o diálogo com os trabalhadores, uma vez que eles são protagonistas do desenvolvimento e melhoria do sistema ^(7, p. 17).

As pesquisas também evidenciaram depoimentos dos trabalhadores que ressaltam a importância de políticas e ações voltadas para a melhoria das condições de trabalho vivenciadas:

Há uma necessidade grande de instituir uma política de gestão do trabalho, a fim de enxergarmos o trabalhador como ator importante nos processos de trabalho, favorecendo melhores condições de trabalho, incluindo os mesmos na gestão participativa, de forma que os mesmos se sintam pertencentes à instituição de trabalho e não como meros instrumentos de trabalho ^(7, p. 16).

Infelizmente apesar das políticas em relação à saúde do trabalhador avançarem no dia a dia do fazer, é perceptível o quanto elas ainda não nos alcançam, e o quanto dependemos da disposição da gestão para que situações sejam evitadas e o trabalho não se precarize ^(7, p. 17).

É perceptível que o profissional não está satisfeito com o trabalho que exerce, seja por salário baixo, desvalorização da profissão ou falta de entrosamento com a equipe ^(8, p. 26).

Dal Poz ⁽⁹⁾, apoiado em dados do Relatório Mundial de Saúde (2006), refere que o estresse e a insegurança crescem entre os profissionais de saúde. Para o autor, a “complexa conjuntura na qual se combinam causas e problemas antigos e novos” ⁽⁹⁾ contribuem de maneira decisiva para tal aumento.

Partindo da premissa que os achados das pesquisas citadas vão ao encontro do Relatório Mundial de Saúde, referido por Dal Poz, parece ser pertinente afirmar que a gestão do trabalho ainda não conseguiu superar parte dos velhos problemas identificados, desde a segunda metade da década de 1970, pelo Programa de Preparação Estratégica de Pessoal em Saúde (PPREPS).

3. O TRABALHADOR DA SAÚDE EM TEMPOS DO NOVO CORONAVÍRUS – O QUE DIZ A LITERATURA

Se as condições de trabalho dos profissionais de saúde eram duras antes da pandemia, o que se pode dizer sobre elas no contexto COVID-19?

Nos últimos meses, muito se tem escrito sobre insuficiência de infraestrutura, principalmente de leitos hospitalares, unidades de terapia intensiva (UTI), equipamentos de respiração mecânica e equipamentos de proteção individual (EPI) no SUS. Não é um quadro novo sem dúvida, porém intensificado em razão da necessidade imposta pelo novo coronavírus. Desde logo, faz-se oportuno frisar que todas as propostas de solução relacionados com esse quadro têm implicação com a questão ‘pessoal de saúde’. A pergunta posta é: como estão sendo tratadas as questões relacionadas com a força de trabalho em saúde?

Teixeira et al. ⁽²⁾, sistematizando um conjunto de evidências científicas publicadas em artigos internacionais, identificam uma série de problemas que estão afetando os trabalhadores de saúde envolvidos com enfrentamento da pandemia de COVID-19, como, por exemplo, o risco de contaminação – evidências confirmam o alto grau de exposição e contaminação dos profissionais. Essa situação, por sua vez, gera estresse, medo de adoecer e de contaminar os colegas e familiares.

Considerando o debate existente sobre a falta constante de EPI, como luvas, máscaras tradicionais e respiradores mais sofisticados, considerando também a exaustão física, consequência das intensas jornadas de trabalho que, por sua vez, devem-se à insuficiência de recursos humanos, é pertinente afirmar que o medo dos profissionais é totalmente justificável.

Teixeira et al. ⁽²⁾ também observam que a literatura mundial aponta a necessidade de ações direcionadas à saúde mental do trabalhador da saúde. Em seu artigo, as autoras realçam, enquanto aspectos causadores de sofrimento psíquico nos profissionais de saúde, a proximidade deles com o sofrimento dos seus pacientes, a dor sentida em cada morte e a angústia dos familiares. Associadas a estes fatores e tornando o quadro mais precário, também foram identificadas falta de suprimentos médicos, informações incertas sobre vários recursos, solidão e preocupações dos profissionais com seus entes queridos.

Jackson Filho et al. ⁽¹⁰⁾ destacam que há relatos de profissionais e sindicatos denunciando as “condições de trabalho precarizadas, higiene inadequada, jornadas extenuantes, falta de treinamento e, inclusive, insuficiência ou indisponibilidade de equipamentos de proteção, mesmo nos serviços de terapia intensiva” ^(10, p.1).

Corroborando a leitura de Jackson Filho et al. ⁽¹⁰⁾, observa-se a atuação dos Conselhos e Associações Profissionais, como o de enfermagem, por exemplo, que estão monitorando e divulgando as condições vividas pelos profissionais.

A categoria de enfermagem representa, entre os trabalhadores da saúde, maioria nos serviços de saúde. De acordo com Souza e Souza ⁽¹¹⁾, esses profissionais estão desenvolvendo seus trabalhos em situações que faltam máscaras N-95, FFP2 ou equivalentes, e muitas vezes recebem a orientação para usá-las por um período maior que o indicado pelos fabricantes. A falta de proteção ocular é também uma realidade assim como a escassez de capote impermeável. Além desse conjunto de ‘faltas’, há também o *deficit* de trabalhadores exclusivos para assistência aos casos de

COVID-19. Há que se considerar também nesse quadro que profissionais com comorbidades continuaram atuando nos serviços de saúde durante a pandemia. Diante desse cenário, Souza e Souza⁽¹¹⁾ bradam:

O fato é que, além de vivermos a maior crise sanitária do século, vivemos uma crise do cuidado. Os profissionais que cuidam estão à margem dos cuidados pelas entidades que os empregam e das entidades que fiscalizam os empregadores⁽¹¹⁾.

E perguntam: “Quem cuida de quem cuida? Quem cuidará de quem cuidava e adoeceu?”⁽¹¹⁾.

Ou seja, quem cuidará daquelas pessoas que, embora submetidas às mesmas condições de restrição da população geral, continuam, cotidianamente, enfrentando riscos físicos e psicossociais oriundos das condições de trabalho nos serviços de saúde?

Nessa direção, os Conselhos Profissionais no Brasil estão tomando algumas medidas no âmbito da regulação do exercício profissional. O Boletim de Diretos na Pandemia⁽¹²⁾, publicado pelo Cepedisa e pelo Conectas, revelam algumas das normas associadas à COVID-19 publicadas por esses conselhos, como, por exemplo, normas que regulamentam o tele-exercício dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas, psicólogos, educador físico fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais), normas que versam sobre a segurança dos profissionais, tais como medidas preventivas a serem adotadas em atendimentos ambulatoriais, emergenciais e/ou domiciliares pelos médicos, médicos veterinários, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, bem como o fornecimento e fiscalização da disponibilidade de EPI aos profissionais da fisioterapia e terapia ocupacional.

Dando seguimento à linha de problematização deste artigo, utiliza-se de uma questão posta por Antunes⁽⁴⁾: o que podemos esperar no contexto desta brutal pandemia no qual a explosão do coronavírus estampou a desproteção da classe trabalhadora?

Em direção a essas perguntas, o Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) Pandemia da COVID-19, lançado pela Frente pela Vida, organizado por um conjunto de organizações que atuam no campo da Saúde, parece se pronunciar quando diz “é preciso priorizar nas ações de enfrentamento à (sic) COVID-19 a proteção física e psicossocial das pessoas que atuam na saúde e nas áreas essenciais, com forte ênfase na biossegurança e em mecanismos de redução do sofrimento psíquico”^(13, p. 57). O plano ainda destaca a importância e a necessidade de se organizarem redes de proteção à saúde do trabalhador e da trabalhadora durante e depois do caos da pandemia. Nessa perspectiva, é importante reafirmar a necessidade de observar com atenção os trabalhadores que atuam na porta de entrada do sistema, como, por exemplo, maqueiros, agentes de saúde, porteiros, auxiliares e técnicos de saúde e outros que comumente não têm seu trabalho reconhecido, alerta o documento lançado pela Frente pela Vida.

Embora os problemas citados neste artigo não sejam exatamente novos, não há dúvida que, na pandemia COVID-19, eles se tornaram mais evidentes. Portanto, parece ser oportuno alertar para que não se repitam os equívocos já conhecidos relacionados com as políticas de pessoal, o que, infelizmente, já vem ocorrendo, como bem demonstram Teixeira et al. ⁽²⁾. As autoras revelam que as estratégias emergenciais – necessárias, sem dúvidas – trazem com elas ações não muito saudáveis destinadas ao conjunto dos trabalhadores, como, por exemplo, a reprodução em larga escala dos vínculos precários, a contratação de pessoal inexperiente para a linha de frente da pandemia, submetendo esses trabalhadores a um risco maior de contaminação, considerando o seu desconhecimento e falta de destreza.

Sobre isso, o Plano Nacional de Enfrentamento à (sic) Pandemia da COVID-19 também se pronuncia, quando destaca que é de fundamental importância a qualificação de todos os trabalhadores e trabalhadoras da saúde, tanto os que se encontram na linha de frente (emergências e UTI de hospitais de referência) quanto os demais que apoiam o cuidado nas portas de entrada da Estratégia Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e outros ⁽¹³⁾.

É importante ressaltar que a pandemia encontrou o SUS fragilizado com problemas crônicos na área da gestão do trabalho e da educação na saúde que repercutem na gestão do sistema, nos usuários e nos trabalhadores. Ela apenas deixou os problemas mais visíveis, colocando o farol em situações muito graves como a precarização do emprego e das condições do trabalho nos serviços de saúde.

Diagnósticos como escassez de pessoal, com insuficiência do quantitativo exigido requerido para o atendimento às necessidades, demandas e problemas de saúde da população, além de forte precarização do trabalho e do emprego, ausência de política explícita de valorização da força de trabalho, má distribuição de pessoal, deixando áreas mais vulneráveis descobertas, dificuldade de fixar e manter profissionais nessas áreas, já vinham estrangulando o SUS nos últimos anos, como resume o documento da Frente pela Vida.

Este quadro, complexo, sem dúvida, precisa ser encarado com a profundidade e rapidez que o contexto atual exige, pois, uma pergunta está posta: o que será dos serviços de saúde depois da pandemia?

O diagnóstico da situação de emprego no Brasil é duríssimo, são milhões de trabalhadores com empregos precários, situação que tende a aumentar, de acordo com as análises de Antunes ⁽⁴⁾. Com esse pressuposto, alerta-se para a explosão dos trabalhos em plataforma digitais e dos aplicativos, um novo mundo do trabalho que se expande na era informacional. Este é um novo universo que merece toda a atenção daqueles que desenvolvem estudos sobre a gestão do trabalho e sobre a saúde do trabalhador da saúde. Afinal, se cada época possui suas enfermidades fundamentais, quais serão as enfermidades da era informacional que mais acometerão os trabalhadores da saúde?

As manifestações de adoecimento relacionadas com as condições impostas pelo teletrabalho e ou *home office* possivelmente continuarão em expansão na fase pós-pandemia. Algumas

características, destacadas por Antunes⁽⁴⁾, dessas ‘novas’ modalidades de trabalho, merecem ser observadas mais de perto considerando suas implicações para o trabalhador e para as relações de trabalho, como, por exemplo, trabalhos individualizados; menos relações solidárias e coletivas no espaço de trabalho, distanciamento da organização sindical; eliminação dos direitos do trabalhador. Por último, contudo, a mais delicada e perigosa característica, o fim da separação entre o tempo de trabalho e o tempo de viver a vida. Sobre isso, nos alerta Han⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Viver a vida sem pensar nela, sem pensar em como conectados ou separados estamos, simplesmente viver. Um dia, algo acontece, algo que tem o poder de mudar a forma como se olha o mundo e que pode mudar vidas para sempre. O preço que está se pagando é muito alto, portanto, espera-se que a saída seja para um mundo melhor.

Os momentos de caos têm o poder de deixar transparente o que há de melhor e de pior no ser humano, portanto, a realidade de hoje exige da sociedade muita atenção para evitar potenciais e possíveis abusos. A dificuldade e o caos podem propiciar aprendizagem e superação, mas isso só acontece se vier acompanhado de muita reflexão e ação.

Muito se tem falado sobre um novo normal. Parece existir um consenso de que a pandemia exigirá uma mudança nos padrões de comportamento, e já é possível observar algumas dessas alterações. Como dito anteriormente, trabalhos que, devido à pandemia, passaram a ser desenvolvidos a distância, alguns na própria casa de quem o desenvolve, tendem a permanecer nessa modalidade no período pós-pandemia. Ademais, retomando Han⁽¹⁴⁻¹⁵⁾, ficou ainda mais difícil distinguir o tempo do trabalho e o tempo do não trabalho.

Todavia, nessa discussão, faz-se necessário destacar que, para a maioria dos trabalhadores da saúde, evidentemente o trabalho será sempre presencial. Portanto, debater sobre as condições de trabalho em saúde no contexto do novo coronavírus implica repensar sobre a forma que se organiza o trabalho nos serviços de saúde, sobre a gestão do SUS e sobre as políticas de proteção do trabalhador. Nesse sentido, é importante ter em mente que a força de trabalho em saúde não é homogênea, suas diferenças determinam formas diferentes de exposição aos riscos de contaminação e a outros fatores relacionados com as condições de trabalho. Dessa forma, atentar para as especificidades do trabalho realizado pelas distintas categorias profissionais se faz necessário.

As pesquisas e artigos aqui referidos evidenciaram as condições em que os trabalhadores de saúde desenvolvem suas atividades. Neles, os trabalhadores falam de excesso de trabalho e baixos salários; relatam as difíceis condições que dispõem para desenvolver suas atividades. Falam da insegurança relacionada à ausência de Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), destacam a inexistência de espaços de gestão participativa, entre outros. Condições estas que já existiam, contudo, tornaram-se mais graves e mais frágeis neste período pandêmico.

Neste artigo, foi enfatizado o apoio que os profissionais de saúde estão recebendo da população, contudo, faz-se necessário frisar que ainda não foi possível observar claramente mudanças estruturais importantes que alterem as condições de trabalho a que eles são submetidos. Nesse sentido, observa-se, enfaticamente, não ser mera causalidade que o crescimento de afastamentos por transtornos mentais ocorra simultaneamente com a expansão das contratações temporárias e as diferentes formas de precarização do trabalho.

É diante desse cenário que novos e velhos desafios se impõem aos trabalhadores de saúde. Um deles, Antunes⁽¹⁶⁾ alerta com muita precisão quando diz que se faz urgente romper com a separação entre os “trabalhadores ‘estáveis’, em franco processo de redução, daqueles submetidos às jornadas de tempo parcial, precarizados, subproletarizados, em significativa expansão no atual cenário mundial”. A hora é de concentração de forças, se houver desejo para enfrentar as constantes tentativas de desmonte dos direitos do trabalho e do SUS, ambos arduamente conquistados.

De acordo com os noticiários diários, o número de contaminados e mortos pela COVID-19 é assustador. Portanto, este artigo reconhece o papel dos vários protagonistas que estão enfrentando, a sua maneira, uma situação inesperada, pelo menos para muitos. Todavia, ele procurou destacar a presença de um deles: os trabalhadores de saúde que estão envolvidos direta ou indiretamente no enfrentamento da pandemia. O propósito foi debater suas dores e sofrimentos oriundos das precárias condições de trabalho dos serviços de saúde e da própria natureza do trabalho que eles desenvolvem. Procurou também mostrar que, a despeito da dor e do medo, eles estão lá, ao lado dos pacientes, na linha de frente. Então, sim, eles são heróis, alguns mais do que outros, mas, nenhum sozinho.

Por fim, talvez mereça ser lembrado que um herói não é uma ideia, um mito, ou um ser com capa e espada, um herói se faz no enfrentamento diário dos desafios. Assim, repito, os trabalhadores de saúde são heróis, sim, mas não ‘heróis do coronavírus’, eles são heróis na construção diária de um SUS forte o suficiente para enfrentar com sucesso uma pandemia. Um SUS que destaque a importância da Gestão do Trabalho e considere e valorize os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DataSUS. Informações de Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 23]. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp.
2. Teixeira CF, et al. A Saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(9):3465-3474.
3. Souto LR, Travassos C. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19: construindo uma autoridade sanitária democrática. *Saúde Debate*. 2020;44(126).
4. Antunes R. Coronavírus, o trabalho sob fogo cruzado. São Paulo: Boitempo, 2020. Recursos digital (pandemia capital). Formato epub.
5. Dias MA, et al. Gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde: necessidades identificadas a partir da percepção dos sujeitos envolvidos. In: Castro JL, et al., organizadores. Trabalho e educação na saúde: análise e vivências. Natal, RN: Uma; 2020. E-book 370p. (Seminar; n. 9).
6. Mendes TM. Planos de Cargos, Carreiras e Salários: perspectivas de profissionais de saúde do Centro-Oeste do Brasil. *Saúde Debate*. 2018;42(119):849-861.
7. Castro JL, et al. Saúde do trabalhador e Condições de Trabalho em Saúde nas Regiões Sul e Sudeste do Brasil [Internet]. Relatório de Pesquisa. Rede Observa RH. Estação de Trabalho Observatório RH-UFRN; 2020 [acesso 2020 out 23]. Disponível em: www.observatoriorh.ufrn.
8. Castro JL, et al. Saúde do trabalhador e Condições de Trabalho em Saúde nas Regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil [Internet]. Relatório de Pesquisa. Rede Observa RH. Estação de Trabalho Observatório RH-UFRN; 2018 [acesso 2020 out 23]. Disponível em: www.observatoriorh.ufrn.
9. Dal Poz MR. A crise da força de trabalho em saúde. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2013;29(10):1924-26. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000002.
10. Jackson Filho JM. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2020;45(14).
11. Souza LP, Souza AG. Enfermagem brasileira na linha de frente contra o novo Coronavírus: quem cuidará de quem cuida? *J Nurs Health*. 2020;10(n.esp.):e20104005.
12. Assano CL, et al. Mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à COVID-19 no Brasil. Boletim n. 05. São Paulo. Cepedisa, Conectas; 2020.
13. Abrasco et al. Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da COVID-19. Frente pela Vida. 2020. Versão 2. Jul; 2020.

14. Han BC. Sociedade do Cansaço. Petrópolis, RJ: Vozes; 2019.
15. Han BC. No enxame. Petrópolis, RJ: Vozes; 2018.
16. Antunes R. O Privilégio da Servidão, o novo proletariado de serviços na era digital. São Paulo: Boitempo; 2018.



EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA: ESTRATÉGIAS E AÇÕES DAS ESCOLAS ESTADUAIS DE SAÚDE

Isabela Cardoso de Matos Pinto¹

Marcele Carneiro Paim²

RESUMO: A pandemia do novo coronavírus impôs desafios aos sistemas de saúde. Nesse contexto dinâmico, as estratégias que envolvem a educação, a comunicação e a informação da força de trabalho em saúde ocupam um espaço essencial, bem como configuraram-se em componentes fundamentais ao enfrentamento da COVID-19. Diante do esforço de qualificação dos trabalhadores da saúde em curto período, buscou-se investigar estratégias e ações educacionais e comunicacionais desenvolvidas nas Escolas Estaduais de Saúde Pública (EESP). Trata-se de um estudo qualitativo que abrangeu revisão de literatura internacional, mapeamento e análise dos *websites* institucionais, conteúdo das postagens na rede social Instagram, planos de contingência e série de vídeos. Revela-se o esforço da atuação das EESP para um engajamento digital, reinvenção, reestruturação e adoção de novas formas para se comunicar com seus públicos, dando continuidade às atividades por meio da adesão e/ou ampliação do uso de práticas pedagógicas suportadas na comunicação digital e de redes sociais. Evidenciou-se que os estados implementaram muito mais ações para profissionais de saúde do que o registrado nos *websites* e planos de contingência. Conclui-se com recomendações para os gestores e reflexões sobre o potencial que as Secretarias Estaduais de Saúde têm de qualificar sua oferta de serviços à população, por meio das EESP.

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus. Pandemia. Profissionais de Saúde. Educação e Comunicação em Saúde. Escolas de Saúde Pública.

1 Doutora em Administração Pública, Mestre em Saúde Coletiva, Professora Associada e Diretora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/Universidade Federal da Bahia (UFBA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1636-2909>. isabelacmp@gmail.com.

2 Doutora em Saúde Pública, Mestre em Saúde Coletiva, Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC)/Universidade Federal da Bahia (UFBA). ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3065-2144>. marcele.paim.isc@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus impôs desafios aos sistemas de saúde de todos os países pela necessidade de enfrentar, simultaneamente, a velocidade da disseminação do vírus, o crescente número de infectados e óbitos, a ausência de vacina e terapêutica medicamentosa específica, a saturação de serviços de saúde, a circulação de desinformação, o adoecimento e o esgotamento dos profissionais de saúde, entre outros.

Nesse contexto dinâmico, no qual imperam curta temporalidade dos eventos e rápida propagação de informações, a comunicação passa a ocupar um espaço essencial à crise. Porém, a intensa produção informacional e narrativa, aliada ao grande volume de informação sobre a COVID-19 circulante nas redes sociais, tornou-se terreno fértil para a desinformação, por meio das *fake news* (notícias falsas), acentuando o fenômeno sociossimbólico denominado infodemia⁽¹⁾. Ademais, em meio à crise provocada pela pandemia, vários países, entre eles o Brasil, enfrentam também a “desinfodemia”, termo utilizado pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) para definir “desinformação básica sobre a doença de COVID-19”⁽²⁾.

A identificação de um novo tipo de coronavírus (2019-nCoV) e o crescimento exponencial de casos graves de pneumonia e óbitos na China motivaram um alerta à Organização Mundial da Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019. Com a contaminação em outros países, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou situação de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)⁽³⁾ e, em 11 de março de 2020, ante a disseminação mundial, reconheceu a pandemia de COVID-19⁽⁴⁾.

No Brasil, logo após a declaração de ESPII, o Ministério da Saúde (MS) deu início às ações para planejamento da situação de emergência sanitária e, por intermédio da publicação da Portaria nº 188⁽⁵⁾, declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin),

acompanhada da ativação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV) e da publicação do Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19⁽⁶⁾. Esse instrumento de planejamento apresentou decisões estratégicas imediatas, estabeleceu responsabilidades, prioridades e orientou investimento dos recursos. Os Estados e o Distrito Federal também apresentaram suas prioridades para o enfrentamento da pandemia, com a elaboração dos respectivos Planos de Contingência Estaduais (PCEs).

Nessa perspectiva, o enfrentamento da pandemia tem exigido um investimento complexo para a compreensão do fenômeno e implementação de estratégias efetivas de prevenção, controle e mitigação dos efeitos da COVID-19. Um aspecto importante a ser ressaltado é que essa crise sanitária acirra problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), decorrentes do subfinanciamento, do contingenciamento de gastos, fragilidades na organização e funcionamento dos serviços de saúde, expansão da privatização e precarização da força de trabalho em saúde⁽⁷⁾.

Este último agudiza-se com a COVID-19 uma vez que os profissionais de saúde constituem um grupo de risco e, frequentemente, atuam em condições de trabalho inadequadas com impactos na sua saúde física e mental. Destarte, o SUS, por meio das suas três esferas de gestão, configura o cenário de enfrentamento e controle da pandemia no país, todavia, há que se reconhecer o esforço que vem sendo realizado, em todo o Brasil, por seus profissionais e trabalhadores para cuidar dos doentes e combater o avanço do vírus.

Nessa lógica, os principais problemas que estão afetando os profissionais e trabalhadores da saúde, no Brasil e no mundo, vêm mobilizando a comunidade científica, autoridades, gestores e a mídia. Estudos enfatizam o cuidado com as medidas para a proteção e a promoção da saúde física e mental dessa força de trabalho⁽⁸⁻¹⁰⁾ e apontam para a criação de redes colaborativas dedicadas à qualificação desses recursos humanos que disponibilizam materiais comunicativos instrucionais, protocolos, documentos técnicos e estratégias pedagógicas⁽⁷⁾. Ou seja, as estratégias que envolvem a comunicação e a informação da força de trabalho em saúde configuram-se em componentes fundamentais ao enfrentamento da COVID-19.

Diante dos desafios do esforço de qualificação da força de trabalho em saúde em tempos de pandemia, buscou-se investigar estratégias e ações educacionais e comunicacionais desenvolvidas nos *locus* de educação das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), isto é, nas Escolas Estaduais de Saúde Pública (EESP). Assim, o propósito deste capítulo é analisar a atuação dessas escolas, no âmbito da educação e comunicação em saúde, para a disseminação de informações e qualificação técnica dos profissionais e trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

2. MÉTODOS

O presente estudo utilizou técnicas da pesquisa qualitativa à luz da proposta metodológica de Minayo⁽¹¹⁾ que ressalta a relevância do emprego de técnicas variadas para o momento

empírico da investigação, bem como o tratamento do nível de realidade por meio da biografia, da história, das aspirações, das relações, dos motivos, das crenças e do universo de significados.

Nesse sentido, o percurso metodológico abrangeu cinco caminhos complementares. Iniciou-se com uma revisão de literatura internacional para identificar estratégias e ações comunicacionais para prevenção e controle da pandemia. Em seguida, com vistas à análise do conteúdo de publicações sobre estratégias e ações de educação e comunicação voltadas aos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia, realizou o mapeamento (**Quadro 1**) e análise dos *websites* institucionais das 16 EESP brasileiras. De forma adicional, examinaram-se três outras fontes de informação: conteúdo das postagens na rede social Instagram, planos de contingência e série de vídeos com respectivos relatórios.

QUADRO 1: *Websites* institucionais e redes sociais das EESP, por unidade da federação

Unidade Federativa	Nome da Instituição	URL	Redes Sociais
AP	Escola de Saúde Pública do Amapá	https://saude.portal.ap.gov.br/esp/	Sem registros
BA	Escola de Saúde Pública da Bahia Prof. Jorge Novis	http://www.saude.ba.gov.br/educacao/ http://www.saude.ba.gov.br/temas-desauade/coronavirus/acoeseducativas-covid19/	Facebook, YouTube
CE	Escola de Saúde Pública do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues	https://www.esp.ce.gov.br/	Instagram, YouTube
DF	Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde	http://www.fepecs.edu.br/index.php/home-page	YouTube
ES	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde	https://ead.saude.es.gov.br/	Sem registros
GO	Escola Estadual de Saúde Pública Cândido Santiago	https://www.saude.go.gov.br/sesg/escola-de-saude	Sem registros
MA	Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão Dra. Maria Nazareth Ramos de Neiva	https://www.saude.ma.gov.br/escola-de-saude-publica/	Instagram
MT	Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso	http://www.saude.mt.gov.br/escola	YouTube
MS	Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser	https://www.esp.ms.gov.br/	Instagram

Unidade Federativa	Nome da Instituição	URL	Redes Sociais
MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais	http://www.esp.mg.gov.br/	Facebook, Instagram, Twitter e YouTube
PR	Escola de Saúde Pública do Paraná	http://www.escoladesaude.pr.gov.br/	Sem registros
PE	Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco	http://ead.saude.pe.gov.br/	Facebook, Instagram, YouTube
RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul	http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/inicial	Sem registros
SC	Escola de Saúde Pública Professor MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel	http://esp.saude.sc.gov.br/	Sem registros
SE	Fundação Estadual de Saúde de Sergipe	https://www.funesa.se.gov.br/	Instagram, YouTube
TO	Escola Tocantinense do SUS	https://saude.to.gov.br/etsus/	Instagram, YouTube

Vale ressaltar que, como alguns dos *websites* institucionais indicavam o uso de redes sociais pelas EESP, foram adicionadas ao mapeamento as redes Instagram, Facebook e YouTube localizadas. Entretanto, optou-se pela concentração da análise dos conteúdos de postagens no Instagram, nas contas identificadas de oito Escolas, entre o período de 10 de fevereiro e 10 de outubro.

Diante da hipótese de dificuldades com a frequência de atualizações dos *websites*, o estudo recorreu ainda aos planos de contingência, vídeos e relatórios produzidos dos Encontros virtuais “Trabalho e Educação na Saúde”, promovidos pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, realizados entre abril e setembro de 2020. Essa opção metodológica permitiu também o acesso às informações mais recentes sobre as estratégias e ações de educação e comunicação desenvolvidas, inclusive em estados que não possuem EESP.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresenta-se, a seguir, uma síntese das principais evidências apontadas na revisão de literatura acerca das estratégias e ações comunicacionais para prevenção e controle da pandemia, bem como intervenções educativas necessárias para a qualificação dos profissionais e trabalhadores envolvidos nesse contexto. Posteriormente, tem-se o resultado do mapeamento e análise sobre a atuação das EESP para a disseminação de informações e qualificação técnica dos profissionais e trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

3.1 EVIDÊNCIAS PRODUZIDAS NA LITERATURA INTERNACIONAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

A revisão da literatura internacional revela um aumento expressivo das publicações sobre o impacto da COVID-19 nos profissionais de saúde, abordando aspectos ligados ao risco de contaminação, necessidades de readequação dos processos de trabalho e de qualificação para lidar com uma situação nova e desafiadora.

O conjunto dos artigos revisados demonstra que nem todos os profissionais que atuam nos serviços – básicos ou especializados – estão preparados para atuar no enfrentamento da COVID-19. Um dos estudos destacou a importância da qualificação dos médicos para atuarem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) na China, recomendando, inclusive, a padronização da formação por meio de um processo de certificação, o que, segundo os autores, poderia reduzir a mortalidade dos pacientes internados nas UTI⁽¹²⁾.

A maioria dos artigos aponta a necessidade de qualificação dos trabalhadores da saúde como medida fundamental para a adequação dos serviços ao enfrentamento da pandemia, o que implica, também, a reorganização de outras atividades assistenciais, embora, nos estudos revisados, não apareça explicitamente a preocupação com a qualificação para as ações de vigilância em saúde e atenção básica.

Ressalta-se que a preocupação com a proteção da saúde dos trabalhadores demanda intervenções educacionais para orientar procedimentos que evitem a contaminação mediante alinhamento dos processos de trabalho das equipes, considerando as mudanças nos protocolos de funcionamento dos serviços de assistência à saúde⁽⁹⁾, bem como para o reforço de medidas simples, como a lavagem das mãos para evitar infecção cruzada^(9,10), ou ainda, para o manuseio correto, esterilização, limpeza e descarte dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI)^(10,13,14,9).

Sobre as estratégias educativas voltadas para responder às referidas necessidades, alguns estudos destacam práticas pedagógicas utilizadas para capilarizar a qualificação dos trabalhadores, utilizando-se estratégias multiplicadoras, como a formação de facilitadores para ampliar o número de equipes capacitadas^(12,13). Observou-se também a utilização de salas de situação e o uso de simulação como estratégia de qualificação das equipes inseridas nos hospitais⁽¹³⁾.

Salienta-se ainda a ampliação do uso de tecnologias digitais nos processos educativos, como forma de se evitar o contato físico entre os profissionais e ampliar o desenvolvimento de competências e habilidades para a atuação destes profissionais para lidarem com as mudanças na organização e gestão do processo de trabalho nos serviços de saúde, em função da pandemia⁽⁹⁾.

A situação emergencial também demandou a ampliação das equipes e a necessidade de absorver profissionais para atuar na linha de frente em curto prazo, com processos seletivos simplificados, que podem ter tido impacto negativo na composição das equipes de saúde, com eventual

contratação de profissionais que não dispunham de perfil adequado às atividades requeridos no enfrentamento da pandemia. Em um dos trabalhos analisados, os autores demonstram preocupação com a medida, adotada em alguns países, de antecipar a conclusão do curso de graduação e incluir jovens residentes nas unidades hospitalares, tendo em vista a pouca experiência desses profissionais com o atendimento dos casos graves de COVID-19⁽¹⁵⁾.

No que tange à comunicação, estudos recentes reforçam que as tecnologias de informação e comunicação (TIC) e suas redes sociais potencializam a rápida circulação de informações sobre saúde em tempos de pandemia. Alguns deles apontam a relação entre o avanço do número de casos confirmados e o crescimento de manifestações dos usuários nas redes sociais em Wuhan⁽¹⁴⁾, bem como com o aumento de postagens governamentais nos Estados Unidos da América (EUA) e na Inglaterra⁽¹⁶⁾.

Nas publicações do Twitter, na língua inglesa, sobre o novo coronavírus⁽¹⁷⁾, os usuários manifestam preocupação com o impacto da doença relacionada com o número de óbitos. Cabe também destacar a estratégia de alcance da população via redes sociais adotada por Cingapura cujas publicações no Facebook de órgãos governamentais de saúde foram em número superior aos do Centro de Controle de Doenças e Prevenção (CDC) dos EUA e do sistema de saúde inglês⁽¹⁶⁾.

Todo o contexto que caracteriza a pandemia, portanto, passou a exigir investimentos na preparação dos trabalhadores para o cuidado aos pacientes portadores de COVID-19, gerando a necessidade de oferecer, em tempo recorde, uma multiplicidade de ações educativas e intervenções nos processos formativos em curso, inclusive com a adoção de diferentes abordagens e uso de tecnologias de informação e comunicação, para o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à atuação desses profissionais.

Por fim, cabe ressaltar que, considerando as desigualdades tecnológicas e a capacidade de resposta dos diferentes países para o enfrentamento da pandemia, alguns artigos chamaram a atenção para a potência da colaboração em rede. Como estratégias adotadas para o trabalho em rede, destacam-se a disponibilização de suporte técnico por meio de material instrucional (folhetos e brochuras), *workshops*, disseminação de diretrizes, compartilhamento regular de atualizações técnicas, desenvolvimento de estudos de caso como estratégia pedagógica para capacitar os profissionais de saúde pública sobre COVID-19 e treinamento da equipe em resposta rápida.

3.2 AÇÕES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELAS ESCOLAS DE SAÚDE PÚBLICA COM FOCO NA COVID-19

No Brasil, as EESP assumem o processo de trabalho como princípio educativo e compartilham a missão de formar quadros para o SUS. Atuam na gestão da educação em saúde nos seus estados, na produção de conhecimento aplicada ao SUS e são, principalmente, pautadas por demandas que se impõem pelas políticas públicas de saúde⁽¹⁸⁾. Nessa perspectiva, os resultados apontaram algumas características da atuação das EESP no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

A análise das informações específicas sobre as intervenções educacionais promovidas pelas Escolas evidencia que todas trataram de ofertar um conjunto de ações educativas voltadas para prevenção, controle e manejo clínico dos casos Covid-19 no âmbito dos serviços de saúde. Algumas, inclusive, desenvolveram materiais instrucionais voltados para a população, para a adoção de medidas de proteção individual, como uso de máscaras, lavagem frequente das mãos e importância de manter o distanciamento social como medida de prevenção.

No que tange às intervenções educacionais específicas para os profissionais e trabalhadores de saúde, é preciso pontuar a diversidade de formatos e metodologias adotados na elaboração e operacionalização das ações educativas. A maioria das Escolas tem promovido uma multiplicidade de estratégias para capilarizar as informações relacionadas com prevenção, controle e manejo clínico da COVID-19, buscando suprir a insuficiência de conhecimentos sobre o novo coronavírus e promover práticas seguras, principalmente considerando que adequações e modificações nos processos de trabalho foram necessárias para lidar com a pandemia.

Nesse particular, cabe destacar o investimento feito no uso das novas TIC, de ambiente virtual de aprendizagem (AVA), Telessaúde, redes sociais e, em algumas escolas, no aperfeiçoamento dos trabalhadores vinculados diretamente à Escola e aos núcleos de Educação Permanente para que pudessem se apropriar, rapidamente, de conhecimentos e habilidades no manejo de tecnologias e materiais instrucionais veiculados mediante meios eletrônicos, como videoaulas, organização de webnários, entre outros.

No que diz respeito ao conjunto de ferramentas instrucionais acionadas pelas EESP, encontram-se cursos, webpalestras, vídeos, artigos, cartilhas, boletins informativos, boletins epidemiológicos, documentos oficiais, notícias, etc. Observa-se também a utilização de muito material instrucional produzido por organismos internacionais, a exemplo da OMS e da Opas, bem como materiais informativos produzidos em parceria com o Conass e por outras instituições nacionais de saúde, a exemplo da Fiocruz, do Hospital Albert Einstein, Hospital Sírio-Libanês, entre outros.

Os cursos ofertados são de livre acesso, gratuitos, com carga horária variada e autoinstrucionais, versando sobre os mais diversos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos da COVID-19, com especial atenção aos cuidados que devem ser observados por profissionais de saúde inseridos nos diferentes níveis de atenção, tanto no manejo dos casos quanto na prevenção dos riscos de contaminação nos ambientes de trabalho.

Destacam-se algumas iniciativas desencadeadas no contexto da pandemia, que apontam caminhos para o desenvolvimento institucional das EESP sob alguns aspectos como: a capacidade de planejamento e gestão da política estadual de gestão do trabalho e educação em saúde; a articulação interinstitucional para qualificação e Educação Permanente em Saúde (EPS) e a competência técnica no manejo das TICs, cada vez mais necessárias aos processos de educação em saúde.

Embora a experiência com o enfrentamento da pandemia da COVID-19 ainda seja incipiente, necessitando de estudos mais aprofundados e reflexões compartilhadas com os gestores e profissionais das EESP, algumas iniciativas merecem destaque e sinalizam lições a serem aprendidas. Nesse sentido, foram elencadas, a seguir, algumas experiências organizadas por região.

A Escola do Amapá criou o projeto “Crescer”, definido como ação de educação indireta com o objetivo de oferecer cursos selecionados de instituições reconhecidas e organizados em quatro blocos que abordam as seguintes temáticas: medidas de prevenção e controle; colocação e retirada de equipamentos de proteção individual; tipos recomendados de EPIs de acordo com o tipo de ambiente e atividade e o bloco de orientações gerais. Na mesma região, a Escola Tocantinense do SUS, chamou a atenção por ter adotado uma perspectiva regional de capacitação dos Núcleos de Educação Permanente como estratégia para ampliar a equipe formadora nos diversos municípios e também para a realização de encontros, via *web*, com os Núcleos de Educação Permanente das Unidades Hospitalares da Gestão Estadual.

Entre os achados da região Centro-Oeste, destacam-se a Escola do Mato Grosso que além da campanha “Cuidando do Cuidador em Saúde”, em março de 2020, lançou seu canal YouTube e realizou vários eventos virtuais. A campanha é marcada pela parceria com artistas plásticos e criação de peças para motivar os trabalhadores, revelando o investimento na busca por novas estratégias para estimular as pessoas que vêm experimentando situações de dificuldade e estresse diariamente. A EESP do Mato Grosso do Sul qualificou os profissionais que atuam no Distrito Sanitário Indígena, abordando aspectos da cultura dessa população que devem ser considerados no cumprimento dos protocolos exigidos para o enfrentamento da COVID-19. Já a Escola de Goiás deu destaque à pesquisa, incorporada ao Plano de Contingência e instrumentalizou os profissionais em metodologias de investigação científica com estímulo aos estudos vinculados à COVID-19. A Escola de Aperfeiçoamento do SUS (Eapsus) do Distrito Federal segue a tendência de destaque pela recente adesão às redes sociais para fins educativos, a exemplo da inscrição no YouTube em 17 de junho de 2020 e com poucos meses de canal já possui mais de mil inscritos e de 5 mil visualizações aos conteúdos postados.

Entre os destaques da região Nordeste, a Escola do Ceará começou a planejar as intervenções educacionais em 12 de fevereiro de 2020, quando a pandemia ainda era vista como uma possibilidade. Realizou a montagem de estações de treinamento para capacitar todos os profissionais de fisioterapia e enfermagem que foram absorvidos para atuar nos novos hospitais no manejo e segurança para atendimento aos casos de COVID-19, fortaleceu a organização do Sistema de Telessaúde, do projeto da Rede Saúde Escola e apresentou presença ativa nas redes sociais. Da mesma forma, a EESP de Pernambuco se destacou com uso de redes sociais, organização de eventos educativos virtuais e organização do *website* pelo desenho, facilidade de navegação e manejo das informações a respeito da COVID-19. A EESP do Maranhão, a mais nova do conjunto, também deve ser ressaltada pela presença atuante na rede social Instagram.

A Fundação Estadual de Saúde (Funesa) Sergipe desenvolveu atividades síncronas e assíncronas com abertura para perguntas encaminhadas pelos profissionais por meio da Plataforma do programa Telessaúde e curso EAD sobre a COVID-19 para agentes comunitários de saúde e agentes

de endemias do Estado. Já a EESP Bahia, em articulação e colaboração técnica com as Diretorias de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador e de Vigilância Epidemiológica e as Diretorias de Atenção Básica, Geral de Gestão das Unidades Próprias e de Atenção Especializada da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), mobilizou e orientou a otimização do uso dos cursos e materiais por meio de uma rede de educação COVID-19 que integra hospitais e Unidades de Pronto Atendimento (UPA) do Estado, utilizando o aplicativo WhatsApp, visando constituir, assim, uma rede de mobilização e multiplicação de informações e ações educativas com vistas ao combate à COVID-19.

Sobre as escolas da região Sudeste, além da criação de página específica com informações detalhadas sobre a COVID-19 e áreas dedicadas às orientações para profissionais de saúde e gestores, a Escola de Minas Gerais lançou mais um canal de informação e comunicação com fins educativos: os *podcasts* que apresentam conteúdos e conversas gravadas com especialistas em diversas temáticas da Saúde Coletiva, com assuntos relacionados com a pandemia. Já o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde investiu na ampliação e capacitação das equipes de atenção primária para atuação nos territórios; na revisão dos fluxogramas de pesquisas sobre a COVID-19 e no fortalecimento do Sistema de Informação para o monitoramento dos dados.

Em relação à região Sul, a Escola do Rio Grande do Sul criou uma rede descentralizada de profissionais de saúde para tele consultoria (atendimentos *on-line*, orientações, educação em saúde, supervisão clínica, suporte a profissionais e equipes de saúde), a fim de apoiar práticas de cuidado em saúde no estado e ampliar as ações estratégicas de combate à pandemia. Por sua vez, a Escola do Paraná destacou o chamamento Especial da Revista de Saúde Pública do Paraná: Ações de enfrentamento da COVID-19 no contexto dos Sistemas de Saúde do Paraná. Como destaque do *site* da Escola de Santa Catarina, têm-se informações sobre cursos, *lives* e conferências.

Apesar de todas essas iniciativas, constata-se a ausência de registros sobre cobertura alcançada, número e categoria de trabalhadores atingidos por cada atividade, e avaliações do impacto positivo das intervenções educacionais na qualidade do trabalho e no atendimento prestado à população. Ou seja, é preciso estimular iniciativas visando avaliar e monitorar as ações de EPS focadas na COVID-19.

Deve-se ressaltar, portanto, a necessidade de as EESP se constituírem espaços de fortalecimento do pensamento estratégico no que diz respeito à formação de quadros qualificados a lidar com o planejamento e gestão do trabalho e da educação na saúde, o que significa aprender com a pandemia da COVID-19 e investir na capacidade institucional das Escolas em lidar com problemas complexos como aqueles relacionados com a contratação, qualificação e valorização dos trabalhadores de saúde.

3.3 ESTRATÉGIAS E AÇÕES DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA

A análise dos *websites* institucionais evidenciou o quanto a pandemia impôs mudanças no processo de trabalho e nas atividades desenvolvidas pelas EESP. Compreendendo as escolas

como organizações que aprendem, ainda que o incentivo às mudanças seja interno ou externo, a atitude diante da forma como as vivenciam e das possíveis inovações perpassam por experiências prévias, sendo determinantes para o início, bem como o sucesso dos processos de melhora⁽¹⁹⁾.

Em geral, foram observados a criação ou o incremento de espaços comunicacionais tecnológicos (interfaces, redes sociais, *banners* de destaque e/ou novas páginas, seções específicas sobre a COVID-19, entre outros) que favorecem o compartilhamento de informações. Entretanto, notaram-se também dificuldades de algumas escolas com a atualização de informações e falta de autonomia para gestão do *site*, indicando prejuízos para comunicação e visibilidade das ações realizadas.

Ao concentrar a análise na criação, reformulação ou reinvenção de ambientes com foco em informações de cunho educativo, relativos à prevenção e ao controle da transmissão e manejo clínico de casos suspeitos e confirmados do novo coronavírus, percebeu-se a tendência de criação de repositórios de informação sobre a pandemia. Os *sites* passaram a destacar cursos, palestras, webaulas, *links*, projetos, recursos de aprendizagem, artigos, cartilhas, vídeos, *podcasts*, *cards*, agenda de encontros, notícias, boletins epidemiológicos, indicadores e, em alguns casos, notícias gerais da COVID-19 no estado e também informações para combate às *fake news*.

Cabe salientar as práticas de colaboração na composição dos referidos acervos virtuais, a exemplo da publicação de materiais produzidos por outros estados, por instituições acadêmicas, de pesquisa e organismos internacionais, reforçando a configuração de um papel de curadoria de informações confiáveis exercido pelas EESP. No que se refere aos aspectos pedagógicos, o estudo evidenciou processos de reinvenção para uso das TIC, utilização de recursos de educação a distância, ensino remoto e maior adesão às práticas pedagógicas suportadas na comunicação digital, em consonância com o contexto social e educacional da atualidade, em virtude da pandemia.

Têm-se, então, novas configurações de espaços virtuais para compartilhamento de experiências, depoimentos, fóruns, discussões, novos conteúdos, produção de conhecimentos e promoção de reflexões. Outrossim, a organização desses espaços demonstra também o papel de articulação exercido pelas EESP para envolver especialistas de áreas diversas, academia, pesquisadores, bem como experiências de estados e municípios.

Com isso, surgem também novos fazeres para atuação de docentes em gravação de vídeos, transmissões ao vivo de encontros virtuais com especialistas, webaulas, webpalestras, webnários, enfim, a adesão das EESP ao mundo contemporâneo das “*lives*” em que alguns professores, profissionais e gestores da saúde passaram a atuar também como ativistas da saúde e do combate à COVID-19 nas redes digitais, influenciadores digitais, mediadores *on-line*, roteiristas, produtores de eventos, entre outras funções exercidas por comunicadores.

Considerando que as ofertas educativas das EESP têm como público predominante os trabalhadores da saúde que atuam no âmbito do SUS, há que se reconhecer a preponderância de temáticas voltadas para força de trabalho em saúde, a exemplo de protocolos de manejos clínicos, saúde do trabalhador no apoio a servidores e estudantes, uso correto de EPI, medidas de prevenção

às infecções hospitalares, saúde mental dos profissionais de saúde, luto, medo de contaminação, entre outros. Além das ofertas educativas que contemplam de cursos autoinstrucionais à promoção de eventos *on-line*, ressalta-se a conformação de seções de conteúdos de textos, cartilhas, materiais comunicacionais e audiovisuais para os trabalhadores da saúde nos já referidos acervos virtuais.

Apesar do reconhecimento sobre a predominância das temáticas voltadas para assuntos de interesse dos trabalhadores da saúde, muitos desses conteúdos constam nos *websites* sem fazer menção direta à comunicação e diálogo com o público de trabalhadores. Contudo, é preciso pontuar que sete dos dezesseis *websites* enfatizaram comunicações especiais para profissionais de saúde, seja na inserção de seções específicas com divulgação de estratégias e ações, seja na linguagem e mensagens exclusivamente criadas para eles, incluindo campanhas, a exemplo da já mencionada campanha “Cuidando do cuidador da saúde” do MT do “Programa acolhe SES” para acolhimento aos profissionais de saúde da SES Pernambuco e aos seus familiares vítimas da COVID-19 que usa serviço com número 0800.

Observou-se também a utilização dos *sites* para divulgação de outros canais de comunicação das escolas como as redes sociais. O mapeamento indicou o uso do Instagram e do YouTube por oito escolas, do Facebook por três escolas e o Twitter teve apenas um registro. Além disso, em função da pandemia, alguns sites mencionaram o uso de aplicativos de mensagens como WhatsApp para comunicação. Todavia, é importante ressaltar que foram localizadas contas oficiais de escolas em redes sociais sem que estivessem registradas nos *websites*. Do mesmo modo, alguns *sites* também não possuem registros de vários eventos virtuais realizados sobre temáticas concernentes à COVID-19 e voltados, especialmente, para trabalhadores da saúde.

Dessa forma, ficou evidente que algumas escolas enfrentam dificuldades para atualização frequente de seus *websites* e que, possivelmente, algumas delas não tenham autonomia para fazer a gestão da comunicação desses dispositivos, dependendo das SES e/ou assessorias de comunicação. Algumas escolas cujas páginas fazem parte dos *websites* das SES e não possuem seus próprios sítios usam também as redes sociais das SES, quiçá por determinação institucional dos governos estaduais.

No entanto, para além dessas questões, há que se reconhecer a facilidade de uso e maior autonomia para publicações proporcionadas por redes sociais. Por isso, com vistas à melhor compreensão sobre o uso desses novos canais de comunicação pelas Escolas, bem como buscas por registros de comunicações voltadas para os profissionais, foram realizadas visitas às suas redes sociais, nas quais foi possível verificar algumas métricas e características do conteúdo.

De forma geral, o uso do YouTube aplicou-se à transmissão de eventos de cunho educativo com possibilidade de interação em tempo real com palestrantes e disponibilização do conteúdo no canal para acesso a qualquer tempo. O uso dessa tecnologia estimulou a criação de canais e séries de eventos pelas escolas, em que protagonizaram iniciativas voltadas para o público dos trabalhadores da saúde. Cabe destacar que algumas escolas abriram seus canais no YouTube durante a pandemia.

No que diz respeito ao Instagram, é importante pontuar que essa rede se caracteriza, principalmente, pelo foco em conteúdo visual (imagens e vídeos) e por funcionalidades em prol de favorecer o engajamento, aproximação e interação dos usuários como mensagens privadas, uso de *hashtags*, destaques, entre outras. Provavelmente, essas possibilidades estimularam a adesão e/ou maior utilização dessa rede pelas EESP para realizar comunicações mais frequentes, bem como para gerar mais proximidade com os públicos, especialmente profissionais de saúde.

O uso do Instagram facilitou essas comunicações mais frequentes e direcionadas, por exemplo, às categorias específicas de profissionais de saúde. Em geral, foram utilizadas imagens no formato de *cards*, fotos, vídeos, mensagens curtas e atuais. Notou-se que a ferramenta vem-se configurando como espaço de referência em informações confiáveis para os que desejam se inteirar dos acontecimentos. Como muitas publicações não ficaram restritas às informações das próprias escolas e estados, parece funcionar também como janela para as ocorrências relevantes em outros locais.

Vale ressaltar como algumas escolas exploraram bem a proximidade com o público proporcionada pela ferramenta, a exemplo das publicações da Escola de Pernambuco que realiza comunicações sobre eventos próprios – como o “Debate Virtual” – por intermédio de uma sequência de mensagens de acompanhamento que envolvem anúncio do evento, lembretes no dia, resumo pós-realização, gravações disponíveis para quem não conseguiu participar em tempo real etc.

Por meio de linguagem acessível, o conteúdo das publicações das EESP no Instagram contempla informações sobre processos educativos, eventos, medidas de proteção, cuidado com saúde mental, hábitos saudáveis, informes epidemiológicos, notícias governamentais, especificidades regionais, atenção às narrativas circulantes e combate às *fake news*, entre outros. Complementando a análise do conteúdo, alguns dados quantitativos como números de seguidores, de publicações e datas de abertura das primeiras postagens podem ser verificados no **Quadro 2** a seguir.

QUADRO 2: métricas das contas Instagram das EESP (até 10/10/2020)

EESP	Conta	Publicações	Seguidores	1ª postagem
CE	@espceara	1.231	25,7 mil	07/07/2015
MA	@escoladesaudepublica.ma	58	898	27/04/2020
MG	@escoladesaudemg	432	2.658	12/05/2018
MS	@esp.ses.ms	12	123	19/07/2020
PE	@esppe_ses_pe	846	3.049	07/01/2020
SC	@espsc	61	249	09/03/2020
SE	@funesa.sergipe	338	1284	31/10/2018
TO	@etsus_to	23	225	19/05/2020

O **Quadro 2** indica que metade das contas foram abertas após a confirmação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil. Entre as contas que já existiam antes de fevereiro de 2020, observou-se um aumento significativo no número de postagens a partir do mês de março, bem como o aumento no número de seguidores. As mais ativas chegaram a publicar mais de 150 postagens por mês, alcançando uma média de 5 publicações semanais, sendo que, em alguns casos, praticamente realizaram publicações diárias.

Os movimentos de inclusão e/ou incremento de ações de comunicação nas redes sociais às rotinas das EESP alinham-se, portanto, à tendência apontada por literatura^(3,4) acerca do uso das redes sociais pelas autoridades de saúde sobre iniciativas governamentais e orientações à população no contexto da pandemia. Essa alternativa permite uma maior agilidade no fluxo de comunicação, esclarecimento de dúvidas de diversos públicos e provimento de informações em saúde de interesse público, de forma atualizada e “em tempo real”.

Cabe ainda destacar que mesmo as escolas que demonstraram atualizações frequentes nos *websites* fizeram uso do Instagram para uma comunicação mais presente, direta e atuante, em consonância com as características dessa rede social que permite contatos mais próximos.

Já a análise documental dos Planos de Contingência contemplou um total de 28, sendo 1 nacional, 26 estaduais e 1 do Distrito Federal. A presença da comunicação foi constatada em 26 planos, com registro entre os objetivos em 14 deles. Todavia, os registros apontaram para baixa articulação das ações de Educação e Comunicação para trabalhadores da saúde, em que apenas 5 planos fizeram referência explícita à tal questão, bem como evidenciou a ausência da participação de representações dessas áreas na elaboração de metade dos planos.

Entretanto, no que diz respeito ao enfoque nos trabalhadores, cabe destacar o “Plano de Contingência COVID-19 para Trabalhadores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)” que, entre as ações propostas de monitoramento, contempla a publicação semanal do “Boletim Informativo COVID-19 Trabalhadores da Saúde”, desde o dia 30 de março, com objetivo de divulgar informações sobre situação de saúde e ações de suporte aos trabalhadores que atuam na linha de frente no combate à doença.

Sobre os achados acerca do conteúdo dos Encontros Virtuais, foram analisados vídeos de 18 *lives* realizadas entre os meses de abril e setembro, por meio do canal YouTube do ISC/UFBA. Destaca-se que participaram desses Encontros como palestrantes, as representações de 19 estados e do Distrito Federal. Em geral, observou-se que grande parte das estratégias e ações de educacionais e comunicacionais para apoio aos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia que foram apresentadas nesses Encontros não estavam registradas nos *websites* institucionais e nos planos de contingência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o início de 2020, o Brasil e o mundo enfrentam uma crise sem precedentes na história, com gravíssimas consequências para saúde, sociedade, economia, política, meio-ambiente, cultura, educação e comunicação. Portanto, muito mais do que uma crise sanitária, a COVID-19 causou uma grande crise global que impôs novas formas de atuação para as instituições, entre elas as SES e suas escolas de saúde.

Nesse sentido, cabe chamar a atenção para a necessidade de planejamento estratégico das ações de enfrentamento de situações de emergência sanitária, como vem acontecendo, em nível global, com a pandemia da COVID-19. A elaboração de Planos de contingência, ainda que necessários, não são suficientes, para uma preparação adequada, haja vista, inclusive, os problemas crônicos enfrentados no cotidiano do SUS, que precisam ser equacionados para que sejam criadas condições mínimas de resposta a novas ondas da pandemia atual e eventuais novas epidemias desta natureza.

De fato, a situação de emergência sanitária exigiu das Escolas um investimento em várias dimensões, demandando, em curto espaço de tempo um conjunto de readequações que envolveram não apenas a melhoria da infraestrutura tecnológica, senão que a qualificação das equipes para enfrentar o desafio de trabalhar em um ambiente virtual. Nesse sentido, a trajetória e o amadurecimento das instituições têm sido um fator preponderante para o alcance das reformulações necessárias. Pode-se considerar, assim, que a pandemia tem sido também uma janela de oportunidade para incentivar o desenvolvimento institucional das EESP e fomentar a implementação de ações que vinham caminhando a passos lentos para a sua concretização.

Este capítulo revela o esforço da atuação dessas escolas para um engajamento digital, reestruturação e adoção de novas formas para se comunicar com seus públicos, bem como dar continuidade às suas atividades e processos educativos. No que tange às questões educacionais e comunicacionais, destacam-se a criação ou o incremento de espaços comunicacionais tecnológicos, produção de conhecimento, elaboração de materiais comunicativos, trabalho de curadoria de informações confiáveis, práticas de colaboração, capacidade de articulação e, em curto período de tempo, adesão e/ou ampliação do uso de práticas pedagógicas suportadas na comunicação digital e de redes sociais.

A utilização dessas redes favoreceu a diminuição da distância e o estreitamento de vínculos das EESP com trabalhadores da saúde em tempos de pandemia. O aumento dos números de publicações, seguidores e interações ilustram o potencial de redes como o Instagram para o favorecimento do diálogo, criação e fortalecimento de vínculos. Além disso, refletem o cotidiano das escolas, bem como imprimem transparência à comunicação, permitindo mais envolvimento e engajamento nas respostas aos desafios impostos no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Pode-se também afirmar que as EESP de todas as regiões do país atuaram na transmissão e ampliação do acesso às informações confiáveis e atualizadas sobre a COVID-19 não apenas para profissionais de saúde, mas também para a população de forma geral, configurando-se, portanto, em importantes agentes de combate às *fake news*.

A rapidez com que os materiais educativos foram produzidos e implementados mostra a capacidade de resposta das SES, mas também evidencia a necessidade do investimento no registro e publicização das atividades realizadas, no monitoramento e avaliação das ações educativas, bem como na criação de redes colaborativas e solidárias entre as instituições de saúde e instituições formadoras, de modo a ampliar e potencializar o trabalho em rede, na qualificação, proteção e valorização da saúde e da vida dos profissionais e trabalhadores do setor.

Por fim, evidenciou-se que, em contextos de especificidades regionais e narrativas circulantes, os estados implementaram muito mais ações para profissionais de saúde do que o que foi registrado nos *websites* e planos de contingência. Ou seja, tais instrumentos não conseguiram acompanhar a velocidade dessas ações na pandemia. Diante dos desafios postos, o presente trabalho faz algumas recomendações para os gestores com vistas à incorporação de agenda estratégica para a comunicação nas rotinas escolares. São elas:

- i. Fomentar a institucionalização de fluxos de comunicação e disseminação de informações, ampliando a autonomia da gestão da comunicação escolar;
- ii. Estimular o uso qualificado de redes sociais;
- iii. Fortalecer o intercâmbio de experiências das ações de educação e comunicação na saúde, incentivando redes colaborativas;
- iv. Qualificar referências dos estados para gestão da comunicação e educação em saúde por meio da oferta de minicursos voltados para práticas de comunicação em saúde, redes digitais, *media-training*, produção para redes sociais (textos, fotos, filmes, *podcast*) e tratamento de dados – gráficos, modelo de notícias e linguagens multimídia utilizadas na saúde.

Compreendendo a comunicação e a informação da força de trabalho em saúde como componentes fundamentais ao enfrentamento da pandemia, ressalta-se a relevância das EESP como espaços fundamentais de articulação e produção de conhecimento. Sua atuação no desenvolvimento de estratégias e ações educacionais e comunicacionais para apoio aos profissionais de saúde reiteram o compromisso com o SUS e com o direito à saúde. Nessa perspectiva, conclui-se pelo reconhecimento da relevância e do potencial que as SES têm de qualificar sua oferta de serviços à população por meio das EESP.

REFERÊNCIAS

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Abrasco e demais entidades da saúde lançam Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19 [Internet]. 1 jul 2020 [acesso 3 ago 2020]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/abrasco-e-demais-entidades-da-saude-lancam-plano-nacional-de-enfrentamento-a-covid-19/49795/>.
2. Posetti, J, Bontcheva K. Desinfodemia: Decifrar a informação sobre COVID-19. Resumo de Políticas 1 [Internet]. Unesco; 2020 [acesso 30 maio 2020]. Disponível em: https://en.unesco.org/sites/default/files/disinfodemic_deciphering_covid19_disinformation.pdf.
3. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus [Internet]. 30 jan 2020 [acesso 30 jan 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812.
4. World Health Organization. WHO Timeline – COVID-19 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 maio 24]. Available from: <https://www.who.int/news-room/detail/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 4 fev 2020.
6. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública; 2020.
7. Teixeira CF, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 9];25(9):3465-374. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000903465&script=sci_arttext&tlng=pt.
8. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia Covid. Recomendações para gestores 2020 [Internet]. Rio de Janeiro, Brasília: Fiocruz, Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 maio 7]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/cartilha_recomendacoes_gerais_06_04_0.pdf
9. Huang L, et al. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. Crit Care. 2020;24(1):120. doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>.
10. Ran L, et al. Risk Factors of Healthcare Workers with Corona Virus Disease 2019: A Retrospective Cohort Study in a Designated Hospital of Wuhan in China. Clin Infect Dis. 2020;71(16):2218-2221. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa287>.

11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo, SP: Editora Hucitec; 2013.
12. Yan et al. Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for healthcare workers fighting against coronavirus disease 2019. *Dermatol Ther.* 2020;33(4):e13310. doi: <https://doi.org/10.1111/dth.13310>.
13. Wang J, Zhou M, Liu F. Reasons for healthcare workers becoming infected with novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China. *J Hosp Infect.* 2020;105(1):100-101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.002>.
14. Li J, et al. Data Mining and Content Analysis of the Chinese Social Media Platform Weibo During the Early COVID-19 Outbreak: Retrospective Observational Infection Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2):e18700. doi: <https://doi.org/10.2196/18700>.
15. Ng K, et al. COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Ann Intern Med.* 2020;172(11):766-767. doi: <https://doi.org/10.7326/L20-0175>.
16. Sesagiri Raamkumar A, Tan SG, Wee HL. Measuring the Outreach Efforts of Public Health Authorities and the Public Response on Facebook During the COVID19 Pandemic in Early 2020: Cross-Country Comparison. *J Med Internet Res.* 2020;22(5):e19334. doi: <https://doi.org/10.2196/19334>.
17. Abd-Alrazaq A, et al. Top Concerns of Tweepers During the COVID-19 Pandemic: Infection Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(4):e19016. doi: <https://doi.org/10.2196/19016>.
18. Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (RedEscola). Regulamento da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015.
19. Murillo FJ, Repiso MM. A Qualificação da Escola. Um novo Enfoque. Trad. Naila Tosca de Freitas. Porto Alegre: ArtMed; 2007.

ATUAÇÃO DOS CONSELHOS DE CLASSE PROFISSIONAL NO ÂMBITO DA SAÚDE EM FACE DA PANDEMIA DE COVID-19

Maria Célia Delduque¹

RESUMO: O artigo trata da atuação dos conselhos de classe profissional na área da saúde, durante a pandemia de COVID-19, sob o aspecto regulatório e informativo. Tratou-se de um estudo exploratório em que foram levantadas as resoluções, portarias e pareceres dos conselhos durante o ano de 2020, além de uma investigação no *website* e nas mídias sociais (Facebook e Twitter) dos 14 conselhos. Os resultados mostraram que os conselhos editaram muitos atos normativos durante o período da pandemia, mas sempre em relação aos atos administrativos, com poucas exceções para aqueles que usaram a ferramenta da normatização para proteger seus filiados. Ao revés, no campo informativo, as mídias sociais foram bastante usadas pelos conselhos para informação de utilidade pública, havendo uma predominância para o uso de redes sociais em relação ao *website*. Conclui-se que os conselhos não foram omissos durante a pandemia de COVID-19, prestaram relevantes serviços informativos ao público especializado e ao cidadão, reforçando o seu papel de importante ator na sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: Infecções por Coronavírus. Legislação em Saúde. Internet. Profissões de Saúde.

¹ Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP, pós-doutoramento em Direito da Saúde pela *Universidad de Cantábria*, Espanha. Pesquisadora colaboradora da Fundação Oswaldo Cruz Brasília, professora da Universidade de Brasília, editora da revista *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, membro da *European Health Law Association* e Associação Lusófona de Direito da Saúde, Coimbra-Portugal. Orcid: 0000-0002-5351-3534. mcdelduque@gmail.com



I. INTRODUÇÃO

O ano de 2020 será sempre lembrado como aquele em que o mundo enfrentou um dos maiores desafios da saúde pública, uma assustadora pandemia que trouxe a ameaça de doença e morte. Em 11 de março, o diretor-geral da Organização Mundial da Saúde (OMS) informou que fora elevada ao estado de pandemia, a contaminação pela *coronavirus disease*, em vista de sua rápida disseminação geográfica, ficando conhecida pela sigla COVID-19, em alusão ao ano de 2019, quando foi detectada pela primeira vez em Wuhan, na China.

Inúmeras medidas foram tomadas pelas autoridades sanitárias brasileiras, tanto em nível federal como pelos demais entes federados, todos empenhados em conter a disseminação da doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2, por intermédio de pertinentes ações de saúde. A sociedade civil foi igualmente conclamada a dar a sua contribuição para o enfrentamento da pandemia.

No âmbito da sociedade civil, estão os conselhos de classe profissional da saúde. Desde o início da pandemia, os conselhos passaram a emitir normas e recomendações a seus respectivos filiados, na maioria dos casos com alta exposição à contaminação, como também ao tratamento dispensado aos pacientes, além de uma postura informativa atuante em relação à COVID-19.

No Brasil, os conselhos de classe profissional da área da saúde são criados por lei e têm personalidade jurídica de direito privado com delegação do poder público (art. 58 da Lei 9.649/1998) ⁽¹⁾. São autarquias organizadas com um conselho federal e, em cada estado da federação, um conselho regional. Portanto, os conselhos profissionais não são entidades sindicais ou associativas que representam perante a sociedade os interesses de seus filiados ou associados, embora haja casos de corporativismo dualista ⁽²⁾ entre conselhos e sindicatos. Têm o dever legal de zelar pelo interesse público, efetuando, para tanto, nos respectivos campos profissionais, a supervisão qualitativa, técnica e ética do exercício das profissões liberais, na conformidade da lei ⁽³⁾.

No entanto, por não se constituírem em pessoa jurídica de direito público, não possuem o poder de legislar, embora, como dito, sejam agentes da descentralização do Estado que têm a “outorga real e efetiva de poderes”⁽⁴⁾. Todavia, estabelecem normas de alcance limitado ao âmbito de atuação do órgão, desde que não contrariem a lei nem imponham obrigações, proibições e penalidades não previstas em norma jurídica *stricto sensu*. As resoluções normativas dos conselhos são a manifestação desse poder normativo das autarquias.

Na área da saúde, existem no Brasil conselhos de classe profissional, abrangendo a maior parte das categorias profissionais de saúde e bem-estar das pessoas. Os conselhos estão reunidos no Fórum dos Conselhos Federais da Área da Saúde (FCFAS).

Entende-se necessário que, no âmbito de tais entidades autárquicas, a edição de atos normativos correlacionados à pandemia tenha como fonte as autoridades sanitárias responsáveis, tanto no âmbito internacional como interno; e para a divulgação de informações de utilidade pública, fontes científicas.

Assim é que o texto que ora se apresenta discute o papel dos conselhos de classe profissional na área da saúde, a fim de responder à pergunta: quais foram as medidas tomadas pelos conselhos de classe no âmbito da saúde, nos aspectos normativos e informativos, em função da pandemia de COVID-19?

2. MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória em fonte secundária, consubstanciada em sítios oficiais da internet dos conselhos de classe de profissões de saúde, ante a pandemia de COVID-19. A pesquisa privilegiou dois aspectos: as informações normativas, voltadas aos profissionais da área; e os dados informativos de utilidade e caráter geral sobre a pandemia.

Estipulou-se a data de 11 de março de 2020 – dia da declaração da OMS sobre a doença – como o marco inicial para a captura das informações produzidas e atos normativos expedidos; e, como data final, o dia de encerramento desta investigação. Assim, o período de captura dos dados nos sítios na internet dos conselhos estudados foi entre 11 de março e 21 de setembro de 2020.

Partiu-se da identificação dos conselhos, seus atos jurídicos constitutivos e endereço *web*. A fim de identificar os conselhos reconhecidos como da área da saúde, optou-se por adotar a lista de conselhos inscritos na organização FCFAS. Cada um dos conselhos teve sua lei instituidora levantada e analisada em inteiro teor. O levantamento legislativo foi realizado no portal da legislação federal disponível em www.planalto.gov.br.

Depois de identificados os *websites* de cada conselho, estes foram investigados utilizando-se sistema de busca interna com as palavras: “pandemia”; “Sars-Cov2”; “Covid”;

“Covid19”. Foram considerados os atos normativos como resoluções, portarias e pareceres, sempre que seu texto indicasse o estabelecimento de normas e/ou regras.

Os atos normativos foram identificados numericamente, para uma posterior análise qualitativa. O mesmo parâmetro foi aplicado às informações de utilidade pública.

Para a pesquisa das informações não normativas, as denominações dos conselhos foram colocadas nos espaços de buscas das redes sociais Facebook e Twitter, coletando-se as informações de interesse para o estudo.

Não foi analisada, no âmbito deste trabalho, a eficácia das normas encontradas, tampouco o impacto das informações utilitárias.

Em caso de citação de trabalho científico, este foi individualmente analisado pelos seguintes fatores: periódico publicado; autoria; instituição de origem da autoria; H-index do artigo.

O Índice H foi criado por Jorge Hirsch⁽⁵⁾, em 2005, com a intenção de quantificar a produção científica a partir das citações dos trabalhos. É calculado pela relação do número de trabalhos publicados e suas citações, ou seja, quanto maior o número do índice H, mais respeitado é o artigo, e quanto menor o número de índice H, menor importância têm os resultados publicados.

A verificação do índice H dos trabalhos científicos citados pelos conselhos de classe seria usada para aferir a confiabilidade da informação disponibilizada.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A procura na literatura demonstrou não haver produção intelectual sobre o assunto, havendo completa ausência de *papers* ou manuscritos sobre a temática deste trabalho.

Foram encontrados 14 conselhos de classe no âmbito da saúde, legalmente constituídos no Brasil. O mais antigo é o de Medicina, datado de 1957, ao passo que o Conselho Federal de Serviço Social foi criado por lei de 1993, sendo o mais recente.

Há uma quantidade reduzida de dispositivos nas leis de criação dos conselhos, e essa configuração concisa é característica de todas as leis pertinentes ao tema. Há muita semelhança nos textos legislativos dos conselhos que se resumem em regras comuns a todos: regras de competência do conselho federal e regionais, formas de eleição do corpo dirigente e vigência de mandato; registro dos profissionais e fiscalização da profissão, cobrança de anuidade e regramento para o poder disciplinar do conselho.

Os conselhos de Biologia e Biomedicina, embora constituídos pelo mesmo ato federal normativo, têm funcionamento distintos.

Foram encontrados 13 *websites* correspondentes aos conselhos, todos possuindo pastas com todos os atos normativos atualizados e em inteiro teor. Os conselhos de profissionais de saúde têm na internet o veículo preferencial para o diálogo com a sociedade, havendo portais desenvolvidos com multiplicidade de informações, além da manutenção de perfis nas redes sociais. O único conselho que não tem *website* próprio é o CFBio, mantendo apenas página no Facebook.

Sem dúvida que a internet é um suporte sem precedentes para a comunicação, porque tem a capacidade de superar os limites de tempo e espaço no alcance de usuários, além da extensão do estoque de informação ⁽⁶⁾, razão, certamente, do investimento dos conselhos em mecanismos de comunicação digital, a fim de reforçar sua atuação.

Foram expedidos 252 atos normativos no período estudado, sendo 80 desses atos relacionados com a pandemia e/ou COVID-19, ou seja, 31,7 % dos atos normativos tiveram as palavras-chave selecionadas para a pesquisa mencionadas em seus textos. No aspecto qualitativo, os atos normativos resumiram-se a questões meramente administrativas.

O Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV) foi o mais pródigo em edição de resoluções, em 2020, mas foi o Conselho de Fonoaudiologia o que mais editou atos normativos sobre o tema da pandemia. O Conselho de Medicina não publicou resoluções nessa matéria, optando por fazê-lo na modalidade pareceres.

É importante frisar a distinção entre parecer, portaria e resolução. As portarias atuam *secundum legem*, pois interpretam o texto legal com fins executivos e não têm vida autônoma, posto que sua base jurídica é sempre a lei, regulamento ou decreto anterior ⁽⁷⁾. Seus efeitos recaem sobre os funcionários da entidade emissora como também sobre os administrados. Já as resoluções são atos administrativos de caráter normativo, expedidos por colegiados constituídos no que concerne à matéria de sua competência. Estão subordinados ao regulamento ou regimento da entidade emitente ⁽⁸⁾. Os pareceres são pronunciamentos por escrito de uma opinião técnica, devidamente assinados por aquele que os redigiu, não sendo subordinados a nenhum outro tipo normativo.

Assim, pode-se afirmar que o Conselho Federal de Medicina (CFM) optou em normatizar as condutas de seus profissionais na pandemia por intermédio de pareceres. Certamente o fez em vista da celeridade, dispensando-se a reunião do coletivo de conselheiros para deliberar. Entretanto, utilizou-se de ato não normativo para estabelecer critérios e condições, como, por exemplo, para a prescrição de cloroquina e de hidroxicloroquina em pacientes com diagnóstico confirmado de COVID-19.

Esse parecer nº 04/2020, embora mencione por diversas vezes os trabalhos científicos produzidos no mundo, não citou ou referenciou qualquer deles.

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) preocupou-se em normatizar o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI) pelos fisioterapeutas em ambiente hospitalar durante o período. O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por outro lado, pre-

ocupou-se com a capacitação de seus profissionais para o enfrentamento do novo coronavírus e regulamentou, igualmente, a possibilidade de registro precoce de profissionais formados, mas sem a devida colação de grau, com o intuito de aumentar o contingente de enfermeiros no combate à COVID-19.

O tema do exercício da profissão a distância foi preocupação de alguns conselhos que regularam a matéria. O Conselho Federal de Odontologia (CFO), no entanto, foi o único a regular o assunto proibitivamente.

É inegável que a maior parte das normativas expedidas se refere à prorrogação de prazos administrativos e à possibilidade de realização de reuniões plenárias pela via digital. Para embasamento jurídico dos atos normativos, utilizaram legislação internacional, recomendações da OMS e parâmetros determinados pelo Ministério da Saúde como fundamento, havendo citações expressas dessas instituições nos preâmbulos dos textos normativos. Quanto aos critérios científicos esperados, não foram identificadas menções de quaisquer estudos publicados em revistas especializadas sobre o tema que possam ter sido utilizados para embasar ditas decisões.

Embora, como defende Rezende⁽⁹⁾, os conselhos e ordens de classes profissionais, a partir da década de 1980, vêm sendo marcados pela sua inserção nas diferentes lutas da sociedade, atuando como um ator ativo na construção coletiva de espaços democráticos de defesa das políticas públicas, contribuindo para a institucionalização de princípios democráticos da Constituição de 88 e na defesa dos direitos fundamentais do cidadão, o que restou demonstrado no levantamento realizado, salvo exceções, é que há uma prevalência de normativas editadas durante o período de pandemia, voltadas exclusivamente à prorrogação de prazos meramente administrativos.

QUADRO I – Nome e ato de criação dos conselhos de profissionais de saúde e informações quantitativas dos atos normativos expedidos em 2020

Informações gerais		Informações quali-quantitativas de atos normativos expedidos em 2020		
Conselho	Ato de Criação/ Ano	Resoluções totais Sobre COVID-19	Portarias totais Sobre COVID-19	Pareceres totais Sobre COVID-19
Conselho Federal de Medicina	Lei Federal 3.268/1957 (10)	9 Resoluções 0 sobre COVID-19	—	15 pareceres 12 sobre COVID-19
Conselho Federal de Farmácia	Lei Federal 3.820/1960 (11)	10 Resoluções 6 sobre COVID-19	—	—
Conselho Federal de Odontologia	Lei Federal 4.324/1964 (12)	9 Resoluções 8 sobre COVID-19	54 Portarias 3 sobre COVID-19	—
Conselho Federal de Medicina Veterinária	Lei Federal 5.517/1968 (13)	21 Resoluções 5 sobre COVID-19	22 Portarias 7 sobre COVID-19	—
Conselho Federal de Psicologia	Lei Federal 5.766/1971 (14)	2 Resoluções 1 sobre covid-10	—	—
Conselho Federal de Enfermagem	Lei Federal 5.905/1973 (15)	19 Resoluções 8 sobre COVID-19	13 Portarias 1 sobre COVID-19	—
Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional	Lei Federal 6.316/1975 (16)	6 Resoluções 5 sobre COVID-19	4 Portarias 3 sobre COVID-19	—
Conselho Federal de Nutricionistas	Lei Federal 6.583/1978 (17)	15 Resoluções 5 sobre COVID-19	—	3 Pareceres 0 sobre COVID-19
Conselho Federal de Biomedicina	Lei Federal 6.684/1979 (18)	5 Resoluções 2 sobre COVID-19	—	—
Conselho Federal de Biologia	Lei Federal 6.684/1979 (19)	8 Resoluções Zero sobre COVID-19	—	—
Conselho Federal de Fonoaudiologia	Lei Federal 6.965/1981 (20)	19 Resoluções 11 sobre COVID-19	—	3 Pareceres 1 sobre COVID-19

Informações gerais		Informações quali quantitativas de atos normativos expedidos em 2020		
Conselho	Ato de Criação/ Ano	Resoluções totais Sobre COVID-19	Portarias totais Sobre COVID-19	Pareceres totais Sobre COVID-19
Conselho Federal de Técnicos de Radiologia	Lei Federal 7.394/1985 (21)	10 Resoluções 2 sobre COVID-19	—	—
Conselho Federal de Educação Física	Lei Federal 9.696/1988 (22)	4 Resoluções Zero sobre COVID-19	—	—
Conselho Federal de Serviço Social	Lei Federal 8.662/1993 (23)	1 Resolução Zero sobre COVID-19	—	—
Totais de Atos Normativos		138 Resoluções	93 Portarias	21 Pareceres
Totais de Atos Normativos sobre a COVID-19		53 sobre COVID-19	14 sobre COVID-19	13 sobre COVID-19
TOTAL GERAL		252 Atos Normativos 80 sobre COVID-19		

Fonte: Elaboração da autora, a partir de informações extraídas dos atos normativos disponibilizados na internet.

Obs – A Lei federal 6684/1981 instituiu dois conselhos distintos. Na prática, as entidades funcionam de modo apartado.

Os conselhos apresentam em seus *websites* informações sobre a COVID-19 dedicadas ao público filiado. No entanto, as informações disponibilizadas nesses espaços da internet não estão atualizadas e estão muito voltadas aos profissionais inscritos nos respectivos conselhos, gerando, certamente, desinteresse do público geral. No entanto, os conselhos mantêm informações em redes sociais com linguagem acessível ao público e informações de caráter geral utilizando *marketing* de conteúdo informativo⁽²⁴⁾, característica bem distinta daquela usada nos *websites*.

O CFM, por exemplo, em 14 de maio de 2020, lançou o *hotsite* www.linhadefrente.cfm.org.br, exclusivamente destinado aos médicos, em que disponibiliza *podcasts* com especialistas sobre manejo do paciente crítico, a emissão de atestados médicos e a prática da telemedicina, boletins epidemiológicos sobre a evolução da COVID-19, com números de mortes e infectados, informações sobre EPIs necessários aos médicos, sem contar com um espaço destinado aos filiados para relatar dificuldades com a oferta de medicamentos, exames e outros insumos e eventual carência de leitos hospitalares, entre outros.

O Linha de Frente ainda mantém disponibilizados pareceres sobre as drogas cloroquina e hidroxicloroquina, instituindo-se condições para sua prescrição em pacientes com diagnóstico confirmado do novo coronavírus. Um desses pareceres fez com que a prescrição de hidroxicloroquina por médicos subisse 800%⁽²⁵⁾. Enorme polêmica surgiu sobre o tema, pois o Conselho

Federal de Farmácia (CFF) orientou os farmacêuticos a solicitar, com a prescrição, o termo de conhecimento livre e esclarecido firmado entre o médico prescritor e o paciente, nos casos da hidroxiquina, visto tratar-se de uso *off label* de medicamentos, ainda não totalmente garantidos pelas pesquisas científicas. Tal ato, interpretado erroneamente como orientação para não atender às ditas prescrições, redundou em muitos dias de intensos debates nas redes sociais.

O CFMV, em 2 de abril de 2020, informou pelo Twitter que o Ministério da Saúde convocou os veterinários com a finalidade de capacitar 140 deles para atuar na assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis de atenção, no enfrentamento da emergência de saúde pública. Tal informação⁽²⁷⁾ gerou, igualmente, fortes polêmicas, mas o conselho esclareceu que o CFMV é parte da Rede de Integração de Saúde Única Brasil, instância interdisciplinar que congrega saúde animal, saúde humana e saúde ambiental.

Sem dúvidas que é pelo Twitter que as mais recentes informações são veiculadas, possibilitando plena interação com o público em *real time*. Há conselhos, por exemplo, que usam o Twitter para difundir suas decisões, ofertar cursos, divulgar boletins epidemiológicos oficiais, entre outros. Tais veiculações não apenas tranquilizam o cidadão como também atualizam os profissionais sobre os fatos e as oportunidades. É por esse canal que os debates são mais acirrados, pois a arquitetura da rede social possibilita que qualquer pessoa possa enviar mensagens, perguntas etc., promovendo completa e transparente interação com a entidade de classe.

No Facebook é distinto. Nota-se que as contas dos conselhos no Facebook mantêm-se desatualizadas com pelo menos um mês, em média, nas postagens. Essas características foram notadas em todos os conselhos, que, apesar de manterem os perfis na rede social, não se preocupam em atualizá-los amiúde.

Tal ocorre, certamente, porque os jovens formam o principal público a migrar para outras redes sociais, enquanto pessoas com mais de 55 anos estão se inscrevendo no Facebook.

Em 2017, a *Edison Research* descobriu que 79% do grupo demográfico de 12 a 34 anos usava o Facebook, índice que caiu para 62%. Os usuários na faixa etária de 35 a 54 anos eram 72% em 2017, mas no ano passado, eles caíram para 69% e permanecem assim em 2019. Os dados também mostram que a proporção de pessoas com mais de 55 anos que usam o Facebook cresceu de 49% para 53% entre 2017 e 2019⁽²⁶⁾.

Essas informações explicam uma característica comum a todos os conselhos quando publicam notícias. As mais recentes são veiculadas no Twitter, para, somente em um segundo momento, serem divulgadas no Facebook e, por fim, no *website*, este último com informações exclusivas para o público filiado. Deixar o Facebook em segundo plano deveria ser reconsiderado pelos conselhos, posto que frequentado por pessoas de maior risco para a COVID-19, este meio de diálogo com a sociedade deveria ter a mesma atenção que o Twitter.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conselhos de classe profissional na área da saúde não são alvo de estudos e investigações científicas na Saúde Coletiva, embora tenham um papel importante na execução de políticas públicas, na formação de recursos humanos para o SUS e na garantia da cidadania.

Os conselhos de classe profissional na área da saúde estão organizados em um fórum de conselhos federais da área da saúde que reúne as entidades existentes no Brasil. Isso revela um grau de organização não observada em outras classes profissionais.

No período pandêmico da COVID-19, os conselhos emitiram enorme quantidade de atos normativos, em que privilegiaram matérias de caráter meramente administrativo como ampliação de prazo de quitação de débitos, ou reforma do modo de reunião de seus colegiados etc., em vista da pandemia. São raras as exceções de conselhos que usaram o poder regulador para obter propósitos de enfrentamento da emergência em saúde pública.

Não se vislumbrou a menção de quaisquer estudos ou pesquisas científicas devidamente publicadas em periódicos científicos a fim de dar embasamento a decisões ou mesmo informações sobre a pandemia e/ou medicamentos utilizados para a COVID-19.

Do ponto de vista informativo, os conselhos foram muito atuantes na atualização de notícias, na iniciativa de capacitações e nas informações de proteção ao vírus de interesse geral. Para tal desiderato, os conselhos se utilizaram de redes sociais, com especial enfoque ao Twitter, espaço virtual em que também ocorreram discussões polêmicas, oriundas de má interpretação.

Os conselhos de classe profissional na área da saúde estão atuando fortemente em apoio às autoridades sanitárias brasileiras, dando um espetacular exemplo de que a sociedade civil organizada também está combatendo a pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9649, de 27 de maio de 1998. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. Diário Oficial da União [internet]. 28 maio 1998. [acesso 2020 jul 13]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9649cons.htm.
2. Vanucchi MA. O corporativismo dualista: conselhos profissionais e sindicatos no Brasil, 1930-1964. Estudos Ibero-Americanos. 2016;42(2):471-99. doi: <https://doi.org/10.15448/1980-864X.2016.2.22442>.
3. Costa BR, Valente MA. Responsabilidade social dos Conselhos profissionais. Brasília: Câmara dos Deputados; 2008. Série Estudos, da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados.
4. Pitelli SD. O poder normativo do Conselho Federal de Medicina e o Direito Constitucional à Saúde. Rev Direito Sanit. 20023(1):38-59.
5. Hirsch JE. An index to quantify an individual's scientific research output. PNAS [Internet]. 2005 [acesso 2020 jul 13];102(46):16569-16572. Disponível em: <https://www.pnas.org/content/102/46/16569>.
6. Barros AT. Política informacional partidária: como os partidos políticos brasileiros usam a internet para a comunicação com públicos segmentados do eleitorado. Ciberlegenda. 2015;32. doi: <https://doi.org/105327/Z1519-0617201500010007>.
7. Cretella Jr. Valor Jurídico da Portaria. Revista de Direito Administrativo. 1974;117.
8. Celso Neto J. A hierarquia das normas e sua inobservância [Internet]. [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/73280/a-hierarquia-das-normas-e-sua-inobservancia>.
9. Rezende MT. O papel social dos conselhos profissionais na área da saúde. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2007;12(1).
10. Brasil. Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957. Dispõe sobre os Conselhos de Medicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 1 out 1957 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3268.htm#:~:text=LEI%20No%203.268%2C%20DE%2030%20DE%20SETEMBRO%20DE%201957.&text=-Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20os%20Conselhos%20de%20Medicina%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.
11. Brasil. Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 21 nov 1960 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L3820.htm.

12. Brasil. Lei nº 4.324, de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 15 abr 1964 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L4324.htm.
13. Brasil. Lei nº 5.517, de 23 de outubro de 1968. Dispõe sobre o exercício da profissão de médico-veterinário e cria os Conselhos Federal e Regionais de Medicina Veterinária. Diário Oficial da União [Internet]. 25 out 1968 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L5517.htm#:~:text=L5517&text=LEI%20No%205.517%2C%20DE%2023%20DE%20OUTUBRO%20DE%201968.&text=Disp%C3%B5e%20s%C3%B4bre%20o%20exerc%C3%A7%C3%A3o%20da%20Profiss%C3%A3o%20de%20M%C3%A9dico%20Veterin%C3%A1rio.&text=Art%201%20C%20BA%20O%20exerc%C3%ADcio%20da%20Profiss%C3%A3o%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20da%20presente%20lei.
14. Brasil. Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 dez 1971 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5766.htm.
15. Brasil. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 13 jul 1973 [acesso 2020 jul 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5905.htm.
16. Brasil. Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 18 dez 1975 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6316.htm.
17. Brasil. Lei nº 6.583, de 20 de outubro de 1978. Cria os Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas, regula o seu funcionamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 20 out 1978 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1970-1979/L6583.htm#:~:text=Lei%20n%C2%BA%206583&text=Cria%20os%20Conselhos%20Federal%20e%20seu%20funcionamento%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.&text=Art.&text=4%C2%BA%20O%20Conselho%20Federal%20e%20seu%20funcionamento%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias.
18. Brasil. Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979. Regulamenta as profissões de Biólogo e de Biomédico, cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Biologia e Biomedicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 4 set 1979 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6684.htm.

19. Brasil. Lei nº 6.684, de 3 de setembro de 1979. Regulamenta as profissões de Biólogo e de Biomédico, cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Biologia e Biomedicina, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 4 set 1979 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/L6684.htm.
20. Brasil. Lei nº 6.965, de 9 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 10 dez 1981 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6965.htm.
21. Brasil. Lei nº 7.394, de 29 de outubro de 1985. Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia, e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 29 out 1985 [acesso 2020 ago 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7394.htm.
22. Brasil. Lei nº 9.696, de 1º de setembro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da Profissão de Educação Física e cria os respectivos Conselho Federal e Conselhos Regionais de Educação Física. Diário Oficial da União [Internet]. 2 set 1998 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19696.htm.
23. Brasil. Lei Federal 8662 de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [Internet]. 8 jun 1993 [acesso 2020 ago 05]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm.
24. Garittano G. Marketing de conteúdo como experiência de marca: um olhar à luz da teoria. REP. 2017;1(1):102-28.
25. Conselho Federal de Farmácia. Twitter. Dados extraídos de postagem no Twitter do Conselho Federal de Farmácia datado de 10 jul 2020. [acesso 2020 set 18]. Disponível em: http://covid19.cff.org.br/cff-esclarece-medica-e-reitera-ato-farmaceutico/?amp&_twitter_impression=true.
26. Mc Carthy N. O Facebook está se tornando uma rede para o público mais velho? Revista Forbes [Internet]. 13 mar 2019 [acesso 2020 set 18]. Disponível em: <https://forbes.com.br/colunas/2019/03/o-facebook-esta-se-tornando-uma-rede-para-o-publico-mais-velho/>.
27. Conselho Federal de Medicina Veterinária. Ministério da Saúde convoca profissionais para a ação de enfrentamento ao novo coronavírus [Internet]. 6 maio 2020 [acesso 2020 ago 31]. Disponível em: <https://www.cfmv.gov.br/ministerio-da-saude-convoca-profissionais-para-a-cao-de-enfrentamento-ao-novo-coronavirus/comunicacao/noticias/2020/05/06/>.



A SAÚDE MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM TEMPOS DA PANDEMIA DA COVID-19

Giovanni Abrahão Salum Júnior¹

RESUMO: A pandemia da COVID-19 trouxe um desafio de saúde enorme para a nossa sociedade. Os efeitos de curto prazo na saúde mental são evidentes, mas os de longo prazo ainda são pouco conhecidos. O esgotamento no trabalho, os transtornos de ansiedade e a depressão são os três principais vilões desse enfrentamento do estresse. Essas reações são, em algum grau, esperadas neste momento. No entanto, quando frequentes, intensos, aparecendo em diversos contextos e associados à disfuncionalidade, esses sintomas merecem atenção clínica. A prática de exercício físico, um consumo consciente das mídias, um sono regulado, esforços para manter-se conectado com os outros e para comer bem podem mitigar os efeitos do estresse em muitas pessoas. Ainda assim, essas medidas não são suficientes para todas as pessoas. Quando esses meios se mostram insuficientes, a procura de um profissional da saúde mental pode estar indicada. Alternativas de psicoterapia *on-line* como o projeto TelePSI são um recurso valioso para profissionais de serviços essenciais, gestores e profissionais de saúde mental querendo atendimento ou qualificação profissional em métodos embasados em evidência para o enfrentamento do estresse.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência à Saúde Mental. Esgotamento Profissional. Sintomas Depressivos. Transtornos de Ansiedade. Pandemias.

1 Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com formação clínica em Psiquiatria pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Doutorado e Pós-doutorado pelo Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da UFRGS com período sanduíche no National Institute of Mental Health (NIMH) nos Estados Unidos. Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS. Coordenou a Atenção à Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre de 2017-2019. <http://lattes.cnpq.br/2523688745611202> e <https://orcid.org/0000-0002-7537-7289>. gsalum@hcpa.edu.br.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 criou uma mudança sem precedentes na vida contemporânea. O medo da contaminação pelo vírus, suas taxas aceleradas de contágio, sua alta letalidade em grupos específicos, o fechamento do comércio e das escolas em resposta à pandemia, as perdas na renda familiar, o luto pela perda de entes queridos e o aumento geral do estresse devem ter consequências importantes ao longo dos próximos anos na saúde mental das pessoas em geral⁽¹⁻²⁾. Além dos fatores individuais, a pandemia teve um impacto sobre as comunidades, piorando desigualdades⁽³⁾ e aumentando ainda mais o impacto de condições crônicas e não comunicáveis⁽⁴⁾.

Em meio a todas as mudanças, ao passo que a população foi orientada a ficar em casa como uma forma de reduzir o contágio pelo Sars-CoV-2, os profissionais da saúde e de serviços essenciais ficaram com a responsabilidade de integrar a linha de frente no cuidado às pessoas adoecidas. Nesse sentido, aos estressores que acometem toda a população, somam-se o medo de se infectar e infectar familiares ao tratar de pacientes acometidos pela COVID-19, as preocupações em dar um tratamento adequado mesmo após realocações dentro das instituições de saúde, as constantes mudanças nas recomendações sobre o enfrentamento da pandemia, a falta de medicamentos para dar suporte às pessoas acometidas, a falta de equipamentos de proteção individual, o medo de não ter acesso a métodos de testagem em caso de necessidade e a carga de trabalho excessiva⁽⁵⁾.

Por se constituírem um grupo específico, altamente exposto aos efeitos do estresse⁽⁶⁾, esta revisão da literatura irá abordar a saúde mental dos profissionais da saúde em tempos de pandemia.

2. MÉTODOS

Foi realizada uma busca narrativa da literatura utilizando-se as seguintes palavras-chave: (health professionals OR health workers OR physicians OR nurses) AND (COVID-19 OR Sars-Cov-2 OR pandemic OR infodemic) AND (mental health OR psych*). A busca foi realizada no dia 3 de outubro de 2020 e resultou em 2.309 entradas na base de dados Medline/PubMed. Todos os títulos e resumos foram avaliados pelo autor, e as referências relevantes integram as sessões de resultados e discussão abaixo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 EXPRESSÕES DO IMPACTO PSICOLÓGICO NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

O aumento dos níveis de estresse nos locais de trabalho tem um efeito inespecífico, podendo se manifestar de forma diversa na saúde mental das populações. Três desses problemas são mais frequentes nessa população: o esgotamento mental decorrente da atividade profissional, os sintomas de transtornos de ansiedade e os sintomas de depressão.

O esgotamento mental decorrente da atividade profissional (síndrome de *Burnout*) na pandemia atingiu níveis muito altos, com alguns estudos estimando um acometimento de quase 70% da população de profissionais de saúde⁽⁷⁾. Essa síndrome é caracterizada por quatro principais características: uma sensação de exaustão emocional, um distanciamento mental, problemas cognitivos para executar as tarefas do dia a dia e problemas emocionais relacionados ao trabalho⁽⁸⁾. É uma condição reconhecida recentemente pelos manuais classificatórios, acarretando um sofrimento importante e necessitando atenção tanto do ponto de vista individual, quanto indicando necessidade de intervenções no nível institucional.

Outra condição frequente nessa população são os sintomas de transtornos de ansiedade, que atingem níveis preocupantes em cerca de 25% dos profissionais da saúde durante a pandemia⁽⁹⁾. Esses sintomas são caracterizados como preocupações frequentes sobre atividades da vida diária, tensão muscular, irritabilidade, sensações físicas como dor de cabeça ou dor de barriga. Além disso, podem ocorrer ataques de ansiedade, isto é, momentos intensos de perda do controle, medo de morrer ou enlouquecer, falta de ar e dor no peito. São comuns também preocupações frequentes em ficar doente.

Os sintomas de depressão atingem níveis alarmantes em cerca de 20% dos profissionais da saúde durante a pandemia⁽⁹⁾. São caracterizados por tristeza e perda de prazer nas atividades diárias, durante a maior parte do dia, na maioria dos dias, por várias semanas. São comuns tam-

bém alterações do apetite, pensamentos negativos, incluindo pensamentos de morte. É uma perda generalizada da vitalidade para realizar as atividades diárias.

Por fim, podendo ser tanto causa quanto consequência dos problemas de saúde mental acima, há que se considerar que os problemas com o sono atingem cerca de 35% das enfermeiras e 42% entre os médicos enfrentando a COVID-19⁽¹⁰⁾. Problemas para iniciar o sono, manter o sono, acordar antes do horário desejado e sono não reparador estão entre os tipos mais frequentes nessas populações.

3.2 AVALIAÇÃO DO SOFRIMENTO PSICOLÓGICO EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Sentir-se emocionalmente esgotado no trabalho, com sintomas de ansiedade e depressão é esperado em momentos de elevação do estresse. Nem todo aumento de sintomas irá representar necessidade de avaliação clínica. Todos esses sentimentos podem, inclusive, ter função adaptativa. O cansaço por si só pode sinalizar ao corpo a necessidade de reduzir o ritmo no trabalho; a ansiedade, uma forma de ativar o corpo para lidar com os desafios, e a tristeza, um mecanismo de aproximação das pessoas significativas para o indivíduo. Além disso, várias pessoas reportam que, nesses momentos, há um aumento da solidariedade e um senso de propósito mútuo que pode ter efeitos na saúde mental⁽¹¹⁾.

Para diferenciar uma resposta normal ao estresse de sintomas que merecem atenção clínica, primeiro é necessário atentar para a *frequência* que esses sintomas aparecem. Sintomas que ocorrem de vez em quando são, em geral, parte da resposta típica a um estressor; quando ocorrem todos os dias ou quase todos os dias, podem indicar um problema. O segundo marcador clínico é a *intensidade e duração*. Sentir um pouco de cansaço, ansiedade ou tristeza em resposta ao estresse faz parte da resposta típica; quando esses sintomas são muito intensos e duram bastante tempo – a maior parte do dia, por exemplo –, é um sinal de que um transtorno mental pode estar presente. O terceiro marcador clínico é o *contexto*. Se os sintomas aparecem apenas em situações específicas, tendem a representar a resposta típica ao estresse; se aparecem em uma multiplicidade de situações ou sem nenhum fator desencadeante, inclinam-se a indicar que um problema pode estar presente. Por fim, o mais importante marcador clínico é o *prejuízo na funcionalidade*. Sintomas que não interferem no funcionamento com a família, amigos, trabalho e lazer tendem a fazer parte da resposta normal ao estresse; enquanto sintomas acompanhados de prejuízos importantes no funcionamento nestas áreas da vida inclinam-se a representar transtornos mentais que necessitam de uma avaliação clínica.

Quando há dúvida, a intensidade dos sintomas, escalas de avaliação sintomáticas podem ser úteis. Para avaliação do esgotamento profissional, pode-se utilizar o *Burnout Assessment Tool (BAT)*⁽⁸⁾, que tem versão em português disponível no site <https://burnoutassessmenttool.be/>

[project_eng/](#)⁽¹²⁾. A avaliação dos sintomas de ansiedade pode ser feita utilizando o *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-7)*, que apresenta versão validada para o português brasileiro⁽¹³⁾. A avaliação dos sintomas de depressão pode ser feita utilizando o *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*, que também apresenta versão validada para o português brasileiro⁽¹⁴⁾.

3.3 FATORES RELACIONADOS COM A APRESENTAÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL

Embora os efeitos da pandemia tenham sido sentidos pela maioria das pessoas da população, bem como pelos profissionais da saúde, algumas características prévias fazem com que esses efeitos sejam sentidos de forma diferente por grupos de pessoas distintos.

Alguns estudos mostraram que as piores consequências em termos de saúde mental foram associadas ao sexo feminino, a não ter acesso a equipamentos de proteção individual, a morar em áreas geográficas com maiores índices de infecção, a maior percepção de estresse e a ser capaz de transmitir a infecção para outras pessoas⁽¹⁵⁾. Além disso, pessoas com problemas prévios de saúde mental têm maiores chances de ter um maior impacto da pandemia em hábitos de vida não saudáveis⁽¹⁶⁾ – o que acaba por criar um efeito duplo de causa-efeito entre saúde mental e a adoção de hábitos saudáveis de vida, como o exercício físico.

As regras de distanciamento físico tiveram um impacto importante em todos os níveis de atividade física, incluindo exercícios vigorosos, moderados e mesmo no número de passos por dia. Além disso, a quantidade de tempo sentado subiu de 5 para 8 horas por dia em algumas populações. O consumo de comida também se tornou menos saudável durante a pandemia, exceto por episódios de bebidas em excesso terem diminuído em alguns estudos⁽¹⁷⁾. Essas mudanças nos hábitos de vida podem ser, em parte, responsáveis pelos níveis elevados de estresse e, portanto, é importante levar em consideração seu potencial papel em mitigar problemas de saúde mental.

3.4 O PAPEL ESSENCIAL DAS MUDANÇAS NOS HÁBITOS DE VIDA

Como a pandemia mudou completamente a nossa rotina, é possível que o cansaço, a ansiedade e a depressão sejam uma resposta temporária e passageira a essas mudanças. Além disso, mesmo que os níveis de problemas de saúde mental tenham atingido níveis clínicos, há evidência de que mudanças nos hábitos de vida são estratégias eficazes de reduzir sintomas-alvos⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A prática de exercício físico é, provavelmente, a mudança de hábito mais potente para mitigar os sintomas decorrentes do estresse. Mesmo em espaços restritos, manter o corpo ativo tem a capacidade de diminuir a ansiedade e a depressão de forma eficaz⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. A prática de exercício em grupos pode ser um motivador importante para várias pessoas; e, durante a pandemia, diversos grupos que costumavam se reunir para realizar exercício físico continuaram a se motivar continuamente por meio da internet.

Um segundo cuidado importante é limitar o tempo de exposição à mídia. Ficar inundado de notícias sobre o novo coronavírus pode levar a aumentos importantes da ansiedade, depressão e outros sintomas decorrentes do estresse⁽²⁰⁻²²⁾. Uma dica valiosa é monitorar os sentimentos após a exposição. Se há efeitos de relaxamento após exposição à mídia; é possível que o uso das mídias sociais tenha um efeito positivo na saúde mental. Se após exposição à mídia há tensão; é possível que o uso das mídias sociais tenha um efeito negativo na saúde mental.

Um terceiro cuidado é manter a regularidade no sono. Especialmente em momento de maior estresse, adotar um hábito para dormir pode ter um efeito determinante sobre a saúde mental⁽²³⁾. Para quem está com problemas de saúde mental, “sonecas” diurnas podem piorá-la⁽²³⁾. Portanto, regular o sono dormindo na medida certa, nem de mais nem de menos, é uma medida bastante potente para reduzir o estresse.

O quarto cuidado é manter-se conectado e confiar nos outros⁽²³⁾. Embora o distanciamento físico tenha dificultado o contato com pessoas significativas, o isolamento social é um risco para a saúde mental. Mesmo que de forma remota, manter-se falando com amigos e família é uma medida fundamental para conservar-se bem.

Finalmente, manter uma dieta balanceada, com alimentos ricos em vegetais e verduras e com redução dos carboidratos⁽²⁴⁾ pode também ser uma medida eficaz. Reduzir o consumo de álcool e de drogas está também entre as medidas mais importantes para a melhora da saúde mental em tempos de pandemia⁽²⁵⁾.

3.5 APOIO PSICOLÓGICO DURANTE A PANDEMIA

Embora a prática de exercício físico, um consumo consciente das mídias, um sono regulado, esforços para manter-se conectado com os outros e para comer bem possam mitigar os efeitos do estresse em muitas pessoas, essas medidas não serão suficientes para todas as pessoas. A despeito de mudanças nos hábitos de vida, algumas pessoas continuarão a experimentar sintomas frequentes, intensos, em múltiplos contextos e com impactos importantes no funcionamento. É nesse momento que uma ajuda especializada está indicada.

Em momentos de crise, há evidências preliminares de que terapias psicológicas breves são a primeira alternativa para apoio psicológico. São os chamados primeiros cuidados psicológicos, princípios que podem ser aplicados por qualquer pessoa às pessoas em sofrimento mental. Os primeiros cuidados psicológicos envolvem: “Observar” (quem está procurando ajuda, a situação), “Escutar” (ouvir ativamente, pergunte sobre necessidades e preocupações) e “Conectar” (ajude a pessoa a se conectar com entes queridos, ajudar a encontrar soluções para problemas práticos)⁽²⁶⁾.

Por fim, quando os sintomas são muito intensos ou refratários a alternativas breves, pode estar indicado iniciar com terapias mais estruturadas ou psicofármacos⁽²⁷⁾. A escolha por psicote-

terapias ou psicofármacos é essencialmente uma decisão pessoal e dependente da disponibilidade local de fármacos e terapias comprovadamente eficazes. Além disso, o tratamento combinado de psicoterapia e psicofármaco mostrou-se uma alternativa particularmente interessante para situações específicas⁽²⁸⁾. Embora a maioria dos ensaios clínicos com psicoterapias tenham sido feitos em países ricos, há evidências de que essas psicoterapias são igualmente eficazes em países como o Brasil⁽²⁹⁾.

3.6 INTERAÇÕES A DISTÂNCIA E SAÚDE MENTAL

Um outro limitador imposto pela pandemia é que os cuidados em saúde passaram a funcionar de forma remota. Em diversos serviços de saúde, houve uma nova priorização para que os cuidados de problemas menos graves fossem postergados ou acontecessem de forma remota. Essa mudança trouxe uma série de desafios para os cuidados em saúde mental⁽³⁰⁾. Há evidências de que, em diversos tratamentos psicológicos, as modalidades remotas funcionam tão bem quanto as modalidades presenciais⁽³¹⁾. Para consultas psiquiátricas, isso ficou ainda facilitado com a liberação das teleconsultas no período da pandemia pelo Conselho Federal de Medicina. Portanto, os cuidados em saúde mental remoto foram bastante ampliados em todo o país.

Um exemplo de oferta de telepsicoterapia no Sistema Único de Saúde (SUS) é o projeto TelePSI. Psicoeducação, terapias cognitivo-comportamentais breves e interpessoais estão sendo testadas como métodos para lidar com sintomas de ansiedade, depressão e irritabilidade durante a pandemia para profissionais de serviços essenciais de forma remota. Nesse projeto de pesquisa, primeiramente o profissional responde a uma série de questionários para caracterizar a gravidade dos sintomas de ansiedade, depressão e irritabilidade. Baseado no número de sintomas, tratamentos de maior ou menor intensidade são oferecidos para quem liga para o programa. O *site* de acesso ao projeto está abaixo.

FIGURA I - Projeto TelePSI. <https://sites.google.com/hcpa.edu.br/telepsi/>



Cuidando da Linha de Frente

O *site* conta também com treinamento de profissionais com certificação pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Todos os manuais produzidos por esse projeto com o apoio de diversas instituições também podem ser encontrados no *site*.

Por fim, esse projeto também produziu uma série de materiais de psicoeducação que podem ser úteis para pessoas que enfrentam um aumento do estresse. Esses recursos produzidos pelo projeto podem ser acessados nos *links* abaixo. Os vídeos podem ser utilizados como material de apoio para terapias breves.

QUADRO I - Recursos de psicoeducação elaborados pelo projeto TelePSI.

Psicoeducação

- 1.1 Como se proteger do SARS CoV2 https://bit.ly/telepsivideo_covid.
- 1.2 Medo de Contágio https://bit.ly/telepsivideo_medocontagio.
- 1.3 Ansiedade normal vs ansiedade excessiva https://bit.ly/telepsivideo_ansiedade.
- 1.4 Tristeza normal vs depressão https://bit.ly/telepsivideo_tristeza.
- 1.5 Raiva vs irritabilidade https://bit.ly/telepsivideo_raiva.
- 1.6 Burnout https://bit.ly/telepsivideo_burnout.
- 1.7 Estresse e reação aguda ao estresse https://bit.ly/telepsivideo_estresse.
- 1.8 Higiene do Sono https://bit.ly/telepsivideo_sono.
- 1.9 Alimentação saudável e saúde mental https://bit.ly/telepsivideo_alimentacao.
- 1.10 Prática de exercício e saúde mental https://bit.ly/telepsivideo_exercicio.
- 1.11 Consumo excessivo de álcool e drogas https://bit.ly/telepsivideo_substancia.
- 1.12 Exposição excessiva a notícias https://bit.ly/telepsivideo_noticias.
- 1.13 Uso excessivo das redes sociais https://bit.ly/telepsivideo_redes.
- 1.14 Cuidando dos filhos https://bit.ly/telepsivideo_filhos.
- 1.15 Cuidando dos idosos https://bit.ly/telepsivideo_idosos.
- 1.16 Apoio social https://bit.ly/telepsivideo_apoio.

Terapia Cognitivo-Comportamental

- 2.1 Respiração diafragmática https://bit.ly/telepsivideo_respiracao.
 - 2.2 Mindfulness https://bit.ly/telepsivideo_mindfulness.
 - 2.3 Flexibilidade cognitiva https://bit.ly/telepsivideo_flexibilidade.
 - 2.4 Modelo cognitivo https://bit.ly/telepsivideo_cognitivo.
 - 2.5 Resolução de problemas https://bit.ly/telepsivideo_problemas.
 - 2.6 Ativação comportamental https://bit.ly/telepsivideo_ativacao.
-

Terapia Interpessoal

- 3.1 Como se comunicar com os outros https://bit.ly/telepsivideo_comunicaroutros.
- 3.2 Como pedir ajuda https://bit.ly/telepsivideo_ajuda.
- 3.3 Luto https://bit.ly/telepsivideo_luto.
- 3.4 Encorajar a expressão dos afetos https://bit.ly/telepsivideo_afetos.
- 3.5 Disputas interpessoais https://bit.ly/telepsivideo_disputas..
- 3.6 Transição de papéis https://bit.ly/telepsivideo_papeis.

3.7 LIÇÕES DA PANDEMIA SOBRE A SAÚDE MENTAL DAS POPULAÇÕES

A pandemia trouxe várias lições para o campo da saúde mental. A primeira delas é de que algum nível de cuidado em saúde mental pode ser realizado por meio remoto. Embora não tenha surgido com a pandemia, o momento em que vivemos impulsionou sobremaneira o teleatendimento como uma forma de ofertar cuidado em saúde mental. Isso é importante, pois os meios remotos oferecem a possibilidade de dar escala a atendimentos especializados em nível centralizado. No entanto, dado que o acesso à tecnologia não é uniformemente distribuído no Brasil, essas estratégias podem aumentar ainda mais as desigualdades no país – o que deve ser uma preocupação constante.

A segunda lição é sobre a importância dos hábitos de vida para a manutenção da saúde mental. A desregulação das atividades físicas, do sono, das amizades e da alimentação tem um impacto grande na regulação da vitalidade e do bem-estar. Isso é também uma oportunidade em que a regulação desses hábitos está associada a uma melhor saúde mental.

Por fim, a pandemia ensinou a importância das lideranças na preservação da saúde das populações^(25;32-33). Lideranças ativas, que se comunicam frequentemente com a linha de frente, que estejam preparadas para enfrentar as decisões difíceis, que se preocupam com a proteção dos profissionais, têm grandes chances de mitigar os principais efeitos do esgotamento emocional e se utilizar da solidariedade aumentada das pessoas durante momentos de pandemia para ações coordenadas e que estejam no melhor interesse das instituições.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 trouxe um desafio de saúde enorme para a nossa sociedade contemporânea. Os efeitos de curto prazo na saúde mental são evidentes, mas os de longo prazo ainda são pouco conhecidos. O esgotamento no trabalho, os transtornos de ansiedade e a depressão

são os três principais vilões desse enfrentamento do estresse. Quando frequentes, intensos, aparecendo em diversos contextos e associados à disfuncionalidade, esses sintomas merecem atenção clínica. A adoção de hábitos saudáveis de vida pode ter um efeito decisivo neste momento – e quando esses meios se mostram insuficientes, a procura de um profissional da saúde mental pode estar indicada.

MATERIAL RECOMENDADO ADICIONAL

The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline health-care workers and ways to address it: A rapid systematic review ⁽⁶⁾; Website TelePSI: <https://sites.google.com/hcpa.edu.br/telepsi/>.

REFERÊNCIAS

1. Arevian AC, et al. Mental Health Community and Health System Issues in COVID-19: Lessons from Academic, Community, Provider and Policy Stakeholders. *Ethn Dis.* 2020;30(4):695-700. doi: <https://doi.org/10.18865/ed.30.4.695>.
2. Simon NM, Saxe GN, Marmar CR. Mental Health Disorders Related to COVID-19-Related Deaths. *JAMA.* 2020;324(15):1493-4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.19632>.
3. Topriceanu CC, et al. Inequality in access to health and care services during lockdown - Findings from the COVID-19 survey in five UK national longitudinal studies. *medRxiv.* 2020 Sep 14;2020.09.12.20191973.
4. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet.* 2020;396(10255):874. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
5. El-Hage W, et al. [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: What are the mental health risks?]. *Encephale.* 2020;46(3S):S73-S80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>.
6. Cabarkapa S, et al. The psychological impact of COVID-19 and other viral epidemics on frontline healthcare workers and ways to address it: A rapid systematic review. *Brain Behav Immun Health.* 2020;8:100144. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2020.100144>.
7. Denning M, et al. Determinants of Burnout and other aspects of psychological well-being in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a multinational cross-sectional study. *medRxiv.* 2020 Jul 18;2020.07.16.20155622.
8. Beer LT, et al. Measurement Invariance of the Burnout Assessment Tool (BAT) Across Seven Cross-National Representative Samples. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(15):5604. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17155604>.
9. Pappa S, et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020;88:901-907. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>.
10. Salari N, et al. The prevalence of sleep disturbances among physicians and nurses facing the COVID-19 patients: a systematic review and meta-analysis. *Global Health.* 2020;29;16(1):92. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00620-0>.
11. Sun N, et al. Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. *J Affect Disord.* 2020;278:15-22. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.040>.

12. Burnout Assessment Tool [Internet]. [acesso 2020 out 4]. Disponível em: https://burnout-assessmenttool.be/project_eng/.
13. Moreno AL, et al. Factor structure, reliability, and item parameters of the brazilian-portuguese version of the GAD-7 questionnaire. *Temas Psicol.* 2016;24(1):367-76.
14. Santos IS, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(8):1533-43. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>.
15. Gonzalo RM, et al. Short-term emotional impact of COVID-19 pandemic on Spanish health workers. *J Affect Disord.* 2021;278:390-4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.079>.
16. Werneck AO, et al. Lifestyle behaviors changes during the COVID-19 pandemic quarantine among 6,881 Brazilian adults with depression and 35,143 without depression. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2020;25:4151-6. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.27862020>.
17. Ammar A, et al. Effects of COVID-19 Home Confinement on Eating Behaviour and Physical Activity: Results of the ECLB-COVID19 International Online Survey. *Nutrients.* 2020;12(6):1583. doi: <https://doi.org/10.3390/nu12061583>.
18. Schuch FB, et al. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry.* 2018;175(7):631-48. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>.
19. Stubbs B, et al. An examination of the anxiolytic effects of exercise for people with anxiety and stress-related disorders: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2017;249:102-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.020>.
20. Bendau A, et al. Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2020;199. doi: <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01171-6>.
21. Gao J, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231924. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>.
22. Riehm KE, et al. Associations Between Media Exposure and Mental Distress Among U.S. Adults at the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *Am J Prev Med.* 2020;59(5):630-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.06.008>.
23. Choi KW, et al. An Exposure-Wide and Mendelian Randomization Approach to Identifying Modifiable Factors for the Prevention of Depression. *Am J Psychiatry.* 2020;177(10):944-54. doi: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.19111158>.

24. Firth J, et al. The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med.* 2019 Apr;81(3):265-80. doi: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000673>.
25. Ornell F, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saude Publica.* 2020;36(4):e00063520. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>.
26. Ruzek JI, et al. Psychological First Aid. *J Ment Health Couns.* 2007 Jan 1;29(1):17-49.
27. Ramanuj P, Ferenchick EK, Pincus HA. Depression in primary care: part 2-management. *BMJ.* 2019;365:l835. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.l835>.
28. Cuijpers P, et al. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry.* 2020 Feb;19(1):92-107. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20701>.
29. Cuijpers P, et al. Psychotherapies for depression in low- and middle-income countries: a meta-analysis. *World Psychiatry.* 2018;17(1):90-101. doi: <https://doi.org/10.1002/wps.20493>.
30. Salum GA, et al. Supporting people with severe mental health conditions during the COVID-19 pandemic: considerations for low- and middle-income countries using telehealth case management. *Braz J Psychiatry.* 2020;42(4):451-452. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1078>.
31. Carlbring P, et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 2018;47(1):1-18. doi: <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1401115>.
32. Ornell F, et al. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry.* 2020;42(3):232-5. doi: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>.
33. Stuijzand S, et al. Psychological impact of an epidemic/pandemic on the mental health of healthcare professionals: a rapid review. *BMC Public Health.* 2020;20(1):1230. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09322-z>.



O DESAFIO DE ORIENTAR O EXERCÍCIO DA PSICOLOGIA NO BRASIL DURANTE O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID-19

Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega¹

RESUMO: Se nos fosse possível viajar no tempo e encontrar com o nosso “eu futuro” no contexto pós-pandemia, poderíamos dizer a ele – com segurança – que fizemos tudo o que estava ao nosso alcance para não recuar do campo que nos foi designado tomar conta na batalha contra a COVID-19? Essa é a inquietação que embasa este artigo sobre a atuação do Conselho Federal de Psicologia no período de março a outubro de 2020. O texto discorre sobre as medidas adotadas pelo recém-empossado colegiado com vistas a orientar o exercício profissional dos mais de 381 mil psicólogos brasileiros no contexto de uma crise sanitária mundial sem precedentes. Ao alinhar aspectos teóricos e práticos que norteiam o cuidado com a saúde mental de profissionais de saúde, pacientes e familiares, o texto propõe, ainda, reflexões sobre as relações coletivas no pós-pandemia. Ainda que não seja possível prever com exatidão o futuro, certamente ele dependerá das posturas individualistas ou empáticas que adotarmos a partir de agora.

PALAVRAS-CHAVE: CFP, Psicologia. Políticas Públicas. COVID-19. Saúde Mental.

¹ Psicóloga clínica (CRP 13/5496), professora, mestre pela Universidade Federal da Paraíba e presidente do Conselho Federal de Psicologia (triênio 2020-2022). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4192534852227189>. anasfernandes25@hotmail.com.



I. INTRODUÇÃO

Quando, em meados de dezembro de 2019, começaram a circular, nos noticiários nacionais e internacionais, as notícias sobre a transmissão de um novo tipo de coronavírus (identificado depois como SARS-CoV-2) sem Wuhan, capital da província de Hubei, na China, a situação enfrentada pela comunidade da pequena cidade do continente asiático parecia algo muito distante do Brasil. Além do expressivo afastamento geográfico entre os dois países, as diferenças climáticas, de hábitos alimentares e até de regras de convivência eram alguns dos equivocados argumentos que reforçavam a ideia de que o novo coronavírus talvez não chegasse até aqui ou que, na pior das hipóteses, a doença em terras tropicais teria um ciclo de contágio muito mais brando que o verificado na China.

No entanto, no dia 26 de fevereiro, a cidade de São Paulo-SP confirmou o primeiro caso de COVID-19 no país⁽¹⁾. A contaminação de um brasileiro, de 61 anos, durante viagem à Itália, era a comprovação de que não havia blindagem cultural:-climática capaz de barrar o novo coronavírus. Começamos, então, a travar batalhas contra um inimigo ainda pouco conhecido, e enfrentar uma guerra que, até então, parecia bem distante de nós. Por aqui, o potencial letal do novo coronavírus ganhou mais força ao se juntar aos problemas estruturais, sociais e políticos que assolam o país, o que trouxe contornos ainda mais traumáticos para o enfrentamento dessa grave crise sanitária.

Na contramão da lógica e da ciência, mesmo com o anúncio da Organização Mundial da Saúde (OMS):, no dia 11 de março⁽²⁾, de que a disseminação da COVID-19 já havia atingido estágio pandêmico (quando uma doença se espalha rapidamente em escala mundial), grandes lideranças nacionais – de forma absolutamente irresponsável e criminoso – seguiram politizando a situação. Autoridades que deveriam guiar a população no combate à pandemia optaram por reforçar a desinformação, usando expressões como “gripezinha” para se referir à COVID-19 e

“histeria” para classificar os alertas de pesquisadores, epidemiologistas, profissionais de saúde e entidades sanitárias sobre a gravidade da pandemia⁽³⁾.

Infelizmente, essa postura negacionista não arrefeceu sequer diante das comprovações do potencial devastador da COVID-19, mensurado não apenas no número de óbitos, mas também na forma como a doença impacta os sistemas de saúde, prejudicando a assistência a pessoas acometidas por outras enfermidades. Os meses se passaram, e a pandemia da COVID-19 evoluiu rapidamente no Brasil, atingindo, em meados de outubro, a marca de mais de 150 mil mortos e 5 milhões de contaminados. Esse quadro levou o país a entrar na lista dos piores exemplos de gestão desta severa crise epidemiológica que assola o mundo⁽⁴⁾.

Justamente neste cenário caótico de uma crise sanitária jamais vista, potencializado pelo alastramento de informações inverídicas e ausência de um direcionamento preciso das autoridades públicas sobre como a população deveria proceder para enfrentar a pandemia, é que inicia o trabalho do novo grupo de representantes eleitos para compor o Conselho Federal de Psicologia (CFP), no triênio de 2020 a 2022. Uma frente progressista de psicólogas e psicólogos que assumiu o colegiado com o compromisso de regulamentar, orientar e fiscalizar o exercício profissional da Psicologia a partir da laicidade, da ética e do conhecimento científico, com ênfase no diálogo, no respeito à pluralidade e à diversidade, produzindo formas de atenção em saúde mental baseadas no direito à liberdade e na garantia da dignidade da vida humana.

Poucos meses após tomar posse, a representação recém-eleita para o CFP se viu diante de um imenso desafio. Por meio dos canais oficiais de comunicação (Ouvidoria, e-mails e perfis nas redes sociais), o CFP começou a receber inúmeras mensagens de psicólogas e psicólogos de todo o país que se questionavam e demandavam orientações acerca dos caminhos que deveriam tomar. Perplexos e assustados diante de uma situação nunca vista e que ameaçava a todos indiscriminadamente, a categoria buscava, do órgão responsável por regular a profissão, alguma orientação que pudesse amenizar a sensação de insegurança e medo num cenário de tantas incertezas.

Ciente de que não teria como dar respostas prontas e imediatas, o CFP buscou meios de reforçar o diálogo com psicólogos de todo o país, assim como com entidades parceiras, para escutar dúvidas, anseios e somar forças. Assim, seria possível construir de forma coletiva documentos e protocolos atualizando dinâmicas, procedimentos e condutas sobre o exercício da Psicologia no enfrentamento da pandemia da COVID-19.

Com esse intuito, de março a outubro de 2020, o CFP promoveu mais de 30 debates ao vivo pelas redes sociais. Também foram produzidos vídeos, *podcasts*, resoluções, cartilhas e notas com orientações para as mais diversas áreas de atuação da Psicologia e abordando ainda temáticas transversais que se conectam ao exercício da profissão, tais como infância, gênero, racismo, luta antimanicomial, violência contra a mulher e direitos humanos.

Neste artigo, apresentamos algumas das principais ações desenvolvidas pelo CFP até o momento no contexto da pandemia. Um trabalho que tem, como fio condutor, a seguinte inquietação: “Será que no futuro poderemos olhar para trás e dizer, com segurança, que fizemos tudo o que estava ao nosso alcance para não recuar do campo que nos foi designado tomar conta na batalha contra a COVID-19?”.

2. MÉTODOS

O levantamento aqui apresentado agrega as principais ações realizadas pelo CFP ao longo dos sete meses transcorridos entre março e outubro de 2020. O recorte utilizado refere-se às medidas adotadas pelo colegiado com vistas a orientar o exercício profissional dos mais de 381 mil psicólogos brasileiros no contexto de uma crise sanitária mundial sem precedentes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com o infográfico “A Psicologia Brasileira apresentada em números”⁽⁵⁾ – atualizado periodicamente pelo CPF –, a Psicologia brasileira conta hoje (dados apurados em 12 de outubro de 2020) com 381.815 psicólogas e psicólogos cadastrados nos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP). Esse quantitativo de profissionais em atividade coloca a Psicologia brasileira entre as maiores do mundo.

Os profissionais da Psicologia no Brasil estão espalhados por todas as unidades federativas, exercendo o cuidado em saúde mental por meio de diferentes práticas, realizadas em distintos campos de atuação. A Psicologia atua nos setores público e privado, assim como no terceiro setor. Um verdadeiro batalhão de incansáveis trabalhadores que, em suas várias frentes de atuação, esforçam-se para promover saúde, qualidade de vida e defesa intransigente dos direitos humanos. Profissionais esses que, de forma completamente inesperada e repentina, viram a necessidade de buscar novas orientações e protocolos sobre como adaptar suas práticas laborais às restrições da pandemia.

Atento a essa situação, o CFP, em 14 de março, poucos dias depois de a OMS declarar oficialmente que o alastramento da COVID-19 havia atingido o patamar de pandemia, publicou um comunicado à categoria, orientando sobre o papel da Psicologia e indicando algumas estratégias de atuação profissional no contexto da pandemia⁽⁶⁾. Nesse primeiro comunicado, o colegiado reforçava aos profissionais a necessidade de atenção às recomendações da OMS, do Ministério da Saúde (entre elas a Portaria MS nº 188/2020, de 3 de fevereiro de 2020, que reconheceu a infecção humana pelo novo coronavírus como uma emergência em saúde pública) e das secretarias estaduais e municipais de saúde quanto à possibilidade de quarentena e isolamento.

Naquela ocasião – quando ainda não havia uma determinação nacional sobre o isolamento social –, o CFP já recomendava que a prestação de serviços psicológicos deveria ser feita

em locais ventilados, com distanciamento mínimo entre as pessoas. Também indicava a possibilidade do atendimento *on-line*. Naquele momento, a autarquia ainda permanecia em funcionamento presencial, porém atividades e eventos com maior número de participantes foram imediatamente suspensos.

Assim que as medidas de distanciamento social começaram a ser adotadas pelos estados brasileiros, antevedo que em pouco tempo haveria uma migração expressiva de profissionais para o atendimento *on-line*, o plenário do CFP, preocupado com a manutenção do atendimento – especialmente numa conjuntura de isolamento compulsório extremamente propícia ao agravamento de quadros de adoecimento mental –, divulgou, no dia 16 de março, um novo comunicado.

Dessa vez, o foco era a autorização para que psicólogas e psicólogos pudessem iniciar o atendimento remoto imediatamente após a submissão de cadastro na plataforma e-Psi, sem a necessidade de aguardar a confirmação⁽⁷⁾. Essa medida considerou que a Psicologia brasileira precisava responder às demandas sociais e que não poderia estagnar diante do cumprimento de trâmites administrativos demorados, sob o risco potencial de trazer ainda mais prejuízos a psicólogos e pacientes.

Adicionalmente, o CFP, sensível às especificidades do contexto de crise, atualizou a Resolução CFP nº 11/2018 que regulamenta a prestação de serviços psicológicos por meios de tecnologias da informação e da comunicação. Assim, em 30 de março, foi publicada a Resolução CFP nº 04/2020, que revogou – de maneira excepcional e temporária – alguns dispositivos da resolução anterior para flexibilizar a atuação psicológica de forma remota. Com essa medida, além de evitar a descontinuidade da assistência à população no período de pandemia, o CFP legitimou o atendimento *on-line* em momentos de emergência ou desastres⁽⁸⁾.

Após essas primeiras medidas tomadas em caráter emergencial, o CFP, em parceria com outras entidades e em diálogo constante com a categoria, produziu, de março a outubro, um conjunto significativo de materiais orientativos e de divulgação científica disponibilizados por meio de diferentes canais, tais como *sites*, publicações digitais, vídeos e *podcasts*.

Dentre as iniciativas, merece destaque o *site* “Saúde Mental e COVID-19”⁽⁹⁾, dedicado à divulgação de orientações relacionadas com o cuidado em saúde mental durante o período de pandemia. Desenvolvido pela equipe de tecnologia da informação do CFP, a plataforma reúne, em um só lugar, notícias, legislação, informações sobre cursos e outros materiais de apoio, que é um trabalho realizado em parceria com outras sete entidades: Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Federação Nacional dos Psicólogos (Fenapsi), Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP).

Ciente das dificuldades ocasionadas pelo momento que vivenciamos para adaptar as estratégias de ensino, o CFP, com os CRP, a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (Abep) e entidades científicas que compõem o Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB), promoveu a escuta ativa dos problemas e dúvidas enfrentados por gestores, superviso-

res de estágio e estudantes. Para tanto, foram realizados Seminários Regionais de Formação em Psicologia em Tempos de Pandemia, bem como foram consultadas todas as entidades científicas que compõem o FENPB.

A soma desses debates resultou na publicação “Práticas de estágios remotos em Psicologia no contexto da pandemia da COVID-19”. O documento apresenta um histórico das regulamentações e atividades desenvolvidas pelo CFP e Abep, descrições sobre os contextos de atuação, processos de trabalho e níveis de práticas envolvidas na formação em Psicologia, sendo estes subsídios básicos para a sugestão de atividades de formação no contexto da educação remota⁽¹⁰⁾.

A necessidade de revisão e adequação das práticas e processos envolvidos no domínio da avaliação psicológica, de forma a dar continuidade às atividades inerentes ao ensino, prática e uso de testes psicológicos no cenário de enfrentamento da COVID-19, levou o CFP, por meio da Comissão Consultiva em Avaliação Psicológica (CCAP), a elaborar a “Cartilha de boas práticas para avaliação psicológica em contextos de pandemia”⁽¹¹⁾. A iniciativa é fruto da parceria com o Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica (Ibap), a Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos (ASBRo) e o Instituto Brasileiro de Neuropsicologia e Comportamento (IBNeC). O resultado desse esforço coletivo foi disponibilizado para psicólogas e psicólogos que, nos mais variados territórios, usam a avaliação psicológica como processo de trabalho e/ou de ensino.

Por fim, outra ação desenvolvida pelo CFP e que merece destaque é a pesquisa “Condições de trabalho de psicólogas e psicólogos durante a pandemia do coronavírus”, conduzida pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop/CFP). A ideia de realizar o estudo surgiu a partir de um pedido de informações do Ministério da Saúde e tem como objetivo identificar as alterações nas condições de trabalho de psicólogas e psicólogos durante o período da pandemia.

O questionário desenvolvido para a coleta dos dados buscou investigar a situação de trabalho antes da pandemia, a percepção dos profissionais sobre o isolamento social, os impactos da COVID-19 e as medidas necessárias para a continuidade do trabalho, considerando a excepcionalidade do atual momento. Também foram mapeados aspectos inerentes ao convívio familiar, de modo a identificar as dificuldades impostas aos psicólogos e psicólogas no âmbito doméstico. Atualmente, a pesquisa está em fase de análise dos dados, e a expectativa é que o resultado seja publicado até dezembro de 2020. Acredita-se que as informações obtidas possam subsidiar políticas públicas e intervenções que contribuam para dirimir ou minimizar os impactos negativos do contexto de isolamento sobre a saúde mental de trabalhadoras e trabalhadores.

O conjunto das ações desenvolvidas e implementadas pelo CFP no contexto da pandemia da COVID-19 está organizado de forma facilitada para consulta numa página específica dentro do *site* da entidade⁽¹²⁾. Nesse compilado, é possível encontrar orientações sobre a legislação vigente, cadastro para atendimento *on-line*, a atuação dos conselhos regionais, as orientações em políticas públicas, além de *podcasts* e vídeos. Todo esse conteúdo é resultado de trabalho árduo,

constante e colegiado, que certamente já está contribuindo para fortalecimento e robustecimento da Psicologia enquanto ciência e profissão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 tem ceifado vidas, interrompido sonhos e transformado a realidade da população global de uma forma devastadora. Vivemos uma crise sanitária de magnitude pandêmica como poucas registradas na história. Diante da elevada taxa de transmissão e das limitadas formas de enfrentamento do novo coronavírus (SARS-CoV-2), o distanciamento e o isolamento social figuraram como as únicas estratégias disponíveis para minimizar a expansão da doença e impedir o colapso do sistema de saúde.

Enquanto entidades científicas, mundo afora, pesquisam medicamentos e vacinas capazes de frear o avanço dessa crise epidemiológica, as pessoas seguem – na medida do possível – em regime de quarentena. Entretanto, essa clausura forçada tem um preço. O isolamento prolongado pode provocar complicações à saúde mental, especialmente porque o ser humano é plural, diverso e essencialmente coletivo. Buscar a integração é da nossa natureza. As diversas dimensões da vida humana se solidificam por meio do contato com o próximo.

O aumento de casos de ansiedade e depressão é um exemplo dos efeitos colaterais do longo período de quarentena imposto pela pandemia. Sem a interação que antes existia, o sentimento de solidão e angústia se intensifica. Nem as mais modernas tecnologias da informação e da comunicação conseguem substituir plenamente as trocas não verbais que acontecem nos encontros presenciais.

Isso não significa, de forma alguma, que a sociedade deva abandonar as medidas de distanciamento social recomendadas pelos órgãos de saúde. Pelo contrário. O CFP – enquanto autarquia que orienta, fiscaliza e disciplina o exercício profissional da categoria – chancela as recomendações das autoridades sanitárias competentes e todo o acúmulo de evidências advindos das pesquisas científicas, que apontam o distanciamento como estratégia fundamental neste momento, para controle do contágio e das mortes, em decorrência do novo coronavírus.

Não podemos esquecer também os profundos impactos da pandemia sobre os que estão na linha de frente do combate à doença: os profissionais da saúde – entre eles, psicólogas e psicólogos. Esses profissionais estão cotidianamente expostos a situações de elevado estresse, além de sentimentos de medo, raiva e tristeza, que podem culminar em depressão e outras formas de sofrimento mental.

Sem dúvida, a radical transformação das rotinas como medida de controle da COVID-19 impactou, de alguma forma, toda a população brasileira, de Norte a Sul. A pandemia não escolhe idade, gênero ou classe social, e seus efeitos colaterais vão muito além da contaminação pela doença em si. No entanto, especialmente em um país marcado por realidades econômicas e sociais tão discrepantes como o Brasil, não se pode dizer que “estamos todos no mesmo barco”.

Ainda que a tempestade seja a mesma, existem diferenças gritantes entre as embarcações a partir das quais cada indivíduo está lutando para desbravar a tormenta. A pandemia revela sua face mais dura para a parcela da população que sobrevive em condições precárias de habitação e saneamento nas periferias das cidades. Como seguir a orientação de higienizar corretamente as mãos quando não se tem acesso sequer à água tratada? Como manter distanciamento social quando a família inteira divide o mesmo cômodo na pequena moradia?

A verdade é que, para além da questão epidemiológica, a COVID-19 exacerbou outros graves problemas estruturais. Estamos diante de uma crise sanitária e também política, econômica, social e humanitária. Os setores da população mais negligenciados pelo Estado são justamente os mais atingidos pela pandemia. Os mais expostos à doença são aqueles que não tiveram, em nenhum momento, condições de se preservar em quarentena porque precisaram se arriscar em deslocamentos diários para manter subempregos. Nada mais simbólico, nesse aspecto, do que a primeira vítima da COVID-19 na capital do Rio de Janeiro ter sido uma mulher negra, empregada doméstica, que se contaminou cuidando dos patrões que haviam contraído a doença em viagem ao exterior⁽¹³⁾.

O crescimento da violência doméstica durante o isolamento também aponta outra face dessa tragédia, demonstrando que o país não conseguiu avançar na construção de uma cultura de paz. As mulheres e as crianças, historicamente as maiores vítimas da violência, passaram a ser ainda mais agredidas quando obrigadas a se isolar com seus agressores⁽¹⁴⁾. Todos esses exemplos demonstram que, quando paramos para refletir com mais cuidado, é possível observar que as causas de muitos problemas que agora se intensificaram, além de históricas, extrapolam os aspectos puramente sanitários.

Estudos convergem para o entendimento de que a pandemia da COVID-19 afeta não apenas a saúde física, mas igualmente a saúde mental. O isolamento social a que a população mundial está sendo submetida pode trazer impactos numa magnitude que ainda não conseguimos mensurar, com consequências econômicas e sociais em longo prazo.

É fundamental entender que saúde mental, como dimensão do bem-estar individual e coletivo, deve considerar não apenas o aspecto biológico, mas também as condições gerais de vida das populações. Exatamente por isso, entre os aspectos considerados vitais para se lograr êxito no cuidado à sociedade, está a constante vigilância para que o Estado cumpra suas obrigações de justiça e proteção social, compreendendo que a solução dos problemas passa, obrigatoriamente, pela superação de desigualdades estruturantes e pela implementação de políticas sociais integrativas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Nessa empreitada, a Psicologia é desafiada a apresentar soluções inovadoras na ciência e na prática. Temos a oportunidade, enquanto psicólogas e psicólogos, de fazer com que a ciência e a profissão que desempenhamos possam emergir como campo atualizado e contemporâneo, capaz de enfrentar o sofrimento mental e a angústia advindos deste crítico cenário da atualidade. Para tanto, precisamos estar preparados para apresentar argumentos não apenas nos meios científicos, mas divulgando para toda a sociedade o papel da Psicologia e os serviços que ela pode prestar.

São muitos os desafios éticos e técnicos emergentes enfrentados pelos psicólogos e psicólogas brasileiros que estão atuando na linha de frente do combate à COVID-19. A resiliência, a adaptação bem-sucedida às adversidades e a recuperação de crises precisam ser propósitos sustentados pela Psicologia para que possamos enfrentar com firmeza o sofrimento mental em todas as suas formas; oferecendo esperança, compaixão e empatia àqueles por quem somos responsáveis.

O caminho para isso está por ser construído, mas como disse Paulo Freire: “Ninguém ignora tudo, ninguém sabe tudo, todos nós sabemos alguma coisa, todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”⁽¹⁷⁾. Estamos nos dirigindo para o caminho da recuperação, refletindo e aprendendo com os desafios. Agora é a hora de reconhecer o que é essencial para uma vida saudável. Para tanto, fundamental é olhar para o futuro com confiança, solidariedade e empatia.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso da doença. Agência Saúde [Internet]. 26 fev 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-confirma-primeiro-caso-de-novo-coronavirus>.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia [Internet]. 11 mar 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-COVID-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812.
3. Albuquerque A. Gripezinha, histórico de atleta e aglomerações: a cronologia de Bolsonaro até contrair o coronavírus. JC on-line [Internet]. 7 jul 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: <https://jc.ne10.uol.com.br/politica/2020/07/11953165-gripezinha--historico-de-atleta-e-aglomeracoes--a-cronologia-de-bolsonaro-ate-contrair-o-coronavirus.html>.
4. Petherick A, et al. As medidas governamentais adotadas em resposta ao COVID-19 no Brasil atendem aos critérios da OMS para flexibilização de restrições? BSG Working Papers [Internet]. 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: http://fgvclear.org/site/wp-content/uploads/news-4_estudo-oxford_COVID.pdf.
5. Conselho Federal de Psicologia. A Psicologia brasileira apresentada em números [Internet]. (2020) [aceso 2020 out 12]. Disponível em: <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/>.
6. Conselho Federal de Psicologia. Coronavírus: Comunicado à categoria [Internet]. 14 mar 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/coronavirus-comunicado-a-categoria/>.
7. Conselho Federal de Psicologia. CFP simplifica cadastro de profissionais na plataforma e-Psi [Internet]. 16 abr 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-simplifica-cadastro-de-profissionais-na-plataforma-e-psi/>.
8. Brasil. Conselho Federal de Psicologia. Resolução nº 4, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19. Diário Oficial da União [Internet]. 30 mar 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacaoe-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-COVID-19?origin=instituicao&q=004/2020>.
9. Conselho Federal de Psicologia. Saúde Mental e COVID-19 [Internet]. 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: <http://saudementalCOVID19.org.br/>.

10. Conselho Federal de Psicologia. Coronavírus: informações do CFP [Internet]. 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/coronavirus/1-inicio/>.
11. Conselho Federal de Psicologia. Cartilha de boas práticas para avaliação psicológica em contextos de pandemia [Internet]. Brasília: CFP; 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: https://satepsi.cfp.org.br/docs/CartilhaCCAPFINAL_6_agosto.pdf.
12. Conselho Federal de Psicologia. Hospitais Psiquiátricos no Brasil. Relatório de Inspeção Nacional [Internet]. 2. ed. s.l.: s.n. 2020 [aceso 2020 set 27]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/relatorio-da-inspecao-em-hospitais-psiquiatricos-sera-lancado-dia-2/>.
13. Melo ML. Primeira vítima do RJ era doméstica e pegou coronavírus da patroa no Leblon. UOL [Internet]. 19 mar. 2020. [aceso 2020 set 27]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/03/19/primeira-vitima-do-rj-era-domestica-e-pegou-coronavirus-da-patroa.htm>.
14. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Violência Doméstica Durante Pandemia de COVID-19 [Internet]. 2. ed. 1. jul. 2020. (Excerto). [aceso 2020 set 27]. Disponível em: https://forumseguranca.org.br/publicacoes_posts/violencia-domestica-durante-pandemia-de-COVID-19-edicao-02/.
15. Conselho Federal de Psicologia. Práticas e estágios remotos em Psicologia no contexto da pandemia da COVID-19: Recomendações [Internet]. Brasília: CFP; 2020 [aceso 2020 out 13]. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Caderno-de-orientac%CC%A7o%CC%83es-formac%CC%A7a%CC%83o-e-esta%CC%81gios_FINAL2_com_ISBN_FC.pdf.
16. Conselho Federal de Psicologia. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017 [Internet]. Brasília – DF: CFP; 2018 [aceso 2020 set 27]. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relat%C3%B3rio-da-Inspe%C3%A7%C3%A3o-Nacional-em-Comunidades-Terap%C3%AAuticas.pdf>.
17. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.



SEGURANÇA DO TRABALHADOR DE SAÚDE E DO PACIENTE NA PANDEMIA DE COVID-19: ORIENTAÇÕES PARA A GESTÃO DO SISTEMA E DA CLÍNICA

Dyego Leandro Bezerra de Souza¹

RESUMO: O Brasil é um dos países mais afetados pela pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19, com um número elevado de casos e de óbitos diários. Este capítulo tem como objetivo realizar orientações sobre a segurança do trabalhador e do paciente na gestão do sistema de saúde e da clínica no enfrentamento da COVID-19. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foi realizada uma busca de referências bibliográficas nas bases PubMed/Medline, Scopus, Web of Science, SciELO, e portal de referências bibliográficas sobre a COVID-19 da Organização Mundial da Saúde. Utilizou-se como estratégia de busca: “(COVID 19 or sars-cov2) and (safety) and (health professionals or health workers or patient) and (protocol or guideline or checklist)”, com o propósito de identificar referências relevantes sobre o tema, assim como protocolos, *guidelines* e listas de verificação, além da verificação da existência de normas. Também foram consultadas páginas *web* de instituições nacionais e internacionais. Este documento estabelece recomendações gerais em relação à organização e adequação dos espaços, com a adoção de medidas de proteção, formação e vigilância sanitária para a segurança dos pacientes e profissionais. Destaca-se que, por se tratar de um tema emergente, toda a informação publicada até o momento está em constante processo de revisão a partir dos avanços científicos.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de Saúde. Infecções por Coronavirus. Segurança do Paciente. Saúde do Trabalhador.

¹ Graduado em odontologia, com pós-graduação em nível de doutorado em Microbiologia, Medicina Preventiva e Sociedade pela Universidade de Zaragoza (Espanha), com período sanduíche na Internacional Agency for Research on Cancer (França) e pós-doutorado na Universidade de Vic/Universidade Central de Catalunha (Espanha). Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4702617H2>. <https://orcid.org/0000-0001-8426-3120>. dysouz@yahoo.com.br.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia decorrente da infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem afetado países, territórios ou áreas em todo o mundo, e representa um desafio para a saúde e o bem-estar de pessoas, pois trouxe também ameaças à estabilidade social e econômica. Em 15 de outubro de 2020, foi reportado um somatório de 38.202.956 casos confirmados no mundo, e 1.087.069 mortes. Entre todos os continentes, a América é o mais afetado, com cerca de 47,6% dos casos, e 45,5% das mortes⁽¹⁾. Os dados do Ministério da Saúde mostram um total de 5.150.863 casos confirmados no Brasil em 15 de outubro de 2020, e um acumulado de 152.147 mortes⁽²⁾.

No combate à propagação da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), destacam-se medidas preventivas para o manejo de pacientes que precisam manter a segurança dos enfermos e dos trabalhadores de saúde. A pandemia modificou todo o cenário de atendimentos aos doentes nos serviços de saúde. Além de enfrentar uma doença nova e que ainda não possui um tratamento específico e eficaz, os gestores e profissionais de saúde tiveram que reorganizar todo o fluxo de atendimentos, assim como a organização desses espaços⁽³⁻⁴⁾.

Nesta nova realidade, os serviços de saúde necessitam atender e tratar pacientes e casos suspeitos de infecção pela COVID-19, para diferentes níveis de gravidade, como também suprir a demanda de tratamento para as demais doenças e agravos. Medidas de segurança para os pacientes e profissionais significaram um desafio na pandemia, pois é preciso manter a rotina dos serviços de saúde sem comprometer o plano de enfrentamento. Nessa perspectiva, este capítulo tem o objetivo de abordar a segurança e a saúde de toda a equipe e de pacientes ante a pandemia de COVID-19, a forma como protegê-los e a resiliência dos serviços de saúde à medida que a pandemia evolui.

2. MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. Foi realizada uma busca de referências bibliográficas nas bases de dados PubMed/Medline, Scopus, Web of Science, SciELO, e portal de referências bibliográficas sobre a COVID-19 da Organização Mundial da Saúde (OMS). Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: “(COVID 19 or sars-cov2) and (safety) and (health professionals or health workers or patients) and (protocol or guideline or checklist)”, com o propósito de identificar referências relevantes sobre o tema, assim como protocolos, *guidelines* e listas de verificação, normas existentes (ou não) vantagens, desafios e recomendações. Também foram consultadas páginas *web* de instituições nacionais e internacionais para realizar a busca manual de referências.

Na construção deste capítulo, como é característico de uma revisão narrativa, foram utilizadas referências de tipos diferentes, tais como artigos científicos, documentos oficiais, protocolos, manuais, notas técnicas etc. Este documento estabelece recomendações gerais em relação à organização e adequação dos espaços, com a adoção de medidas de proteção, formação, informação e vigilância sanitária.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A SEGURANÇA DE TODA A EQUIPE E PACIENTES ANTE A PANDEMIA DE COVID-19: A FORMA COMO PROTEGÊ-LOS

Antes de apresentar medidas de segurança para a equipe e pacientes, é preciso entender como ocorre a transmissão do SARS-CoV-2. De acordo com a evidência atual, a propagação do vírus pode ocorrer de quatro formas: a) por transmissão “direta” através de gotículas infecciosas expulsas com a tosse ou espirro, que entram em contato com uma membrana mucosa (boca, nariz, olhos); b) por fontes de aerossóis, como ventilação mecânica ou broncoscopia, porém ainda é controverso, e poderia incluir também o canto ou mesmo a fala; c) por contato direto (por exemplo, beijando, ou tocando as mãos ou outras partes de um corpo contaminado com material respiratório ou fecal infeccioso); e d) por contato “indireto” com superfícies contaminadas (fômites)⁽⁵⁾.

O risco de contágio dos profissionais da saúde que estão na linha de frente de trabalho, no combate à pandemia, é maior que na população em geral⁽⁶⁾. Os serviços de saúde desempenham um papel crítico durante uma pandemia, fornecendo cuidados médicos essenciais à comunidade. Vale salientar que, em condições normais de trabalho, muitas unidades de saúde/hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) frequentemente operam em sua máxima capacidade. Consequentemente, diante de uma pandemia, o volume de admissões pode gerar sobrecarga além da capacidade funcional, mesmo para os serviços bem preparados, de modo que lidar com a COVID-19 tornou-se um desafio complexo⁽⁷⁾.

Por conseguinte, a partir do entendimento de como ocorre a transmissão do vírus, e considerando as limitações de infraestrutura e de recursos humanos, foram elaboradas recomendações por diversas instituições de como manter a segurança e evitar a sua proliferação dentro dos serviços de saúde, as quais serão apresentadas de forma resumida a seguir.

3.2 FORMAÇÃO DE UM COMITÊ DE CRISE

Segundo a nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 07, “É recomendável que o serviço de saúde elabore e implemente um Plano de Contingência com estratégias e políticas necessárias para o enfrentamento da pandemia do SARS-CoV-2, incluindo o gerenciamento dos recursos humanos e materiais”⁽⁸⁾. Nesse contexto, as estruturas dos serviços de saúde, como as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Núcleos de Epidemiologia Hospitalar e Núcleo de Segurança do Paciente, devem atuar para formar um Comitê Estratégico de Crise, juntamente com representantes das equipes multiprofissionais⁽⁸⁾. Esse Comitê será o responsável por elaborar, implementar e monitorar o Plano de Contingência (**Figura 1**).

FIGURA 1. Plano de contingência para enfrentamento da pandemia do SARS-CoV-2.

O que é o plano de contingência?	Quem elabora esse plano?	Que ações devem estar previstas no plano?
É um documento do serviço de saúde que definirá estratégias que devem ser adotadas para enfrentamento da pandemia	O Comitê Estratégico de Crise do serviço de saúde Esse Comitê será o responsável por elaborar, implementar e monitorar o Plano de Contingência	Vigilância e gestão de dados de pacientes e profissionais Fluxos de trabalho Protocolos clínicos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) que serão utilizados Atividades de capacitação Outras

Fonte: adaptado de GVIMS/GGTES/Anvisa, 2020⁽⁸⁾.

O grupo de trabalho deve ter uma linha de comando única, com funções e responsabilidades claras, assim como formas confiáveis de compartilhamento de informações. Recomenda-se utilizar ferramentas de comunicação rápida, como mensagens instantâneas ou de áudio confidenciais (por exemplo, WhatsApp, WeChat, etc.). O comitê deverá verificar diariamente as comunicações enviadas pelas instituições responsáveis pela gestão da pandemia e divulgá-las quando necessário⁽⁹⁾.

3.3 CLASSIFICAÇÃO DOS AMBIENTES

Os ambientes das instituições de saúde deverão ser organizados, sempre que possível, em unidades exclusivas para o seguimento de COVID-19. Caso não seja possível, devem ser organizadas áreas específicas dentro da unidade. Para os locais ou setores que não estão voltados para o atendimento da COVID-19, todos os pacientes deverão ser tratados como possíveis casos suspeitos, com as medidas de segurança adequadas. Nesses ambientes, é preciso pensar em cada momento do fluxo de pacientes e na organização dos espaços⁽¹⁰⁾.

3.4 CONTROLE DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Sempre que possível, recomenda-se estabelecer vias de acesso diferenciadas para entrada e saída. O controle de acesso aos serviços deve ser estabelecido para evitar aglomerações. O acesso ao centro de saúde precisa ser organizado de forma a garantir uma distância de segurança de 2 metros entre as pessoas⁽¹¹⁾. Para realizar a referida separação e organizar as áreas das zonas comuns de acesso, tem que ser calculada a capacidade máxima dessas zonas. Nos pontos de acesso, necessita-se pensar em sinalização das entradas dos circuitos COVID e Não COVID⁽¹⁰⁾.

3.5 SALA DE ESPERA

Deve-se limitar o aforo do local. Se possível, assentos ou bancos deverão ser removidos, a fim de manter uma distância de segurança de 2 metros. Caso não seja possível a retirada, necessita-se bloquear com fitas e/ou cartaz informativo proibindo seu uso. Objetos de decoração desnecessários precisam ser eliminados para facilitar a limpeza e desinfecção. Quando possível, mantêm-se as salas de espera dos grupos vulneráveis temporariamente separadas do resto dos pacientes⁽¹²⁾. Deve-se disponibilizar, sempre que possível, folhetos informativos impressos para os pacientes lerem e levarem para casa com informações básicas do COVID-19, incluindo boa higiene, distanciamento social e orientação de isolamento⁽¹³⁾.

3.6 ADMISSÃO E TRIAGEM

Organizar as estações de trabalho de forma a manter uma distância de segurança de 2 metros entre elas. Deverá ocorrer redistribuição de tarefas, turnos de trabalho e/ou teletrabalho, se possível e necessário. É necessário haver uma organização para limitar o atendimento (por exemplo, por meio de consultas com hora marcada) e regulação do acesso por meio de triagem telefônica.

Os balcões de atendimento devem ter painéis de separação. Caso não os tenha, pode-se instalar painéis portáteis. Caso não seja possível, deve-se posicionar os postos de trabalho de forma que se mantenha uma distância interpessoal de mais de um metro, marcando com uma linha

bem visível um espaço de segurança. Recomenda-se que a equipe de saúde seja orientada a evitar o contato direto com os pacientes, sempre que possível⁽¹⁴⁾.

Na recepção, deve haver questionários de triagem e as instruções de atuação, bem como os telefones necessários para notificar o pessoal encarregado de transferir pacientes COVID. É importante disponibilizar dispensadores de solução hidroalcoólica, máscaras, lenços descartáveis e cesto de lixo com tampa e pedal. A recepção precisa ter informações visuais sobre técnica de higienização das mãos, etiqueta respiratória e uso obrigatório de máscara.

Todos os profissionais de saúde devem usar cotovelos ou pés para empurrar portas abertas, sempre que possível. Todos os funcionários têm que usar sua própria garrafa de água e talheres para evitar a potencial propagação do vírus⁽¹³⁾.

Na triagem, é fundamental detectar pacientes que necessitem investigação para a COVID-19 durante ou antes da triagem ou registro do paciente. Deve-se estabelecer como procedimento que todos os pacientes sejam questionados sobre a presença de sintomas de uma infecção respiratória, e histórico de viagens para áreas com transmissão ou contato com possíveis pacientes que tenham teste positivo para a COVID-19⁽¹⁵⁾.

3.7 SEPARAÇÃO DOS CIRCUITOS COVID E NÃO COVID

É necessário estabelecer circuitos COVID e Não COVID diferenciados para atendimento ao paciente em ambiente de trabalho, de acordo com o resultado de sua triagem. Esses circuitos devem ser adaptados às características do centro de trabalho e à evolução epidemiológica da área em que o centro está localizado:

Circuito COVID: cuidados para pacientes com suspeita e confirmação de infecção por SARS-CoV-2 (pacientes COVID).

Circuito Não COVID: cuidados para pacientes sem suspeita de infecção por SARS-CoV-2 (pacientes Sem COVID).

Caso a separação física dos circuitos não seja tecnicamente possível em algum serviço/unidade, devem ser avaliadas outras opções organizacionais, tendo em vista os critérios de cuidado, para garantir a separação dos doentes COVID e Não COVID. Os circuitos estabelecidos no serviço/unidade precisam estar sinalizados. Deve-se, ainda, reduzir o número de trabalhadores em contato direto com pacientes COVID ao estritamente necessário, de acordo com o cenário de risco e os critérios de atendimento.

3.8 CONSULTÓRIOS COVID

Dentro do circuito COVID, deve ser designada uma consulta, box ou área de atendimento para pacientes com sintomas sugestivos de infecção por SARS-CoV-2, bem como

casos confirmados que possam vir ao serviço de saúde. A consulta será separada do restante dos atendimentos, com medidas de separação física, estabelecendo-se circuitos de acesso à consulta diferentes dos demais pacientes. Todos os funcionários devem ser informados da existência dessa área e de sua localização.

Qualquer sala usada para consultar casos suspeitos de COVID-19 necessita ter instalações para lavagem das mãos, desinfetante e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) disponíveis⁽¹³⁾.

O tempo dos pacientes COVID no serviço deve ser minimizado, para evitar a propagação do vírus pelo centro. O circuito COVID (incluindo a consulta COVID) tem que estar localizado nas entradas do centro e ter banheiros. O consultório deve ter apenas móveis essenciais, com material descartável e proteções plásticas para as partes do equipamento em contato com os pacientes. Não deve haver material exposto, de modo que se mantenham os insumos guardados. Qualquer material que não possa ser protegido ou não seja descartável necessita ser desinfetado. Recomenda-se o uso de termômetros sem contato.

Deve-se também eliminar ou restringir o uso de itens compartilhados por pacientes, como canetas, pranchetas e telefones, além de garantir que os pacientes com sintomas respiratórios usem máscaras cirúrgicas o tempo todo, e estejam isolados de outros pacientes.

Quaisquer superfícies tocadas (por exemplo, maçanetas, *desktops* e equipamentos de consulta) devem ser limpas com regularidade, com uso de um detergente de limpeza seguido por um desinfetante, ou um produto dois em um com propriedades de limpeza e desinfecção⁽¹³⁾.

Na entrada da área COVID, ao lado da porta, deve haver: o EPI necessário à sua entrada, tanto para o trabalhador como para um eventual acompanhante que tenha direito a permanecer com o paciente (por exemplo, menores); um pôster informativo com a sequência de colocação e retirada do EPI; um recipiente de lixo para descartar o EPI usado; dispensador de solução hidroalcolólica, e instruções para lavagem adequada das mãos.

Ao sair da área COVID, deve haver: um recipiente de resíduos para descartar adequadamente o EPI usado; um pôster informativo com a sequência de colocação e retirada do EPI; um recipiente para a coleta de EPI reutilizável (por exemplo, proteção para os olhos), com a solução de limpeza e instruções de limpeza e desinfecção; um dispensador de solução hidroalcolólica e instruções para a lavagem adequada das mãos.

3.9 CONSULTÓRIOS NÃO COVID

Em todos os consultórios, as seguintes observações devem ser levadas em consideração:

As precauções-padrão serão seguidas com todos os pacientes, com destaque para a lavagem adequada das mãos de acordo com as recomendações da OMS.

Antes que o paciente entre na consulta, o material exposto tem que ser reduzido, para facilitar a limpeza e desinfecção subsequentes. Na consulta, deve haver máscaras cirúrgicas, um dispensador de solução hidroalcoólica, instruções para a lavagem adequada das mãos, EPI que podem ser necessários durante o atendimento ao paciente e um recipiente de lixo onde podem ser descartados. Na necessidade de utilização de EPI reutilizáveis, dispor também de recipiente para coleta, limpeza e desinfecção. Quando o paciente puder, recomenda-se convidá-lo a desinfetar as mãos com solução hidroalcoólica antes de se sentar.

Entre a saída de um paciente e entrada do subsequente, deverá ser realizada a limpeza e a desinfecção das superfícies e áreas de contato com o paciente anterior (cuidados especiais com os apoios de braços da cadeira e macas) com um desinfetante das superfícies comumente utilizadas no centro ou unidade. Também deve ser realizada a limpeza com solução hidroalcoólica do material utilizado.

3.10 EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIS)

O uso dos EPI no contexto da COVID-19 deve ocorrer não apenas por profissionais de saúde, como também por pacientes e profissionais de apoio (limpeza, nutrição, manutenção etc.). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou recomendações sobre que tipo de EPI deve ser usado por cada grupo e está resumido no quadro a seguir ⁽¹⁵⁾.

QUADRO I. Recomendação de medidas para prevenção e controle da disseminação da COVID-19 em serviços de saúde.

Público-alvo	Recomendação
Casos suspeitos ou confirmados e acompanhantes	<ul style="list-style-type: none"> - usar máscara cirúrgica; - usar lenços de papel (tosse, espirros, secreção nasal); - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica.
Profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos frequente com água e sabonete líquido ou preparação alcoólica; - gorro; - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara cirúrgica; - avental; - luvas de procedimento; <p>Atenção: os profissionais de saúde deverão utilizar máscaras N95, PFF2, ou equivalente, ao realizar procedimentos geradores de aerossóis, como, por exemplo, intubação ou aspiração traqueal, ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, indução de escarro, coletas de amostras oro e nasotraqueais e broncoscopias.</p>

Público-alvo	Recomendação
Profissionais de apoio (profissionais de limpeza, nutrição, manutenção etc)	<ul style="list-style-type: none"> - higiene das mãos; - gorro; - óculos de proteção ou protetor facial; - máscara cirúrgica; - avental; - luvas de procedimento.

Fonte: GVIMS/GGTES/Anvisa, 2020⁽¹⁵⁾.

3.11 CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

A capacitação dos profissionais para atuar diante da pandemia de COVID-19 deve ser de responsabilidade dos serviços de saúde. Todos esses profissionais de saúde, sejam eles próprios ou terceirizados, e estejam ou não na linha de frente de atuação com pacientes de COVID-19, deverão receber formação específica de medidas preventivas de transmissão de agentes infecciosos. Esses profissionais deverão ser treinados sobre o uso correto e racional dos EPI, assim como a forma correta de colocação e retirada, a realização do teste de vedação da máscara N95 (quando for necessário o seu uso) e a prevenção de contaminação de roupas, pele e ambiente durante o processo de remoção de tais equipamentos⁽¹⁵⁾.

Os profissionais de saúde também deverão ser capacitados quanto aos cuidados de segurança da comunidade. Deve-se recomendar limpar as maçanetas das portas do carro e o volante com lenços desinfetantes quando chegar em casa. Tomar um banho ao chegar em casa e lavar as roupas de trabalho diariamente. Precisa-se manter uma boa higiene das mãos e incentivar as pessoas com quem está morando a fazer o mesmo. Todos os profissionais devem monitorar sua saúde, com a realização de teste de forma rotineira e deverão se isolar, caso venham a desenvolver sintomas respiratórios ou febre⁽¹³⁾.

3.12 NECESSIDADE DE REFORÇO NAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS

A Anvisa fez um alerta, por meio do comunicado nº 01/2020, de 2 de junho de 2020⁽¹⁶⁾, que, durante todas as atividades no período pandêmico, os cuidados deverão ser intensificados para reforçar a segurança do paciente em todas as unidades, principalmente nos hospitais. Tal processo deve ocorrer por meio da apropriada gestão de riscos e monitoramento dos eventos adversos, bem como das infecções relacionadas à assistência à saúde (Iras) e resistência microbiana. A implementação de medidas de prevenção, descritas em documentos e normas sanitárias publicadas pela Anvisa, deve ser reforçada em todos os serviços de saúde. Recomenda-se que os serviços de saúde sigam as orientações das notas técnicas concernentes à COVID-19:

Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020 (Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus - SARS-CoV-2) ⁽¹⁵⁾;

Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 06/2020 (Orientações para a prevenção e o controle das infecções pelo novo Coronavírus - SARS-CoV-2 em procedimentos cirúrgicos) ⁽¹⁷⁾;

Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 07/2020 (Orientações para a prevenção da transmissão de COVID-19 dentro dos serviços de saúde) ⁽⁸⁾;

Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 08/2020 (Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de COVID-19) ⁽¹⁸⁾.

3.13 OUTRAS RECOMENDAÇÕES PARA A SEGURANÇA DO PACIENTE E PROFISSIONAIS

A *International Society for Quality in Health Care (ISQua)* publicou um guia de “Recomendações de Segurança do Paciente para a pandemia de COVID-19” com base na experiência italiana de enfrentamento da pandemia e em publicações científicas ⁽⁹⁾. As recomendações estão divididas em três tópicos com base na abordagem do SEIPS Fatores Humanos ⁽¹⁹⁾:

- i. **Avaliar o sistema de trabalho.** Na avaliação do sistema de trabalho, é importante conhecer a cultura e a comunicação da equipe e da organização, o ambiente, as atividades a serem realizadas e competências necessárias, os equipamentos para o cuidado do paciente e para proteger os profissionais, as pessoas necessárias para prestar cuidados e os pacientes que irão receber os cuidados ⁽⁹⁾.
- ii. **Desenvolver percursos de cuidados confiáveis.** As recomendações são abordadas de forma detalhada sobre diferentes questões, como o diagnóstico e tratamento da COVID-19, cuidados para pacientes de grupos especiais (gestantes, oncológicos, imunodeprimidos e outros), para o bem-estar mental do paciente, para pessoas em quarentena e para o isolamento doméstico, entre outras recomendações ⁽⁹⁾.
- iii. **Medir os resultados do cuidado.** Os autores recomendam o uso de três grupos de indicadores ⁽⁹⁾:
 - a. **Indicadores de resultado:** Taxa de hospitalização para a COVID-19 (medida de resultado indireto territorial); Taxa de mortalidade hospitalar de pacientes internados por COVID-19; Tempo médio de internação dos pacientes internados por COVID-19; Porcentagem de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por COVID-19; Taxa de mortalidade intra-hospitalar de pacientes Não COVID-19 internados por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Taxa de mortalidade intra-hospitalar de pacientes Não COVID-19 internados por Acidente Vascular Encefálico (AVE); Taxa de mortalidade

intra-hospitalar de pacientes Não COVID-19; hospitalizados para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Percentual de pacientes internados Não COVID-19 que adquiriram COVID durante o período de internação; Taxa de infecção pela COVID-19 entre os profissionais e Taxas de sobrevida ⁽⁹⁾.

b. **Indicadores de Processo:** Tempo de permanência; Tempo médio de internação de infectados na UTI; Tempo médio de internação no hospital; Percentagem de infectados admitidos na UTI; Percentagem de portadores de comorbidades; Perfis dos pacientes; Percentual de funcionários com e sem equipamentos corretos; Número de pacientes não tratados com o nível de cuidado adequado; Percentual de pessoal treinado e Número de testes realizados para o staff hospitalar ⁽⁹⁾.

c. **Medidas de Equilíbrio:** Taxa de infecção do corpo de trabalhadores que compõem o local (*staff*); Taxa de mortalidade do *staff*; Bem-estar do *staff*; Taxas de doença e enfermidade e Doenças mentais ⁽⁹⁾.

4. A RESILIÊNCIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DOS PROFISSIONAIS ANTE A PANDEMIA

A ansiedade e o medo são comuns entre os profissionais que cuidam de pacientes com doenças contagiosas que podem ser fatais. No caso da epidemia de SARS, o medo de contágio e de infectar familiares, bem como o isolamento social contribuíram para a ocorrência de eventos adversos ⁽²⁰⁻²¹⁾. Por essas razões, torna-se necessário apoiar os profissionais da saúde diante do estresse da exposição à COVID-19 em seus processos de trabalho ⁽²²⁻²³⁾.

Outro ponto importante é que a escassez de EPI pode provocar raiva, frustração e impotência. Os funcionários que trabalham em áreas menos vulneráveis dos serviços de saúde, como lavanderia e cozinha, acabam recebendo menos informações, e podem sentir-se isolados e sem poder. A equipe também enfrenta mudanças às vezes diárias na política, medo de contágio e aumento da carga trabalho. Por conseguinte, os profissionais precisam de suporte psicológico e dos gestores para evitar sintomas de angústia e esgotamento e a redução de sua capacidade laboral ⁽²⁴⁾.

Uma pesquisa realizada com profissionais de saúde no Estados Unidos sobre a resiliência mostrou que as pontuações de resiliência mais altas foram associadas a preocupações relacionadas com COVID-19. O aumento no escore de resiliência foi associado à redução da taxa de ansiedade (65%) e depressão (69%), entre profissionais de saúde e não profissionais ⁽²⁵⁾.

Wu e colaboradores ⁽²⁴⁾ recomendaram três princípios estratégicos que podem ser valiosos para que as instituições de saúde melhorem a resiliência dos profissionais e do sistema de saúde em resposta à pandemia COVID-19:

Primeiro, fornecer liderança com foco na resiliência. O gerenciamento eficaz de crises fornece uma visão clara, otimista e um plano realista a ser desenvolvido. Deve-se tomar medidas decisivas e a comunicação deverá ser aberta, honesta e frequente. Os líderes deverão fazer esforços para agradecer aos trabalhadores e expressar gratidão pela carga extra de trabalho que está sendo imposta⁽²⁴⁾.

Em segundo lugar, deve-se estruturar as comunicações de crise para fornecer informações e capacitação. Na ausência de informações, a imaginação dará espaço ao surgimento dos piores cenários. Os gestores deverão fornecer as informações mais atualizadas sobre o COVID-19. É preciso deixar claro o que está sendo feito para proteger os profissionais de saúde e o que eles devem fazer diante da exposição. Essas medidas reduzirão a ansiedade e o sentimento de medo entre os profissionais. Os gestores devem antecipar perguntas e respondê-las com antecedência⁽²⁴⁾.

O terceiro princípio consiste em criar um suporte contínuo da equipe dentro da organização. Os gestores têm que estar preparados para uma onda de preocupações com a saúde mental entre os profissionais de saúde em todos os níveis. Eles devem buscar “normalizar” esses sentimentos e encorajar sua expressão, defender o bem-estar pessoal e identificar recursos de apoio. Recomenda-se a criação de uma equipe de apoio para fornecer cuidados psicológicos ou outros programas de bem-estar, com triagem quando houver necessidade de níveis mais elevados de suporte⁽²⁴⁾.

Uma forma possível de desenvolver essas propostas e fortalecer a resiliência dos serviços de saúde e do sistema é a criação de um Comitê de Conformidade e Responsabilidade. Semelhantemente ao Comitê de Crise, o Comitê de Conformidade e Responsabilidade seria estabelecido com membros especialistas. Recomenda-se que esse comitê funcione como um órgão permanente em vez de um órgão *ad hoc*, de forma independente da direção geral da instituição. A missão principal do Comitê de Conformidade e Responsabilidade seria monitorar e avaliar as informações de conformidade das medidas ou a falta delas⁽²⁶⁾.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia provocada pelo novo coronavírus, que causa a COVID-19, gerou uma crise que ultrapassa os limites do setor saúde e coloca em evidência a importância da saúde do trabalhador e da segurança do paciente. A partir da revisão realizada, pode-se concluir que a necessidade de avaliar o sistema de trabalho, desenvolver percursos de cuidados confiáveis e medir os resultados do cuidado aos pacientes são aspectos fundamentais para a manutenção e melhoria da qualidade dos serviços de saúde em um momento de crise.

Neste cenário, a gestão assume um papel primordial, pois precisa manter o funcionamento das atividades com base na evidência científica mais atual, com apoio e reconhecimento ao trabalho extra realizado pelos profissionais de saúde. Destaca-se que, por se tratar de um tema emergente, toda a informação publicada até o momento está em constante processo de revisão a partir dos avanços científicos sobre a COVID-19. Consequentemente, as informações e recomendações deste capítulo precisam ser lidas de forma crítica conforme surjam novas evidências.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://COVID19.who.int/?gclid=CjwKCAjw5p_8BRBUEiwAPpJO66sflygyzL5l1je3YZQ1Plrk8cryVy0-aiPj5_r0vBontIMq9_8u1Bo-CL0kQAvD_BwE.
2. Brasil. Ministério da Saúde. COVID-19 – Painel Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://COVID.saude.gov.br/>.
3. Delgado D, et al. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2798. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082798>.
4. Chersich MF, et al. COVID-19 in Africa: care and protection for frontline healthcare workers. *Global Health*. 2020;16(1):46. doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00574-3>.
5. Sommerstein R, et al. Risk of SARS-CoV-2 transmission by aerosols, the rational use of masks, and protection of healthcare workers from. *Antimicrob Resist Infect Control*. 2020;9(1):100. doi: <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00763-0>.
6. Nguyen LH, et al. Risk of COVID-19 among front-line health-care workers and the general community: a prospective cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(9):e475-e483. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30164-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30164-X).
7. World Health Organization. WHO checklist to ensure hospitals in European Region are ready for COVID-19 patients [Internet]. 6 abr 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/news/news/2020%0A/4/who-checklist-to-ensure-hospitals-in-european-region-are-ready-for-COVID-19-patients%0A>.
8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília; 2020.
9. Regina ML et al. Recomendações de segurança dos pacientes para a epidemia de COVID-19 - Lições da Experiência Italiana [Internet]. ISQua; 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://isqua.org/images/RECOMENDA%C3%87%C3%95ES_DE_SEGURAN%C3%87A_DOS_PACIENTES_PARA_A_EPIDEMIA_DE_COVID-19_V1.1.pdf.
10. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento técnico. Prevención y control de la infección en el manejo de pacientes con COVID-19. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias; 2020.
11. Public Health England. COVID-19: Guidance for the remobilisation of services within health and care settings – Infection prevention and control recommendations [Internet]. United

- Kingdon; 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/910885/COVID-19_Infection_prevention_and_control_guidance_FINAL_PDF_20082020.pdf.
12. World Health Organization. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19 [Internet]. 29 jul 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-the-COVID-19-virus-interim-guidance>.
 13. Royal Australian College of General Practitioners. Keeping your practice COVID-safe [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Keeping-your-practice-COVID-safe.pdf>.
 14. Australian government. Department of Health. Interim advice on non-inpatient care of persons with suspected or confirmed Coronavirus disease (COVID- 19), including use of personal protective equipment (PPE) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2020/03/interim-advice-on-non-inpatient-care-of-persons-with-suspected-or-confirmed-coronavirus-disease-2019-covid-19-including-use-of-personal-protective-equipment-ppe.pdf>.
 15. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020 – revisada em 08/05/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília; 2020.
 16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Comunicado GVIMS/GGTES/DIRE1/Anvisa nº 01/2020, de 02 de junho de 2020. Necessidade de reforço nas ações de prevenção de eventos adversos e infecções relacionadas à assistência à saúde durante a pandemia de COVID-19. Brasília; 2020.
 17. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações para a prevenção e o controle das (complementar à nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 04/2020). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Brasília; 2020
 18. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/Anvisa nº 08/2020. Orientações gerais para implantação das práticas de segurança do paciente em hospitais de campanha e nas demais estruturas provisórias para atendimento aos pacientes durante a pandemia de COVID-19. Brasília; 2020.
 19. Holden RJ, et al. SEIPS 2.0: a human factors framework for studying and improving the work of healthcare professionals and patients. *Ergonomics*. 2013;56(11):1669-86. doi: <https://doi.org/10.1080/00140139.2013.838643>.

20. Tam CW, et al. Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychol Med.* 2004;34(7):1197-204. doi: <https://doi.org/10.1017/s0033291704002247>.
21. Maunder RG, et al. Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak. *Emerg Infect Dis.* 2006;12(12):1924-32. doi: <https://doi.org/10.3201/eid1212.060584>.
22. Adams GJ, Walls RM. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. *JAMA.* 2020;323(15):1439-1440. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3972>.
23. Dewey C, et al. Supporting clinicians during the COVID-19 pandemic. *Ann Intern Med.* 2020;172(11):752-753. doi: <https://doi.org/10.7326/M20-1033>.
24. Wu AW, Connors C. COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience. *Ann Intern Med.* 2020;172(12):822-823. doi: <https://doi.org/10.7326/M20-1236>.
25. Barzilay R, et al. Resilience, COVID-19-related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Transl Psychiatry.* 2020;10(1):291. doi: <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>.
26. Lin C. COVID-19 and the institutional resilience of the IHR (2005): time for a dispute settlement redesign? *Contemp Asia Arbitr J.* 2020;13(1):269-90.



CUIDADO CENTRADO NA PANDEMIA: DO PACIENTE À COMUNIDADE

Camila Sardenberg¹

A doença é a zona noturna da vida, uma cidadania mais onerosa. Todos que nascem têm dupla cidadania, no reino dos sãos e no reino dos doentes. Apesar de todos preferirmos só usar o passaporte bom, mais cedo ou mais tarde nos veremos obrigados, pelo menos por um período, a nos identificarmos como cidadãos desse outro lugar.

Susan Sontag, Doença como metáfora⁽¹⁾.

RESUMO: O “cuidado centrado no paciente”, ou seja, o cuidado de saúde respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem as decisões clínicas, é um conceito relativamente recente e ainda longe de ser alcançado, na prática, pela maioria dos sistemas de saúde do mundo. Entretanto, nos últimos 20 anos, caminhamos nessa direção. No Brasil, a Política Nacional de Humanização, criada em 2003, foi um marco importante. A pandemia da COVID-19 teve um impacto negativo na qualidade do cuidado prestado e colocou em evidência a importância do acesso universal à saúde, da atenção primária, dos determinantes sociais de saúde e da formação de profissionais de saúde suficientes, adequadamente alocados e qualificados.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidado Centrado no Paciente. Qualidade. Humanização. COVID-19. Sistemas de Saúde.

¹ Médica, diretora de Qualidade e Segurança do Paciente da Associação Congregação de Santa Catarina (ACSC). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6201381585100699>. camila.sardenberg@acsc.org.br.



I. INTRODUÇÃO

O reino dos doentes, assim como todos os reinos estrangeiros, tem regras, cultura, idioma e um sistema de poder próprios. Os doentes adentram nesse outro lugar e são colocados subitamente num campo de batalha. Nesse reino, usamos a linguagem militar da guerra. Profissionais de saúde são soldados da linha de frente. Medicamentos, cirurgias e tratamentos são o arsenal, a munição, as bombas que temos para atacar as doenças. O sucesso acontece quando se vence a luta. Honramos médicos e enfermeiros como heróis na batalha contra o inimigo.

As metáforas militares ganharam força quando passamos a ver o invasor mais claramente, com a descoberta dos microrganismos. Agora sim, tínhamos um inimigo preciso, um invasor claro. Desde então, com o avanço do conhecimento a respeito das doenças, essa percepção foi abalada. Mais recentemente, a descoberta dos oncogenes endógenos, presentes nas células normais e capazes de desencadear câncer quando sofrem mutações, confrontou-nos com a dura realidade: a doença pode fazer parte, estar dentro de nós.

O médico estadunidense Harold E. Varmus, no seu discurso de agradecimento pelo prêmio Nobel de Medicina, em 1989, pela descoberta da origem celular dos oncogenes retrovirais, citou versos do poema *Beowulf*, lembrando a morte de um dragão: “Não matamos nossa inimiga, a célula cancerosa, nem arrancamos, figurativamente, os membros de seu corpo”, disse Varmus. “Em nossas aventuras, apenas vimos nossos monstros com mais clareza e descrevemos suas escamas e presas de novas formas – formas que mostram que uma célula cancerosa é uma versão distorcida do nosso eu normal.”⁽²⁾

Essa breve introdução mostra como a nossa maneira de entender como e por que adoecemos evoluiu. Entretanto, o vocabulário bélico nunca esteve tão em voga. Estamos em plena guerra contra a COVID-19, travando batalhas; mas também estamos nos confrontando com as

diferentes manifestações da doença. Por que algumas pessoas apresentam casos leves, outras são assintomáticas, enquanto outras sucumbem dramaticamente? Quais são as circunstâncias e os fatores internos, parte de nós, que ditam tais desfechos?

A ignorância a respeito desses aspectos contribuiu e ainda contribui para que muitas pessoas encarem as doenças como uma vergonha, um castigo. Como libertar os pacientes desse pesado fardo para que possam tomar decisões que respeitem sua vontade com autonomia? Como navegar nos mares revoltos do reino dos doentes?

O “cuidado centrado no paciente” congrega comportamentos e ações de profissionais e sistemas de saúde capazes de transformar a jornada dos doentes nesse outro lugar. Entretanto, por que estes temas têm despertado tanta atenção atualmente? Afinal, não somos regidos pelos princípios comuns da humanidade, e a medicina não esteve sempre centrada no paciente?

2. CUIDADO CENTRADO, UM BREVE HISTÓRICO

De modo geral, os médicos sempre fizeram aquilo que, sob a sua perspectiva, era o melhor a ser feito para o paciente. Pacientes não são apenas aqueles que sofrem (sofredor é a raiz etimológica da palavra paciente), pacientes também são aqueles que têm paciência e que seguem as ordens médicas.

Historicamente, a confiança cega dos pacientes em seus médicos baseou-se no fato de que a medicina era muito mais arte do que ciência. A partir do século XIX, graças ao avanço sem precedentes da ciência, passamos a separar o conhecimento da ignorância, o que, de fato, sabemos e o que são hipóteses, conjecturas. Assim, apenas recentemente, médicos se sentiram confortáveis para compartilhar com os pacientes suas dúvidas e incertezas.

No livro *The Silent World of Doctor and Patient*, a autora Jay Katz explora como, desde o nascimento da Medicina, a participação do paciente no seu próprio cuidado nunca foi uma prática. Ao contrário. Hipócrates teria dito: “a vida é curta, a arte é longa, a oportunidade é fugaz, a experiência enganosa, o julgamento difícil. O médico deve estar pronto, não apenas para cumprir o seu dever, mas também para assegurar a cooperação do paciente e dos subordinados”. Segundo Jay, estas eram e ainda são as obrigações solitárias dos médicos: lidar da melhor maneira possível com a vida, a arte, a oportunidade, a experiência e o julgamento. Compartilhar com os pacientes as oportunidades disponíveis, se seguras ou perigosas, ou a análise lógica de um julgamento, não fazem parte da tarefa Hipocrática⁽³⁾. Portanto, a ideia de compartilhar com os pacientes a responsabilidade das decisões médicas nunca fez parte do *etos* (atitudes, hábitos e crenças) da medicina.

A assimetria de conhecimento ou informação, termo utilizado quando, numa negociação, uma das partes tem mais e melhores informações do que a outra, é comumente elencada como a principal causa de tal comportamento. De fato, médicos dedicam muitos anos de suas vidas

estudando e melhorando suas habilidades médicas e têm, indiscutivelmente, vantagem nesse aspecto. Além do poder conferido pelo conhecimento, os médicos têm o poder, a licença legal para o exercício da medicina.

O termo “cuidado centrado no paciente” é relativamente recente. Foi cunhado em 1988 por Harvey Picker, um empresário e filantropo estadunidense que fundou o Picker Institute, nos Estados Unidos da América (EUA). Na época da sua criação, essa organização sem fins lucrativos declarava como missão desenvolver um cuidado de saúde cientificamente moderno e igualmente sensível às necessidades dos as pacientes. Compreender e respeitar os valores, as preferências e as necessidades expressas dos pacientes deveriam ser a base do “cuidado centrado no paciente”.

Em 2001, o Institute of Medicine (a Academia Nacional de Medicina dos EUA) elencou, em sua publicação, *Crossing the Quality Chasm*, seis atributos necessários para a construção de um sistema de saúde acessível, integrado e confiável: cuidado centrado no paciente, efetividade, eficiência, oportunidade (cuidado oportuno, sem atrasos), equidade e segurança. “Cuidado centrado no paciente” foi definido nessa publicação como “cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas.”⁽⁴⁾ Essa definição é hoje aceita por especialistas como a mais abrangente e completa definição do termo “cuidado centrado no paciente”.

A partir de 2010, pesquisadores e especialistas passaram a usar, em suas publicações, os termos “cuidado centrado na pessoa” e “cuidado centrado na pessoa e família”. O objetivo é tornar claro que o paciente é um sujeito com necessidades, crenças e valores únicos e que está doente, mas não se resume a um apanhado de sintomas e diagnósticos.

Embora ainda não exista uma definição de “cuidado centrado na pessoa” que seja fruto de um consenso entre especialistas, destaco, aqui, a proposta desenvolvida pela The Health Foundation, do Reino Unido. De acordo com a The Health Foundation, o “cuidado centrado na pessoa” é construído a partir de quatro princípios fundamentais: em todos os momentos, o paciente é tratado com dignidade, respeito e compaixão; o cuidado de saúde é coordenado entre os diferentes ambientes e serviços de saúde (transições); o cuidado é personalizado (o que é importante?) e é capacitante, ou seja, ele desenvolve capacidades que promovem o envolvimento e a participação da pessoa no seu próprio cuidado de saúde. Os princípios do “cuidado centrado na pessoa” regem atividades importantes como o autocuidado, o planejamento de saúde de forma colaborativa entre os profissionais de saúde e a decisão médica compartilhada.⁽⁵⁾

No Brasil, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS) foi criada em 2003 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de atuar, de forma transversal, às demais políticas de saúde. Essa política não inaugura o tema da humanização, mas muda sua estratégia, passando a ser transversal, e não mais focada nos programas de atenção específicos como os programas de atenção ao parto, saúde da criança etc.

Segundo a publicação HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão⁽⁶⁾.

A Política Nacional de Humanização (PNH) é, portanto, uma política de inclusão. Inclusão das pessoas (gestores, trabalhadores e usuários) nos processos de tomada de decisão. Desdobrada por meio de várias ações que incluem, entre outras, a coordenação e a continuidade do cuidado, a eliminação de intervenções desnecessárias e o fomento à autonomia, a PNH está em consonância com as definições mais recentes e modernas de cuidado centrado.

3. CUIDADO CENTRADO NA PANDEMIA

A pandemia causada pelo coronavírus e as consequentes crises sanitária e econômica globais atingiram o coração do “cuidado centrado no paciente”. Embora menos perigosa do que muitas das doenças que enfrentamos, a COVID-19 trouxe o distanciamento social e o isolamento necessários para mitigar a transmissão e reduzir o contágio. Dentro dos hospitais, além do isolamento de pacientes suspeitos e confirmados, restringimos as visitas e a presença de acompanhantes. Suspendemos, ainda que temporariamente, cirurgias e tratamentos. Obviamente, essas eram e ainda são as ações que devem ser tomadas diante de uma doença infectocontagiosa transmitida por contato e secreções respiratórias para a qual não há tratamento específico nem vacina. No entanto o custo humano de uma pandemia é alto. Acompanhamos, atônitos, pacientes idosos morrendo sozinhos, sem cuidados paliativos adequados enquanto suas famílias eram notificadas por telefone por profissionais de saúde física e emocionalmente exaustos. Cemitérios abarrotados, valas comuns. Operamos, globalmente, abaixo do nosso padrão de qualidade normal, porque definitivamente estes não são tempos normais. Embora a maioria dos sistemas de saúde tenha, como valor e objetivo, o “cuidado centrado no paciente”, uma pandemia requer uma mudança de perspectiva em direção ao conceito de “cuidado centrado na comunidade”⁽⁷⁾.

Nesse sentido, a pandemia da COVID-19 trouxe à tona aspectos fundamentais para a saúde das populações, como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, os chamados determinantes sociais de saúde (DSS)⁽⁸⁾. É ampla a discussão atual sobre a necessidade de construção de programas e políticas públicas para combater as iniquidades de saúde geradas pelos DSS.

Do mesmo modo, nunca debatemos tanto sobre a importância de sistemas de saúde públicos universais, com atenção primária ampla e resolutiva, programas de promoção de saúde e participação ativa dos usuários. Os profissionais de saúde, merecidamente homenageados, fazem

o sistema de saúde e estão no foco dos debates. Planejar a força de trabalho, recrutar, implementar estratégias de incentivo e educação permanente precisam entrar na agenda dos gestores e dos formuladores de políticas de saúde⁽⁹⁾.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vivemos ainda sob a sombra da pandemia da COVID-19; e, certamente, o tempo nos ajudará a entendê-la melhor. Hoje, procuramos episódios semelhantes na história em busca de ensinamentos, experiências. A peste negra no século XIV, a varíola no século XVI, a gripe espanhola no século XX. No seu livro *Notas sobre a pandemia*, Yuval Harari observa que, nesses episódios, a principal reação das pessoas era a resignação. Não havia o que fazer ante o encontro marcado com o destino. É inegável que o impacto das epidemias nos tempos atuais (por exemplo, ebola, aids) é muito menor. Assim como é inegável que, hoje, a maioria de nós reage não com resignação, mas com indignação, esperança e confiança na ciência. Agimos assim graças às informações científicas confiáveis e ao compartilhamento dessas informações. A cooperação internacional foi e ainda é fundamental no enfrentamento da COVID-19, e é isso que deve ficar. A cooperação, e não o isolamento, pois somos animais sociais, buscamos o contato físico, e isso não mudará⁽¹⁰⁾.

REFERÊNCIAS

1. Sontag S. Doença como metáfora e Aids e suas metáforas. Figueiredo R, Britto PH (trad). São Paulo: Companhia das Letras; 2007. p. 11. Prólogo.
2. Mukherjee S. O imperador de todos os males. Companhia das Letras; 2010. Edição do Kindle. p. 447.
3. Katz J. The Silent World of Doctor and Patient, 1984. The Johns Hopkins University Press; 2002. p. 1 .
4. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century, Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.
5. The Health Foundation. Person-Centered care made simple [Internet]. The Health Foundation: London; 2014 [acesso 2020 nov 20]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>.
6. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
7. Nacoti M, et al. At the epicenter of the COVID-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. NEJM Catalyst; 2020.
8. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus Determinantes Sociais Physis.2007;17(1):77-93. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
9. Agenda Saúde na Cidade. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS), Impulso e Instituto Arapyaú, 2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 20]. Disponível em: https://saudenacidade.org/wp-content/uploads/2020/10/ebook_saude_na_cidade.pdf.
10. Harari YN. Notas sobre a pandemia. Companhia das Letras. Edição do Kindle; 2020.



A QUALIDADE DO CUIDADO E O AUTOCUIDADO APOIADO NA PANDEMIA

Silvia Takeda¹

Sergio Antonio Sirena²

RESUMO: A Atenção Primária à Saúde (APS) tem alto grau de capilarização no território nacional e alcança parcelas expressivas da população exposta a riscos adicionais devidos às condições de vida. O conhecimento do território e seus habitantes, o amplo acesso, o vínculo entre moradores e equipe de saúde, a integralidade da assistência, a abordagem familiar, a orientação comunitária, o monitoramento das famílias vulneráveis são prerrogativas para o combate à epidemia e concomitante atenção ao conjunto das necessidades em saúde da população. Essas características conferem aos serviços de APS um importante papel nas redes de atenção à saúde e têm potência para contribuir vigorosamente no enfrentamento da epidemia.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Autocuidado. COVID-19. Integralidade em Saúde. Qualidade Assistencial.

1 Médica de Família e Comunidade, Epidemiologista. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. <http://lattes.cnpq.br/2514773349572966>. tsilvia@terra.com.br.

2 Médico de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS. Professor na Universidade de Caxias do Sul, RS. <http://lattes.cnpq.br/0970307869438358>. sergiosirena@hotmail.com.



I. INTRODUÇÃO

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada ao sistema de serviços de saúde e *locus* de responsabilidade pela atenção contínua e integral aos pacientes e populações, encontram-se em posição estratégica para o enfrentamento da pandemia no Brasil. A APS é alicerce para qualquer resposta emergencial a problemas de saúde, da mesma forma que a epidemiologia e a vigilância são indispensáveis para a detecção e o monitoramento de epidemias e emergências públicas⁽¹⁾. Em ação coordenada com a vigilância em saúde dos municípios, a APS deve estar envolvida no planejamento e nas ações das situações emergenciais, estabelecendo fluxos de informação de duas mãos, comunicando com a população e agregando a inteligência (informações de saúde) da linha de frente da APS⁽¹⁾.

A APS tem alto grau de capilarização no território nacional e alcança parcelas expressivas da população exposta a riscos excedentes devido às condições de vida⁽²⁾. O conhecimento do território e seus habitantes, o amplo acesso, o vínculo entre moradores e equipe de saúde, a integralidade da assistência, a abordagem familiar, a orientação comunitária, o monitoramento das famílias vulneráveis são prerrogativas para o combate à epidemia e concomitante atenção ao conjunto das necessidades em saúde da população.

Essas características conferem à APS um importante papel nas redes de atenção à saúde e têm potência para contribuir vigorosamente no enfrentamento da epidemia. O texto que segue aborda aspectos da organização dos serviços de APS no contexto da pandemia pelo novo coronavírus, bem como a importância do cuidado das equipes de saúde aos pacientes, seus familiares e comunidade, e destaca a premência em responder ao conjunto das necessidades de saúde, enquanto a pandemia segue.

A crise do ebola deixou lições valiosas: estima-se que o número de pessoas que foram a óbito por falta dos cuidados usuais devido à redução do acesso excedeu as mortes pelo vírus⁽³⁾.

2. QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A qualidade da atenção à saúde é entendida como tendo duas dimensões: acesso e efetividade⁽⁴⁾. Em síntese, pode ser expressa em duas questões: (a) as pessoas recebem o cuidado que necessitam quando necessitam? (acesso); e (b) quando obtêm o cuidado, este é efetivo em termos clínicos e em termos das relações interpessoais? A efetividade compreende, então, a efetividade clínica e a efetividade das relações interpessoais.

A *efetividade clínica* refere-se ao uso da melhor tecnologia e conhecimento atual e traduz-se, por exemplo, no uso de diretrizes clínicas baseadas em evidências e no uso da melhor informação e recursos disponíveis.

A *efetividade das relações interpessoais* refere-se à qualidade da comunicação e diálogo entre profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Uma atenção de qualidade pressupõe ainda serviços de saúde comprometidos em identificar e responder ao conjunto das necessidades em saúde de suas populações. As pessoas são as mesmas, conhecidas pelas equipes de APS, e podem ter uma condição crônica clinicamente controlada ou que agudizou, podem adquirir COVID-19, ou ainda apresentar qualquer outra necessidade em saúde.

Esses pressupostos da qualidade e os atributos da APS definidos por Starfield⁽⁵⁾ orientam as abordagens a seguir apresentadas.

3. A FORÇA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS é potente no enfrentamento da epidemia e na redução das iniquidades em saúde⁽⁶⁻⁷⁾. Possui os requisitos para evitar o aumento da iniquidade de acesso, no entanto, precisa estar fortalecida, estruturada e entendida como um importante espaço de respostas do setor saúde à epidemia, que segue sem prazo certo para findar. Países com forte APS não necessariamente vivenciaram menor mortalidade por COVID-19⁽⁸⁾. O que parece fazer diferença na contenção da epidemia é como a APS é mobilizada e sua integração com a Vigilância em Saúde.

Uma APS forte significa equipes de saúde treinadas, competentes, confiáveis e disponíveis, respondendo ao conjunto de necessidades em saúde (**Quadro 1**) e às expectativas das pessoas (**Quadro 2**). Significa ainda que a unidade de saúde é um local seguro, com serviços de qualidade, independentemente da epidemia⁽⁹⁾, e que a população confia na equipe de saúde.

Sabe-se que houve descontinuidade de serviços de saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾, incluindo imunizações de rotina, diagnóstico e tratamento de doenças crônicas, planejamento familiar e contracepção, trata-

mento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento de cânceres. A descontinuidade se deu tanto por diminuição de demanda quanto pela falta de suprimentos e recursos humanos⁽¹⁰⁾. As equipes de atenção primária têm as prerrogativas para enfrentar a situação, com sua expertise a respeito da população, a abordagem centrada nas pessoas, o olhar integral, a acurada avaliação de risco. Contar com clínicos com preparo para lidar com as incertezas e com tomada de decisões complexas a partir das melhores evidências são elementos essenciais⁽¹²⁾ para lidar com a dimensão e tamanho dos problemas de saúde neste cenário.

QUADRO 1. As necessidades em saúde

As condições agudas
As condições crônicas agudizadas
As condições crônicas
Condições gerais e inespecíficas
As demandas administrativas
A prevenção de doenças e a promoção da saúde
A epidemia

Fonte: Adaptado de Mendes EV, 2015⁽¹³⁾.

QUADRO 2. As expectativas dos pacientes para com a equipe de saúde

Acesso à informação a respeito de seu diagnóstico, as implicações na sua saúde, os possíveis tratamentos e suas consequências, o impacto da doença na sua vida;
A continuidade do cuidado e facilidade do acesso a ele;
A coordenação do cuidado, particularmente com especialistas;
Melhoras estruturais para obter o cuidado, como facilidade de agendamento e curto tempo de espera;
Custos compatíveis;
Orientações sobre como lidar com dor, incerteza, medo, depressão, raiva, solidão, distúrbios do sono, perda de memória, necessidade de atividade física, disfunções sexuais, estresse etc.

Fonte: Holman H, Lorig K, 2004⁽¹⁴⁾.

4 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS PARA O CUIDADO INTEGRAL

A vigência da epidemia do novo coronavírus exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco⁽¹⁾ em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo

a atuação nos territórios, a adequada proteção dos profissionais, as mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local, as necessidades de apoio logístico e operacional, incluindo transporte, material, equipamentos de segurança, e proteção); formação e educação permanente dos profissionais das equipes de saúde; retaguarda necessária para a ação coordenada da APS com outras instituições e serviços, parcerias com organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando solidariedade⁽¹⁵⁾.

Os serviços de APS vêm se reorganizando com os propósitos de enfrentar a epidemia e simultaneamente manter a oferta do conjunto de ações de saúde. O protagonismo de vários municípios e serviços de APS no país vem sendo ressaltado^(11,15-19). A introdução de inovações e o incremento do uso de novas práticas potencializam o trabalho das equipes e ampliam o acesso. Entre elas, a avaliação remota (teletendimento, videoconsultas, telemonitoramento), o uso de novas tecnologias na comunicação e educação em saúde (*chats on-line*, apps de mensagens), a valorização da estratificação das condições crônicas conforme os riscos, o uso de escalas de vulnerabilidade para idosos e a extensão do prazo das receitas para medicações de uso regular, entre outros.

A seguir, são apresentados eixos de atuação dos serviços de APS e sumarizadas recomendações para a organização dos serviços: (i) a atenção às pessoas com COVID-19 na APS; (ii) a identificação proativa das pessoas com maiores riscos; (iii) o monitoramento das pessoas com doenças crônicas; (iv) o suporte a grupos vulneráveis; (v) a continuidade das ações próprias da APS no decorrer da epidemia; (vi) as atividades de atualização e educação em saúde; (vii) o monitoramento, a avaliação e o planejamento das ações de saúde.

4.1 A ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM COVID-19 NA APS

A grande maioria (80%) dos casos de COVID-19 é leve^(1,20), boa parte dos moderados procuram os serviços de atenção primária como primeiro contato com o sistema de saúde, as pessoas com maiores riscos para adoecer ou complicar precisam da proatividade das equipes de APS para identificá-las e encaminhar precocemente; e todos procuram a Unidade de Saúde para informações⁽⁹⁾.

O manejo clínico do caso suspeito de COVID-19 nas Unidades de Saúde envolve as ações necessárias para proteger os profissionais de saúde e demais pacientes do contágio, a identificação imediata dos usuários com sintomas respiratórios e a adoção de medidas para evitar transmissão; a classificação da gravidade da síndrome gripal; o atendimento dos casos leves; a prescrição e a orientação quanto ao isolamento domiciliar; a estabilização e o encaminhamento dos casos graves a serviços de urgência, e a notificação^(11,19).

A maioria das pessoas com COVID-19 pode ser manejada remotamente com aconselhamento sobre o manejo de sintomas e autoisolamento⁽²¹⁻²²⁾. A maioria das consultas pode ser feita por telefone, no entanto, a imagem por vídeo fornece pistas visuais adicionais

e reforça a presença terapêutica do profissional de saúde para o paciente. Os atendimentos *on-line* são realizados com base em protocolos/recomendações^(19,21-22) e mensagens claras. Algoritmos orientam para os sinais de alerta (intensa falta de ar ou dificuldade para respirar, dor ou pressão no peito, lábios ou rosto azul, história sugestiva de choque) e quando encaminhar para os demais níveis de atenção⁽²⁰⁾.

O monitoramento dos casos suspeitos e daqueles confirmados é realizado via contato telefônico no intervalo de 24 horas ou 48 horas, a depender da avaliação clínica. As informações obtidas no monitoramento clínico são registradas em prontuário e incluem verificação dos sintomas, seguimento da evolução do quadro e investigação do surgimento de sintomas nos contatos⁽²⁰⁾.

4.2 AUTOCUIDADO E APOIO AO AUTOCUIDADO

O papel educador dos profissionais de saúde é de suma importância neste contexto: pacientes bem informados podem fazer muito em termos do seu autocuidado, identificar sinais de gravidade, evitar contágios e prevenir a disseminação da epidemia.

Autocuidado é a capacidade das pessoas (e suas famílias) de gerenciar seu cuidado e lidar cotidianamente com desconforto, dor, incapacidade, tratamentos (regimes complexos de medicação), impactos emocionais e ajustes no estilo de vida. É também a capacidade de reconhecer e atuar quando ocorrerem sinais de risco, saber quando buscar ajuda da equipe de saúde e comunicar-se eficazmente com profissionais da saúde. Na prática, significa usuários bem informados e com as habilidades e a confiança para tomar decisões sobre sua própria saúde e se cuidarem, com o apoio da equipe⁽²³⁾. A isto, chamamos autocuidado apoiado.

Às equipes, cabe reconhecer o papel essencial das pessoas no manejo de sua saúde, envolvê-las na definição de metas e elaboração dos planos de cuidado em conjunto. O processo educativo deve ser feito *com* e não *para* a pessoa. É importante o apoio à autonomia e reconhecer a capacidade que ela tem de direcionar a própria vida.

O autocuidado apoiado fundamenta-se em três pilares: os aspectos clínicos, o estilo de vida, e os aspectos emocionais⁽²⁴⁾ (**Quadro 3**). As pessoas precisam, então: conhecer sobre a sua condição clínica; mudar hábitos que constituem fatores de risco e lidar com os aspectos emocionais. Essa abordagem, efetiva para as condições crônicas, aplica-se especialmente ao contexto da COVID-19.

Uma relação profissional-paciente baseada na troca, visando à autonomia do paciente, à liberdade de escolha e ao desenvolvimento de sua autoeficácia, é facilitadora para a construção de relações cooperativas e desenvolvimento de autocuidado.

QUADRO 3. Os pilares do autocuidado apoiado

Conhecer sobre os aspectos clínicos de sua condição

As pessoas precisam conhecer sobre o problema de saúde e desenvolver as habilidades para cuidarem-se melhor. Referente à COVID-19, cabe aos clínicos assegurar que tenham as informações e as habilidades para reconhecer os sinais e sintomas da doença, reconhecer sinais de gravidade, saber transmitir para os profissionais de saúde, participar de teleatendimentos. A falta de informações deixa as pessoas ansiosas sobre o que fazer, e acabam buscando desnecessariamente os serviços de saúde (e assim aumentam exposição ao vírus).

Mudar estilo de vida

Mudar hábitos é difícil. As pessoas precisam do apoio das equipes de saúde para realizar as mudanças necessárias. Por exemplo, incorporar novos hábitos de higiene, o uso de máscaras, realizar isolamento físico. A entrevista motivacional é um recurso útil, estimulando a mudança de comportamento, ajudando a pessoa a explorar e resolver ambivalências. Seu princípio central é a negociação e não o conflito. Envolve orientação mais que direção, acompanhamento mais que confronto e tem como fundamento o caráter colaborativo e de respeito pela autonomia da pessoa. Busca evocar as boas motivações dos pacientes em fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde, de sua família e comunidade⁽²⁵⁾.

Lidar com os aspectos emocionais

Propiciar suporte psicológico, o apoio necessário para lidar cotidianamente com o impacto emocional (perdas, a tristeza, a frustração, a raiva, a ansiedade) e as limitações da sua condição clínica⁽²³⁾.

Fonte: Adaptado de Lorig, K. R.; Holman, H. 2003⁽²⁴⁾.

QUADRO 4. Estratégias no autocuidado apoiado

- Avaliar o conhecimento da pessoa sobre sua condição de saúde;
- Avaliar a importância dada e o grau de confiança para o autocuidado;
- Avaliar o grau de depressão, que influencia as ações de autocuidado;
- Conversar sobre as barreiras ao autocuidado;
- Informar sobre os sintomas e os resultados dos exames complementares;
- Informar sobre a importância das mudanças comportamentais, incluindo tomar a medicação;
- Identificar com a pessoa possíveis recursos existentes na família e na comunidade que possam dar suporte ao autocuidado;
- Estabelecer, de forma compartilhada com a pessoa, metas específicas para o autocuidado e o plano de ações para alcançar as metas definidas;
- Estimular a pessoa a buscar a ajuda de parentes e amigos;
- Monitorar, a distância, por telefone ou correio, o plano de autocuidado;
- Intervenções com uso de recursos tecnológicos, como telemedicina, realidade virtual e programas computacionais, em variados aspectos da reabilitação;
- Avaliar o alcance de metas em conjunto com o paciente;
- Trabalho em equipe multiprofissional;
- Dar à pessoa uma cópia, por escrito, do plano;
- Ter competência cultural;

Fonte: com base em Lorig K (24) e Morais⁽²⁶⁾.

4.3 A IDENTIFICAÇÃO PROATIVA DAS PESSOAS COM MAIORES RISCOS

Ainda que a maioria dos infectados apresente sintomas leves e bom prognóstico, é possível, por meio das evidências existentes, identificar fatores de risco associados aos casos mais graves e maiores taxas de mortalidade. Os fatores de risco são principalmente relacionados com a idade elevada, baixa imunidade e doenças crônicas preexistentes⁽²⁷⁻²⁸⁾. Em situações de emergências nacionais, quando há interrupção de cuidados e medicamentos, mudanças em rotinas, dietas, atividades físicas, atividades sociais, as pessoas tendem a descompensar suas condições clínicas e piorar o estado de saúde⁽²⁷⁻²⁸⁾. Os serviços de saúde e as cadeias de suprimentos podem ser interrompidos, os recursos de saúde sofrem limitações e o foco dos esforços muda para outras áreas. O estresse, a inatividade, as mudanças na dieta, o autoisolamento e o pior acesso à assistência médica pioram o estado de saúde e aumentam o risco de gravidade e complicações do COVID-19. Estudo brasileiro demonstra as mudanças no estilo de vida dos brasileiros após início da pandemia⁽²⁹⁾.

O controle da condição clínica é fator protetor nas infecções⁽¹⁰⁾. A revisão das evidências sobre o cuidado das pessoas com doenças crônicas durante epidemias e emergências recomenda a proatividade das equipes de APS, buscando evitar a piora das suas condições de saúde⁽²⁸⁾.

Nenhuma condição crônica pode ser negligenciada, mas destacam-se particularmente: doença pulmonar crônica ou asma de moderada a grave; imunossuprimidos (câncer, HIV+, transplantados, doenças imunológicas, em uso prolongado de corticoides e outros medicamentos imunossupressores); doenças cardíacas; insuficiência renal; doenças hepáticas; diabetes mellitus e hipertensão arterial, especialmente se não controlados; obesidade grave (IMC>40 kg/m²); tabagismo.

As situações acima listadas não esgotam a lista. As equipes de APS conhecem as pessoas, as áreas de maior risco, os idosos, os acamados, pessoas com deficiência neurológica, deficiência mental, problemas de saúde mental, tuberculose, gestantes, recém-nascidos, puérperas, mulheres com alterações nos exames de rastreio que necessitam seguir investigação e tratamento.

Os cuidados de rotina, importantes para o controle clínico nas doenças crônicas, nas multimorbidades, e nos idosos entre outros, podem ficar comprometidos. Às equipes de saúde, cabe proativamente identificar e monitorar a saúde dos moradores nos territórios de sua responsabilidade, assegurando que os cuidados necessários sejam mantidos. As listas podem ser grandes, e é preciso priorizar. Nem todo hipertenso ou diabético tem risco aumentado. Por meio da estratificação de riscos^(17,30,23), é possível avaliar risco clínico e capacidade de autocuidado. Idosos podem ser priorizados por intermédio da aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)⁽³²⁻³³⁾ – “*Os idosos não são todos iguais, ainda que tenham a mesma idade*”⁽³³⁾ – que rastreia fragilidades tais como declínio funcional, quedas, polifarmácia, alterações cognitivas de humor, incontinência urinária, entre outras e comorbidades^(17,31-32).

4.4 O MONITORAMENTO DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS

As equipes de saúde definem a lista de pessoas prioritárias de seu território e, gradativamente, vão ampliando o número de acompanhados. Os atendimentos devem ser programados conforme estratificação de risco e avaliação da condição clínica do paciente, para, assim evitar agendamento de retornos presenciais na unidade para pacientes que estão com a condição crônica controlada, por exemplo. Reduzir a presença desnecessária de usuários no serviço de saúde, sempre que possível, é medida de segurança aos pacientes e permite aos clínicos o monitoramento, que é realizado por meio de contatos telefônicos, teleconsultas, consultas presenciais, mensagens de texto ou visitas domiciliares, dependendo de cada caso.

A teleassistência é um importante recurso para a manutenção da atenção a doentes crônicos. O contato regular, mesmo com uso de tecnologias, faz diferença para a adesão terapêutica.

O vínculo é fundamental: o contato dos clínicos com seus pacientes, da equipe de referência com a população a que está vinculada facilita a comunicação, aumenta adesão às recomendações e, inclusive, identifica para quais pacientes não vale a pena realizar teleconsulta (ex.: surdez, demência, entre outras).

É essencial que as pessoas com doenças crônicas tenham seu calendário vacinal atualizado, principalmente a vacina Influenza e Pneumocócica 2-valente (para idosos), dado o aumento do risco de infecção bacteriana secundária pela COVID-19 .

4.5 O SUPORTE A GRUPOS VULNERÁVEIS

Idosos, pessoas com comorbidades e grupos com maiores riscos vivem cotidianamente situações de isolamento ou restrições, agora agravadas. O isolamento social, que protege da epidemia, traz problemas como a descompensação clínica, agravamento de *deficits* cognitivos, depressão e ansiedade, violência doméstica^(31,33). Instituições de longa permanência para idosos, unidades penitenciárias e casas de acolhimento institucional devem ser foco de monitoramento intensivo. Orientações da equipe de saúde podem ajudar a aliviar seu sofrimento, apoiar cuidadores, diminuir a violência e melhorar o ambiente em que vivem. Para os casos em que o contato remoto não é possível, Agentes Comunitários de Saúde, tomando os cuidados adequados de proteção contra contágio, realizam a visita domiciliar e com a equipe fazem os planos de apoio⁽³⁴⁾.

4.6 A CONTINUIDADE DAS AÇÕES PRÓPRIAS DA APS NO DECORRER DA EPIDEMIA

A organização dos serviços é um processo constante. A vinculação de novos usuários é uma ação permanente e dinâmica, uma vez que inclusões e exclusões de usuários da lista de pessoas sob responsabilidade de uma equipe ocorrem de maneira contínua.

O acesso depende da organização da agenda e da disponibilização de modos alternativos de contato entre paciente e equipe de saúde. No que se refere à organização da agenda, todas as pessoas que buscam a unidade de saúde devem ser acolhidas.

As demandas administrativas devem ser direcionadas conforme fluxo pactuado em equipe, evitando que ocupem espaços destinados ao atendimento clínico. É indispensável sistematizar a resposta às necessidades administrativas previsíveis, uma vez que as demandas administrativas são motivo de cerca de 20% das consultas.

Em todos os turnos de atendimento, devem ser ofertadas consultas de demanda espontânea para responder às demandas clínicas agudas. Os agendamentos de consultas devem ser para período não superior a 72 horas, evitando absenteísmo, exceto para condições específicas, como pré-natal, puericultura, tuberculose e casos clínicos complexos.

Na organização das agendas, os clínicos devem considerar um período em cada turno para as avaliações remotas (tele ou videoconsultas) e um período para as consultas presenciais. Às agendas médicas, são recomendadas proporções de cerca de 70% de consultas destinadas às demandas do dia, 20% de consultas com agendamento em até 72 horas e 10% de consultas com agendamento superior a 72 horas para condições específicas^(18,35-36). Quanto à agenda de saúde bucal, reservar um mínimo de um terço do tempo de trabalho para atendimentos de demanda espontânea e preferencialmente em todos os turnos de atendimento odontológico. A oferta de consultas de enfermagem deverá ter foco preferencial no atendimento de pessoas com doenças crônicas, rastreamento de neoplasias, atendimento de pacientes com infecções sexualmente transmissíveis, pacientes com problemas de saúde mental, pré-natal, puericultura e outros, seguindo protocolos validados para o atendimento de enfermagem.

As agendas devem ser organizadas para ofertar, em todos os turnos, consultas voltadas para condições variadas (pacientes com doenças crônicas, pré-natal, puericultura, entre outros). Turnos voltados exclusivamente para atendimento de grupos específicos, como, por exemplo, “tarde de pré-natal”, não devem fazer parte da rotina assistencial dos serviços, sendo fortemente desaconselhável a organização de agendas “por programas”.

As atividades coletivas, como grupos de tabagismo, de gestantes, de idosos, devem ser realizadas por webconferência, sempre que possível.

Cada equipe organiza-se com a lista de pacientes que estão sob sua responsabilidade para ações de promoção e prevenção de saúde, resposta ágil às demandas agudas, otimização do acompanhamento de doenças crônicas, prevenção de internações por condições sensíveis à APS, entre outros.

As Unidades de Saúde são o local de resposta para a grande maioria das demandas de saúde dos moradores do território, sendo capazes de resolver a maior parte delas e encaminhar adequadamente as demais. Para isso, cada unidade deve ofertar ampla gama de ações e procedimentos, com referenciamento responsável e acompanhamento corresponsável do

paciente quando a melhor resposta estiver em outros níveis de atenção. No escopo da APS, o instrumento que define as ações e procedimentos a serem realizados nas Unidades é a Carteira de Serviços da APS, Portaria nº 1.462, de 30 de dezembro de 2019⁽³⁷⁾. A Carteira de Serviços corresponde ao cardápio de serviços prestados pelas unidades de APS. São ações que devem ser oferecidas para que as pessoas recebam atenção integral e resolutiva, tanto do ponto de vista do processo saúde-doença como das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação adequadas ao contexto da APS.

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, que conhecem o contexto de saúde da população e têm vínculo com a comunidade, é primordial para o cuidado em saúde e ampliação do acesso. Suas práticas são desenvolvidas tanto na Unidade quanto nos territórios.

Os serviços de saúde têm por propósito prestar serviços à população, e, para fazê-lo de forma adequada, é preciso que instituam formatos de participação ativa das pessoas na organização dos serviços e na tomada de decisões, utilizando tecnologias de comunicação a distância.

No que se refere à vigilância, as equipes de APS têm essencial papel na prevenção da disseminação da epidemia. Em Nova Lima/MG⁽¹⁷⁾, com o objetivo de identificar e isolar precocemente os casos suspeitos de COVID-19, as equipes realizam busca ativa de sintomáticos respiratórios na comunidade. Os Agentes Comunitários de Saúde fazem contato, por telefone ou aplicativo de mensagens, com as famílias de sua microárea indagando quanto à presença dos sinais e sintomas de gripe. As pessoas identificadas com sintomas gripais são encaminhadas para atendimento telefônico com médico ou enfermeiro, que determinará a conduta, com base na avaliação.

A análise sistemática da situação de saúde no território permite o planejamento estratégico, a organização e a execução de ações em saúde para responder ao conjunto das necessidades em saúde do território, que são mutantes com o tempo, e em especial com o surgimento da epidemia. Fazem parte da vigilância a identificação dos potenciais riscos à população; a análise epidemiológica do território; a notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; o registro de agravos de importância local; a emissão e preenchimento adequado da declaração de óbito de pacientes vinculados; a participação nos processos de vigilância de óbitos maternos, infantil e fetal.

4.7 ATIVIDADES FORMATIVAS RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO

A variabilidade de situações vivenciadas na rotina da APS, acrescida pelos desafios de uma epidemia causada por uma nova doença, exige atualizações constantes para que as equipes de saúde se mantenham capazes tecnicamente, resolutivas e preparadas a fornecer respostas adequadas às necessidades em saúde da população. Atualmente, há grande disponibilidade de capacitações a distância.

4.8 MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E REPLANEJAMENTO

Cabe às equipes de saúde acompanhar o seu próprio desempenho por meio de indicadores de acesso e demais componentes da qualidade do cuidado oferecido, para direcionar as ações de saúde. Essas atividades permitem conhecer a capacidade dos serviços em responde às necessidades em saúde.

5. COMENTÁRIOS FINAIS

A APS é potente na redução de iniquidades em saúde e deve, portanto, ser fortalecida e mais bem estruturada para constituir-se como uma das principais respostas do setor saúde à pandemia. As unidades de APS desempenham importante papel como primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde. Entretanto, será necessária flexibilização e inovação para adaptar-se a este cenário extraordinário e desafiador.

O desafio exige a mobilização da força de trabalho, o compartilhamento de tarefas e a introdução de novas metodologias de comunicação, para que os serviços promovam cuidados abrangentes, sejam capazes de intensificar a atenção à saúde nas doenças crônicas e reforçar as medidas de prevenção e manejo clínico da COVID-19. Ademais, valendo-se da longitudinalidade, lidar com os problemas resultantes do isolamento prolongado e da precarização da vida social e econômica, cujas consequências são de difícil previsão.

REFERÊNCIAS

1. Dunlop C, et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1):bjgpopen20X101041. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>.
2. Sarti TD, et al. Qual o papel da atenção primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020166. doi: <https://doi.org/10.5123/S167949742020000200024>.
3. Sochas L, Channon AA, Nam S. Counting indirect crisis-related deaths in the context of a low-resilience health system: the case of maternal and neonatal health during the Ebola epidemic in Sierra Leone. *Health Policy Plan*. 2017;32(suppl_3):iii32-iii39. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx108>.
4. Campbell SM, et al. Identifying predictors of high-quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323(7316):784-7. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7316.784>.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
6. Hone T, et al. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002306>.
7. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 2018;42(spe 1):18-37. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.
8. Goodyear-Smith F, et al. Relationship between the perceived strength of countries' primary care system and COVID-19 mortality: an international survey study. *BJGP Open*. 2020;4(4):bjgpopen20X101129. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101129>.
9. Schwarz D, Tritter B. As Coronavirus Spreads, It's Time To Diagnose & Treat Our Broken Primary Health Care Systems. *Health policy Watch* [Internet]. 24 mar 2020 [acesso 2020 dez 20]. Disponível em: <https://healthpolicy-watch.news/as-coronavirus-spreads-its-time-to-diagnose-treat-our-broken-health-systems/>.
10. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020 [Internet]. 27 ago 2020 [acesso 2020 dez 20]. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1.

11. Fernandez MV, et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da COVID-19. APS em Revista. 2020;2(2):114-21. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>.
12. Soeiro RE, et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. Inter Am J Med Health. 2020;3:e202003010.
13. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015. 193 p.: il. ISBN: 978-85-8071-034-2.
14. Holman H, Lorig K. Patient Self-management: a key to effectiveness and efficiency in care of chronic disease. Public Health Rep. 2004;119(3):239-43. doi: <https://doi.org/10.1016/j.phr.2004.04.002>.
15. Medina MG, et al. Comitê Gestor da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Cad Saúde Pública 2020;36(8):e00149720.
16. Engstrom E, et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19, Fiocruz; 2020. Série Linha de Cuidado COVID-19 na rede de atenção à Saúde.
17. Barra RP, et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. APS em Revista. 2020;2(1):38-3. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.64>.
18. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde. Guia de organização para as unidades de saúde de atenção primária à saúde do município de Porto Alegre (GO-APS POA) [Internet]. 25 set 2020 [acesso 2020 dez 20]. Disponível em: http://dopaonlineupload.procempa.com.br/dopaonlineupload/3626_ce_301039_1.pdf.
19. Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria Geral de Atenção Primária à Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Manual de Teleconsulta na APS. Porto Alegre; junho de 2020.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde – Versão 9. Brasília – DF; 2020.
21. Greenhalgh T, Koh GC, Car J. COVID-19: Avaliação remota em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020;15(42):2461. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(2\)2461](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(2)2461).

22. Greenhalh Trisha. Grupo de investigação RIHS da Universidade de Oxford, colaboração Clare Morrison C do Scottish Government Technology Enabled Care Programme e Huat GKC da Universidade Nacional de Singapura. Consultas Por Video: Um Guia Prático [Internet]. University of Oxford. BJGP OPEN; 2020 [acesso 2020 dez 20]. Traduzido por Donovan de Souza Lúcio e Silvia Costa. Disponível em: <https://bjgplife.com/consultas-por-video-um-guia-pratico-brazil/>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) ISBN 978-85-334-2114-1.
24. Lorig KR, Holman H. Self-Management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Stanford University School of Medicine. Ann Behav Med. 2003;26(1):1-7. doi: https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01.
25. Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Autocuidado Apoiado: Manual do Profissional de Saúde. Cavalcanti AM, organizadora. Curitiba; 2012. 92 p.
26. Morais HC, et al. Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(1):136-43.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica. Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas na APS diante da situação de Pandemia de COVID-19 (Coronavírus). s.l; s.n; 2020.
28. Hartmann-Boyce, et al. Supporting people with long-term conditions (LTCs) during national emergencies [internet]. Center for Evidence – based Medicine. Oxford University. 25 mar 2020 [acesso 2020 dez 20]. Disponível em: <https://www.cebm.net/COVID-19/supporting-people-with-long-term-conditions-ltcs-during-national-emergencies/>.
29. Malta DC, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. Epidemiol Serv Saude. 2020;29(4):e2020407. doi: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>.
30. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: OPAS; 2012.
31. Moraes EN, et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saude Publica. 2016;50:81.
32. Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde. Matriz de gerenciamento do Idoso [Internet]. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Serviço de Geriatria do HC. Instituto Jenny de Andrade Faria. Março de 2020 [acesso 2020 dez 20]. disponível em: https://kidopilabs.com.br/planificasus/upload/COVID19_matriz_idoso.pdf.

33. Ribeiro AP, et al. O que fazer para cuidar das pessoas idosas e evitar as violências em época de pandemia? Abrasco; 2020.
34. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de COVID-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso 2020 dez 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes_ACS_COVID_19.pdf.
35. Murray M, Tantau C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. To gain control over your schedule, you must do the unthinkable: Offer every patient an appointment for today. *Fam Pract Manag.* 2000;7(8):45-50.
36. Gonçalves MR, et al. Desafios da atenção primária à saúde no Brasil [Internet]. Porto Alegre: UFRGS; 2017 [acesso 2020 dez 20]. 85 p. ISBN: 978-85-63843-21-0. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/producao_cientifica/DESAFIOS%20DA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20%C3%80%20SA%C3%9ADE.pdf.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre [Internet]. 2019 [acesso 2020 dez 20]. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1yAKyk4I5iyqIYf2bf4dpWWEpsZAFmKp8/view?usp=sharing>.

MÚLTIPLAS ABORDAGENS NO CUIDADO CONTINUADO DOS PACIENTES DE COVID-19

Helaine Carneiro Capucho¹

RESUMO: O acesso à saúde de qualidade e a promoção do bem-estar para todos, em todas as idades, é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, que prevê preparar as nações para a gestão de riscos e enfrentamento dos desafios de saúde. A pandemia de COVID-19 configurou-se como um desafio sem precedentes para a saúde pública global e demanda união de esforços dos diferentes profissionais e organizações de saúde para o cuidado integral dos pacientes com a garantia da qualidade da atenção à saúde de organizações preparadas para se adaptarem rapidamente às mudanças. O trabalho orquestrado da equipe multiprofissional formada principalmente por enfermeiros, médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, radiologistas, nutricionistas, para a integralidade do cuidado ao paciente infectado pela COVID-19, e o cuidado individual com sua própria segurança são legados que não podem ser esquecidos após a resolução da pandemia. Por outro lado, faz-se necessário aprimorar medidas de melhoria contínua, de comunicação, a estrutura dos serviços, as culturas organizacionais para que estejam preparadas para reagir rapidamente a uma emergência de saúde pública sem prejuízo para a saúde da população, ou seja, faz-se necessário estabelecer um sistema de saúde mais resiliente.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. COVID-19. Segurança do Paciente. Comunicação Multidisciplinar. Assistência Integral à Saúde.

¹ Farmacêutica, Doutora em Ciências, Professora Adjunta, Universidade de Brasília. <http://lattes.cnpq.br/0079781302123191>. helaine.capucho@unb.br.



I. INTRODUÇÃO

Garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades, é um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. Nesse objetivo, está prevista a necessidade de reforçar a capacidade de todos os países, particularmente os países em desenvolvimento, para o alerta precoce, redução de riscos e gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde⁽¹⁾.

A COVID-19, que se apresentou como um desafio sem precedentes para os gestores e profissionais de saúde, por si só justifica a necessidade para a gestão de riscos no âmbito da saúde pelas Nações Unidas. Embora a maioria dos indivíduos infectados com SARS-CoV-2 manifeste uma doença leve e autolimitada, os pacientes com COVID-19 moderada a grave exigem atendimento qualificado, que deve ser orquestrado por equipe multiprofissional⁽²⁻³⁾.

Conceituado como a relação recíproca entre múltiplas intervenções ou técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais⁽⁴⁾, o trabalho em equipe multiprofissional nesta pandemia destacou-se de tal forma que sua importância foi reconhecida não somente por aqueles que atuam na área da saúde, mas também pela sociedade do mundo todo. Esse reconhecimento está intimamente relacionado com a interação entre os profissionais, que foi gerada com o advento dos primeiros casos, e a necessidade de organizar o atendimento dos casos que estariam por vir, bem como produzir evidências científicas que pudessem nortear boas práticas de atenção aos pacientes acometidos pela COVID-19.

Nunca tantos profissionais, cientistas, instituições em tantos países se dedicaram simultaneamente a um único tema, com tanta urgência e determinação: a doença causada pelo novo coronavírus. Consolidou-se uma colaboração global como jamais testemunhada,

derrubando barreiras e atuando além das fronteiras que, a essa altura, estavam fechadas entre a maioria dos países⁽⁵⁾. Essa colaboração refletiu-se nos mais diversos níveis, alcançando dos mais complexos serviços de saúde às equipes de saúde da família. Juntos, preocuparam-se com o cuidado integral dos pacientes acometidos pela COVID-19.

Para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, a integralidade é estruturante do sistema, tida como um princípio-diretriz⁽⁶⁾. Princípio que, como é conhecido desde a instituição do SUS, em sua concepção original, já trazia o olhar mais ampliado para o processo saúde-doença. Diretriz porque se tornou um guia para a operacionalização do sistema, é base para o processo de cuidado no âmbito do sistema. O referido processo também pressupõe o autocuidado, que nunca foi tão relevante para a saúde da população.

Embora denominado autocuidado, o usuário do sistema não está sozinho na tomada de decisão. Trata-se de resultado de interação entre o usuário e o profissional de saúde, quando o profissional orienta para as melhores práticas em sua ausência⁽⁶⁾. Desfechos favoráveis da interação entre esses atores pressupõe organização de todo o sistema de saúde, com a referência e contrarreferência fluida entre os serviços.

O aumento da demanda por leitos hospitalares, especialmente os de unidade de terapia intensiva (UTI), não deve se sobrepor às reais funções da atenção primária, como previsto por Eugenio Vilaça⁽⁷⁾: a capacidade de resolução de problemas de saúde; a capacidade de orientar os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos; e a capacidade de acolher e responsabilizar-se por sua população. Em uma pandemia como a que se vivencia atualmente, urgem a comunicação e as práticas baseadas em evidências para melhor segurança do paciente e do profissional de saúde.

Pelo exposto, o presente documento tem como objetivo explorar a importância da abordagem multidisciplinar durante toda a jornada do cuidado ao paciente com COVID-19.

2. MÉTODOS

Trata-se de estudo de revisão bibliográfica, qualitativo, do tipo revisão narrativa. Realizou-se busca de publicações sobre o tema deste artigo, inclusive da literatura cinzenta. As revisões narrativas permitem atualização do conhecimento sobre um tema específico e, portanto, têm importante função para a educação continuada⁽⁸⁾.

Uma busca bibliográfica foi realizada nas bases Medline, Lilacs, SciELO, Google Acadêmico e *WHO COVID-19 Global literature on coronavirus disease*, com os seguintes descritores inseridos no DeCS – Descritores em Ciências da Saúde: Pandemia, COVID-19, Segurança do Paciente, Comunicação Multidisciplinar, Assistência Integral à Saúde, Atenção à Saúde.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Até outubro de 2020, constavam mais de 110 mil documentos no repositório de publicações sobre a COVID-19 da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁹⁾. Como já abordado, profissionais do mundo todo estão concentrados em produzir conhecimento a respeito da doença. A despeito da necessária discussão sobre a qualidade dos estudos e sobre o processo editorial com revisão por pares⁽¹⁰⁾, a produção científica foi intensificada para atender à demanda por evidências científicas sobre a nova doença, o que tem, inclusive, afetado a saúde mental dos pesquisadores⁽¹¹⁾.

Dado que este trabalho é uma revisão narrativa que visa discorrer sobre a abordagem multiprofissional no cuidado continuado de paciente acometidos pela COVID-19, selecionaram-se estudos que contemplavam tal perspectiva e privilegiou-se a literatura produzida no Brasil, a fim de relatar e analisar as experiências descritas sob a ótica da realidade local, sem deixar de incorporar vivências e aprendizados internacionais. Com o intuito de trazer as múltiplas abordagens do cuidado integral, o texto foi subdividido em aspectos organizacionais e contribuição multiprofissional ao cuidado do paciente infectado pelo novo coronavírus.

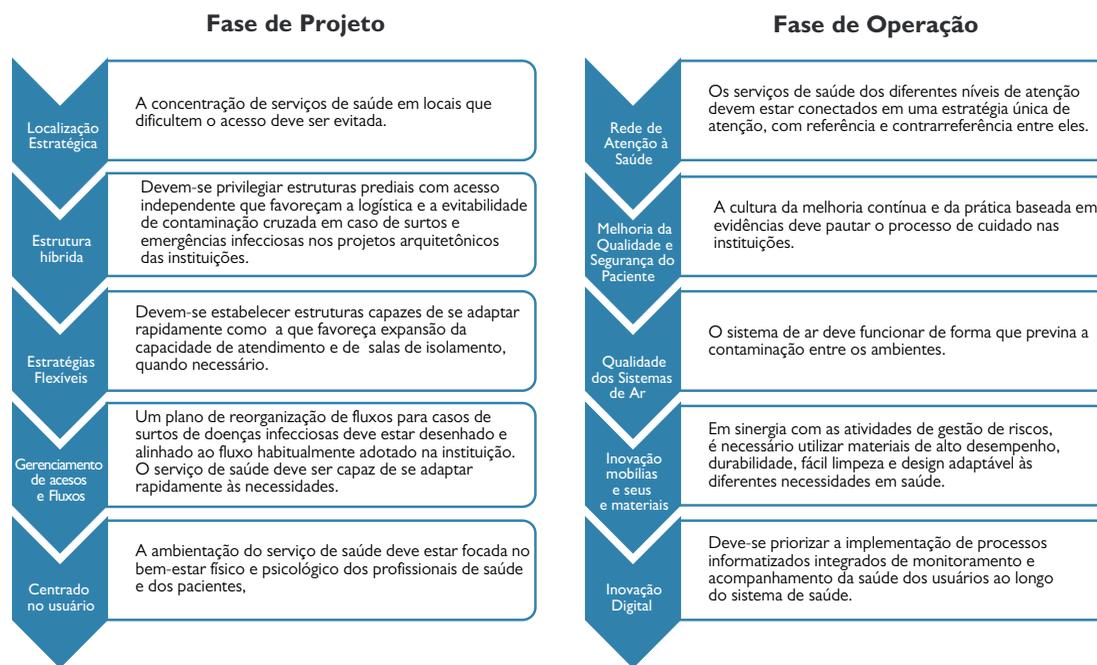
4. ABORDAGEM ORGANIZACIONAL

Conforme já explorado anteriormente, a pandemia por COVID-19 afetou os sistemas de saúde ao redor do mundo. O aumento de infecções e pacientes em estado crítico forçou as organizações a se adaptarem rapidamente e adotarem soluções eficientes para atender ao que se configurou emergência em saúde pública de importância internacional⁽¹²⁾.

O aprendizado obtido com a transformação provocada pela pandemia nos serviços e sistemas de saúde deve nortear uma preparação para o que se espera deles no futuro. Trata-se de estar em consonância com o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável e promover a gestão de riscos, a fim de preparar os serviços e sistemas para novas situações de saúde. Os sistemas e instituições de saúde precisam ter o hábito, a cultura, de avaliação contínua de seus recursos, identificação de gargalos potenciais e criação de estratégias para aumentar a capacidade de atendimento sempre que necessário. A pandemia de COVID-19 acelerou os processos de inovação e transformação e freou ou interrompeu as operações⁽¹³⁾.

Instituições resilientes fazem-se imprescindíveis. É o que um estudo voltado para o âmbito hospitalar sugere⁽¹³⁾. Apesar de ter sido voltado para os cuidados em saúde de maior complexidade, o conjunto de estratégias propostas pelo documento pode ser adaptado também a todos serviços de saúde. Tais estratégias, que são divididas em fases de projeto e de operação, estão exibidas na figura abaixo (**Figura 1**).

FIGURA I. Estratégias para tornar os serviços de saúde mais resilientes e preparados para o enfrentamento a pandemias



Elaboração: A autora. Adaptado de Capolongo et al., 2020 ⁽¹³⁾.

Evidentemente que, para executar as estratégias propostas pelos autores, é fundamental que se utilize de ferramentas que favoreçam a decisão baseada em evidências e que se criem programas de monitoramento para melhoria da qualidade ⁽¹⁴⁾, ambos executados por equipe multidisciplinar, a fim de contemplar as diferentes necessidades dos atores envolvidos em cada processo a ser estabelecido.

Em consonância com as dez estratégias abordadas, uma proposta de Cingapura coloca os profissionais de saúde no centro do ecossistema do cuidado de pacientes com a COVID-19 ⁽¹³⁾. Segundo os autores, todos os outros componentes do sistema, quais sejam, as tarefas; tecnologias e ferramentas; fatores ambientais e condições organizacionais; devem servir ao profissional para que ele desempenhe sua função de forma segura e eficaz. Dessa forma, quaisquer medidas a serem implementadas devem ser centradas no profissional, a fim de viabilizar sua rápida incorporação à rotina, dado que a chance de aceitação aumenta quando a perspectiva do trabalhador é considerada.

A afirmativa parece contraditória com o que tem sido tratado nos últimos anos para a saúde, que é o cuidado centrado no paciente. Entretanto, para que se ofereça um cuidado adequado, o profissional deve se sentir seguro e tranquilo para executar suas tarefas. Assim como as companhias aéreas recomendam colocar a máscara de oxigênio primeiro em si mesmo antes

de ajudar outras pessoas, deve-se priorizar a segurança dos profissionais de saúde para continuar prestando cuidados ideais aos pacientes. A segurança do paciente e a segurança do profissional de saúde são indissociáveis⁽¹⁵⁾.

Um estudo que avaliou as percepções sobre a segurança pessoal entre os trabalhadores da saúde na América Latina verificou que, na região, os trabalhadores da chamada linha de frente tiveram acesso limitado a equipamentos de proteção individual essenciais, procedimentos de segurança e protocolos de diagnóstico, além de ter identificado limitações no apoio das autoridades de saúde durante a pandemia de COVID-19⁽¹⁶⁾. O estudo evidenciou o que lamentavelmente foi vivenciado por diversos profissionais brasileiros e de outras partes do mundo⁽¹⁷⁾, o que naturalmente provocou insegurança e elevou estresse, o que afeta o desempenho profissional⁽¹⁸⁾.

No enfrentamento da COVID-19, profissionais de saúde devem ser organizados em equipes que cuidam de casos suspeitos e confirmados de contaminação pelo novo coronavírus e equipes que gerenciam outros pacientes⁽¹⁵⁾, pois reduz o risco de infecção cruzada de pacientes e profissionais de saúde.

Os processos envolvidos no cuidado aos pacientes contaminados devem ser estratificados por risco para que sejam identificados os equipamentos de proteção individual adequados. Exemplos de processos de cuidado de alto risco são aqueles que envolvem a geração de aerossol, e de médio risco, o atendimento de pacientes com febre ou sintomas respiratórios. Para tanto, são necessárias políticas institucionais que apoiem fluxos e comunicação efetivos⁽¹⁵⁾.

As ações de comunicação também devem estar preparadas para informar sobre novas estratégias advindas do processo de aprendizado e melhoria contínua. Em um ambiente de pandemia, com alto estresse e mudanças rápidas de condutas devido a novas evidências produzidas, deve-se estabelecer um ambiente de confiança, bem-estar psicológico e autonomia para que os trabalhadores comuniquem suas preocupações com a segurança do paciente aos seus superiores. Trata-se de instituir a cultura de resiliência na organização, baseada na empatia e na proteção da saúde mental dos trabalhadores, a fim de que o sofrimento emocional causado pela COVID-19 não impacte negativamente na segurança do paciente⁽¹⁹⁾.

O ambiente de insegurança, por se tratar do desconhecido, aumenta o estresse e favorece os erros na assistência à saúde. A organização deve estar preparada para amparar os profissionais com informações e evidência disponíveis, processos de trabalho bem estabelecidos e integração entre os atores envolvidos no processo. Os profissionais devem se sentir psicologicamente seguros, permitindo que a resiliência no nível individual avance ao organizacional⁽²⁰⁾.

A segurança deve ser monitorada e avaliada sistematicamente, inclusive na pandemia. Em um ambiente favorável ao diálogo e ao aprendizado com as falhas, deve-se promover autorreflexão tanto no nível da gestão quanto da equipe clínica, a fim de estimular o processo de melhoria contínua da qualidade. Vincent e colaboradores⁽²¹⁾ sugerem o *framework* abaixo para o trabalho em equipe multiprofissional no monitoramento e avaliação da segurança em organizações de saúde.

FIGURA 2 - Framework para medição e monitoramento de segurança.



Fonte: Vincent, Burnett & Carthey⁽²¹⁾, adaptado.

Especialmente para os casos em que o profissional se envolva em eventos adversos, a instituição deve estar preparada para favorecer um clima de reciprocidade e cooperação empática, com expressão de sentimentos e sintomas como o esgotamento físico e o esgotamento emocional. Com foco na atuação multiprofissional, os trabalhadores devem ser treinados e orientados para identificar precocemente sintomas de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão, tanto em si mesmos como em seus pares⁽²⁰⁾.

Promover a saúde mental das equipes de saúde é fundamental, para que possam cuidar de forma integral dos pacientes, identificando aspectos emocionais do doente e de sua família. O profissional deve ser capaz de mapear esses sentimentos e indicar os recursos de apoio psicológico adequados e intervenções disponíveis no sistema de saúde⁽²⁰⁾.

5. CONTRIBUIÇÃO MULTIPROFISSIONAL AO CUIDADO DO PACIENTE COM COVID-19

Entre os aspectos positivos que a pandemia trouxe e tende a deixar como legado está a maior interação entre os diferentes profissionais para que, de fato, ocorresse o cuidado integral e integrado do paciente. Todos unidos para compreender melhor a doença. Cada profissional con-

tribuinando com seu conhecimento para a construção de processos e estabelecimento das melhores práticas para um cuidado qualificado, sob todas as dimensões da qualidade em saúde, desde o acesso oportuno à assistência à saúde, com equidade, a eficiência dos processos, o paciente como foco, até a segurança do paciente como premissa.

Todavia, sabe-se que sempre é possível melhorar, especialmente o processo de comunicação entre os membros da equipe multidisciplinar. Um estudo neozelandês⁽²²⁾ propôs sete requisitos para uma melhor comunicação entre a equipe e o favorecimento de resultados positivos em saúde, com maior efetividade das intervenções e melhor segurança dos pacientes. São eles:

- i. Ensine estratégias de comunicação eficazes, como a ferramenta SBAR⁽²³⁾ – (mnemônico para Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação);
- ii. Treine as equipes multiprofissionais juntas, pois juntos podem buscar soluções e promover melhorias mais consistentes;
- iii. Use simulação nos treinamentos;
- iv. Defina times mais inclusivos, com objetivos comuns;
- v. Crie times democráticos. Cada membro tem seu valor e seus conhecimentos e suas experiências importam;
- vi. Dê suporte ao trabalho em equipe com protocolos e fluxos bem estabelecidos, baseados em evidências;
- vii. Desenvolva uma cultura organizacional de apoio às equipes de saúde, que favoreça um ambiente seguro e em prol da melhoria contínua.

Dentre os requisitos listados acima, será destacado o de número 5, que propõe a valorização do conhecimento de cada profissional que compõe a equipe. No enfrentamento da doença causada pelo SARS-CoV-2, cada membro da equipe teve papel fundamental para o cuidado integral do paciente infectado pelo vírus.

Tudo começa com o correto atendimento ao paciente com síndrome gripal que procura os serviços de saúde. Além de estratificar adequadamente o risco, segregando, por exemplo, a população idosa, a população hipertensa e diabética, os profissionais devem orientar sobre as medidas de prevenção e controle que evitem a disseminação da doença na família e na comunidade. Nas orientações para o autocuidado e sob a ótica da integralidade, destacam-se os profissionais enfermeiro, assistente social e nutricionista no processo⁽²⁴⁻²⁶⁾.

A enfermagem é protagonista no enfrentamento da pandemia, pois é a categoria profissional que acompanha o paciente com maior proximidade, em todos os níveis de atenção à saúde. A nutrição, por meio de orientações quanto à alimentação e após avaliação do estado nutricional do usuário do sistema de saúde, poderá contribuir para a melhoria do estado nutricional e, por consequência, fortalecer o sistema imunológico do paciente⁽²⁴⁾.

As condições socioeconômicas dos brasileiros foram afetadas pela pandemia, assim como da população de outros países. A pandemia acirrou as desigualdades sociais. Para atuar sobre esse aspecto, entra em campo outro importante profissional da equipe multidisciplinar, o assistente social⁽²⁴⁾. Este profissional atua como mediador e facilitador para que as medidas de cuidado estabelecidas pela equipe de saúde possam, de fato, ser implementadas, pois busca compreender e dialogar sobre a realidade de cada paciente.

Os médicos atuam no diagnóstico e no encaminhamento do paciente para as unidades de saúde de acordo com a gravidade do caso. Nos hospitais, os intensivistas, os infectologistas e os anestesistas são intensivamente demandados para prescrições de medicamentos e outras condutas terapêuticas, além de procedimentos sob sua responsabilidade. Outros médicos tiveram que se adaptar à mudança de rotina com a suspensão de procedimentos considerados eletivos, como algumas cirurgias, o que também pode ser fator de estresse⁽²⁷⁾.

Nos casos moderados e graves de infecção pelo novo coronavírus, as alterações pulmonares são expostas por meio de exames de imagem nos quais atuam as equipes de radiologia⁽²⁾, e a monitorização clínica e funcional dos pulmões, assim como o manejo do suporte ventilatório, fica sob responsabilidade dos fisioterapeutas⁽²⁸⁾.

As farmácias ambulatoriais e hospitalares tiveram que se reorganizar para responder à pandemia. Sem medicamento específico para o tratamento da infecção pelo SARS-CoV-2⁽²⁹⁾, os farmacêuticos estão especialmente envolvidos na elaboração de protocolos e monitoramento da terapia de suporte farmacológico na síndrome do desconforto respiratório agudo. Os processos de gestão de suprimentos e logística, por vezes, também estão sob a responsabilidade desses profissionais. A superação do desafio das faltas de insumos, já abordadas neste artigo, na maioria das vezes, tem o farmacêutico como referência⁽³⁰⁾.

Ainda há a abordagem do cuidado em domicílio. Cerca de metade dos sobreviventes da COVID-19 em sua forma grave apresenta *deficit* funcionais residuais que requerem reabilitação por cuidado multidisciplinar, com terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiro⁽³¹⁾.

Não se pode deixar de citar outros profissionais que atuam para que os serviços e sistemas de saúde funcionem, tais como os dos serviços administrativos, da segurança, do atendimento ao público, da limpeza. Todos têm função e papel a desempenhar para o cuidado integral à saúde. A participação ativa desses profissionais durante o processo de cuidado, com foco nas dimensões da qualidade em saúde, favorece sobremaneira os desfechos positivos em saúde, ou seja, promove a melhoria do cuidado à segurança dos pacientes.

Por fim, toda essa interação pode ser favorecida por estratégia simples, de baixo custo, que amplia a participação dos diferentes profissionais de saúde envolvidos no cuidado do paciente, os *rounds*.

6. ROUND – ESPAÇO DEMOCRÁTICO, MULTIDISCIPLINAR, CENTRADO NO PACIENTE

Os *rounds*, como também são conhecidos no Brasil, são um modelo multidisciplinar de cuidado centrado no paciente, que enfatizam a segurança e a eficiência do processo de cuidado, que permite a participação democrática e respeitosa dos diferentes profissionais. Com as rodadas multidisciplinares, as disciplinas se unem para determinar as prioridades de atendimento, estabelecer metas diárias e planejar a transferência ou alta potencial ⁽³²⁾.

Muitos hospitais relataram melhora na comunicação e na colaboração entre os membros da equipe, maior adesão aos protocolos e melhores desfechos do paciente. Favorecem também a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente e seus cuidadores. Por fim, fornecem subsídios para a melhoria de processos, com impacto para a satisfação de pacientes e profissionais ⁽³³⁾.

Tem-se, como boa prática na pandemia e em futuros desafios com doenças infecciosas, reduzir o número de pessoas nas equipes e garantir a disponibilidade de equipamentos de proteção individual adequados ⁽³³⁾. O debate com parte da equipe de forma virtual agrega as diferentes visões à tomada de decisão, e todos têm a ganhar: pacientes e profissionais estarão mais seguros.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia de COVID-19 trouxe diversos desafios para a população mundial. Aos profissionais de saúde, uma “dose a mais” de insegurança e estresse, que felizmente tem sido convertida em estudos e ações que visam ao cuidado seguro e efetivo baseado na melhor evidência científica disponível.

A gestão de riscos deve ser adotada como parte da cultura não somente dos serviços de saúde, mas também do SUS. Verificou-se, com esses meses de experiência com a COVID-19, o que há décadas se sabe: o cuidado integral do paciente e a qualidade da atenção à saúde dependem de esforços de toda a equipe multiprofissional e de organizações preparadas para se adaptar rapidamente às mudanças.

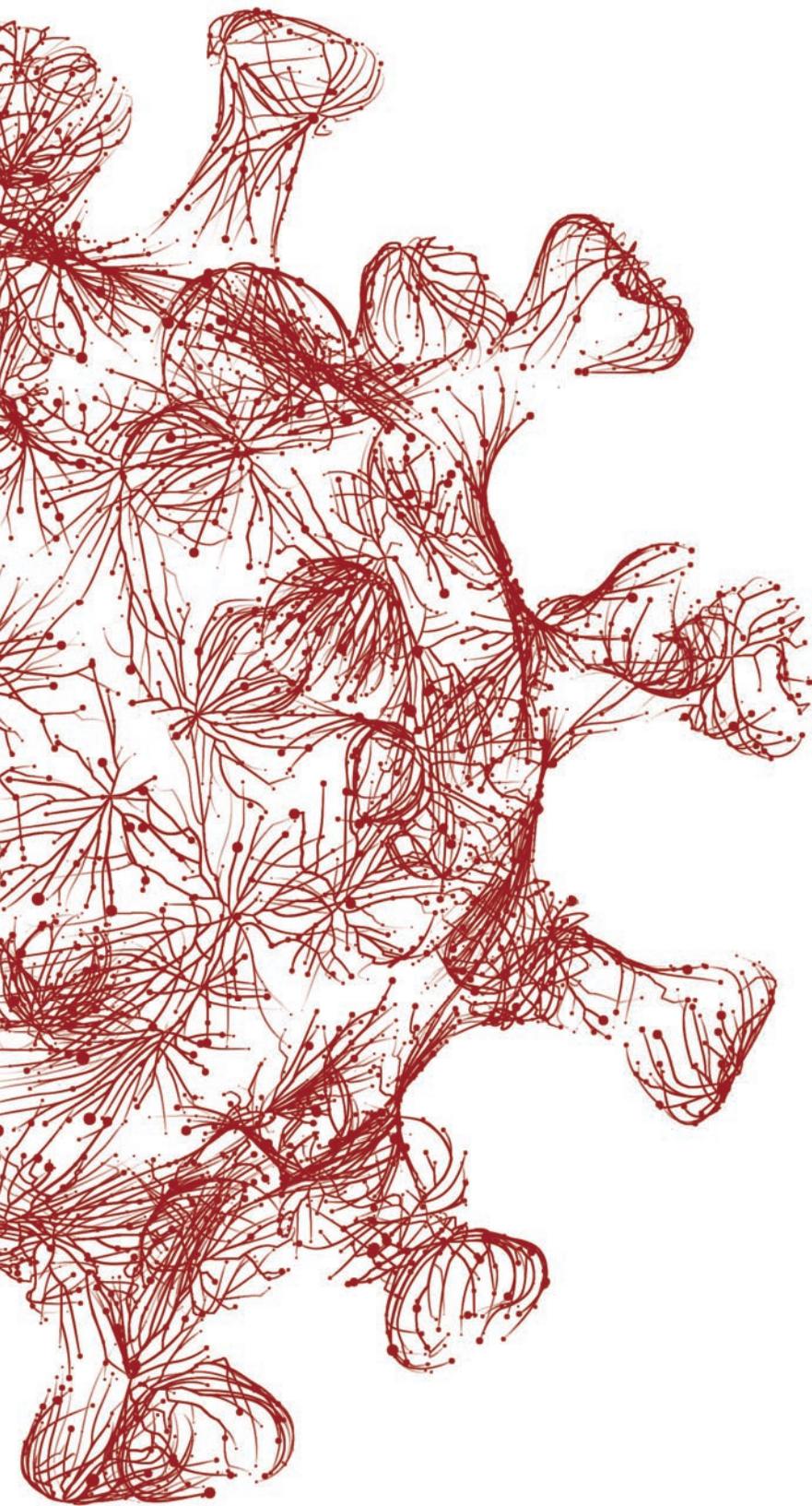
O trabalho orquestrado da equipe multiprofissional para o cuidado ao paciente infectado pela COVID-19 e o cuidado individual com sua própria segurança são legados que não podem ser esquecidos após a resolução da pandemia.

REFERÊNCIAS

1. Nações Unidas Brasil. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 3 – Saúde e Bem-Estar [Internet]. Brasília: Casa ONU Brasil. [acesso 2020 out 15]. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>.
2. Razonable RR, et al. A Collaborative Multidisciplinary Approach to the Management of Coronavirus Disease 2019 in the Hospital Setting. *Mayo Clin Proc.* 2020;95(7):1467-81. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.05.010>.
3. Elston DM. The coronavirus (COVID-19) epidemic and patient safety. *J Am Acad Dermatol.* 2020;82(4):819-20. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.02.031>.
4. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(1):103-9. doi: <https://doi.org/10.1590/S003489102001000100016>.
5. Moradian N, et al. The urgent need for integrated science to fight COVID-19 pandemic and beyond. *J Transl Med.* 2020;18(1):205. doi: <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02364-2>.
6. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate.* 2017; 41(115):1177-86. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711515>.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2010;15(5):2297-2305. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
8. Rother ET. Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.* 2007; 20(2): v-vi. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>.
9. World Health Organization. COVID-19: Global literature on coronavirus disease [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 15] Disponível em: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/>.
10. Moreira LF. The Importance of Scientific Publications in Times of Pandemic Crisis. *Clinics.* 2020;75:e1895. doi: <https://doi.org/10.6061/clinics/2020/e1895>.
11. Chan C, Oey NE, Tan EK. Mental health of scientists in the time of COVID-19. *Brain Behav Immun.* 2020;88:956. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.039>.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 23]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>.
13. Capolongo S, et al. COVID-19 and Healthcare Facilities: a Decalogue of Design Strategies for Resilient Hospitals. *Acta Biomed.* 2020;91(9-S):50-60. doi: <https://doi.org/10.23750/abm.v91i9-S.10117>.

14. Gan WH, Lim JW, Koh D. Preventing Intra-hospital Infection and Transmission of Coronavirus Disease 2019 in Health-care Workers. *Saf Health Work*. 2020;11(2):241-243. doi: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2020.03.001>.
15. Breeher LE, et al. Revisiting the Safety of Health Care Workers. *Mayo Clin Proc*. 2020;95(9S):S-14-S16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.019>.
16. Delgado D, et al. Personal Safety during the COVID-19 Pandemic: Realities and Perspectives of Healthcare Workers in Latin America. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(8):2798. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082798>.
17. Kampf G, et al. COVID-19-associated shortage of alcohol-based hand rubs, face masks, medical gloves, and gowns: proposal for a risk-adapted approach to ensure patient and healthcare worker safety. *J Hosp Infect*. 2020;105(3):424-27. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.041>.
18. Berland A, Natvig GK, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008;24(2):90-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.11.001>.
19. Rangachari P, Woods JL. Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4267. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17124267>.
20. Ornell F, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00063520. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00063520>.
21. Vincent C, Burnett S, Carthey J. Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(8):670-677. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757>
22. Weller J, Boyd M, Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*. 2014;90:149-54. doi: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131168>.
23. Müller M, et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open*. 2018;8:e022202. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>.
24. Sousa AJ, et al. Atenção Primária à Saúde e Covid-19: Uma Revisão Integrativa Cadernos ESP. Ceará [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 22];14(esp):45-52. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/313/211>.

25. Barra RP, et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. APS em Revista [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 22];2(1):38-43. Disponível em: <https://aps.emnuvens.com.br/aps/article/view/64>.
26. Cunha TG, et al. Atuação da equipe multiprofissional em saúde, no cenário da pandemia por Covid 19. Rev Health Residencies Journal-HRJ [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 22];1(2):1-22. Disponível em: <https://escsresidencias.emnuvens.com.br/hrj/article/view/37>.
27. Galbraith N, et al. The mental health of doctors during the COVID-19 pandemic. BJPsych Bull. 2020;1-4. doi: <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.44>.
28. Sales EM, et al. Fisioterapia, Funcionalidade e COVID-19: Revisão Integrativa. Cadernos ESP. Ceará [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 22];14(esp):68-73. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/368>.
29. Andrade KR, et al. Terapia medicamentosa para infecções por coronavírus em humanos: revisão sistemática rápida. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(9):3517-54. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14242020>.
30. Gil-Navarro MV, Luque-Márquez R. Hospital Pharmacy in the multidisciplinary team of COVID inpatient units. Farm Hosp [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 22];44(Supl 1):S40-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32533669/>.
31. Salawu A, et al. A Proposal for Multidisciplinary Tele-Rehabilitation in the Assessment and Rehabilitation of COVID-19 Survivors. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(13):4890. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph17134890>.
32. Institute for Health Care Improvement. How-to Guide: Multidisciplinary Rounds [Internet]. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; February 2015 [acesso 2020 out 22]. Disponível em: www.ihc.org.
33. Arora VM, et al. Implementing Physical Distancing in the Hospital: A Key Strategy to Prevent Nosocomial Transmission of COVID-19. J Hosp Med. 2020;15(5):290-291. doi: <https://doi.org/10.12788/jhm.3434>.



SEGURANÇA DO PACIENTE EM EVENTOS DRIVE THRU

Monaliza Gomes Pereira¹

Carla Ulhoa André²

RESUMO: A pandemia da doença do novo coronavírus (COVID-19) embora com características clínicas comuns a várias doenças respiratórias infecciosas, apresentando sintomas leves semelhantes aos da influenza na grande maioria dos indivíduos, em 10% a 15% dos pacientes, elapode progredir para uma forma grave de pneumonia intersticial. Até o momento, pouco se sabe sobre aspectos relacionados com a segurança do paciente nos centros de coleta no sistema *drive thru*. Foi realizada uma revisão da literatura enfocando a coleta de testes para o SARS-CoV-2, por meio do sistema *drive thru*. Os resultados indicam que 14 artigos mostraram que as características do sistema de testagem *drive thru* reduzem as chances de contaminação para pacientes e profissionais. Além do risco de contaminação, minimizado pelo desenho do sistema *drive thru*, pacientes estão expostos a riscos como falhas no diagnóstico e danos associados ao procedimento de coleta do *swab* nasal. Concluiu-se que o sistema de testagem *drive thru* é útil para a realização de testes rápidos e seguros durante a pandemia da COVID-19. A segurança do paciente ainda precisa ser amplamente discutida neste tipo de testagem, considerando as melhores práticas, processos e fluxos que envolvam a segurança ocupacional, qualidade, eficácia e eficiência dentro de um sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemia. COVID-19. Testagem *Drive-Thru*.

1 Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEH da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO. Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Ensp/ Fiocruz. <http://lattes.cnpq.br/9863580085353108>. monalizagomes@yahoo.com.br.

2 Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Gestão, Trabalho, Educação e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). <http://lattes.cnpq.br/2543385582492219>. ulhoa.carla@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A pandemia da doença do novo coronavírus (COVID-19) pegou o mundo de surpresa no começo de 2020. Embora com características clínicas comuns a várias doenças respiratórias infecciosas, apresentando sintomas leves semelhantes aos da influenza na grande maioria dos indivíduos, em 10% a 15% dos pacientes com COVID-19 (especialmente os idosos e aqueles com comorbidades importantes), a doença pode progredir para uma forma grave de pneumonia intersticial, que pode então evoluir para a síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) e morte em 2% a 5% dos casos ⁽¹⁾.

Uma das principais ações para conter o espalhamento do SARS-CoV-2, coronavírus responsável pela doença, é a realização de testagem em massa. O método padrão-ouro para o diagnóstico da COVID-19 é o teste em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) em amostras do trato respiratório desenvolvido pela Mayo Clinic ⁽²⁻³⁾. Um tipo de testagem que ganhou especial atenção pela possibilidade de reduzir a transmissão da doença para profissionais e pacientes foi o sistema *drive thru*, viabilizando um ambiente mais controlado.

O centro de testagem *drive thru* foi implementado pela primeira vez em fevereiro de 2020 na Coreia, onde ocorreu o grande surto de COVID-19, por se mostrar seguro e eficiente para a testagem da doença ⁽²⁾. O conceito foi baseado na ideia de carros para reduzir a propagação da infecção, limitando o risco de exposição dos profissionais de saúde e minimizando o uso de equipamentos de proteção individual ⁽³⁾.

Os trabalhos publicados trazem como benefícios desse sistema a menor exposição de pacientes e profissionais e a otimização do uso de equipamentos de proteção individual ^(3,5-6).

Considerando a gestão complexa dos sistemas de saúde e o alto impacto na economia dos países, foram demandados esforços em todo o mundo na busca para identificar conhecimento

e aprendizado com as experiências vividas nas epidemias anteriores, bem como agregar valor às decisões e recomendações repassadas a todos os países pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS).

No Brasil, os gestores estaduais e municipais têm trabalhado incessantemente para enfrentamento e resposta a esse novo vírus em seu cotidiano, tendo em vista as várias dificuldades, a rapidez com que o vírus se disseminou, a insuficiência das evidências, a inexistências de vacinas eficazes para imunizar a população e salvar vidas, as incertezas de estratégias para seu enfrentamento e a liderança política.

Os líderes locais dos serviços também são atores importantes para oferecer e avaliar a segurança dos profissionais e da população, e ainda o empoderamento das comunidades, a supressão da transmissão, a aplicação e a garantia dos recursos e outras variáveis foram resultados de trabalho conjunto entre União, estado e municípios.

Ao longo dos últimos 20 anos, a segurança do paciente tem chamado a atenção de formuladores de política, gestores e profissionais de saúde sobre a ocorrência de danos nos serviços de saúde. Para além da redução do risco de dano decorrente do cuidado de saúde, a segurança do paciente é atualmente compreendida como “um referencial de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes no cuidado de saúde que de forma consistente e sustentável: minimiza os riscos, reduz a ocorrência de danos evitáveis, faz o erro menos provável e reduz seu impacto quando ele ocorre”⁽⁴⁾. Até o momento, pouco se sabe sobre aspectos relacionados com a segurança do paciente nos centros de coleta no sistema *drive thru*. Esse artigo tem como objetivo apresentar principais pontos relativos à segurança do paciente, na coleta dos testes para o novo coronavírus, utilizando o sistema *drive thru* a partir de uma revisão da literatura internacional.

2. MÉTODO

Foi realizada uma revisão da literatura focando na coleta de testes para o SARS-CoV-2, por meio do sistema *drive thru*, sendo pesquisadas publicações a partir de janeiro de 2020, disponíveis na base de dados do Medline (National Library of Medicine, EUA) e do Lilacs (Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Na busca, utilizou-se, em ambas as bases de dados, a sintaxe: “SARS-CoV-2 AND Drive-through”; “COVID-19 AND Drive-through AND testing” e “COVID-19 AND Drive-through”.

Após a consulta às bases de dados e a aplicação das estratégias de busca, foram identificados estudos que apresentavam duplicidade entre as bases. Foram lidos todos os resumos resultantes. Quando o resumo era suficiente, os artigos eram selecionados, e então obtida a versão integral para confirmação de elegibilidade e inclusão no estudo. Foram incluídos artigos originais que abordassem o sistema de testagem para o SARS-CoV-2, por meio do sistema *drive thru*, desde a

triagem até o resultado do exame; publicados em inglês, espanhol e português. Os critérios de exclusão foram: artigos com ausência de resumo nas plataformas de busca *on-line*. Além disso, houve consulta às normatizações e estudos brasileiros que abordassem o tema para discussão dos dados.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quatorze artigos atenderam aos critérios de inclusão, sendo sete artigos referentes a experiências de *drive thru* nos Estados Unidos da América, as experiências de Israel, Escócia e Coréia, com dois artigos cada, e um artigo com relatos da China. A pesquisa nas bases não identificou artigos retratando experiências do Brasil com o sistema *drive thru*, o que limitou a discussão em nível nacional.

Assim como nas demais publicações relacionadas com a COVID-19⁽⁵⁻⁶⁾, nos trabalhos acerca dos sistemas *drive thru* para diagnóstico da infecção pelo SARS-CoV-2, a segurança do paciente foi abordada como parte de um conceito mais abrangente de segurança em saúde, incluindo também a segurança dos profissionais e do ambiente.

Os riscos referentes à segurança do paciente *stricto sensu* foram tratados por poucos trabalhos⁽⁷⁻⁸⁾ e se referem a erros diagnósticos e danos durante o procedimento da coleta propriamente dita. A segurança dos profissionais de saúde, tratada em todas as publicações, envolve riscos de contaminação e do ambiente físico relacionados com o sistema *drive thru*.

Os riscos para pacientes são apresentados no primeiro tópico da seção, Segurança do Paciente. Posteriormente, a seção traz recomendações da literatura para a organização dos serviços de *drive thru* de modo a oferecer testagem eficiente e segura para pacientes e profissionais.

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

O sistema de testagem *drive thru* se caracteriza pelo isolamento dos pacientes em seus carros. Em um cenário de pandemia causada por uma doença altamente infecciosa, como a COVID-19, reduz as chances de contaminação para pacientes e profissionais quando comparado com a testagem em laboratórios e hospitais.

Além do risco de contaminação, minimizado pelo desenho do sistema *drive thru*, pacientes estão expostos a riscos semelhantes aos sistemas tradicionais de testagem, como falhas no diagnóstico e danos associados ao procedimento de coleta do *swab* nasal.

Para o gerenciamento de doenças pandêmicas, como COVID-19, não apenas a precisão, mas também a eficiência de testes diagnósticos são de extrema importância⁽⁹⁾. A vulnerabilidade dos serviços de laboratório é ampliada quando a equipe é forçada a trabalhar em ambientes de alto rendimento, levada a enfrentar altas cargas de trabalho e sob forte pressão. A geração de resultado

de falso-negativo para um paciente que está infectado pode, então, contribuir potencialmente para promover a transmissão de pessoa para pessoa e disseminar ainda mais o vírus na comunidade devido à aplicação não oportuna de isolamento e as medidas restritivas⁽¹⁰⁾.

A fase pré-analítica (isto é, ações e aspectos prévios à análise laboratorial) é especialmente suscetível a ocorrência de falhas. No caso do RT-PCR para diagnóstico do SARS-CoV-2, os problemas na fase pré-analítica incluem questões gerais, como falta de identificação ou identificação incorreta do paciente e/ou amostra, coleta de material inadequado (por qualidade ou volume), condições inadequadas de transporte e armazenamento das amostras, e presença de substâncias interferentes; assim como aspectos específicos, como problemas de contaminação e pacientes recebendo terapia antirretroviral⁽¹¹⁾.

Ao refletir sobre a experiência de Israel com relação à implantação de centros de testagem no sistema *drive thru* nas principais cidades do país, Kim aponta que garantir a segurança dos procedimentos pré-analíticos foi um dos desafios enfrentados. O autor relata que laboratórios receberam culturas virais não etiquetadas ou contendo adesivos de identificação imprecisos; bolsas e culturas com adesivos de identificação que não correspondiam com os devidos pacientes, bem como informações do paciente ausentes ou ilegíveis em formulários escritos à mão e refrigeradores deixados abertos por longos períodos entre as coletas de amostras⁽¹⁾.

Indicações práticas para reduzir o erro diagnóstico relacionado com falhas na fase pré-analítica incluem o fornecimento de instruções claras sobre como *swabs* devem ser coletados, manejados e armazenados⁽¹¹⁾. O procedimento recomendado para coleta de amostra de nasofaringe envolve a inserção do *swab* na narina paralelamente ao palato, mantendo o swab no lugar por alguns segundos para permitir a absorção da secreção e posteriormente colocar em um tubo estéril, contendo 2–3 ml de meio de transporte viral⁽¹¹⁾.

Fragilidades analíticas também podem contribuir para ameaçar a acurácia do diagnóstico da COVID-19, incluindo testagem fora da janela de diagnóstico, recombinação viral ativa, uso de ensaios inadequadamente validados, harmonização insuficiente e instrumentos com defeito⁽¹¹⁾. A maioria das fragilidades apontadas diz respeito a tecnologias disponíveis para o diagnóstico, e a estrutura e processos do laboratório clínico, não estando sob o escopo direto do sistema *drive thru*. Ainda assim, considerações acerca da técnica de coleta, do fluido coletado, do teste realizado e do momento de testagem em relação ao curso da infecção são importantes, uma vez que estas influenciam a capacidade do teste de detectar o SARS-CoV-2⁽¹²⁾.

A sensibilidade relatada do RT-PCR para SARS-CoV-2 é de aproximadamente 70%-90%, significando que até 30% dos pacientes infectados podem ser considerados como livres do vírus⁽¹³⁾. Porém, há possibilidade de que este dado esteja superestimado – revisão sistemática recente identificou taxa de positividade do RT-PCR em amostras nasofaríngeas de 45,5%⁽¹⁴⁾.

A transmissão viral pode ocorrer até 3 dias antes do paciente tornar-se sintomático e, geralmente, não acontece após 21 dias do início dos sintomas, exceto em infecções severas⁽¹²⁾. O

período com maior carga viral na nasofaringe se concentra entre o terceiro e o décimo dia após o início dos sintomas⁽¹¹⁾.

As considerações acima podem auxiliar no planejamento dos fluxos de centros de testagem, sobretudo na definição dos critérios para testagem e na interpretação de resultados.

Por fim, ainda há possibilidade de ocorrência de falhas na etapa pós-analítica, como atrasos na liberação de resultados, erros de digitação e/ou transcrição, e erros no laudo e na comunicação de resultados ao paciente⁽¹⁵⁾. Os pontos de fragilidade nessa etapa também devem ser levados em consideração no planejamento dos fluxos.

Das publicações com foco nos diversos aspectos do sistema de testagem *drive thru*, apenas uma relatou ocorrência de incidente durante a coleta de amostra para teste⁽⁸⁾. Durante a retirada do *swab* da narina, o cotonete do eixo de alumínio do esfregaço fraturou. A enfermeira que realizou o exame garantiu que o *swab* estava íntegro ao introduzi-lo. O paciente, que negou sensação de corpo estranho na cavidade ou outro sintoma, foi cuidadosamente examinado. Como o pedaço fraturado não foi identificado no paciente nem no veículo, o paciente foi encaminhado para emergência para avaliação adicional. O *swab* não foi detectado radiograficamente, mas foi posteriormente encontrado alojado na cavidade nasal do paciente por exame endoscópico sendo removido por um otorrinolaringologista⁽⁸⁾.

A preocupação com a ocorrência do incidente e com as ações para mitigar suas consequências para o paciente (isto é, garantir avaliação adicional) sugerem que a segurança do paciente é uma dimensão fortalecida no serviço em questão. A previsão de instruções claras para orientar a equipe após a ocorrência de um incidente, bem como garantir o encaminhamento para um serviço de emergência nos casos necessários, é etapa fundamental no planejamento de um centro de coleta.

3.2 ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DRIVE THRU

O centro de testes *drive thru* exige etapas administrativas adicionais para início dos testes, tais como: coletar informações pessoais, fatores epidemiológicos e sintomas, as diferenças nos fluxos operacionais e ações de melhoria, com foco em boas práticas na implementação e no fluxo de trabalho^(7,16). O planejamento cuidadoso para o fluxo do paciente é tão importante como design da estrutura física para garantir uma coleta de teste segura e bem-sucedida⁽¹⁷⁾. A partir da definição do local de instalação, especialistas em ações de melhoria e clínicos contribuem com o mapeamento do processo para ilustrar o fluxo de tráfego e funções de cada membro da equipe⁽²⁾.

Embora ambos os modelos observados nos estudos possuísem diferenças operacionais, assim como os resultados, forneceram informações valiosas sobre como aprimorar a eficiência dos testes em massa. O quadro 1 apresenta resumidamente a organização do sistema *drive thru*, considerando planejamento, fluxos, recursos humanos e equipamentos de proteção individual.

QUADRO I- Orientações para o desenho e organização do sistema *drive thru*

	Objetivos	Recomendações
Planejamento / Espaço	Limitar o risco potencial de contaminação cruzada	Grandes espaços abertos, como os estacionamentos de convenções – centros de distribuição, estádios, parques e mercados ⁽¹⁾
	Integração com o sistema de saúde	Suporte de atendimento para os pacientes, para os profissionais, recursos, caso necessitem ^(1,6)
Fluxos/Processos	Operacionalizar o sistema de “conduzir e testar”	Utilizar a metodologia PDCA permite a identificação de ações de melhorias no processo ^(1,6)
	Documentos com funções e responsabilidades desenvolvidas, atualizados com o fluxo de trabalho de cada membro da equipe	Demonstrar os dados das melhores práticas, mapas de fluxo de processo, folhetos de educação do paciente ^(1,6)
	Simulação realística antes do início das atividades do sistema	Garantir o fluxo adequado, proficiência da equipe na administração do teste e aderência da equipe às diretrizes de equipamento de proteção individual ⁽¹⁾
	A etapa de registro pode ser realizada por via telefônica	Realizar a triagem inicial de sintomas ou exposição anterior antes da chegada do paciente à instalação no dia e hora agendados para coleta do exame a fim de reduzir o tempo de exposição e de espera ^(1,7,18)
Recursos Humanos	Reunir uma equipe multidisciplinar	Oferecer pontos de vista diferenciados para otimização e desenvolvimento dos procedimentos necessários para um fluxo de trabalho eficiente ^(16,18-19)
	A equipe operacional, idealmente formada por médico e enfermagem, deverá estabelecer um plano de comunicação	Estabelecer um plano de comunicação claro com os pacientes a fim de explicar os resultados e desenvolver um plano de acompanhamento ⁽²⁰⁾
	O serviço de segurança e a polícia como apoio logístico	Coordenar o fluxo de carros até as áreas de coleta ⁽²⁰⁾
Equipamento De Proteção Individual (Epi)	Precauções a serem implementadas por profissionais de saúde no cuidado prestado a pacientes com doença COVID-19	Utilizar o EPI adequado envolve a seleção e treinamento abordando a paramentação, desparamentação e descarte adequado ⁽²¹⁾
	Integridade da máscara N95	Realizar inspeção, antes de utilizar, das tiras e o material da ponte nasal, a fim de garantir o seu ajuste e vedação ⁽²²⁾
	Os profissionais do sistema DT devem estar devidamente paramentados.	Utilizar a máscara N95, com protetor facial, avental com capuz e luvas, além de realizar a higiene das mãos entre pacientes ^(2,22)

3.3 PLANEJAMENTO/ ESPAÇO

Um centro de testagem *drive thru* deve estar localizado em uma área com espaço suficiente para comportar toda estrutura necessária para seu funcionamento adequado, podendo ser grandes espaços abertos, como os estacionamentos – centros de distribuição, estádios, parques ou mercados ⁽¹⁾, permitindo operacionalização de cada etapa: Entrada – Registro – Coleta de amostras – Instruções – Saída ^(7,21,23). São geralmente planejados para que os indivíduos cheguem ao local em seus veículos e se dirijam até as estações, permitindo limitar o risco potencial de contaminação cruzada entre os testados, maior rendimento dos testes e mantendo as diretrizes de distanciamento social, pois os carros dos próprios testados funcionam como unidades de isolamento ao longo do curso de teste ^(21,24).

A entrada e saída devem ser estritamente guiadas, e o movimento de cada etapa também deve ser controlado ⁽²³⁾.

O local de implantação do sistema *drive thru* deve estar estrategicamente localizado perto de um sistema de saúde que ofereça colaboração e suporte, ou seja, instituições hospitalares prestadoras de serviços de saúde pública ou privada, que forneçam recursos e soluções de atendimento para os pacientes e para os profissionais, caso haja necessidade ⁽¹⁶⁾.

Foi evidenciado também que, quando viável, os pacientes preferem o teste oferecido pelo sistema *drive thru*, pois oferece maior anonimato, agendamento do atendimento, baixo custo, resultados mais rápidos, diminuindo a ansiedade do paciente e, ao mesmo tempo, reduzindo a pressão sobre os serviços hospitalares ⁽²⁵⁾. Considerando o planejamento, cada sistema regional de saúde foi desafiado a desenvolver protocolos seguros, eficientes e eficazes para realização dos testes, isolamento e medidas de rastreamento de contato para seus pacientes; ao mesmo tempo que realocam recursos para o desenvolvimento de uma infraestrutura no combate de um potencial aumento nos casos por transmissão generalizada de COVID-19 ⁽¹⁶⁾. A realização de testes em grandes volumes de pacientes, em qualquer formato, requer disponibilidade de infraestrutura, materiais e equipe ⁽²⁾.

3.4 FLUXOS/PROCESSOS

Para operacionalizar rapidamente o sistema de “conduzir e testar”, o Magen David Adom (MDA) – Serviço Médico de Emergência de Israel – usou a metodologia Plan-Do-Check-Act, o que permitiu que a equipe de coordenação identificasse e abordasse rapidamente ações de melhorias no processo ^(1,6).

A liderança é crucial, ao mesmo tempo que os documentos desenvolvidos com funções e responsabilidades, atualizados e disseminados com frequência, facilitam o conhecimento do fluxo de trabalho pelos membros da equipe ⁽²⁾. Compartilhamento de dados, melhores práticas, mapas de fluxo de processo, folhetos de educação do paciente e guias de treinamento são fundamentais para auxiliar os sistemas de saúde ⁽²⁾.

Como estratégia, o MDA realizou uma simulação de alta fidelidade antes do início do sistema para garantir o fluxo adequado, proficiência da equipe na administração do teste e aderência às diretrizes de equipamento de proteção individual⁽¹⁾. Esta estratégia irá permitir identificação das fragilidades e situações de risco durante a dinâmica do processo de atendimento, antes do pleno funcionamento do sistema *drive thru*, permitindo assim o gerenciamento e a prestação de um serviço que agregue valor para o paciente.

O processo é iniciado após as pessoas com sintomas – estes incluíram febre com ou sem tosse ou dificuldade na respiração –, entrarem em contato com o centro. Após o registro, os pacientes recebem um QR *code* no celular para ser escaneado na unidade no dia do teste⁽¹⁾. Ainda nessa etapa, o médico poderá utilizar um questionário para avaliação do paciente, preferencialmente que seja feito sem contato direto com o paciente usando telefone ou sistema de registro eletrônico^(21,23).

Todo o processo de atendimento é prestado sem o paciente sair do carro^(17,23), podendo a etapa de registro ser realizada por via telefônica, por profissionais treinados, a fim de uma triagem inicial de sintomas ou exposição anterior antes da chegada do paciente à instalação no dia e hora agendados para coleta do exame para reduzir o tempo de exposição e de espera^(1,7,18). O agendamento também evitou o problema de visitas a vários centros evitando testes repetidos e uso indevido de recursos⁽⁷⁾.

Quando o paciente chega na cabine de exame, a temperatura corporal é medida usando um termômetro sem contato, e, se houver forte suspeita de infecção por COVID-19, ele deve ser transferido para um sistema de saúde referenciado, após a coleta da amostra⁽²³⁾.

Os pacientes serão instruídos a tossir com as janelas fechadas somente sendo baixadas para a coleta do *swab* nasofaríngeo. As amostras coletadas devem ser armazenadas em refrigeradores de armazenamento designados pelo laboratório e transportadas para um laboratório local para teste⁽²⁰⁾.

Os resultados são entregues por e-mail e por meio um telefonema de um médico dentro de 24h-72h^(3,16,25).

No caso de testes em crianças, estes requerem criatividade e flexibilidade, pois, embora a maioria das crianças fique bem nos carros, o sucesso e a experiência foram melhorados por meio da criação de uma sala para crianças especialmente agitadas ou ansiosas sentarem no colo dos pais para o teste fora do carro⁽²⁾.

3.5 RECURSOS HUMANOS

É fundamental reunir uma equipe multidisciplinar, pois fornece pontos de vista diferenciados para otimização e desenvolvimento dos procedimentos necessários para um fluxo de trabalho eficiente, incluindo médicos, enfermagem, administradores, saúde ocupacional, pre-

venção e controle de infecção, engenharia, serviços de laboratório, segurança, relações públicas e tecnologia da informação, em que este irá colaborar com os registros eletrônicos de saúde para pedidos de exames clínicos, encaminhamentos e agendamento de pacientes^(16,18-19). A presença combinada desses profissionais em um único centro irá facilitar a dinâmica na resolução rápida de problemas e melhoria do processo⁽²⁰⁾.

A equipe de Prevenção e Controle de Doenças Infecciosas irá otimizar os protocolos para coleta, armazenamento e transporte de amostras⁽²⁾.

O serviço de segurança e a polícia podem auxiliar no apoio logístico, como membros-chave da equipe, na coordenação e gerenciamento do fluxo de carros entre as estações, orientando os motoristas a colocarem os veículos estacionados com engate do freio de mão, focando na prevenção de acidentes^(7,8,23).

A equipe operacional, idealmente médico e enfermagem, deverá estabelecer um plano de comunicação claro com os pacientes a fim de explicar os resultados e desenvolver um plano de acompanhamento⁽²⁰⁾.

É importante também testar profissionais do sistema, no esforço para limitar o risco de transmissão no local de trabalho⁽²⁾. A regulamentação brasileira determina que profissionais sintomáticos ou em investigação clínica e laboratorial devem ser afastados do trabalho por 14 dias, para contabilizar o período de incubação do vírus^(19,26).

3.6 SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS E EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

A proteção dos profissionais de saúde da contaminação pelo SARS-CoV-2 é componente-chave para o sucesso no enfrentamento da pandemia. Além de reduzir a transmissão comunitária do vírus, a segurança dos profissionais diminui o impacto na capacidade de funcionamento dos sistemas de saúde causado pelos afastamentos da equipe⁽¹⁹⁾.

As precauções a serem implementadas por profissionais de saúde no cuidado prestado a pacientes com doença COVID-19 incluem o uso do Equipamentos de Proteção Individual (EPI) adequado, o que envolve a seleção e treinamento abordando a paramentação, desparamentação e descarte⁽²¹⁾. A seleção do EPI pode ser ajustada dependendo do nível de contato com os testados e ou capacidade de fornecimento⁽²³⁾.

Os profissionais do sistema *drive thru* devem estar devidamente paramentados, para atendimento dos pacientes, com protetor facial, máscara, avental com capuz e luvas (troçadas antes de cada paciente, ou se sujas)⁽²⁾. As luvas de nitrila ou látex são preferidas às luvas de vinil ou polietileno em virtude de sua maior durabilidade⁽⁷⁾.

Os profissionais que trabalham na recepção, administrativo e coleta obrigatoriamente deverão utilizar a máscara N95, devendo ser evitado trabalho contínuo por mais de 4 horas⁽²¹⁾, contudo, verificações devem ser feitas antes do uso, incluindo as tiras e o material da ponte nasal, a fim de garantir o seu ajuste e vedação, tais como: inspecionar visualmente para determinar se sua integridade foi comprometida (máscaras úmidas, sujas, rasgadas, amassadas ou com vincos não podem ser utilizadas)⁽²²⁾. Além disso, durante a coleta, o *swab* nasofaríngeo para teste de RT-PCR deve estar a menos de 1 metro dos pacientes, devendo trocar somente avental e luvas entre os atendimentos, além de realizar a higiene das mãos⁽⁸⁻⁹⁾.

Considerando a experiência de diversos países com o sistema *drive thru* e a relação com os EPI, foi evidenciada uma redução estimada de consumo, em comparação ao ambiente hospitalar, de aproximadamente 100% de máscaras e aventais e de aproximadamente 50% de luvas, sendo este tipo de testagem uma estratégia eficaz para conservar o EPI no enfrentamento de futuras pandemias⁽¹⁸⁾.

Os profissionais no centro de testagem *drive thru* também estão expostos a riscos ambientais físicos. Como os *drive thru* são instalados em locais abertos, nas regiões e/ou épocas do ano de temperaturas elevadas, há risco de desidratação dos profissionais. Este deve ser considerado no caso de longos períodos de trabalho com o uso de EPI, sendo recomendado revezamento entre os profissionais, a cada uma ou duas horas, quando possível⁽²³⁾. Outro risco particularmente associado ao *drive thru* é o decorrente do trânsito de veículos por dentro do serviço. Este pode ser minimizado com o planejamento cuidadoso das rotas e sinalização clara aos pacientes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de testagem *drive thru* é útil para a realização de testes rápidos e seguros durante o surto atual da COVID-19⁽²¹⁾, podendo ser ajustado de acordo com as situações regionais e futuramente evoluindo para uma clínica respiratória, com *kit* de diagnóstico rápido, opções de tratamento oral ou vacinas para doença quando estiverem disponíveis⁽²³⁾.

Contudo, não parece existir um padrão ideal para definir o sistema *drive thru* considerando a realidade local, permitindo ao país adotar medidas significativas e seguras para que os serviços prestados tragam respostas que aumentem as possibilidades de prevenir e evitar danos aos profissionais e a toda população.

Assim, em decorrência do cenário e das pesquisas realizadas para este artigo, a perspectiva é que as estratégias ensinam e valorizam medidas de segurança e buscam certas adaptações que a aumentem, relativamente às ações dos *drive thru*.

A segurança do paciente ainda precisa ser amplamente discutida nesse tipo de testagem, considerando as inúmeras incertezas relacionadas com o comportamento da doença na comunidade. As melhores práticas, processos e fluxos que envolvam a segurança ocupacional, qualidade, eficácia e eficiência dentro de um sistema de saúde.

Os testes continuarão a evoluir durante os próximos meses; assim como este tipo de triagem, os cuidados de saúde e as organizações precisarão reavaliar continuamente este tipo de serviço que demonstrou, por meio da adaptação, ser um fator-chave na contenção da COVID-19 durante a pandemia⁽¹⁷⁾.

É preocupante perceber que, quando a pandemia da COVID-19 acabar, a crise da saúde pública e a força de trabalho continuarão a ser um desafio. Os próximos cinco anos serão um momento para o movimento global de segurança do paciente aprender com os efeitos negativos e positivos do COVID-19⁽⁴⁾.

Um plano de ação deverá ser construído a partir de sistemas de saúde que compreendam e minimizem danos evitáveis aos pacientes e aos profissionais de saúde, e a maneira como eles ameaçam a segurança do paciente em ambientes diferenciados e complexos ao redor do mundo⁽⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Kim E. Drawing on Israel's Experience Organizing Volunteers to Operationalize Drive-Through Coronavirus Testing Centers. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020;1-3. doi: <http://doi.org/10.1017/dmp.2020.104>.
2. Flynn EF, et al. Drive-Through COVID-19 Testing During the 2020 Pandemic: A Safe, Efficient, and Scalable Model for Pediatric Patients and Health Care Workers. *Acad Pediatr.* 2020;20(6):753-755. doi: <http://doi.org/10.1016/j.acap.2020.05.018>.
3. Lee E, et al. Bonuses and pitfalls of a paperless drive-through screening and COVID-19: A field report. *J Microbiol Immunol Infect.* 2020;S1684-1182(20)30125-0. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.05.011>.
4. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030. Towards zero patient harm in health care [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 out 9]. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/1st-draft-global-patient-safety-action-plan-august-2020.pdf?sfvrsn=9b1552d2_4.
5. Rede Covida. Nota Técnica. Recomendações para procedimentos assistenciais em saúde à luz da segurança do paciente durante pandemia da COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 9]. Disponível em: <https://covid19br.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/09/Relatorio-Seguran%C3%A7a-do-Paciente.pdf>.
6. Haghani M, et al. The scientific literature on Coronaviruses, COVID-19 and its associated safety-related research dimensions: A scientometric analysis and scoping review. *Saf Sci.* 2020;129:104806.
7. Kim E. Comparing the Operational Strategies of South Korea and Israel's Coronavirus Drive-Through Testing Centers and the Implications on Testing Capacity. *Risk Manag Healthc Policy.* 2020;13:821-3. doi: <http://doi.org/10.2147/RMHP.S259347>.
8. Azar A, et al. Fractured aluminum nasopharyngeal swab during drive-through testing for COVID-19: radiographic detection of a retained foreign body. *Skeletal Radiol.* 2020;49(11):187377.
9. Chang MC, et al. Analysis of SARS-CoV-2 Screening Clinic (Including Drive-through System) Data at a Single University Hospital in South Korea from 27 January 2020 to 31 March 2020 During the COVID-19 Outbreak. *Healthcare (Basel).* 2020;8(2):145. doi: <http://doi.org/10.3390/healthcare8020145>.
10. Aragão DP, Araujo RM. Orientação ao paciente antes da realização de exames laboratoriais. *Rev Bras Análises Clínicas* [Internet]. 2019 [acesso 2020 out 7];51(2). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.21877/2448-3877.201900759>.

11. Lippi G, Simundic AM, Plebani M. Potential preanalytical and analytical vulnerabilities in the laboratory diagnosis of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clin Chem Lab Med*. 2020 Jun 25;58(7):1070-6. doi: <http://doi.org/10.1515/cclm-2020-0285>.
12. He X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med*. 2020;26(5):672–5. doi: <http://doi.org/10.1038/s41591-020-0869-5>.
13. Wang W, et al. Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA*. 2020;323(18):1843-1844. doi: <http://doi.org/10.1001/jama.2020.3786>.
14. Bwire GM, et al. Detection profile of SARS-CoV-2 using RTPCR in different types of clinical specimens: A systematic review and meta-analysis. *J Med Virol*. 2020; doi: <http://doi.org/10.1002/jmv.26349>. Online ahead of print.
15. Shcolnik W. Erros relacionados ao laboratório. In: Sousa P, Mendes W, organizadores. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ensp Fiocruz; 2019. p. 237-262.
16. Molling PE, et al. Drive-through Satellite Testing: An Efficient Precautionary Method of Screening Patients for SARS-CoV-2 in a Rural Healthcare Setting. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720947963. doi: <http://doi.org/10.1177/2150132720947963>.
17. Tande AJ. Community-Based Drive-Through and Walk-Through Testing Centers. *Mayo Clin Proc*. 2020;95(9S):S20-S22. doi: <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.06.041>.
18. Ton AN, et al. COVID-19 drive through testing: An effective strategy for conserving personal protective equipment. *Am J Infect Control*. 2020;48(6):731-2. doi: <http://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.04.010>.
19. Parcell BJ, et al. Drive-through testing for SARS-CoV-2 in symptomatic health and social care workers and household members: an observational cohort study. *Thorax*. 2020;75:1109-11. doi: <http://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2020-215128>.
20. Shah A, et al. Drive-Through Testing: A Unique, Efficient Method of Collecting Large Volume of Specimens During the SARS-CoV-2 (COVID-19) Pandemic. *Mayo Clin Proc*. 2020;95(7):1420-1425. doi: <http://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.04.030>.
21. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. Interim guidance 27 February 2020 [acesso 2020 out 9]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf.
22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (sars-CoV-2)

[Internet]. Atualizada. 30 jan 2020 [acesso 2020out 9]. Disponível em: [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/05/NOTA TECNICA GVIMS GGTES ANVISA 04 2020 Revisao 08 05 2020.pdf](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2020/05/NOTA_TECNICA_GVIMS_GGTES_ANVISA_04_2020_Revisao_08_05_2020.pdf).

23. Kwon KT, et al. Drive-Through Screening Center for COVID-19: a Safe and Efficient Screening System against Massive Community Outbreak. *J Korean Med Sci.* 2020;35(11):e123. doi: <http://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e123>.
24. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Comunicado GVIMS/GGTES/DIRE1/ANVISA nº 01/2020, de 02 de junho de 2020. Assunto: necessidade de reforço nas ações de prevenção de eventos adversos e infecções relacionadas à assistência à saúde durante a pandemia de covid-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
25. Hill K, et al. Drive-through testing in COVID-19: experience from NHS Lothian. *Clin Med (Lond).* 2020;20(3):290-291. doi: [10.7861/clinmed.2020-0160](https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0160).
26. Brasil. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União [Internet]*. 12 mar 2020 [acesso 2020 out 9]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>.



DIABETES EM TEMPOS DE COVID-19: O QUE PODE SER FEITO PARA RETOMAR AS AÇÕES E EVITAR SOBRECARGA NO SUS?

Hermelinda C. Pedrosa¹, Nilce Botto Dompierre²,
Aléxei Volaco², Patrícia Souza Carvalho³, Monica Antar Gamba³

RESUMO: A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19, representa um choque nas vidas das pessoas globalmente, diante das rigorosas medidas adotadas, sobretudo nos três primeiros meses, para proteger a população e preservar vidas. A necessidade de priorizar os casos urgentes da COVID-19 resultou em fechamento temporário ou limitação do acesso aos cuidados, tratamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, especialmente diabetes. Dados epidemiológicos consolidaram a faixa etária > 65 anos, cardiopatias, diabetes (tipo 2 principalmente), obesidade, doenças respiratórias obstrutivas, doenças renais e condições imunossupressoras como o *ranking* de maior risco de evolução grave e morte, acarretando aumento de abstenção às consultas, exames e procedimentos pelo receio de contaminação. O distanciamento social imposto provocou alterações nos hábitos e rotina das pessoas com diabetes, resultando em alterações na glicemia. Ações variadas foram adotadas pelos governos em todo o mundo, algumas exitosas, outras, inclusive no Brasil, limitaram-se à ampliação de prazo para renovação de dispensação de medicamentos e disponibilidade de telemedicina, amparada em lei federal. A sobrecarga do SUS será inevitável na retomada de atendimento. Discutir estratégias, aprimorar ferramentas e tecnologia para Estratificação do Risco na Atenção Primária são cruciais para diminuir o impacto às pessoas com diabetes no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19 e Diabetes Tipo2. DM2 e evolução grave de COVID-19. Controle de glicose e COVID-19. Estratificação de risco SUS. Rastreamento diabetes FINDRISC.

1 Médica Endocrinologista. Presidente do Departamento de Diabetes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia 2019-2020; Assessora de Relações Governamentais da Sociedade Brasileira de Diabetes 2020-2021. <http://lattes.cnpq.br/9380406550910688>. Email: pedrosa.hc@diabetes.org.br / pedrosa.hc@globo.com

2 Médico Endocrinologista do Departamento de Atenção Primária da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Professor Adjunto de Endocrinologia e Metabologia na PUC-PR.

3 Professora Associada da Escola de Enfermagem da UNIFESP, Doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP.



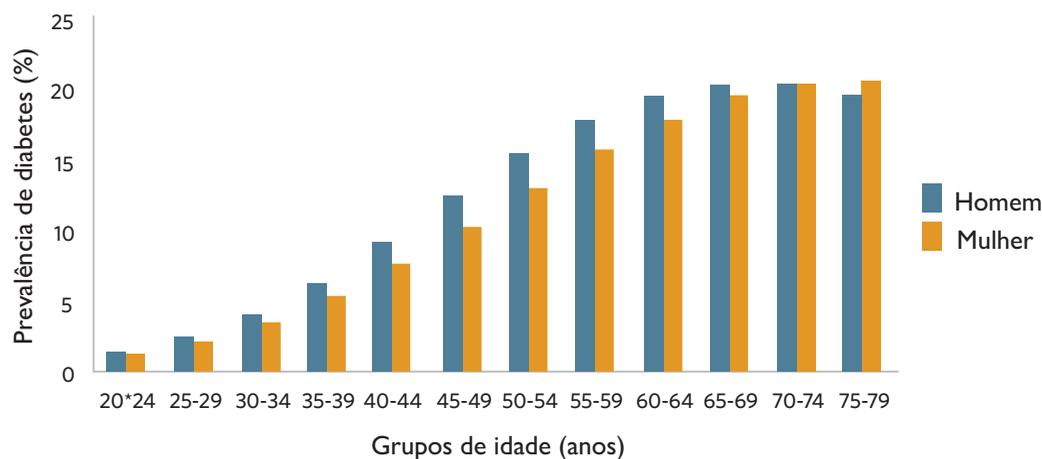
I. O IMPACTO EPIDEMIOLÓGICO DO DIABETES

Os dados da International Diabetes Federation (IDF)⁽¹⁾ baseados em dados epidemiológicos recentes e de alta qualidade publicados em 2019⁽²⁾ apontam uma estimativa de 463 milhões de pessoas com diabetes mellitus (DM) em todo o mundo, entre 20 e 79 anos, ou seja 10% da população mundial, implicando que 1 em cada 10 pessoas tem a doença.

As projeções são de 578 milhões em 2030 e 700 milhões em 2045, representando um aumento de 51%^(1,2) e de 62% em 10 anos (2009-2019)⁽¹⁾. A prevalência de DM entre as mulheres foi estimada em 9,0% e 9,6% entre os homens em 2019, e há incremento segundo a faixa etária atingindo 19,9% (111,2 milhões) entre 65 e 79 anos (**Figura 1**)⁽²⁾.

Melhor sobrevivência (em algumas populações) de pessoas com diabetes por meio da detecção precoce, melhor gestão de diabetes e, conseqüentemente, redução da mortalidade prematura, além de crescente número de adultos com DM2 nos anos recentes, são possíveis fatores contribuintes para o aumento na prevalência total⁽³⁾. Os países com maior número de pessoas com DM são China, Índia, Estados Unidos da América (EUA), Paquistão e Brasil, para o qual a estimativa é de 16.780 milhões de pessoas com DM, equivalente à prevalência de 10,4% entre a população de 20 a 79 anos, 46% sem diagnóstico, refletindo o que ocorre no mundo, em que 50,1% ignoram ter a doença⁽¹⁾.

As maiores proporções dessa situação estão nos países de renda média e baixa⁽⁴⁾ congregando 84,3% em todo o mundo; o *ranking* pelas regiões da IDF é liderado pela África (59,7%), Sudeste Asiático (56,7%), Pacífico Ocidental (55,8%), Oriente Médio e Norte da África (44,7%) enquanto as menores taxas são da Américas Central e do Sul (41,9%), Europa (40,7%) e América do Norte e Caribe (37,8%)⁽²⁾.

FIGURA I. Prevalência segundo a idade e o sexo das pessoas com diabetes

Fonte: Saeedi P et al. ⁽²⁾.

O pico de prevalência de diabetes (20-79 anos) emerge a partir de 60 anos, levemente mais alto entre os homens, iguais na faixa de 70-74 anos e com leve aumento para as mulheres entre 75-79 anos.

Outro fato preocupante é a condição de Pré-DM, que inclui pessoas com tolerância alterada à glicose (IGT, *impaired glucose tolerance*) e glicose alterada em jejum (IFG, *impaired fasting glucose*) ^(5,6). A análise da IDF compreendeu 62 estudos (de 49 países, 64,3% da população mundial) apenas com dados de IGT, pois a qualidade de dados de IFG é limitada ⁽²⁾.

Os três principais tipos de DM são: diabetes tipo 1 (DM1), diabetes tipo 2 (DM2), diabetes gestacional (DMG) e outros tipos menos frequentes (síndromes monogênicas, pancreatopatias, induzido por drogas) ^(5,6). DM2, responsável por 90% do total, mostra tendência crescente atribuída ao envelhecimento, aumento da urbanização e do envelhecimento populacional, e ambientes obesogênicos ⁽²⁾.

De fato, segundo os dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) 7% dos brasileiros sofrem de DM, 24,5% de hipertensão arterial (HAS) e 20% têm obesidade. Em 13 anos de monitoramento, esse foi o maior aumento em relação à obesidade, 11,8% em 2006 para 20,3% em 2019, com crescimento de 72%, ou seja, 2 em cada 10 brasileiros estão obesos e 55,4% com sobrepeso. Os resultados indicam também que os casos de DM passaram de 5,5% para 7,4%, e os de HAS subiram de 22,6% para 24,5%, no período entre os anos de 2006 e 2019. Em relação ao DM, o perfil de maior prevalência está entre as mulheres acima de 65 anos, mas o aumento foi maior entre os homens, com 54%. O mesmo perfil se aplica a HAS, presente em 59,3% dos adultos a partir dos 65 anos: 55,5% do sexo masculino e 61,6% do feminino ⁽⁷⁾. DM é a principal causa de complicações ao longo da vida, acarretando condições devastadoras como as microvasculares, que levam à perda de visão (retinopatia); dor, úlceras, má qualidade de vida (polineuropatia distal simétrica e autonômica); insuficiência renal e tratamento dialítico (doença renal do diabetes); ^(8,9) e as macrovasculares, resultando em infartos (IAM), angina, insuficiência cardíaca

(IC), morte (doenças cardiovasculares – DCV); acidente vascular cerebral (AVC); e amputações (doença arterial periférica – DAP – associada à neuropatia e infecção)^(9,10).

O custo da doença, devido às complicações agudas e principalmente decorrentes das crônicas, é impactante: 70% dos gastos com DM são efetuados pelos 10 países com maior número de pessoas com a doença e com 67% da população mundial que vive com DM. Por outro lado, 87% das mortes relacionadas ao DM ocorrem em países de baixa e média renda⁽³⁾ e apenas 35% dos gastos são neles efetuados⁽¹⁾.

2. COVID-19 E DIABETES

A pandemia resultante do novo coronavírus SARS-CoV-2⁽¹¹⁾, síndrome respiratória aguda catalogada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como COVID-19, representa um choque nas vidas de todas as pessoas devido às medidas de distanciamento social e várias outras necessárias implantadas para proteger a população, preservar vidas e estabilizar as perdas econômicas, adotadas pela grande maioria dos governos, segundo as orientações da OMS⁽¹²⁾.

Além dos cuidados recomendados pela OMS, milhões de pessoas que vivem com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) ou outros problemas crônicos de saúde, seguem necessitando de cuidados, recomendações e tratamentos requeridos para suas condições de agravos crônicos, incluindo DM⁽¹³⁾.

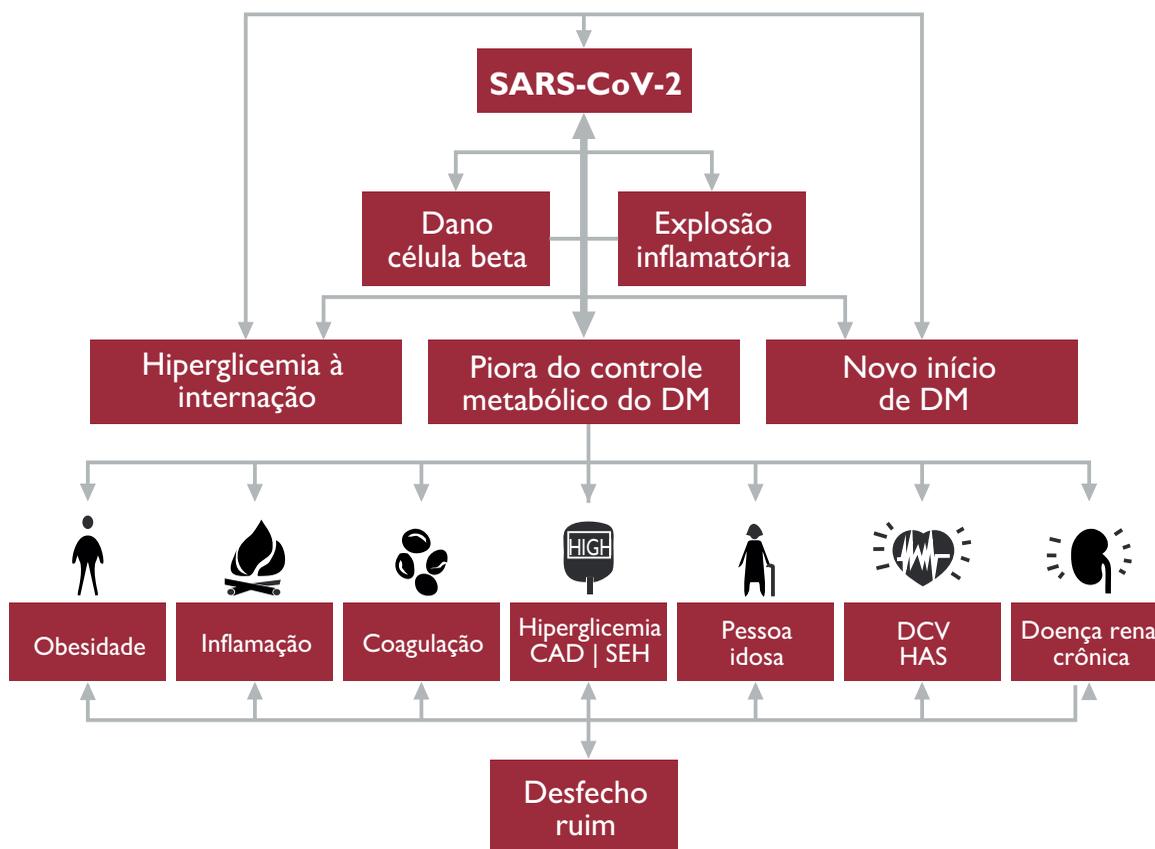
Infelizmente, a crise provocado pelo novo coronavírus resultou na suspensão de consultas de rotina para todas as pessoas, e as DCNT constituíram um grupo de maior vulnerabilidade à medida que o cenário epidemiológico foi se delineando com os estudos em Wuhan: indivíduos com DCV (HAS), DM, doença pulmonar obstrutiva (DPO) e obesidade passaram a ser focadas como condições de alto risco de evolução mais grave, além da faixa etária, conseqüente à alta prevalência de mortes então verificadas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Pessoas com DM são mais suscetíveis a doenças infecciosas independentemente da fonte de patógenos, sobretudo se há elevação da hemoglobina glicada (HbA1c) traduzindo mau controle da glicose⁽¹⁶⁾. Em outras epidemias, DM foi considerado um fator de risco para a infecção viral (Influenza, H1N1; SARS, *severe acute respiratory syndrome*; e MERS, *Middle East respiratory syndrome*), infecções respiratórias fatais anteriores por coronavírus nas últimas décadas⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

No entanto, até o momento, o conhecimento adquirido permite considerar que há, de fato, uma prevalência maior de DM e de maior gravidade entre os casos de COVID-19: metanálise de seis estudos mostrou que a prevalência de DM + COVID-19 era semelhante à de DM na China (9,7% *versus* 10,9%)⁽²⁰⁾, e outro estudo chinês apontou 8,2% (1.590 pacientes), porém, a prevalência de maior gravidade de DM + COVID-19 atingiu 34,6%⁽²¹⁾. Situação semelhante foi relatada na Itália: a prevalência de DM + COVID-19 foi 8,9%, apenas levemente abaixo da prevalência de DM para a região (11%)⁽²²⁾.

O risco mais alto de evolução grave e requerimento de cuidados intensivos ou risco de morte⁽²³⁾; riscos associados a mau controle (razão de risco [HR] 2,36, IC 95% 2,18–2,56) em um estudo britânico⁽²⁴⁾ têm sido constatados. Contudo, DM não parece consistir em um fator de risco *per si* para a COVID-19: idade, sexo, etnia, comorbidades (HAS, DCV, obesidade), o estado pró-inflamatório e pró-coagulatório são fatores contribuintes para o prognóstico (**Figura 2**)⁽²⁵⁾.

FIGURA 2. Fatores contribuintes para agravar o prognóstico da evolução de COVID-19 em pessoas com DM



Sinopse dos efeitos recíprocos de DM e COVID-19. CAD – cetoacidose; SEH – síndrome estado hiperosmolar
DCV – doença cardiovascular; HAS – hipertensão arterial sistêmica

Fonte: Adaptado de Apicella M et al. ⁽²⁵⁾.

Piores resultados diante de DM são multifatoriais. O vírus SARS-CoV-2 pode causar DM de início recente resultante do tropismo para a célula beta pancreática ou favorecer a hiperglicemia na admissão hospitalar. A tempestade inflamatória de citocinas e hormônios contrarregulatórios precipitam complicações metabólicas agudas (CAD ou HHS) e a condição pro-trombótica favorece microtrombos particularmente nos vasos pulmonares.

Diabetes é um estado de inflamação de baixo grau, e um alto grau de inflamação sistêmica ocorre em COVID-19, refletido por elevações em marcadores inflamatórios, como PCR, dímero-D e ferritina^(25,26). A associação de obesidade parece corroborar esses aspectos, pois é também um estado pró-inflamatório e um fator de risco para DM2. A adiposidade em excesso produz citocinas inflamatórias, gera resistência à insulina e disfunção endotelial, etapas precoces da aterogênese⁽²⁶⁾. É preciso ainda compreender melhor por que a obesidade foi associada à gravidade e hospitalização por COVID-19, especialmente em pessoas menores de 60 anos.

Outro importante estudo observacional e multicêntrico é o Coronado, que avaliou características fenotípicas e prognóstico em pessoas com DM hospitalizadas em 53 hospitais franceses (10-31 março 2020), para avaliar a necessidade de intubação endotraqueal e ou morte em sete dias. Amostra foi de 1.317 participantes, 88,5% com DM2, 64,9% homens, idade média 69,8±13,0 anos, IMC 28,4 kg/m²; micro e macrovascular presentes em 46,8% e 40,8%, respectivamente. Os achados foram positivos em 29,0%, 10,6% com morte, e 18% tiveram alta. Idade avançada, complicações (doença renal, retinopatia, neuropatia), apneia obstrutiva do sono (AOS) e complicações macrovasculares tinham associações independentes com o risco de morte, mas não com IMC⁽²⁷⁾.

Nos EUA, COVID-NET (*Coronavirus Disease 2019–Associated Hospitalization Surveillance Network*) mostrou que 89,3% de 178 adultos tinham uma ou mais comorbidades: HAS (49,7%), obesidade (48,3%), DPO (34,6%), DM (28,3%) e DCV (27,8%). Entre 18 e 49 anos, obesidade e DPO lideraram (principalmente asma), e entre as faixas de 50-65 anos, as mais frequentes foram HAS e DM⁽²⁸⁾. Outro relato verificou que idade > 60 anos + IMC 30-34 kg/m² duplicou a chance de admissão hospitalar e UTI comparado a idade < 60 anos e IMC < 30 kg/m²⁽²⁹⁾.

Recente metanálise aponta que DM é um importante fator de risco independentemente da idade para maior gravidade de COVID-19⁽³⁰⁾. Portanto, o perfil do paciente com DM2, de prognóstico e evolução grave de COVID-19, inclui idade acima de 60 anos, sexo masculino, mau controle glicêmico, comorbidades (HAS, DCV, obesidade), AOS, e complicações crônicas do DM, relatado na China, Europa e EUA.

3. SITUAÇÃO DO BRASIL NA COVID-19 E ENFRENTAMENTOS DAS PESSOAS COM DIABETES

A IDF promoveu uma ampla pesquisa para conhecer a reação das pessoas com DM em vários lugares do mundo na fase inicial da pandemia (abril-maio). Membros do IDF *Circle Voices* e Jovens Líderes em Redes de Diabetes foram convidados a compartilhar seus testemunhos do impacto da COVID-19 em suas vidas diárias: *Como a COVID-19 afetou a sua vida enquanto sendo uma pessoa com DM? Você está tomando alguma medida de precaução diferente das que as pessoas sem DM estão tomando? Você acha que seu governo está levando em consideração atender às necessidades*

das pessoas com DM, um grupo que é particularmente vulnerável aos efeitos da COVID-19?, cujo acesso se dá pelo endereço eletrônico: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108201>)⁽³⁰⁾.

Uma pesquisa foi delineada e aplicada *on-line* no Brasil e em outros países da região IDF SACA para investigar as barreiras enfrentadas pelos pacientes. Os dados brasileiros, obtidos em amostra de conveniência, envolveram 1.701 internautas > 18 anos, 75,5% mulheres, 51,8% nível superior/pós-graduação, DM1 60,7% e DM2 30,7%; distanciamento e isolamento social confirmados por 95,1%, e 91,5% relataram realizar monitorização da glicemia. A COVID-19 alterou o controle da doença e os hábitos: 59,5% com redução nas atividades físicas e 59,4% com variação na glicemia (VG, alta ou baixa), 48,8% com mais tempo na TV e 53,5% com internet, enquanto 22,3% aumentaram a ingestão de alimentos. A COVID-19 alterou o acesso a medicamentos e serviços de saúde: 28,1% referiram fazer seguimento no Sistema Único de Saúde (SUS), e 38,6%, no privado; 32,2%, em ambos (privado e SUS); 78,6% das pessoas deixaram de fazer consultas regulares, 38,4% adiaram, 40,2% não efetuaram agendamentos; 64,5% dependem de remédios e suprimentos via SUS, 49,9% saíram de casa para pegar a medicação; enquanto para 44,3%, amigos ou familiares realizaram a atividade⁽³¹⁾.

Os resultados mostram que a alteração dos hábitos e a dificuldade de acesso, em que pesem os ajustes realizados pelo SUS no início da pandemia e outros recentemente adotados^(32,33), impactaram negativamente a glicemia, o que aumenta o risco de mau desfecho e maior mortalidade⁽³⁴⁾ além de constituir risco para agravamento de complicações crônicas⁽⁸⁻⁹⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde também identificou DM e DCV prévia como comorbidades mais associadas com risco de morte por COVID-19⁽³⁵⁾. Vale enfatizar que a relação de DM com DCV, incluindo as manifestações ateromatosas (IAM, angina, AVC) e hemodinâmicas (insuficiência cardíaca, IC) e arritmias, é muito peculiar, pois DCV faz parte da história natural de 80% das pessoas com DM, causa de óbito por essa complicação⁽³⁶⁾. Os efeitos cardiovasculares associados à COVID-19, estão bem abordados em recente revisão⁽³⁷⁾.

Até o dia 2 de novembro de 2020, o Brasil contabilizou os seguintes dados: casos de COVID-19 – 5.554.206; mortes – 160.253; incidência por 100 mil hab. – 2643,0; mortalidade por 100 mil hab. – 76,3 (<https://covid.saude.gov.br/>). O *ranking* de casos é liderado pela região Sudeste, seguindo-se Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste; a ordem das mortes por maior frequência é Sudeste, Nordeste, Norte, Centro-Oeste e Sul; incidência por 100 mil hab. pelo Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste; e mortalidade por 100 mil hab. Centro-Oeste, Norte, Sudeste, Nordeste e Sul. Esses dois últimos parâmetros são das regiões brasileiras com menor população, e o Centro-Oeste provavelmente alavancou os números porque o Distrito Federal lidera o *ranking* nacional.

Os dados atuais mostram uma redução dos casos e das mortes no Brasil, mas, ao mesmo tempo, recrudescimento alternado entre as regiões brasileiras, provavelmente devido à flexibilização gradual e ampliada que tem ocorrido.

4. DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA EVITAR A SOBRECARGA DO SISTEMA DE SAÚDE

Durante a pandemia, cenários dos países traduziram um recorte variado coletado pela IDF: boas experiências (Argentina, Itália, Portugal e Coreia do Sul), ações específicas ausentes (Espanha e Grécia), ou grande desafio para obtenção dos medicamentos por parte dos pacientes (Zimbábue, Irã e Índia). *Os pacientes com DM2, pela pesquisa brasileira online, representaram 30,7%, tinham maior associação com DCV e obesidade; a amostra geral referiu menor monitorização da glicose e 31,2% com maior VG do que antes da pandemia (20% acima das metas); e diminuição de atividade física* ⁽³⁰⁻³¹⁾.

No Brasil, ajustes foram implantados pelo governo, não só para obtenção dos medicamentos pelo Programa Farmácia Popular ⁽³²⁾ como também agilização para formalizar a segurança e ética com o uso de telemedicina (Telemedicina – Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.643/2002 e referendada pelo Ofício nº 1.756/2020/COJUR, do CFM ao Ministério da Saúde e a Lei nº 13.989, de 2020).

Apesar dos esforços para reduzir dificuldades ⁽³³⁾, a estratégia de ampliar o prazo de dispensação foi eficaz para apenas 21% dos 64,5% que receberam seus medicamentos e insumos do SUS (ou 13,5% do total de respondentes) ⁽³¹⁾. Essa ampliação de 30 para 90 dias na renovação da prescrição ⁽³²⁾ parecia ser uma das poucas políticas específicas para proteger indivíduos com DM e outras DCNTs, no Brasil ⁽³¹⁾.

A pandemia não terminou e não tem prazo para que isso ocorra. Enfrentar as alternâncias entre estabilidade, aumento e diminuição de casos e de mortes vislumbra-se como cenário dos próximos tempos até que ocorra vacinação da população globalmente.

A IDF ressalta situações especiais que devem ser consideradas com mais atenção para as pessoas com DM ⁽¹³⁾:

- i. Vulnerabilidade: mau controle e presença de complicações têm alto risco de evolução grave com COVID-19 e risco de morte de até 50% (mais idosas e com DM2);
- ii. Atendimento à demanda: acesso ininterrupto a medicamentos, suprimentos, tecnologias e cuidados. Interrupção resultante da pandemia dificulta o controle da doença e aumenta as chances de complicações do DM no longo prazo. Governos devem tomar as medidas necessárias para garantir acesso ininterrupto aos cuidados e ao tratamento de que precisam;
- iii. Manter o bem-estar: além do dano real pelas restrições de acesso ao cuidado, incertezas pela situação aumentam ansiedade para os pacientes e familiares. Muitos enfrentam dificuldades financeiras devido à crise econômica e evitam os cuidados nos centros de saúde por receio de contrair COVID-19 (a maioria no Reino Unido tem DM, DCV, DOP).

Há preocupação de que, no futuro, muitos países podem constatar e enfrentar um aumento nas complicações do DM⁽¹³⁾.

Sabe-se que o SUS cobre 70% da assistência à população⁽³⁹⁾. Não há, ainda, dados gerais sobre a interrupção no atendimento, demanda reprimida de consultas / cirurgias / procedimentos desmarcados / cancelados, faltas dos pacientes ao agendamento (receio de ir ao hospital, centros de saúde ou consultórios). Na pesquisa *on-line*, 38,4% adiaram consultas e ou exames, e 40,2% não marcaram nenhuma desde o início da pandemia⁽³¹⁾. No segundo semestre do ano, grande parte das atividades ambulatoriais passaram a ser retomadas.

É preciso reorganizar as agendas canceladas e reforçar a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratificação do Risco (<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9137>); ou com base no Modelo de Pirâmide de Risco – Kaiser Permanente (www.conass.org.br/lilac 2015) e Cadernos de Atenção Básica (bvsm.sau.de.gov.br), é um dos recursos utilizados pelas equipes de saúde, adequando-se às realidades locais, incluindo ações de telemedicina e uso de ferramentas tecnológicas.

A APS deve conhecer a população com DM do seu território, classificar os riscos para a doença e para a COVID 19, avaliar a capacidade do autocuidado e investir nesse processo educativo, identificar as vulnerabilidades da região e que possam interferir nas condições clínicas individuais. O alcance da cobertura pode ser calculado pelo ajuste das estimativas percentuais de risco e prevalência estimada pela IDF (20 a 79 anos), 10,4% ou obtida pelo Vigitel 2019 e da Pesquisa Nacional de Saúde 2019: riscos baixo (20%), médio (50%), alto (25%) e muito alto (5%)^(1,41-42).

Ferramentas contendo informação técnico-científica para atualização e adaptação para a condução estão disponíveis e de acesso livre nos *sites* de sociedades científicas (www.diabetes.org.br), federações (www.idf.org, www.idf.org/covid-19), (www.diabetes.org) etc., como também em recentes publicações dos conselhos (www.conass.org.br)^(5-6; 8-10).

O PCDT DM1 (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas) recebeu novos ajustes na dispensação de insulina análoga rápida, mas o prazo longo para a efetivação possibilita manter-se o formato que entrava a vida dos usuários⁽³³⁾. O PCDT DM2, que recebeu contribuição científica das Sociedades Brasileiras de Diabetes (SBD) e de Endocrinologia e Metabologia (SBEM), foi aprovado pela Conitec-SCTIE-MS (www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-53-de-11-de-novembro-de-2020-288057518) e agregará, finalmente, mudanças na disponibilidade de inibidor de SGLT2 para pessoas com DM2 e DCV acima de 65 anos no médio prazo (atualmente Glibenclamida 5 mg, Gliclazida 80 mg, Gliclazida MR 30 mg [direto por algumas secretárias estaduais], Metformina 850 mg e 500 mg [apresentação XR apenas na Farmácia Popular], Insulina humana NPH 100 e Insulina humana Regular 100). A Linha de Cuidado *on-line* é uma ferramenta promissora do Ministério da Saúde que está em construção.

As restrições para combater a disseminação da COVID-19, como fechamento temporário do atendimento ambulatorial, limitado acesso a instalações e serviços de saúde, realocação de recursos de saúde e interrupção de programas de rastreamento, interromperam a prestação de

cuidados para o tratamento e prevenção das DCNT. Segundo avaliação pela OMS em maio, 62% dos países pesquisados relataram interrupções nos serviços para tratar diabetes e complicações^(13,31).

Alguns pontos devem ser destacados para a prática diária dirigida às pessoas com DM, visando à organização da abordagem e posterior Estratificação do Risco:

- O cuidado e o tratamento do DM devem ser administrados pela equipe da APS (médico, enfermeiro e agente de saúde) que tem o apoio do Nasf (Núcleo Ampliado de Saúde da Família, composto por nutricionista, farmacêutico, psicólogo). A ADA inclui outros profissionais: médicos especialistas ou capacitados, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos, dentistas e profissionais de saúde mental, professores de educação física⁽⁴³⁾. As Diretrizes da SBD 2019-2020 recomendam enfermeiros especializados ou capacitados em podiatria para atuar nos cuidados de úlceras (Pé diabético)⁽⁴⁴⁾; Foco no controle – estabelecer metas (**Tabela 1 e 2**) laboratoriais, de pressão arterial e uso de estatinas segundo a idade e as condições de funcionalidade e fragilidade^(45,46), e alinhar com as evidências científicas⁽⁴⁷⁾;
- Rastrear presença de complicações em pessoa com DM2: desde o diagnóstico e anualmente⁽⁸⁻⁹⁾;
- Teleconsultas: avaliar os usuários elegíveis (disponibilidade de celulares, computadores; analfabetismo digital / funcional [requerem consultas presenciais]); alinhar experiências exitosas e ampliar para locais mais desassistidos (Guia Conass/Conasems)⁽⁴⁸⁾;
- Implementar Matriciamento em diabetes: conexão de especialistas da média e alta complexidade com os profissionais de saúde das equipes da APS, para suporte para discussão de casos e intervenções terapêuticas⁽⁴⁰⁾;
- e-SUS: mapeamento de locais com implantação para as ações padronizadas em rede (<https://aps.saude.gov.br/ape/esus>).

TABELA 1. Metas laboratoriais para o controle geral do tratamento do diabetes tipo 2

Parâmetro	Metas terapêuticas	Níveis toleráveis
Hemoglobina glicada (HbA1c)	Ao redor de 7% em adultos sem complicações graves Entre 7,5% e 8,5% em pessoas idosas (baseado na funcionalidade/ fragilidade)	Metas devem ser individualizadas de acordo com: Duração do DM Idade/expectativa de vida Comorbidades Complicações Hipoglicemia não percebida
Glicemia de jejum	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL
Glicemia pré-prandial	< 100 mg/dL	< 130 mg/dL
Glicemia pós-prandial	< 160 mg-180 mg/dL	< 180 mg/dL

Fonte: Elaborado pelos autores. Conduta clínico-laboratorial para seguimento de pessoas com DM. Adaptado⁽⁴⁵⁾.

TABELA 2. Recomendação para controle da pessoa idosa, segundo a Associação Americana de Diabetes

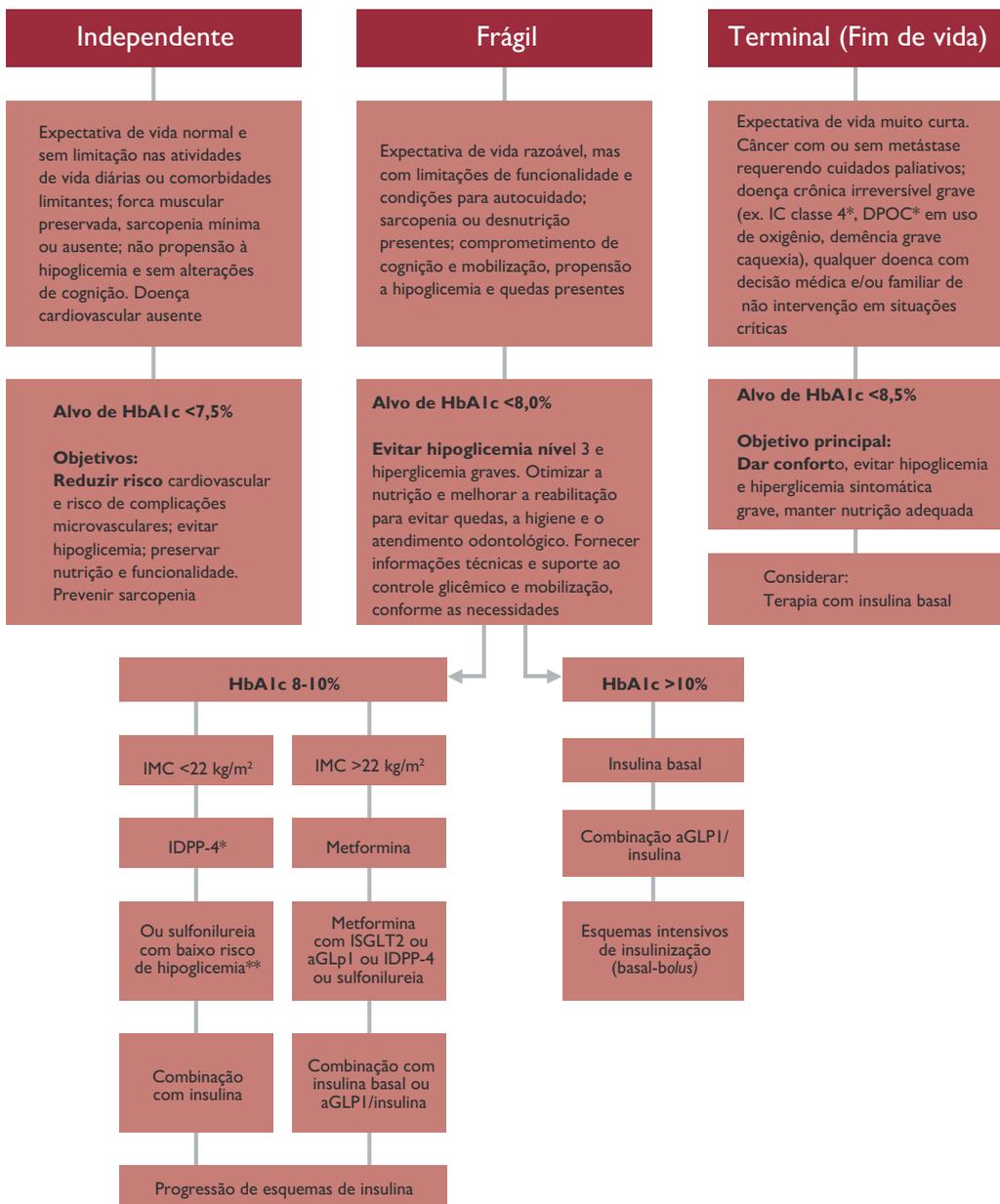
Características do paciente	Racional	Meta HbA1c	Glicemia jejum ou pré-prandial (mg/dL)	Glicemia ao deitar (mg/dL)	PA (mmHg)	Lípides
Saudável (poucas comorbidades) Função cognitivas e funcionais preservadas	Longa expectativa de vida	<7,5%	90-130	90-150	<140x90	Estatinas
Complexo (múltiplas comorbidades, leve e moderada disfunção cognitiva, 2 ou + atividades de vida comprometidas)	Expectativa de vida intermediária Vulnerabilidade a hipoglicemia e quedas	<8,0%	90-150	100-180	<140x90	Estatinas
Muito complexo (estágio final de doença crônica ou alteração cognitiva moderada a grave ou 2 ou + dependências para atividades de vida diária)	Expectativa de vida curta	<8,5%	100-180	100-200	<150x90	Considerar benefício da estatina para prevenção secundária

Fonte: Elaborado pelos autores. As pessoas idosas com DM devem ter metas de controle da glicemia, HbA1c, pressão arterial e uso de estatinas, segundo as condições clínicas de funcionalidade e fragilidade. Adaptado⁽⁴⁶⁾.

A escolha do tratamento das pessoas com DM2 e idosas também deve seguir os critérios de funcionalidade e fragilidade, como está bem delineado em diretrizes recentes^(45, 47) (**Figura 3**).

FIGURA 3. Algoritmo para o manuseio do controle e tratamento da pessoa idosa com diabetes tipo 2

IMPRESCINDÍVEL: DEFINIR O ESTADO FUNCIONAL E ALVO TERAPÊUTICOS



*IC: insuficiência cardíaca; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; **Gliclazida, glicemiprida; IDPP-4: inibidor de dipeptidil transpeptidase; iSGLT2: inibidor do cotransportador de glicose e sódio; aGLP I RA: agonistas do receptor de GLP I.

Fonte: Adaptado (44,46).

Pessoas com DM >65 anos, com ou sem doença cardiovascular aterosclerótica ou renal estabelecidas. Hipoglicemia: Nível 1 – 55 - <70 mg/dL, Nível 2 - < 54 mg/dL, Nível 3 – Grave – requer ajuda de terceiros e independe do valor da glicemia. As opções terapêuticas glicemiprida, IDPP-4 e aGLP I RA não estão disponibilizadas ainda no SUS. A classe iSGLT2 será disponibilizada no SUS (www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-53-de-11-de-novembro-de-2020-288057518).

As complicações crônicas devem ser rastreadas anualmente, segundo as recomendações baseadas em evidência^(43,44). Um *checklist* de Avaliação Médica Abrangente e Avaliação de Comorbidades e Imunizações pode ser construído e formatado para inserção no prontuário eletrônico⁽⁴³⁾, e no Brasil, informações específicas para Imunização em Pessoas com Diabetes (disponível em: <https://sbim.org.br/publicacoes/guias/1119-guia-de-imunizacao-sbim-sbd-diabetes-2019-2020>). As recomendações para as complicações microvasculares e pé diabético estão delineadas na **Tabela 3**^(8-10; 43,44; 49-52).

TABELA 3. Rastreamento de complicações para pessoas com diabetes

Complicação do diabetes	Recomendação	Nível de evidência
Doença renal do diabetes	Uma vez/ano: albumina urinária (relação albumina/creatinina urinária - RAC) e taxa de filtração glomerular estimada (TFGe)	B
	Duas vezes ao ano se: albumina urinária > 30 mg/g creatinina e / ou TFGe <60 mL/min/1,73m ²	C
	Otimize o controle da glicose e pressão arterial para reduzir o risco ou retardar a progressão da doença renal crônica.	A
	Inibidor de ECA ou um bloqueador do receptor da angiotensina é recomendado se RAC aumentada (30-299 mg/g de creatinina) e fortemente recomendado se RAC muito aumentada ≥300 mg/g creatinina e/ou TFGe <60 mL/min/1,73 m ²	B A
	Encaminhar a um nefrologista se TFGe <30 mL/min/1,73 m ² .	A
Retinopatia diabética	Otimize o controle da glicose para reduzir o risco ou retardar a progressão da retinopatia	A
	Otimize o controle da glicose da pressão arterial e perfil lipídico para reduzir o risco ou retardar a progressão da retinopatia	A
	Exame inicial por dilatação da pupila deve ser realizado ao tempo do diagnóstico por um oftalmologista	B
	Se um ou mais exames normais, glicemia bem controlada, o rastreamento a cada 1–2 anos pode ser considerado.	
	Se qualquer nível de retinopatia presente, repetir o exame no mínimo anualmente	B
	Se retinopatia progredir ou houver ameaça à visão, repetir com mais frequência	
	Programas com fotografia de retina (avaliação remota) podem ser estratégias de rastreamento apropriadas. Oferecer encaminhamento para um exame oftalmológico abrangente, quando indicado.	B

Complicação do diabetes	Recomendação	Nível de evidência
Neuropatia periférica diabética	Todos os pacientes devem ser avaliados ao tempo do diagnóstico e depois, anualmente	B
	Avaliação inclui história clínica, avaliação da temperatura (cabo do diapasão 128 Hz) ou dor (palito pontiagudo) - função de fibra fina, sensibilidade vibratória (diapasão 128 Hz) - função de fibra grossa.	B
	Teste anual com monofilamento de 10g (cor laranja-kit hanseníase) para identificar risco de ulceração e amputação – sensibilidade protetora - função de fibra grossa	
	Sintomas e sinais de neuropatia autonômica devem ser avaliados, se há complicações microvasculares	E
	Otimize o controle de glicose para reduzir o risco ou retardar a progressão da neuropatia periférica	B
	Avalie e trate a dor neuropática periférica e sintomas de neuropatia autonômica (melhorar a qualidade de vida)	B E
	Pregabalina, duloxetine ou gabapentina são tratamentos farmacológicos de 1ª linha para a dor neuropática	A
Pé diabético	Perda de sensibilidade ou história de ulceração ou amputação devem ter seus pés inspecionados em todas as consultas	B
	Sintomas de claudicação ou pulsos distais diminuídos ou ausentes devem ser encaminhados para índice tornozelo-braquial e para avaliação vascular adicional	C
	Abordagem multidisciplinar é recomendada diante de úlceras nos pés e pés de alto risco (diálise, pé de Charcot ou úlceras ou amputação prévias)	B

Fonte: Adaptado ^(43,44, 49-52). Rastreamento de complicações crônicas com base em evidências científicas.

Uma das complicações mais devastadoras e onerosas ⁽⁵³⁾, mas passível de prevenção ⁽⁵⁴⁾ são os problemas nos pés ^(8-9; 51-52). Para o cenário de COVID-19, protocolos foram propostos para agilizar a condução dos casos pelo *Diabetic Foot International* ⁽⁵⁵⁾. Dessa forma, além das complicações, ações paralelas de rastreamento de DM devem ser retomadas, considerando que 46% desconhecem o diagnóstico de DM, que pré-DM requer identificação e que o diagnóstico tardio implica em complicações presentes ao diagnóstico ^(1,2). Aplicação do *Finnish Diabetes Risk Score* (FRINDRISC) de modo sistematizado na APS é uma estratégia simples e validada globalmente ^(1-2; 56).

5. CONCLUSÃO

Infelizmente, o fim desta pandemia ainda não está à vista. A disponibilidade de vacinação para primeiro semestre de 2021 acena com possibilidade de atenuar o grave impacto provocado em todo o mundo.

As pessoas com DCNT, os mais importantes agravos de alto risco para evolução grave e morte além da faixa etária > 65 anos, requerem e seguirão requerendo atenção especial diante da complexidade dos cuidados e tratamentos⁽²⁵⁾. Experiências exitosas foram relatadas à IDE, outras limitadas à dispensação de medicamentos ou desafiantes para obtenção⁽³⁰⁾. Pesquisa no Brasil apontou as barreiras enfrentadas pelas pessoas com diabetes e impacto negativo em suas vidas⁽³¹⁾.

Na fase de retomada das atividades regulares no SUS, há potencial de enfrentamento paralelo do recrudescimento da segunda onda da COVID-19. Mais do que nunca, faz-se necessário ajustar as tantas ações exitosas às realidades diversas enfrentadas no país, para minimizar a sobrecarga prevista no curto prazo e prevenir as do médio e longo prazo, decorrentes da piora do controle da doença.

Dessa forma, somar forças de instituições como Conass e Conasems e a contribuição da academia e das sociedades científicas, além de acolher as demandas das associações de pessoas com DCNT é o caminho apropriado a ser seguido, visando aprimorar a atuação dos profissionais de saúde e ampliar o benefício de melhor cuidado, bem como estimular o autocuidado pelas pessoas com diabetes no nosso país.

REFERÊNCIAS

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 9th ed. Belgium: International Diabetes Federation; 2019 [acesso em 2020 dez 14]. Disponível em: www.idf.org.
2. Saeedi P, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res Clin Prac.* 2019;157:1-10. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
3. Chatterjee S, Khunti K, Davies MJ. Type 2 diabetes. *Lancet.* 2017;389(10085):2239-51.
4. The World Bank. World Bank Country and Lending Groups [Internet]. 2019 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
5. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care* [Internet]. 2020;43(Suppl.1):S14-S31. <https://doi.org/10.2337/dc20-S002>.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: www.diabetes.org.br.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diabetes, hipertensão e obesidade [Internet]. [acesso em 2020 dez 14]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46792-diabetes-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros-2s-hipertensao-e-obesidade-avancam-entre-os-brasileiros-2>.
8. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care.* 2020;43(Suppl.1):S135-S151. doi: <https://doi.org/10.2337/dc20-S011>.
9. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: www.diabetes.org.br.
10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care* 2020;43(Suppl. 1):S111-S134. doi: <https://doi.org/10.2337/dc20-S010>.
11. Healthmap. Novel coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 24]. Disponível em: <https://www.healthmap.org/covid-19/>.
12. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public [Internet]. 2020 [acesso 20 out 30]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
13. Boulton AJM. Why diabetes must not be forgotten in the global fight against COVID-19. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2020;165:108319. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108319>.

14. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
15. Kumar A, et al. Is diabetes mellitus associated with mortality and severity of COVID-19? A meta-analysis. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(4):535-45.
16. Knapp S. Diabetes and infection: is there a link? *Gerontology*. 2013;59(2):99-104. doi: <https://doi.org/10.1159/000345107>.
17. Schoen K, et al. Spectrum of clinical and radiographic findings in patients with diagnosis of H1N1 and correlation with clinical severity. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):964. doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4592-0>.
18. Yang JK, et al. Plasma glucose levels and diabetes are independent predictors for mortality and morbidity in patients with SARS. *Diabet Med*. 2006;23:623-8. doi: <https://doi.org/10.20945/2359-3997000000256>.
19. Song Z, et al. From SARS to MERS, Thrusting Coronaviruses into the Spotlight. *Viruses*. 2019;11(1):59. doi: <https://doi.org/10.3390/v11010059>.
20. Li B, et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. *Clin Res Cardiol*. 2020; 109(5):531-538. doi: <https://doi.org/10.1007/s00392-020-01626-9>.
21. Guan WJ, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: a nationwide analysis. *Eur Respir J*. 2020; 55: 2000547. doi: <https://doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>
22. Fadini GP, et al. Prevalence and impact of diabetes among people infected with SARS-CoV-2. *J Endocrinol Invest*. 2020; 43:867-69. doi: <https://doi.org/10.1007/s40618-020-01236-2>.
23. Shi Q, et al. Clinical characteristics and risk factors for mortality of COVID-19 patients with diabetes in Wuhan, China: a two-center, retrospective study. *Diabetes Care*. 2020;43:1382-91. doi: <https://doi.org/10.2337/dc20-0598>.
24. Williamson E, et al. Factors associated with COVID-19-related hospital death in the linked electronic health records of 17 million adult NHS patients. *J Chem Inf Model*. 2019;53: 1689-99. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.06.20092999>.
25. Apicella M, et al. COVID-19 in people with diabetes: understanding the reasons for worse outcomes. 2020;8:782-92. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30238-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30238-2).
26. Zhou F, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-62. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).

27. Cariou B, et al. Phenotypic characteristics and prognosis of inpatients with COVID-19 and diabetes: the CORONADO study. *Diabetologia*. 2020;63(8):1500-1515. doi: <https://doi.org/10.1007/s00125-020-05180-x>.
28. Garg S, et al. Hospitalized rates and characteristics of patients with laboratory-confirmed Coronavirus Disease 2019 - COVIDNET, 14 States, March 1-30, 2020. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(15):458-64. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6915e3>.
29. Lighter J, et al. Obesity in patients younger than 60 years is a risk factor for Covid-19 hospital admission. *Clin Infect Dis*. 2020;71(15):896-897. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa415>.
30. International Diabetes Federation. COVID-19: Perspectives from people with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;163:108201. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108201>.
31. Barone MTU, et al. The Impact of Covid-19 on people with Diabetes in Brazil. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;166:108304. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108304>.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Alterações na Programa Farmácia Popular devido à situação de emergência de saúde pública decorrente do coronavírus (COVID19) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 24]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus/trienio-2018-2020/777-acoes-e-programas/farmacia-popular/46566-alteracoes-no-programa-farmacia-popular-devido-a-situacao-de-emergencia-de-saude-publica-decorrente-do-coronavirus-covid19>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 30, de setembro de 2020. Nota Técnica nº 301/2020-CGAFB/DAF/SCTIE/MS [Internet]. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: www.saude.gov.br.
34. Ceriello A. Hyperglycemia and the worse prognosis of COVID-19. why a fast blood glucose control should be mandatory. *Diabetes Res Clin Pract*. 2020;163:108186. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108186>.
35. Pititto BA, Ferreira SRG. Diabetes and covid-19: more than the sum of two morbidities. *Rev Saude Publica*. 2020;54:54. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002577>.
36. Nwaneri C, Cooper H, Bowen-Jones D. Mortality in type 2 diabetes mellitus: magnitude of the evidence from a systematic review and meta-analysis. *Br J Diabetes Vasc Dis*. 2013;13(4):192-207.
37. Madjid M, et al. Potential effects of Coronaviruses on the cardiovascular system: a review [published online ahead of print, 2020 mar 27]. *JAMA* [Internet]. 2020. doi: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1286>.
38. Coronavírus Brasil. Painel Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 26]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

39. Malta D, et al. Private health care coverage in the Brazilian population, according to the 2013 Brazilian National Health Survey. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(1):179-90. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16782015>.
40. Sobrinho DF, Santos AF. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. *Saúde Debate*. 2014;38(spe). doi: <https://doi.org/10.5935/0103-104.2014S007>.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição socio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341650720_Vigitel_Brasil_2019_vigilancia_de_fatores_de_risco_e_protecao_para_doencas_cronicas_por_inquerito_telefonico_estimativas_sobre_frequencia_e_distribuicao_sociodemografica_de_fatores_de_risco_e_protecao.
42. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [acesso 2020 dez 14];29(2). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=2237-962220200002&lng=pt&nrm=iso
43. Sociedade Brasileira de Diabetes Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care*. 2020;43(Suppl. 1):S37-S47. doi: <https://doi.org/10.2337/dc20-S004>.
44. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: www.diabetes.org.br.
45. Sociedade Brasileira de Diabetes. Conduta Terapêutica No Diabetes TI Posicionamento Oficial SBD nº 01/2019 [Internet]. 2019 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: www.diabetes.org.br/profissionais/.
46. Sociedade Brasileira de Diabetes. Abordagem da Pessoa Idosa com Diabetes. Posicionamento Oficial SBD nº 07/2019 [Internet]. 2019 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/Posicionamento_Idoso19_12448v5_brMAR.pdf.
47. Bertoluci MC, et al. Portuguese Brazilian evidence based guideline on the management of hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus. *Diabetol Metab Syndr*. 2020;12:45. doi: <https://doi.org/10.1186/s13098-020-00551-1>.
48. Conselho Nacional de Secretários Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. 2. ed. Brasília, DF: CONASS; 2020 Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems-2-ed-com-anexos.pdf>.

49. Pop-Busui R, et al. Diabetic Neuropathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2017;40(1):136-154. doi: <https://doi.org/10.2337/dc16-2042>.
50. Pedrosa HC, et al. Neuropatia Diabética: Posicionamento da Associação Americana de Diabetes. Adendo do Posicionamento nº 5 SBD/2019 [Internet]. 2019 [acesso 2020 dez 14]. Disponível em: www.diabetes.org.br/profissionais.
51. IWGDF Guidelines on the prevention and management of diabetic foot disease [Internet]. 2019 [acesso 2020 ago 14]. Disponível em: www.iwgdfguidelines.org.
52. Boer IH, et al. Executive summary of the 2020 KDIGO Diabetes Management in CKD Guideline: evidence-based advances in monitoring and treatment. *Kidney Int*. 2020;98(4):839-848. doi: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.06.024>.
53. Toscano CM, et al. Annual Direct Medical Costs of Diabetic Foot Disease in Brazil: A Cost of Illness Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(1):89. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15010089>.
54. Bus AS, et al. Guidelines on the prevention of foot ulcers in persons with diabetes (IWGDF 2019 update). *Diabetes Metab Res Rev*. 2020;36(S1):e3269. doi: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3266>.
55. Meloni M, et al. Fast-track pathway for diabetic foot ulceration during COVID-19 crisis: A document from International Diabetic Foot Care Group and D-Foot International. *Diabetes Metab Res Rev*. 2020;e3396. doi: <https://doi.org/10.1002/dmrr.3396>.
56. Lindström J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*. 2003;26(3):725-31. doi: <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.725>.

A COVID-19 ENTRE GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS: SITUAÇÕES DESAFIADORAS DURANTE O PARTO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Marianne Pinotti¹

Na vida há algo pior do que o fracasso: não ter tentado nada.

Franklin D. Roosevelt

RESUMO: Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou estado de pandemia por COVID-19. Desde então impõe-se uma enorme preocupação com gestantes, puérperas e recém-nascidos. A literatura ainda é escassa, e este capítulo objetiva resumir o tema analisando a atuação do Brasil na proteção dessa população durante a pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Gestantes. Recém-nascidos. Parto. Proteção à gravidez durante a pandemia.

¹ Doutora em medicina pela Universidade de São Paulo, médica ginecologista, obstetra e mastologista. Instituição Clínica Pinotti. <http://lattes.cnpq.br/0395060285603544>. marianne.pinotti@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, a Comissão Municipal de Saúde e Saneamento de Wuhan (Província de Hubei, China) relatou um grupo de 27 casos de pneumonia de etiologia desconhecida, com exposição comum a um mercado atacadista provedor de crustáceos, peixes e animais vivos para alimentação, que incluía sete casos considerados graves⁽¹⁻²⁾. O primeiro deles, registrado em 8 de dezembro de 2019, apresentou febre, tosse seca, dispneia e achados radiológicos compatíveis com infiltrados pulmonares bilaterais.

Em uma semana (7 de janeiro de 2020), as autoridades chinesas identificaram como agente etiológico do surto um novo tipo de vírus, pertencente à família *Coronaviridae*, posteriormente denominado SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome – Related Coronavirus 2*), cuja sequência genética foi compartilhada pelas autoridades chinesas em 12 de janeiro de 2020. A doença causada por este novo vírus foi, por consenso internacional, denominada de COVID-19, que significa “doença de coronavírus 2019”. No dia 11 de março de 2020, o surto de SARS-CoV-2 passou a ser reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia⁽³⁻⁴⁾. Em 20 de março de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) considerou “estado de transmissão comunitária” em todo o território nacional⁽⁵⁾.

A COVID-19 apresenta um amplo espectro clínico, variando desde infecções assintomáticas até quadros graves. De acordo com a OMS, a maioria (cerca de 80%) dos pacientes podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos, e aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais, em torno de 5%, demandam suporte ventilatório⁽⁶⁾.

No dia 26 de agosto de 2020, mais de 23,9 milhões de casos foram diagnosticados no mundo, com um total de 821 mil mortes. Os Estados Unidos da América (EUA) são o país com

mais contágios e falecimentos⁽⁷⁾. O Brasil ocupa o terceiro lugar⁽²⁾, em relação ao número total de casos e mortes, registrando 5.113.628 infectados e 150.998 óbitos. Esses dados foram computados até as 18h do dia 13 de outubro de 2020 pelo MS⁽⁸⁾.

De acordo com evidências atuais, o período de incubação é estimado em 5 dias (intervalo de 2-14 dias)⁽⁹⁾. A enfermidade afeta principalmente pessoas entre 30 e 79 anos, sendo menos frequente em menores de 20 anos. A maioria dos casos identificados apresenta um quadro leve, e cerca de 20% podem ter manifestações clínicas mais graves, especialmente, em portadores de doenças subjacentes, como hipertensão arterial, diabetes, cardiovasculares e respiratórias crônicas. Com base nessas evidências, é possível projetar que, em gestantes com comorbidades, o risco de desenvolver manifestações clínicas graves seja maior. Contudo, não existem estudos que possam respaldar essa presunção.

Por se tratar de uma enfermidade transmissível, medidas cautelares devem ser tomadas. Pelas informações disponíveis até o momento, o principal mecanismo de transmissão é pelo ar ou por contato pessoal com gotículas de secreções respiratórias, saliva, espirro, tosse, catarro, maiores de 5 micras, que não permanecem suspensas no ar, sendo depositadas em uma área de 1 a 2 metros. O contato direto das mucosas (olhos, nariz e boca) de um receptor com secreções ou fômites favorece aquisição da virose. Também foi demonstrada sua viabilidade por meio de aerossóis emitidos durante a realização de procedimentos médicos, infectando pessoal da saúde (transmissão nosocomial). Embora o vírus tenha sido detectado em amostras de urina e fezes de indivíduos infectados, não há evidências científicas que respaldem a via de transmissão fecal-oral. Em relação à imunidade, tem-se postulado que anticorpos induzidos pelo vírus pós-infecção seriam protetores, mas isso ainda precisa de confirmação científica, por outra parte, não se sabe se todos os pacientes infectados apresentam uma resposta imune protetora e quanto tempo durará tal efeito, caso presente⁽¹⁰⁾.

Sabe-se que as mulheres grávidas experimentam mudanças fisiológicas e imunológicas que as tornam mais suscetíveis a qualquer tipo de infecção, viral ou bacteriana. Infecções devido a outros vírus respiratórios, como o vírus da gripe ou outros tipos de coronavírus, como o SARS-CoV-1 (Síndrome Respiratória Aguda Grave) e o MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio), foram vinculadas a complicações na gravidez⁽¹¹⁻¹³⁾, pelas quais as grávidas foram incluídas entre os grupos vulneráveis perante o SARS-CoV-2, sendo consideradas de risco. Vale lembrar que, inicialmente, o MS determinou que o grupo de risco para COVID-19 seria composto por indivíduos acima de 60 anos e pacientes com doenças crônicas. Posteriormente, ampliou para 15 as “condições e fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da síndrome gripal”, incluindo “grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas após o parto (abrangendo as que tiveram aborto ou perda fetal)”⁽¹⁴⁾, apesar dos escassos dados de literatura não apontarem que a gestação torne a paciente mais suscetível ao novo coronavírus do que a população geral.

Conforme conhece-se mais sobre seu comportamento e formas de transmissão, assim como a mutável situação epidemiológica, a definição de casos pode vir a sofrer mudanças. Daí a importância de consultar periodicamente as diretrizes nacionais e internacionais sobre o tema à medida que novos dados forem publicados.

2. EFEITOS DA COVID-19 EM MULHERES GRÁVIDAS

Os efeitos concretos da COVID-19 eram praticamente desconhecidos até o começo da pandemia global e, embora inicialmente se estabelecessem possíveis analogias com SARS-CoV-1 e MERS-CoV, já se dispõem de dados suficientes que indicam que o SARS-CoV-2 não se comporta da mesma maneira que seus parentes.

Em um primeiro estudo, as manifestações clínicas, as alterações laboratoriais e radiológicas de gestantes acometidas pela COVID-19 não parecem diferir do restante da população, conforme sugerido no reporte conjunto descrito pela OMS e China⁽¹⁵⁾, de 147 mulheres chinesas, nas quais descreve-se afecção grave em 8%, e crítica em 1% dos casos. De maneira geral, comprova-se em mulheres grávidas com o vírus, cursando o terceiro trimestre de gestação, a presença de sintomas caracterizados em ordem decrescente, por febre, tosse, dispneia, diarreia, mialgias e dor de garganta. Nos resultados laboratoriais, entretanto, registraram-se linfopenia e elevação da proteína C reativa.

Na atualidade, existem muitos estudos sobre COVID-19, a maioria procedentes da China, que mostram que a proporção de gestantes com doença grave é semelhante à da população geral e que grande percentual delas (mais da metade) são assintomáticas no momento do parto. Um estudo realizado em dois hospitais da cidade de New York que incluiu 43 mulheres com infecção confirmada por SARS-CoV-2 evidenciou que a proporção de grávidas com doença grave foi semelhante à da população geral: 86% leve, 9% grave e 5% crítica⁽¹⁶⁾. Em outro estudo, também realizado na mesma cidade, rastream-se todas as mulheres admitidas para o parto, e se encontrou que 15% (33/215) eram positivas para COVID-19 e 87,9% delas (29/33), assintomáticas⁽¹⁷⁾.

Esses dados sugerem que as gestantes podem transmitir a doença nas modalidades de apresentação leve ou assintomática, como sucede em torno dos 80% da população geral, e que o rastreamento nelas poderia constituir uma excelente “população sentinela” para determinar a prevalência da infecção em um universo maior.

Igualmente, não existem evidências de que a infecção por SARS-CoV-2 durante a gravidez esteja associada com risco aumentado de aborto espontâneo e parto prematuro. No entanto, algumas séries publicadas descrevem maior incidência de complicações durante a gravidez ou parto em mulheres afetadas pela COVID-19. Schwarz et al.⁽¹⁸⁾ relatam, em uma série de 38 gestações, a presença de: diabetes gestacional⁽³⁾, pré-eclâmpsia⁽²⁾, ruptura uterina⁽²⁾, hipertensão gestacional⁽¹⁾ e hipotireoidismo⁽¹⁾; e em relação ao parto, feto ou recém-nascido: parto prematuro⁽¹⁴⁾, sofrimento fetal⁽¹⁰⁾, ruptura prematura de membranas⁽⁸⁾, anormalidades do cordão umbilical⁽²⁾, placenta prévia⁽¹⁾, corioamnionite⁽¹⁾, oligo e polidrâmnio⁽¹⁾ e líquido amniótico meconial⁽¹⁾.

Embora essas observações sugiram risco aumentado no curso da gravidez e do parto, outros autores que comparam esses eventos com aqueles que ocorrem em mulheres sem COVID-19 concluem que a frequência de complicações é similar e que, portanto, não seriam atribuídas à infecção⁽¹⁹⁾.

As evidências, até o momento, são tranquilizadoras no que diz respeito aos riscos da COVID-19 na gravidez, como anteriormente salientado. O risco de admissão à Unidade de Terapia Intensiva materna é provavelmente semelhante ao de outras mulheres em idade reprodutiva, conforme dados aportados pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA⁽²⁰⁾. Embora os resultados da gravidez sejam geralmente bons, o nascimento prematuro “iatrogênico” mostra-se, infelizmente, aumentado.

Um capítulo a ser considerado inclui gestantes portadoras de sintomas considerados “leves” ou com queixas não sugestivas de COVID-19. Nesse sentido, foi comprovado que 31% das pacientes que procuraram atendimento exclusivamente por causas obstétricas tinham triagem positiva de sintomas para o vírus⁽¹⁶⁾.

Distúrbios de coagulação foram recentemente descritos em pessoas internadas com COVID-19. Dado que a gravidez confere um estado de hipercoagulabilidade, deve-se presumir que a infecção em mulheres grávidas aumenta o risco tromboembólico (constatado durante a gravidez e exacerbado pela imobilidade decorrente do confinamento).

Tal como acontece com a maioria das infecções, incluindo as pandemias anteriores por SARS-CoV-1 e MERS-CoV, a COVID-19 causa um estado inflamatório significativo. Os médicos observaram resultados de testes laboratoriais anormais, como valores aumentados para o dímero D, sugerindo que a infecção pelo vírus provoca uma resposta inflamatória exagerada, comumente chamada de “tempestade de citocinas”. Essa resposta inflamatória parece ser proporcional à gravidade da doença, conforme demonstrada em pacientes considerados grave: “Síndrome da Angústia Respiratória Aguda” (SDRA) e em falecidos, sugerindo que a magnitude da resposta inflamatória é um marcador de gravidade da doença⁽²¹⁻²³⁾.

As alterações da coagulação que surgem em decorrência do estado inflamatório também podem ter papel patogênico direto, principalmente por causar trombos (macro e micro) em vários órgãos, reduzindo assim o fluxo sanguíneo nos capilares e agravando a lesão local⁽²⁴⁾. As concentrações sanguíneas de inibidores naturais, como a antitrombina, costumam igualmente descer⁽²³⁾.

As células endoteliais provavelmente estão entre os principais alvos do vírus. Um aumento na incidência de complicações embólicas pode ser um marcador complementar da gravidade da doença⁽²⁵⁾. Esses fenômenos relatados, provavelmente, ocorrem nos pulmões, coração, cérebro e rins, levando à falência de múltiplos órgãos e até à morte⁽²⁶⁻²⁷⁾. No outro extremo, em pacientes nos quais a doença é paucissintomática, a intensidade da resposta inflamatória tende a ser muito menor.

A esse respeito, durante surtos virais anteriores por SARS-CoV-1, MERS-CoV e H1N1, a morbimortalidade materna foi comprovadamente elevada⁽²⁸⁻²⁹⁾. Já no surto atual pela COVID-19, os resultados em pacientes obstétricas não foram piores do que na população geral, mas a resposta inflamatória em mulheres grávidas com infecção pelo vírus mostrou-se ostensiva.

Em pacientes obstétricas, a interpretação dos testes de coagulação e possíveis anormalidades pode, ainda, ser mais desafiadora, pois conseguem ser confundidos com alterações da coagulação induzidas pela gravidez. Na gravidez normal, a concentração de fibrinogênio e os valores de dímero D aumentam, a contagem de plaquetas tende a diminuir e tanto o Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (APTT) quanto o Tempo de Protrombina (PT) são mais curtos, devido ao aumento significativo da concentração plasmática dos fatores de coagulação. Com a infecção por SARS-CoV-2, ocorrem alterações adicionais de coagulação, que têm potencial para refletir a gravidade da doença, embora ainda faltem dados robustos. Foi observado um aumento nas concentrações de dímero D, bem como um prolongamento de APTT e PT, este último, levando a um incremento nos valores do índice internacional normalizado, também conhecido como Razão Normalizada Internacional (INR). Como essas mudanças são habitualmente confundidas com o aumento dos fatores de coagulação, induzido pela gravidez, os resultados laboratoriais costumam não se mostrar anormais inicialmente. (ou seja, falsamente altos em comparação com os valores das não grávidas). Curiosamente, a contagem de plaquetas permanece pouco modificada, mas, em alguns casos, constata-se a presença de trombocitopenia significativa ⁽²²⁾.

Até o momento, há poucos dados para relatar com precisão as alterações da coagulação associadas ao novo vírus em pacientes obstétricas e identificar possíveis mecanismos envolvidos. O que se conhece foi extrapolado de estudos realizados na população de não grávidas, de séries publicadas avaliando gestantes e de resultados laboratoriais não criteriosamente executados, envolvendo casuísticas reduzidas, o que não permite chegar a uma conclusão definitiva ⁽³⁰⁾.

3. SITUAÇÃO NO BRASIL

Assim como para a população geral, infelizmente, não fomos bem na atenção às gestantes e puérperas, os dados fornecidos pelo MS não são claros, porém várias publicações demonstram nossa fragilidade.

Em julho de 2020, publicou-se artigo no *International Journal of Gynecology and Obstetrics* intitulado “A Tragédia do COVID-19 no Brasil” ⁽⁴⁹⁾. O estudo compila 978 casos em gestantes e puérperas ocorridos entre fevereiro e junho de 2020, com 124 mortes no Brasil (enquanto no mundo haviam morrido 160), com uma taxa de mortalidade 3,4 vezes maior do que a mundial, sendo de 12,7%. A mortalidade é maior nas puérperas (22,3%) do que nas gestantes (9,8%). Os autores discutem diversos fatores que podem ter impactado, como a má assistência pré-natal, falhas no atendimento de urgências, violência obstétrica, dificuldades de acesso e até às taxas exorbitantes de cesárias em nosso país.

Outro dado triste, e mais alarmante ainda, é o de que as gestantes negras apresentam taxas de mortalidade quase duas vezes maior do que as brancas. Em estudo publicado em ju-

lho de 2020, a pesquisadora Debora de Souza Santos e colaboradores⁽⁵⁰⁾ comparam dados de mortalidade e fatores de risco de 669 gestantes e puérperas com COVID-19 até 14 de julho de 2020. Na análise dos fatores de risco como doença cardiovascular, diabetes, obesidade e outros demonstram semelhança entre os dois grupos, porém a mortalidade foi de 17% entre as negras e 8,9% entre as brancas. Discutem que o racismo e o sexismo estruturais e a dificuldade de acesso foram determinantes para o pior desfecho neste grupo.

4. COMPLICAÇÕES PERINATAIS

As mudanças fisiológicas da gravidez tornam a gestante menos tolerante à hipóxia e mais suscetível às infecções virais. A alteração na regulação das citocinas e na cascata do complemento podem ter consequências no desenvolvimento e maturação de alguns sistemas fetais.

Em relação aos recém-nascidos de mulheres com COVID-19, algumas alterações clínicas têm sido observadas. Em uma das publicações sobre o surto na China, que incluiu 9 bebês, 4 eram prematuros tardios, mas a prematuridade não foi atribuível à infecção, e todas as crianças permaneceram assintomáticas⁽³¹⁾.

Em um segundo estudo, também realizado na China, com 10 bebês, a prematuridade foi descrita em 6 casos (5 deles com dificuldade respiratória ao nascimento e 2 com trombocitopenia) e 4 casos a termo, 1 assintomático e 3 com sintomas leves e sem complicações. Um dos prematuros morreu, 5 crianças tiveram alta sem problemas, e 4 ainda estavam internadas, mas estáveis no momento da publicação⁽³²⁾.

Em outra série, 10 bebês nascidos de mães com COVID-19 foram comparados com grupo controle, e nenhuma diferença significativa, em termos de complicações, foi registrada⁽³³⁾.

Não fica claro se a clínica apresentada ao nascimento pelos filhos de mulheres infectadas está relacionada com infecção fetal ou com a própria reação inflamatória, a tempestade de citocinas maternas e a gravidade do quadro na mãe, uma vez que as análises realizadas nos neonatos recentemente citados, pelo método da Transcrição Reversa seguida de Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR), foram todas negativas.

Os vírus respiratórios raramente resultam na transmissão intrauterina da infecção ao feto; portanto, a transmissão do SARS-CoV-2, se demonstrada, espera-se que seja baixa. Dois relatos de caso descrevendo o isolamento de SARS-CoV-2 do líquido amniótico⁽³⁴⁾ e do tecido placentário⁽³⁵⁾, igual ao isolamento de SARS-CoV-2 da nasofaringe de ambos os neonatos às 48 horas de vida, sugeriram provável infecção congênita; entretanto, a taxa de infecções congênicas de recém-nascidos de mães SARS-CoV-2 positivas permanece desconhecida. O risco de transmissão perinatal, especialmente durante a amamentação, e o risco do recém-nascido de desenvolver COVID-19 durante o período perinatal também resultam desconhecidos⁽³¹⁻³²⁾. Diretrizes foram fornecidas por várias sociedades médicas, mas, devido

à escassez de dados clínicos, elas diferem nas estratégias de gestão recomendadas para díades mãe-bebê⁽³⁶⁻³⁷⁾. Estes tópicos, pela sua importância, são retomados a seguir.

4.1 TRANSMISSÃO AO NEONATO (TN)

A transmissão da mãe para o filho, nos casos em que ocorre, acontece principalmente por meio do contato próximo entre eles após o nascimento.

4.2 TN VERTICAL

A transmissão vertical intrauterina de SARS-CoV-2 é definida como a constatação de um teste positivo para SARS-CoV-2 no recém-nascido, seja obtido na placenta, líquido amniótico, sangue do cordão umbilical, esfregaço nasofaríngeo e ou orofaríngeo, por meio da RT-PCR, realizada imediatamente após o nascimento.

Não há evidências consolidadas de transmissão vertical de SARS-CoV-2 (antes, durante ou após o parto pela amamentação). Até o momento, os poucos neonatos analisados de filhos de mães infectadas no terceiro trimestre foram negativos ao nascimento, assim como estudos de líquido amniótico, placenta, corrimento vaginal e leite materno. Da literatura científica gerada em torno desse tópico, a equipe de Isaac Cheruiyot⁽³⁸⁾ escolheu cinco pesquisas, todas procedentes da China, para serem incluídas na última metanálise por eles realizada, com amostras de mulheres cujo início de sintomas e subsequente diagnóstico ocorreram no terceiro trimestre da gravidez. De seus resultados, desprende-se que não foi comprovada transmissão vertical intrauterina, de mãe para filho, nas amostras testadas pela RT-PCR.

Contudo, consigna-se que, além dos relatos anteriores⁽³⁴⁻³⁵⁾, foi descrito apenas um caso de recém-nascido a termo de parto cesáreo, filho de mãe com pneumonia, com resultado positivo na amostra de exsudado faríngeo colhido com 36 horas de vida, sendo assintomático⁽³⁹⁾; três casos com pneumonia e teste RT-PCR positivo, no segundo dia de vida⁽⁴⁰⁾ e outros três casos com IgM positiva ao nascimento, mas com testes RT-PCR negativos⁽⁴¹⁾. Estes últimos sugerem que a transmissão vertical seria possível quando os anticorpos IgM são encontrados em recém-nascidos que permanecem separados de suas mães após o nascimento⁽⁴²⁾.

Contudo, as análises foram realizadas algumas horas após o nascimento, e isso levanta a hipótese de que seja uma passagem transplacentária de IgM, o que resulta improvável devido ao tamanho da molécula (maior que a IgG); ou bem, uma passagem de IgM da mãe para o recém-nascido na época de parto, ou eventualmente, uma produção de IgM pelo neonato, situação que indicaria uma possível passagem transplacentária, o que por outro lado parece improvável, porque nos estudos em que a RT-PCR realizou-se na placenta da mãe não se detectou o vírus. Da mesma forma, a repetição da RT-PCR efetuada no esfregaço nasofaríngeo do recém-nascido após o parto (2 horas a 16 dias pós-parto) foi comprovadamente negativa.

4.3 TN HORIZONTAL

O risco de transmissão horizontal (por gotículas ou por contato), geralmente por um parente próximo infectado, é o mesmo que na população geral. Até o momento, foram descritos vários casos cujo sintoma principal foi febre acompanhada de vômito e tosse. Na maioria dos casos, trata-se de formas leves de apresentação ou assintomáticas. Em uma série pediátrica de 2.143 casos, integrada por crianças de 2 a 13 anos (90% sintomas leves/moderados), os autores concluíram que, embora as manifestações clínicas da COVID-19 fossem geralmente menos graves quando comparadas aos adultos, isso não seria reproduzível no recém-nascido, em que a chance de apresentar formas respiratórias graves (hipoxemia) e sintomas digestivos é elevada⁽⁴³⁾.

Existe, atualmente, um caso publicado na Espanha⁽⁴⁴⁾, de uma mãe de 41 anos com uma possível transmissão pós-natal diagnosticada no 8º dia pós-parto, sendo o casal diagnosticado com COVID-19 depois do nascimento. Trata-se, pois, de um exemplo de contágio pós-natal produzido em ambiente familiar.

4.4 TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA SARS-COV-2

Atualmente, não há tratamento específico para SARS-CoV-2. Com base na experiência anterior com surtos devido a outros coronavírus, está sendo usado, em alguns casos e experimentalmente, tratamento com uma combinação de antimicrobianos e imunomoduladores. Ao utilizar este último, deve-se estar atento às possíveis reativações de infecções latentes (citomegalovírus, toxoplasmose, herpes etc.).

Dado o risco potencial de SARS-CoV-2 em mulheres grávidas, o tratamento será baseado na otimização do estado de saúde da mãe e do feto, realizando cuidadoso monitoramento.

Os princípios do tratamento da mulher grávida, como do resto da população, incluem: medidas de isolamento precoce; controle da infecção; colher amostras para o diagnóstico de COVID-19 e outros vírus respiratórios; oxigenoterapia, se necessário; evitar sobrecarga de fluidos; antibioticoterapia empírica se houver suspeita de coinfeção bacteriana; monitoramento da dinâmica uterina e bem-estar fetal; ventilação mecânica precoce em caso de função respiratória prejudicada; individualizar o momento mais adequado para o parto; corticoides e anticoagulantes.

O manejo da gestante infectada pelo SARS-CoV-2 deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar que estabeleça o local mais conveniente para o correto tratamento do binômio mãe-feto e que permita manter o controle e pronta ação em caso de deterioração materna ou fetal ou início do trabalho de parto prematuro.

Mudanças no bem-estar fetal constituem, muitas vezes, o primeiro sinal de deterioração materna. Com base na experiência adquirida nesta pandemia, as grávidas podem desenvolver insuficiência respiratória severa, e nos casos mais graves, a ventilação mecânica está indicada para

garantir uma apropriada oxigenação. Perante essas situações e em centros com experiência, o uso de oxigenação por membrana extracorpórea (ECMO) deve ser considerado.

4.5 AMAMENTAÇÃO

A amamentação oferece muitos benefícios, como a potencial passagem de anticorpos mãe-bebê contra SARS-CoV-2, portanto, dadas as evidências atuais, é recomendado manter a amamentação desde o nascimento, desde que as condições clínicas do recém-nascido e sua mãe o permitam.

Recentemente, foram descritos casos de duas mães com amostras de leite positivas para SARS-CoV-2 por meio da RT-PCR, adotando medidas seguras que evitariam a contaminação do leite após sua extração. Em um dos casos, a positividade ocorreu em 10, 12 e 13 dias pós-parto, obtendo o recém-nascido resultado positivo para SARS-CoV-2 a partir do décimo dia, com sintomas leves e transitórios. Os autores questionam se a via de infecção foi, de fato, a amamentação, ou alguma outra rota desconhecida procedente da mãe infectada⁽⁴⁵⁾.

No segundo caso, a positividade da RT-PCR para SARS-CoV-2 foi descrita em amostras de leite materno, no segundo dia pós-parto, percebendo-se sintomas no recém-nascido após nascimento prematuro, os quais ocorreram também de forma leve e transitória⁽⁴⁶⁾.

Na atualidade, portanto, é prudente continuar promovendo e recomendando o aleitamento materno, dadas as vantagens indiscutíveis, até nenhuma evidência sólida sobre o risco de infecção pós-natal ser demonstrada.

As mães de recém-nascidos prematuros precisarão de ajuda para começar a extrair leite nas primeiras 2 horas pós-parto para favorecer administração de colostro a seu recém-nascido. Enquanto isso não for possível, recomenda-se a administração de leite humano doado em banco de acordo com os critérios particulares de cada centro.

A OMS, o Unicef e a *Academy of Breastfeeding Medicine*, entre outras organizações, recomendam a manutenção da amamentação tanto para os casos de mães com infecção confirmada como provável, desde que sejam mantidas medidas para prevenir a infecção por microrganismos transmitidos por gotículas e ou contato. Em casos de mães com doenças graves que desejem amamentar, é recomendável realizar a extração do leite. Se necessárias, ordenhas devem ser realizadas⁽⁴⁷⁾.

Para casos de mães que amamentam fora do período pós-natal imediato e que foram infectadas ou existem suspeitas de infecção por SARS-CoV-2, recomenda-se tomar medidas extremas de isolamento (higienização das mãos e máscara) e continuar amamentando o recém-nascido, ou retirar o leite, mantendo os cuidados máximos de higiene, podendo ser administrado por um cuidador saudável.

Não é necessário pasteurizar o leite ordenhado antes de administrá-lo ao neonato. A decisão final sobre o tipo de alimentação do recém-nascido deve ser acordada entre a paciente e a equipe assistencial, com base no conhecimento científico presente e no estado de saúde da

mãe e do recém-nascido. Essas recomendações podem ir variando conforme novos aportes sejam realizados sobre o tema.

4.6 ORIENTAÇÃO DO MS

No contexto da pandemia, o Ministério tem divulgado uma série de materiais voltados aos profissionais e serviços de saúde. Entre eles, transcreve-se, a seguir, a Nota Técnica nº 12/2020⁽⁴⁸⁾, destinada a gestores e profissionais da saúde baseada nos tópicos inicialmente analisados, para melhor compreensão acerca dos riscos de gestantes e puérperas diante da pandemia de COVID-19, sugerindo também medidas protetivas.

NOTA TÉCNICA Nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS⁽⁴⁸⁾

1. Assunto: Infecção COVID-19 e os riscos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.
2. Análise
 - 2.1. Como já relatado na literatura científica, as mudanças fisiológicas no organismo da gestante e igualmente da puérpera, visto que estas mudanças não se resolvem imediatamente após o parto) levam a uma predisposição por infecções graves, inclusive respiratórias, e que as alterações anatômicas reduzem sua tolerância à hipóxia. Algumas destas alterações são:
 - 2.1.1. aumento do diâmetro transversal da caixa torácica
 - 2.1.2. elevação do diafragma
 - 2.1.3. alterações dos volumes pulmonares
 - 2.1.4. vasodilatação da mucosa
 - 2.1.5. alterações na imunidade mediada por células
 - 2.2. Estudos recentes apontaram que a evolução da COVID-19 não parece ser pior nas mulheres antes, durante e após o parto. Em uma série de 43 casos, seguindo a classificação de gravidade de doença proposta por Wu et al, entre todas as pacientes gestantes e puérperas positivas para SARS-CoV-2:
 - 2.2.1. 86% pacientes tiveram doença leve
 - 2.2.2. 9,3% das pacientes apresentaram doença grave
 - 2.2.3. 4,7% foram consideradas com doença crítica
 - 2.3. Uma revisão sistemática de outros 107 casos mostrou ausência de mortalidade materna e 3% de admissão em UTI. Estes achados são compatíveis com a

descrição da evolução da doença entre adultos não gestantes 6: 80% doença leve, 15% doença grave e 5% crítica.

2.4. Porém, com base na observação dos altos índices de complicações, incluindo mortalidade, em mulheres no ciclo gravídico-puerperal com infecções respiratórias, sejam elas causadas por outros coronavírus (SARS-CoV e MERS-CoV), ou pelo vírus da influenza H1N14, é sensata a preocupação em relação a infecção pelo SARS-CoV-2 nessa população.

2.5. Diante do exposto, da experiência mundial em outras infecções respiratórias no ciclo gravídico-puerperal, e de óbitos em gestantes/puérperas por COVID-19 no país, esta Coordenação/Departamento sugere que seja mantida intensa vigilância e medidas de precaução em relação as gestantes e puérperas.

2.6. Faz-se necessária especial atenção a estas mulheres, incluindo aquelas com sintomas mais fracos ou com queixas principais que não sejam sugestivas de COVID-19: 31% das pacientes que procuraram atendimento exclusivamente por causas obstétricas tinham triagem de sintomas positiva para COVID-19, em uma série de casos ⁽¹⁶⁾.

2.7. Desta forma, avaliação clínica minuciosa e triagem de sintomas deve ser preconizada para gestantes e puérperas que se apresentem em uma unidade de saúde e durante toda sua permanência. Na mesma série de casos anterior ⁽¹⁶⁾, que realizou rastreio por PCR para SARS-CoV-2 de todas as gestantes que foram internadas, um terço das mulheres positivas se apresentou inicialmente para atendimento sem nenhum sintoma, tendo posteriormente desenvolvido apenas febre durante a internação.

2.8. Para reduzir o risco de contaminação, deve-se organizar o fluxo de atendimento hospitalar de gestantes e parturientes de forma que não haja contato com outros pacientes e com diversos profissionais de saúde. O mesmo deve ser observado durante a internação para o parto. Ressalta-se a importância de se ofertar espaço privativo para essas parturientes para o seu trabalho de parto e parto.

2.9. Ainda que muitas gestantes e puérperas possam ser manejadas em regime domiciliar, estratégias locais precisam e devem ser montadas para reavaliação frequente de sintomas e queixas, de modo a diagnosticar precocemente piora clínica - febre alta ou tosse sem melhora, ou dispnéia, entre outros.

Isto pode ser feito, por exemplo, por telessaúde ou contatos telefônicos periódicos (no máximo a cada 48 horas). A equipe da APS pode também avaliar a necessidade de realizar visitas domiciliares a gestantes e puérperas infectadas pelo SARS-CoV-2, de modo a não expor a comunidade e outras pessoas nas unidades de saúde.

2.10. Caso não seja possível a realização de exames de detecção viral, dada a ausência para todos os casos no atual cenário brasileiro, deve-se considerar também a importância de exames subsidiários simples como hemograma e radiografia de tórax, e outros mais avançados, como tomografia computadorizada quando necessário, no diagnóstico presuntivo. Uma vez considerada suspeita, intensificar a vigilância sobre a paciente, mesmo que em regime de tratamento domiciliar com isolamento social.

2.11. Mediante agravo do quadro clínico, ainda que não muito pronunciado, não retardar o encaminhamento a unidades de referência em atendimento a COVID-19 de maior complexidade, idealmente com suporte de cuidados intensivos e obstétricos.

2.12. Outro fator importante é a sobreposição de doenças que podem causar os mesmos sintomas. Muitos dos sintomas de COVID-19 podem ser causados também por H1N1 e/ou infecções bacterianas; portanto, não se deve retardar o início dos tratamentos para estas condições, quando indicados, ainda que a suspeita de COVID-19 seja forte - ou mesmo confirmada, pois existem relatos de coinfeções na literatura. Vale ressaltar que os melhores resultados do uso de oseltamivir para H1N1 são com seu início dentro das primeiras 48 horas do início dos sintomas.

3. Conclusão

3.1. Considerando que a Rede de Atenção Materna e infantil - Rede Cegonha foi instituída através da Portaria nº 1459/2011, e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável, e traz em seus objetivos: organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal, o Ministério da Saúde reconhece que em meio à pandemia de COVID-19 esta rede deve ser preservada e incentivada a suprir da melhor forma possível as necessidades assistenciais às gestantes, puérperas e recém-nascidos.

3.2. Todas as orientações citadas nesta nota estendem-se ao ambiente familiar da gestante e puérpera, sendo necessário que as pessoas que fazem parte do convívio familiar, tomem todos os cuidados para coibir a aquisição e transmissão da infecção.

3.3. Por fim, em se tratando do parceiro ou acompanhante da gestante nas consultas pré-natais, bem como no ambiente de parto, sugerimos leitura das notas citadas anteriormente neste documento e que tem seus links disponibilizados na mesma.

5. DESAFIOS

Existem vários sistemas de saúde no mundo, nos quais a gratuidade é pública, mas cobre apenas parte da população. Na América Latina, permanecem disputas entre propostas para alcançar a universalidade em saúde, que envolvem diferentes concepções sobre direito à saúde e papel do Estado na proteção social. Dos países que a integram, o Brasil é o único que adotou um modelo de sistema público universal desde 1988. Embora a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sofrido constrangimentos e contradições, o reconhecimento da saúde como direito de cidadania e a expansão de serviços públicos trouxeram avanços importantes. Contudo, hoje resulta preocupante assistir à demanda de uma população ávida por serviços de saúde, agravada pelas mudanças demográficas (maior número de idosos) e as sequelas que decorrem de uma calamidade sanitária sem precedentes, em que a perda de acesso aos planos de saúde, maior volume de usuários SUS, desemprego, cancelamento de benefícios pelas empresas, entre outros infortúnios, parasitam ainda mais um SUS “cronicamente desfinanciado”, comprometendo, assim, sua própria sobrevivência.

A situação atual em relação à COVID-19 plantea alguns desafios que podem ser conquistados por meio de uma gestão em saúde competente e criativa, direcionada a procurar a equidade, mesmo dispondo de recursos reduzidos:

- i. a atenção primária à saúde deve estar no centro da resposta, identificando casos, agindo para conter a transmissão e fornecendo atendimento oportuno à comunidade;
- ii. as autoridades de saúde locais têm um papel central na geração e análise de dados para adequar as medidas de saúde pública à sua própria realidade,
- iii. apesar do aumento no número de casos, os países como o Brasil afrouxaram gradualmente as restrições, retomaram o comércio e, alguns, até estão se preparando para voltar às aulas e às demandas sociais que a vida impõe. Em muitos lugares, parece haver uma desconexão entre as políticas que estão sendo implementadas e o que as curvas epidemiológicas de fato mostram;
- iv. desejar que o vírus desapareça não funciona, apenas levará ao aumento da taxa de novos casos, como está sendo comprovado;
- v. na atualidade, os governos dispõem de boas ferramentas: dados que mostram onde estão os pontos críticos, protocolos de rastreamento de contatos para desacelerar a transmissão e medidas de saúde pública que podem reduzir o risco de exposição – deve-se fazer, portanto, melhor uso delas;
- vi. existe a previsão de dispor de tratamentos efetivos em um futuro próximo: testes aprimorados, terapêuticas eficazes e até vacinas estão em andamento;
- vii. os governos nacionais e locais precisam ser estratégicos sobre como usar essas ferramentas, antigas e novas, para alcançar o impacto almejado.

REFERÊNCIAS

1. Zhu N, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;382(8):727-33. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
2. Huang C, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395(10223):497-506. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
3. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
4. World Health Organization. Timeline: WHO's COVID-19 response [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 26]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/08-04-2020-who-timeline—covid-19>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus: 25 mortes e 1.546 casos confirmados [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46573-coronavirus-25-mortes-e-1-546-casos-confirmados>.
6. World health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
7. RTVE-Es. El mapa mundial del coronavirus. OMS, JHU CSSE [Internet]. [Datos actualizados a las 22:50 hora peninsular del 26 de agosto de 2020]. [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.rtve.es/noticias/20200826/mapa-mundial-del-coronavirus/1998143.shtml>.
8. Brasil. Ministério da Saúde – Dados COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 14]. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html.
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2019 Novel Coronavirus – Symptoms [Internet]. 2019 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov>.
10. McIntosh K. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Epidemiology, virology, clinical features, diagnosis, and prevention [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-epidemiology-virology-clinical-features-diagnosis-and-prevention>.

11. Wong SF, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1):292-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.11.019>
12. Park MH, et al. Emergency cesarean section in an epidemic of the middle east respiratory syndrome: a case report. *Korean J Anesthesiol.* 2016;69(3):287-91. doi: <https://doi.org/10.4097/kjae.2016.69.3.287>.
13. Lam CM, et al. A case-controlled study comparing clinical course and outcomes of pregnant and non-pregnant women with severe acute respiratory syndrome. *BJOG.* 2004;111(8):771-4. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00199.x>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf.
15. World health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (Covid-19) [Internet]. 2020. [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>.
16. Breslin N, et al. Coronavirus disease 2019 infection among asymptomatic and symptomatic pregnant women: two weeks of confirmed presentations to an affiliated pair of New York City hospitals. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):100118. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100118>.
17. Sutton D, et al. Universal Screening for SARS-CoV-2 in Women Admitted for Delivery. *N Engl J Med.* 2020;382(22):2163-4. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009316>.
18. Schwartz DA. An analysis of 38 Pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes. *Arch Pathol Lab Med.* 2020;25:100446. doi: <https://doi.org/10.5858/arpa.2020-0901-SA>.
19. Asma K, et al. SARS-CoV-2 infection in pregnancy: A systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes. *Lancet.* 2020;25(100446). doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100446>.
20. Center for Disease Control and Prevention. Morbidity and Mortality Weekly Report. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) – United States. *MMWR.* 2020;69(12):343-346. doi: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e2>.
21. Lippi G, Plebani M. Laboratory abnormalities in patients with COVID-2019 infection. *Clin Chem Lab Med.* 2020;58(7):1131-1134. doi: <https://doi.org/10.1515/cclm-2020-0198>. PMID: [32119647](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32119647/).

22. Lippi G, Plebani M, Henry BM. Thrombocytopenia is associated with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19) infections: a meta-analysis. *Clin Chim Acta*. 2020;506:145-8.
23. Tang N, et al. Abnormal coagulation parameters are associated with poor prognosis in patients with novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18(4):844-7. doi: <https://doi.org/10.1111/jth.14768>.
24. Lillicrap D. Disseminated intravascular coagulation in patients with 2019-nCoV pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18(4):786-7. doi: <https://doi.org/10.1111/jth.14781>.
25. Cui S, et al. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. *J Thromb Haemost*. 2020;18(6):1421-24. doi: <https://doi.org/10.1111/jth.14830>.
26. Shi S, et al. Association of cardiac injury with mortality in hospitalized patients with COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Cardiol*. 2020;5(7):802-10. doi: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.0950>.
27. Cheng Y, et al. Kidney disease is associated with in-hospital death of patients with COVID-19. *Kidney Int*. 2020;97(5):829-38. doi: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.03.005>.
28. Dubar G, et al. French experience of 2009 A/ H1N1v influenza in pregnant women. *PLoS One*. 2010;5(10):e10.13112. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0013112>.
29. Louie JK, et al. Severe 2009 H1N1 influenza in pregnant and postpartum women in California. *N Engl J Med*. 2010;362(1):27-35. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0910444>.
30. Benhamou D, et al. Coagulation changes and thromboembolic risk in COVID-19 obstetric patients. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2020;39(3):351-353. doi: <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2020.05.003>.
31. Chen H, et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *Lancet*. 2020;395:809-815. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30360-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30360-3)
32. Zhu H, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. *Transl Pediatr*. 2020;9(1):51-60. doi: <https://doi.org/10.21037/tp.2020.02.06>.
33. Zhang L, et al. Analysis of the pregnancy outcomes in pregnant women with COVID-19 in Hubei Province. 2020;55(3):166-171. doi: <https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112141-20200218-00111>.
34. Zamaniyan M, et al. Preterm delivery in pregnant woman with critical COVID-19 pneumonia and vertical transmission. *Prenat Diagn*. 2020;1-3. doi: <https://doi.org/10.1002/pd.5713>.

35. Kirtsman M, et al. Probable congenital SARS-CoV-2 infection in a neonate born to a woman with active SARS-CoV-2 infection. *CMAJ*. 2020;192(24):E647-E650. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200821>.
36. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. National guidance on managing coronavirus infection in pregnancy. Published [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/en/news/national-guidance-on-managing-coronavirus-infection-in-pregnancy-published/>.
37. American Academy of Pediatrics. FAQs: Management of infants born to mothers with COVID-19 [Internet]. American Academy of Pediatrics; 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers/>.
38. Cheruiyot I, Henry BM, Lippi G. Is there evidence of intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in samples tested by quantitative RT-PCR? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2020;249:100-1. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.04.034>.
39. Wang S, et al. A case report of neonatal COVID-19 infection in China. *Clin Infect Dis*. 2020;71(15):853-857. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa225>.
40. Zeng L, et al. Neonatal Early-Onset Infection With SARS-CoV-2 in 33 Neonates Born to Mothers With COVID-19 in Wuhan, China. *JAMA Pediatr*. 2020;174(7):722-725. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0878>.
41. Zeng H, et al. Antibodies in Infants Born to Mothers With COVID-19 Pneumonia. *JAMA*. 2020;323(18):1848-49. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4861>.
42. Dong L, et al. Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 From an Infected Mother to Her Newborn. *JAMA*. 2020;323(18):1846-48. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4621>.
43. Dong Y, et al. Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China. *Pediatrics*. 2020;145(6):e20200702. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>.
44. Díaz CA, et al. Primer caso de infección neonatal por SARS-CoV-2 en España. *An Pediatr (Barc)*. 2020; 92(4):237-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.03.002>.
45. Groß R, et al. Detection of SARS-CoV-2 in human breastmilk. *Lancet*. 2020;395(10239):1757-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31181-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31181-8).
46. Kirtsman M, et al. Probable congenital SARS-CoV-2 infection in a neonate born to a woman with active SARS-CoV-2 infection. *CMAJ*. 2020;192(24):E647-E650. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200821>.

47. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected: interim guidance [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [acesso 2020 ago 26]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331495>.
48. European Foundation for the Care of Newborn Infants. Covid-19 e prematuridade [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 26]. Disponível em: <https://www.prematuridade.com/index.php/noticia-mod-interna/covid-19-e-prematuridade-9098>.
49. Takemoto M, et al. The tragedy of COVID 19 in Brazil: 124 deaths and counting. Int J Gynecol. 2020;151(1):154-6. doi: <https://doi.org/10.1002/ijgo.13300>.
50. Souza SD, et al. Disproportionate Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Among Pregnant and Postpartum Black Women in Brazil Through Structural Racism Lens. Arch Clin Infect Dis. 2020:ciaa1066. doi: <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1066>.



O IMPACTO DA COVID-19 ENTRE OS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS: PREVENÇÃO, CUIDADO E ATENÇÃO À SAÚDE NOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS

Danielle Soares Cavalcante¹

RESUMO: Este artigo apresenta uma abordagem descritiva das principais estratégias de atenção, cuidado e prevenção à COVID-19 nas comunidades indígenas do Brasil, bem como introduz uma discussão sobre o impacto da doença nessas populações. A metodologia utilizada para coleta de dados foi análise documental e de material bibliográfico relacionado com a temática da saúde indígena disponibilizado na literatura, em acervos institucionais e em arquivos sobre a legislação correlata. As principais constatações observadas foram a vulnerabilidade desses povos a doenças infectocontagiosas, a necessidade de um olhar diferenciado para os aspectos culturais, territoriais e sociais que interferem nas estratégias de atenção, cuidado e prevenção à COVID-19 e seus impactos, e a necessidade de articulação estratégica entre as estruturas de atenção à saúde indígena dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e as estruturas de saúde dos estados e municípios.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Saúde da população indígena. Sistemas de Saúde. SUS.

¹ Nutricionista, Epidemiologista com experiência na área de Saúde Pública e Saúde Coletiva com ênfase na Gestão, Planejamento e Atenção dos Serviços de Saúde, foi secretária adjunta de Estado de Saúde do Pará-Sespa, Coordenadora do DSEI Guamá Tocantins, Diretora do Departamento de Atenção à Saúde Indígena da Sesai/MS e Chefe da assessoria de relações Institucionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES/DF – danielle.cavalcante1@gmail.com / <http://lattes.cnpq.br/6416269111923496>.



I. INTRODUÇÃO

O Subsistema de Atenção à Saúde indígena (SasiSUS) foi criado para proporcionar aos povos indígenas a garantia dos direitos básicos e o exercício pleno da cidadania na área da saúde. O fortalecimento da organização indígena e sua eficiente mobilização no processo constituinte de 1988 culminaram com o reconhecimento dos princípios de respeito à diversidade étnica e cultural ⁽¹⁾.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) tem como propósito garantir o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura ⁽²⁾.

Desde 2010, o SasiSUS é coordenado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) do Ministério da Saúde (MS), por meio de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com a participação social a partir dos Conselhos Locais e Distritais de Saúde distribuídos por todo o território nacional.

Com a declaração de pandemia de COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e o reconhecimento do Brasil da transmissão comunitária em todo o território nacional, houve a necessidade de uma ação conjunta das três esferas de governo no sentido de criar estratégias de enfrentamento e contenção da doença ⁽³⁾. Essa ação envolveu uma atenção maior no que se refere às populações e territórios indígenas, que exigem cuidados especiais considerando as características geográficas, culturais e de saúde dessa população.

Os povos indígenas são altamente vulneráveis às infecções respiratórias agudas em todo o mundo. Nos séculos anteriores, há registros de que a introdução de diferentes vírus, como o do sarampo, da varíola e da influenza, levaram a grandes epidemias em alguns povos no Brasil. “Mesmo fora dos períodos epidêmicos, as infecções respiratórias agudas se situam entre as principais causas de morbimortalidade em população indígenas”⁽⁴⁾.

A emergência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, a presença de anemia, desnutrição, obesidade e a distância das aldeias dos serviços de saúde de média e alta complexidade, entre outros fatores, agravam ainda mais esse cenário, tornando prementes intervenções no âmbito da atenção à saúde das comunidades, com organização dos serviços de saúde e preparação das equipes de trabalho para o enfrentamento da pandemia da COVID-19. Por outro lado, o resgate do conhecimento e da compreensão de cada etnia sobre as situações vivenciadas diante das epidemias do passado e a construção conjunta de estratégias de enfrentamento em diálogo com os conhecimentos tradicionais podem ser um importante diferencial do ponto de vista da promoção da saúde para o enfrentamento da COVID-19.

Este artigo pretende descrever os impactos da COVID-19 nos povos indígenas por meio da abordagem das principais estratégias de atenção, cuidado e prevenção da doença nas comunidades indígenas, bem como o impacto dessas ações nessas populações.

2. MÉTODO

Este artigo propõe descrever as principais estratégias de enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos territórios indígenas. Foi escrito a partir da análise documental e de material bibliográfico relacionado com a temática da saúde indígena disponibilizado na literatura, em acervos institucionais e arquivos sobre a legislação correlata nas bases BVS, SciELO e outros. Apresenta conceitos importantes que se relacionam com a oferta dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), considerando as principais estratégias de enfrentamento da pandemia de COVID-19 nos territórios indígenas.

3. ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA

A população indígena possui maior vulnerabilidade a doenças infectocontagiosas e vem sendo atendida pelo SasiSUS por meio dos DSEI/Sesai, que se articulam com as secretarias estaduais e municipais de Saúde para garantir o fluxo dos indígenas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) das regiões onde estão inseridos os seus Territórios/Aldeias.

A despeito de uma relativa escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas do país – quando comparados aos dados disponíveis para o restante da população brasileira –, é evidente o quadro de marcantes desigualdades que persistem após quase 20 anos de existência do subsistema. Alguns importantes indicadores, como a mortalidade geral, materna,

número de internações e óbitos por doenças respiratórias e doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis, colocam a saúde indígena em franca desigualdade⁽⁵⁾.

A Declaração de Alma-Ata já trazia, como objeto de discussão, a implementação de ações de APS visando à redução das desigualdades em saúde respeitando as características do território e especificidades de cada povo, proposta seguida no processo de construção do SasiSUS a partir das conferências de saúde protagonizadas pelos povos indígenas⁽⁶⁾.

Um dos desafios que afetam o enfrentamento da COVID-19 diz respeito à alta rotatividade e fixação dos profissionais da atenção primária oferecida nas aldeias por meio das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI) que atuam nas estruturas dos DSEI como Unidades Básicas de Saúde Indígenas (UBSI), Polos Base e Casas de Saúde Indígena (Casai). Esses estabelecimentos de saúde precisam ser contabilizados nos planos de contingência dos municípios e estados e nas RAS das regiões que possuem população indígena, estabelecidos para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

As cidades de residência e referências próximas a territórios indígenas, na sua grande maioria, não dispõem de serviços hospitalares com Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e redes de Urgência e emergência, tornando obrigatório o deslocamento para os municípios de referência ou para as capitais que, no caso de alguns estados das regiões Norte e Centro-Oeste, onde residem o maior número de população indígena, são a maior referência de média e alta complexidade, agravando a aceitação dos indígenas e das lideranças no deslocamento de pacientes, e requerem dos DSEI uma infraestrutura de transporte adequada devido ao diversificado acesso das aldeias.

4. ESTRATÉGIAS DE CUIDADO NOS TERRITÓRIOS INDÍGENAS

As ações de saúde são executadas no âmbito dos DSEI e das aldeias por EMSI, as quais são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (Aisan)⁽⁷⁾.

É fundamental o papel do DSEI na atenção à COVID 19 por meio da comunicação e notificação imediata de casos suspeitos pelo novo coronavírus; da garantia de acolhimento, reconhecimento precoce e controle de casos suspeitos nas aldeias; da realização de levantamento e providências quanto ao abastecimento dos insumos e EPI; e de estímulo ao fornecimento de capacitações de trabalhadores da Saúde Indígena.

A definição de fluxo para o deslocamento de pacientes para atendimento especializado nos casos graves para as referências municipais, considerando a realidade de cada Polo Base, monitorando os casos com maior risco de agudização por meio de informações a EMSI, também faz parte do processo de gestão do DSEI⁽⁸⁾.

A articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde deve estar em consonância com as diretrizes da PNASPI. É fundamental que as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios, bem como serviços de saúde pública ou privada, levem em consideração, na elaboração/adequação de seus Planos de Contingência, medidas que contemplem as especificidades da atenção à saúde dos povos indígenas diferenciadas, inerentes à atuação em contexto intercultural ⁽⁹⁾.

A Sesai conta hoje com 14,2 mil profissionais, sendo 60% indígenas, integrando cerca de 800 EMSI. As ações durante a pandemia incluem o reforço médico em todos os 34 DSEI e o desenvolvimento de estratégias para aprimorar o atendimento, entre elas, uma das mais recentes é a criação da Unidade de Atenção Primária Indígena (Uapi) ⁽⁷⁾.

O fato de haver profissionais indígenas na composição das equipes contribui sobremaneira para a sua atuação nas comunidades, haja vista a habilidade na interlocução e o cuidado no acolhimento, fortalecendo assim a atuação dessas equipes no enfrentamento da COVID-19.

As Uapi vão fortalecer os serviços de atenção primária à saúde indígena no atendimento dessa população proporcionando o acolhimento dos casos suspeitos de Síndrome Gripal (SG) e identificação precoce de casos do novo coronavírus nas aldeias.

É imprescindível que as EMSI trabalhem com abordagem sindrômica do problema, ou seja, na abordagem clínica da SG e da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), independentemente do agente etiológico. As EMSI devem assumir papel resolutivo dentro das aldeias perante os casos leves e de identificação precoce, e encaminhamento rápido dos casos graves, mantendo-se a coordenação do cuidado ⁽⁵⁾.

Para os casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 com diagnóstico laboratorial ou clínico epidemiológico, que não necessitem de hospitalização, recomenda-se que o paciente indígena permaneça em tratamento domiciliar, em distanciamento social até 14 dias, assim como todos os moradores do domicílio, mesmo sem apresentar sintomas, e isolar o Domicílio ou a Aldeia.

5. ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NOS TERRITÓRIOS

A boa comunicação sobre as formas de prevenção da COVID-19 entre as comunidades indígenas é fundamental. Nesse sentido, o uso de línguas indígenas e a adaptação de mensagens para considerar práticas e culturas locais, bem como a utilização de símbolos e imagens dos povos quando necessário, são de extrema importância. As imagens usadas nos documentos, vídeos e nas redes sociais devem ter a contribuição das comunidades, ser inclusivas e nunca devem estigmatizar os povos indígenas.

Um desafio enfrentado no combate à COVID-19 é o fato de que os indígenas vivem em comunidades onde as casas são compartilhadas por uma ou mais famílias, chamadas de famílias estendidas. Uma parte dos povos indígenas vive em domicílios coletivos, e é comum entre eles o

compartilhamento de utensílios, como cuias, tigelas e outros objetos; algumas aldeias estão situadas em locais onde, em geral, ainda não há energia elétrica, água potável, saneamento básico e banheiros individuais, o que favorece as situações de contágio.

O isolamento dos casos na população indígena pode ser feito separando o caso suspeito ou confirmado, o domicílio ou a aldeia se necessário.

Nesse sentido, diante dessas circunstâncias, caso haja o adoecimento de um ou mais indígenas de um mesmo núcleo familiar, haverá prejuízo na alimentação dessas famílias, visto que os alimentos são obtidos por meio de caça, pesca ou plantio feito pelos próprios indígenas.

A sensibilização das Lideranças Indígenas e dos caciques quanto ao protocolo para os funerais Indígenas das vítimas de COVID-19 é fundamental instrumento no controle da disseminação da doença.

Diante de todas essas dificuldades, o governo federal editou medida provisória com objetivo de estabelecer barreiras sanitárias protetivas de áreas indígenas a fim de evitar o contágio e a disseminação da COVID-19. Entre as principais ações previstas nesse dispositivo, estão a necessidade de estabelecer o controle do trânsito de pessoas e mercadorias que se dirijam a essas áreas⁽¹⁰⁾.

O dispositivo prevê também que as barreiras sanitárias serão compostas por servidores públicos federais, prioritariamente, ou por militares e, com a anuência do respectivo Chefe do Poder Executivo, por servidores públicos e militares dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A Fundação Nacional do Índio (Funai) é a responsável pelo planejamento e pela operacionalização das ações de controle dessas barreiras sanitárias.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da atenção, do cuidado e da prevenção à saúde para a população indígena ainda representa um grande desafio para o governo em suas três esferas, assim como para a sociedade. Entender a importância e os costumes desses povos é fundamental para a definição de estratégias de ação para a assistência e promoção à saúde, não somente diante de emergências sanitárias, mas também para o seu dia a dia.

As dificuldades de acesso aos serviços de saúde pelos indígenas e a circulação de alguns destes indígenas entre as aldeias e as áreas urbanas ainda representam uma grande parcela nos índices de adoecimento dessas populações, o que requer um planejamento mais adequado dos fluxos de atendimento para essas comunidades.

A pandemia de COVID-19 agravou essa situação pela dificuldade em estabelecer protocolos de biossegurança e proteção individual considerando as características geográficas

e culturais relativas a essas populações. As estratégias de enfrentamento da doença nessas áreas devem ser fortalecidas inclusive pela adoção de barreiras sanitárias planejadas e estruturadas para o atendimento desses povos.

A articulação entre as estruturas de atenção à saúde indígena dos DSEI e as estruturas de saúde dos estados e municípios é estratégica para a atenção integral à saúde desses povos em conformação com uma RAS para enfrentamento da COVID-19.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União [Internet]. 24 set 1999 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm.
2. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Diário Oficial da União. 20 mar 2020.
4. Codeço CT, et al. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e socioeconômica [Internet]. 2. ed. Relatório nº 4. 18 abr 2020 [acesso 2020 out 19]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/4o-relatorio-sobre-risco-de-espalhamento-da-covid-19-em-populacoes-indigenas>.
5. Mendes AM, et al. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e184. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.184>.
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS; 6–12 de setembro de 1978; [internet]; 2011 [acesso 2020 out 19]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Informe técnico n. 6 [Internet]. Doença pelo Coronavírus 2019. Brasília; 2020 [acesso 2020 out 19]. Disponível em: https://telessaude.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/Informe_tecnico_n.6_SESAI_Coronavirus.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Portaria nº 55, de 13 de abril de 2020. Diário Oficial da União. 14 abr 2020.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19) em Povos Indígenas [Internet]. Brasília – DF; 2020 [acesso 2020 out 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/04/coronavirus-ministerio-da-saude-lanca-medidas-de-prevencao-em-povos-indigenas>
10. Brasil. Medida Provisória nº 1.005, de 30 de setembro de 2020. Dispõe sobre o estabelecimento de barreiras sanitárias protetivas de áreas indígenas. Diário Oficial da União [Internet]. 01 out 2020 [acesso 2020 out 19]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-1.005-de-30-de-setembro-de-2020-280529684>.

DETERMINANTES DE MORBIMORTALIDADE DA COVID-19 NO IDOSO: IDADE, COMORBIDADES OU FRAGILIDADE?

Edgar Nunes de Moraes¹

RESUMO: A COVID-19 pode acometer qualquer indivíduo, mas a chance de evolução desfavorável é significativamente maior na população idosa. O novo coronavírus teve sua origem na China e, em menos de um ano, dizimou milhares de vida em todos os países, particularmente nos europeus, nos Estados Unidos da América e no Brasil, pelas suas dimensões continentais. Diversos aspectos da doença, incluindo o tratamento específico, ainda não estão definidos, limitando as iniciativas de controle da doença. O quadro clínico é caracterizado pelo aparecimento de uma Síndrome Gripal (SG), que pode evoluir para a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e falência de múltiplos órgãos, culminando com o óbito. A taxa de mortalidade é extremamente variável, dependendo da população avaliada. Os idosos representam o principal de risco da doença, com uma taxa de mortalidade que pode atingir 30% dessa população. A idade, a presença de comorbidades e de declínio funcional (fragilidade) são os principais marcadores de evolução desfavorável da doença. Foi realizada uma revisão rápida no PubMed, bioRxiv/medRxiv e plataforma SciELO para identificar artigos que descreveram a associação entre a infecção pelo novo coronavírus e a idade, as comorbidades e as fragilidade em idosos. As principais escalas discutidas foram a *Clinical Frailty Scale* (CFS), Classificação Clínico Funcional (CCF), Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), *Functional Independence Measure* (FIM), *Hospital Frailty Risk Score* (HFRS), Índice de Comorbidades de Charlson (ICC) e o fenótipo de fragilidade de Fried. A revisão da literatura demonstrou que o principal marcador de mortalidade em idosos foi a presença de fragilidade, definida pelas escalas que avaliam o grau de dependência funcional do idoso. A idade e a presença de comorbidades são marcadores que devem ser valorizados, mas não são tão consistentes quanto à presença de fragilidade clínico-funcional. Houve uma escassez de estudos comparando desfechos adversos com a presença de “fenótipo da fragilidade”.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Idoso. Fragilidade.

¹ Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFMG. Doutor em Medicina Tropical pela UFMG. Consultor do Conass. Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Coordenador do Serviço de Geriatria e do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Coordenador da Residência Médica em Geriatria do HC-UFMG. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8923-1029>. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1744870889843708>. Email: edgarnmoraes@gmail.com



I. INTRODUÇÃO

A pandemia causada pela “*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*” teve como agente etiológico um novo coronavírus, que já infectou mais de 16 milhões de pessoas e foi responsável por mais de 650 mil óbitos em todo o mundo. A COVID-19 foi, sem dúvida, o maior acontecimento do século e, até o momento, ainda sabemos pouco sobre o comportamento do vírus e, sobretudo, sobre a prevenção efetiva e o tratamento específico.

A infecção representou um ‘divisor de águas’ no que se refere à valorização da saúde da população idosa mundial, independentemente do país de origem. As autoridades de saúde estão percebendo, ainda de forma precária, a importância dessa população e como é fundamental a sua proteção. Isso porque o idoso é a principal vítima da COVID-19, no que se refere à internação hospitalar e mortalidade. Em geral, todos os países foram criticados pela subestimação do problema, começando pela capital da província de Hubei, Wuhan, na China, onde parece ter havido certo grau de omissão das autoridades, até que o problema se tornou inquestionável e visível para todo o mundo. Em menos de um ano, o vírus dizimou milhares de vida em todos os países, particularmente nos europeus, nos Estados Unidos da América (EUA) e no Brasil, pelas suas dimensões continentais.

2. MÉTODOS

Foi realizada uma revisão rápida no PubMed, bioRxiv/medRxiv e plataforma SciELO para identificar todos os artigos publicados que descreveram a associação entre a infecção pelo novo coronavírus e a idade, as comorbidades e as fragilidade em idosos. A busca foi feita no período de 20 de outubro a 7 de novembro de 2020. Apenas os artigos publicados em inglês ou português

foram analisados. Outros artigos foram selecionados por meio do conhecimento do autor, listas de referência e citação e de qualquer revisão sistemática identificada. Os critérios de fragilidade foram divididos naqueles que priorizam a presença de comorbidades e nas escalas que avaliam as doenças e a funcionalidade global do idoso. As principais escalas de fragilidade baseadas na presença de comorbidades foram a *Hospital Frailty Risk Score* (HFRS) e a Índice de Comorbidades de Charlson (ICC). A HFRS utiliza os Códigos Internacionais de Doença (CID-10) do paciente, que são ponderados conforme sua contribuição para fragilidade, variando de 0,1 a 7,1, de acordo com a doença. Os idosos são então categorizados em três grupos ⁽¹⁾: baixo grau de fragilidade (HFRS<5), moderada fragilidade (HFRS entre 5 e 15) e alta fragilidade (HFRS>15). Essa escala apresenta uma boa correlação com os critérios de fragilidade de Fried e de Rockwood, de forma semelhante à observada com a *Electronic Frailty index*, descrito por Clegg ⁽²⁾. Todavia, não avalia a capacidade funcional do idoso. O ICC foi originariamente concebido como uma medida de mortalidade em um ano atribuível a comorbidades específicas.

Por sua vez, as escalas que valorizam a funcionalidade global do idoso mais utilizadas na avaliação da proporcionalidade terapêutica da COVID-19 em idosos foram a *Clinical Frailty Scale* (CFS) ⁽³⁾, Classificação Clínico Funcional (CCF) ⁽⁴⁾, Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) ⁽⁵⁾ e a *Functional Independence Measure* (FIM). Outra estratégia de definição da fragilidade é aquela proposta por Fried et al. ⁽⁶⁾, na qual a operacionalização do conceito foi construída por meio do “fenótipo da fragilidade”, caracterizado pela presença de três ou mais dos seguintes componentes:

- i. Perda de peso significativa e não intencional;
- ii. Fadiga (exaustão);
- iii. Redução da força muscular;
- iv. Baixa atividade física;
- v. Redução da velocidade da marcha (lentificação da marcha).

O **Quadro 1** apresenta as correlações entre a CFS, CCF e o IVCF-20, conforme análise do autor. A **Figura 1** apresenta a correlação pictórica entre CFS, CCF, IVCF-20 e o fenótipo de fragilidade de Fried.

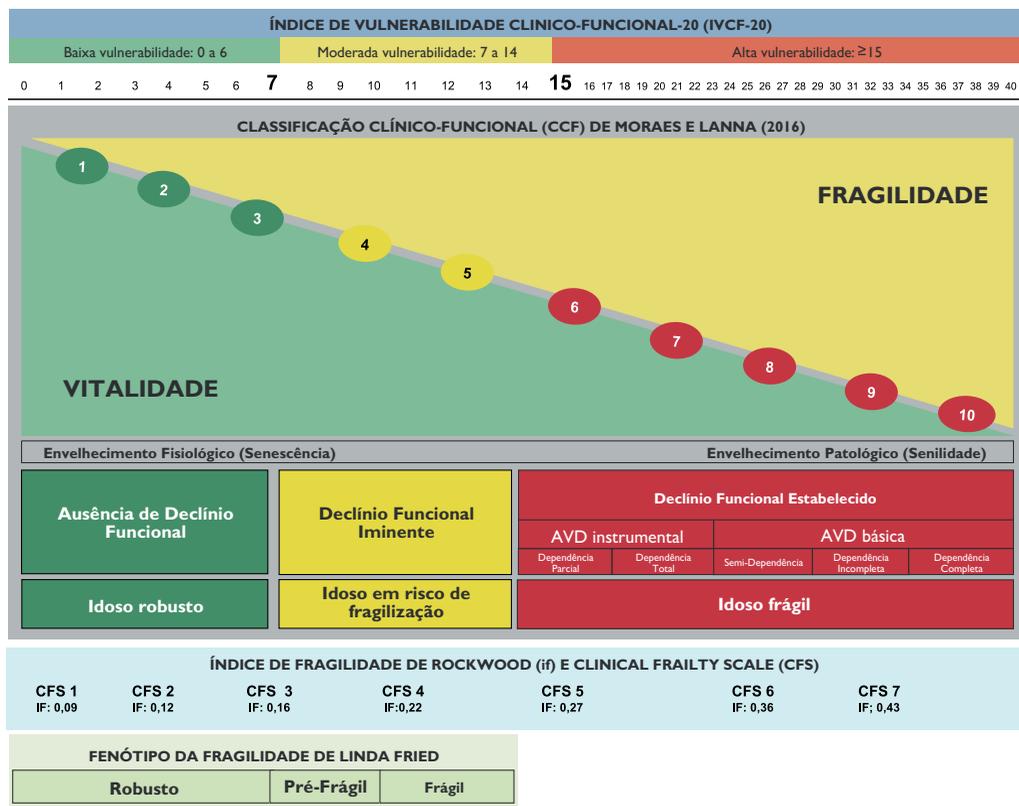
QUADRO 1. Correlação entre a CFS, CCF e IVCF-20.

Clinical Frailty Scale (CFS) Rockwood, (3)		Classificação Clínico Funcional (CCF) Moraes e Lanna, (4)		Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) Moraes,(5)
Muito Ativo	Pessoas que estão robustas, ativas, com energia e motivadas. Essas pessoas normalmente se exercitam regularmente. Elas estão entre as mais ativas para a sua idade.	Estrato 1	Grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. Envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.	Idosos com BAIXA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20 de 0 a 6 pontos)
Ativo	Pessoas que não apresentam nenhum sintoma ativo de doença, mas estão menos ativas que as da categoria I. Frequentemente se exercitam ou são muito ativas ocasionalmente, exemplo: em determinada época do ano.	Estrato 2	Idosos independentes para todas as AVD básicas e instrumentais. Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus controlada e sem lesão de órgão-alvo ou fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.	
Regular	Pessoas com problemas de saúde bem controlados, mas que não se exercitam regularmente além da caminhada de rotina.	Estrato 3	Idosos independentes para todas as AVD básicas e instrumentais. Apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, fibrilação atrial ou doença de Parkinson. Neste grupo, não são incluídos fatores de risco.	Idosos com MODERADA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20 de 7 a 16 pontos)
Vulnerável	Apesar de não depender dos outros para ajuda diária, frequentemente os sintomas limitam as atividades. Uma queixa comum é sentir-se mais lento e/ou mais cansado ao longo do dia.	Estrato 4	Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam algumas das seguintes condições de saúde: Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP 3 l cm. Presença de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou Transtorno Neurocognitivo Leve Presença de comorbidades múltiplas: polipatologia, polifarmácia ou internação recente, nos últimos 6 meses	
		Estrato 5	Idosos independentes para AIVD e ABVD, mas com as seguintes condições: Limitações nas AAVD, definida como aquelas atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais) Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular (sarcopenia grave): VM-4m ≤ 0,8 m/s ou TUG ≥ 20s.	

Clinical Frailty Scale (CFS) Rockwood, (3)		Classificação Clínico Funcional (CCF) Moraes e Lanna, (4)		Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) Moraes,(5)
Levemente Frágil	Estas pessoas frequentemente apresentam lentidão evidente e precisam de ajuda para AIVD mais complexas (finanças, transporte, trabalho doméstico pesado, medicações). Tipicamente, a fragilidade leve progressivamente prejudica as compras e passeios desacompanhados, preparo de refeições e tarefas domésticas.	Estrato 6	Idosos que apresentam: Independência para ABVD e Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)	Idosos com ALTA Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20 ≥ 15 pontos)
Moderamente Frágil	Pessoas que precisam de ajuda em todas as atividades externas e na manutenção da casa. Em casa, frequentemente têm dificuldades com escadas e necessitam de ajuda no banho e podem necessitar de ajuda mínima (apoio próximo) para se vestirem.	Estrato 7	Idosos que apresentam: Independência para ABVD e Declínio funcional em todas as AIVD (dependência completa)	
		Estrato 8	Idosos que apresentam: Dependência completa nas AIVD e Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado, como banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro.	
Gravemente Frágil	Completamente dependentes para cuidados pessoais, por qualquer causa (física ou cognitiva). No entanto, são aparentemente estáveis e sem alto risco de morte (dentro de 6 meses).	Estrato 9	Idosos que apresentam: Dependência completa nas AIVD e Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única ABVD preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho	
		Estrato 10	Idosos que apresentam dependência completa para ABVD. Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho	
Extremamente Frágil	Completamente dependentes, aproximando-se do fim da vida.	Estratos 9 ou 10, definidos como Idosos Frágeis em Fase Final de Vida.		
Doente Terminal	Aproximando-se do fim da vida. Esta categoria se aplica a pessoas com expectativa de vida < 6 meses, sem outra evidência de fragilidade.	Independe da classificação clínico-funcional.		

Nota: AVD, atividades da vida diária; AAVD, atividades avançadas de vida diária; AIVD, atividades instrumentais da vida diária; ABVD, atividades básicas da vida diária

FIGURA 1. Correlação pictórica entre a CFS, CCF, IVCF-20 e o fenótipo da fragilidade



Fonte: Elaborado pelo autor.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As evidências atuais mostram que a infecção pelo novo coronavírus atinge, igualmente, todos os ciclos de vida. Todavia, com diferenças significativas na sua apresentação clínica. Na criança, a doença é, usualmente, oligossintomática, simulando um quadro de resfriado comum ou, até mesmo, assintomática⁽⁷⁾. À medida que a idade avança, a infecção torna-se mais clinicamente manifesta, aumentando o risco da presença de manifestações sistêmicas, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e falência de múltiplos órgãos⁽⁸⁻¹⁰⁾. Mais de 70% das internações hospitalares e em centros de tratamento intensivo foram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos⁽¹¹⁾. Os idosos representaram mais de 80% dos óbitos pela doença, particularmente aqueles frágeis, residentes em “*nursing homes*” ou instituições de longa permanência para idoso (ILPI)⁽¹²⁻¹³⁾. Portanto, podemos considerar a COVID-19 como uma “Grande Síndrome Geriátrica” aguda, que apresenta diversas particularidades que devem ser reconhecidas e manejadas de forma adequada.

O risco de complicações está diretamente relacionado com a idade e com a presença de doenças, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença arterial coronariana, doença arterial periférica, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, DPOC, doença renal crônica, hepatopatia crônica, câncer, entre outras. Todavia, a maioria dos idosos apresenta alguma doença crônica e, comumente, de forma associada, que chamamos de comorbidades⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Portanto, essa associação pode ser redundante.

A principal característica do processo de envelhecimento é a sua enorme heterogeneidade, de forma que, à medida que envelhecemos, mais acentuada se torna a diferença entre os idosos, mesmo tendo a mesma idade e as mesmas doenças⁽¹⁶⁾. Essas diferenças estão associadas à reserva homeostática ou capacidade intrínseca, definida como a capacidade do indivíduo de se defender das agressões do meio interno ou externo. A infecção pelo novo coronavírus é um evento agudo que exige uma resposta adequada do organismo, diretamente relacionada com essa capacidade intrínseca ou vitalidade. O envelhecimento (senescência) e a presença de doenças crônicas (senilidade) comprometem a vitalidade, aumentando a suscetibilidade e o risco de desfechos adversos, como a internação hospitalar, declínio funcional e óbito. Essa maior vulnerabilidade do idoso às agressões é denominada de fragilidade, que apresenta caráter multidimensional⁽⁵⁾.

Barra et al.⁽¹⁷⁾, em Uberlândia (MG), mostram a importância da estratificação de risco da população idosa com o uso do IVCF-20, aliando a isto a estratificação de risco de hipertensão e diabetes daqueles idosos portadores dessas condições crônicas.

O Estudo COPE mostrou exatamente o impacto da fragilidade na evolução da doença. Hewitt et al.⁽¹⁸⁾ acompanharam 11 hospitais do Reino Unido e da Itália, nas quais foi avaliada a evolução dos pacientes internados com COVID-19 confirmada, conforme a idade, a presença de comorbidades e o grau de fragilidade dos idosos, definida pela CFS. O idoso foi classificado em quatro grupos: ativo (estratos 1 e 2), vulnerável (estratos 3 e 4), frágil (estrato 5 e 6) e gravemente frágil (estratos 7 a 9). Os desfechos avaliados foram a mortalidade intra-hospitalar. O período de acompanhamento foi de fevereiro a abril de 2020, com inclusão de 1.564 pacientes, com idade média de 74 anos e predomínio do sexo masculino (57,7%). A distribuição entre os grupos foi ativos (18%), vulneráveis (30%), frágeis (28%) e gravemente frágeis (24%). A mortalidade geral foi de 27,2%. Em comparação com os participantes que foram considerados ativos (CFS 1-2), os idosos vulneráveis, frágeis e gravemente frágeis apresentaram um aumento significativo na mortalidade, com odds ratio de 1,55 (IC 95%: 1,00-2,41), 1,83 (IC 95%: 1,15-2,91) e 2,39 (IC 95%: 1,50-3,81) respectivamente.

O estudo comprovou que o impacto das comorbidades foi bastante atenuado quando houve ajustamento das variáveis analisadas pelo grau de fragilidade do idoso. Além disso, o tempo de internação também foi, significativamente, aumentado nos idosos com maior grau de fragilidade. O estudo confirma a importância do uso de ferramentas capazes de avaliar o grau de fragilidade do idoso, como a CFS, proposta por Rockwood⁽³⁾, cuja recomendação é sugerida pelo

The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (nice.org.uk)⁽¹⁹⁾ em todo idoso, inclusive, para avaliação da proporcionalidade terapêutica e alocação de recursos terapêuticos escassos, como o uso de tecnologias associadas ao suporte invasivo.

Mais recentemente, Chinnadurai et al.⁽²⁰⁾ avaliaram as variáveis associadas à maior mortalidade em 215 indivíduos com COVID-19 confirmada, no Fairfield General Hospital, no período de março a abril de 2020. A mediana da idade foi de 74 anos, com predomínio do sexo masculino (62%) e com mortalidade geral de 40%. A dispneia foi o principal sintoma observado em 80% dos pacientes internados, seguido pela tosse (57%) e febre (46%). Sintomas gastrointestinais foram menos evidentes, como diarreia, vômitos e dor abdominal, assim como dor torácica, confusão mental, letargia e mal-estar geral. Na análise univariada, os principais preditores de mortalidade foram: a idade, residir em ILPI, idoso frágil (CSF ≥ 5), história de tabagismo, baixo IMC, presença de comorbidades cardiovasculares e respiratórias, alteração da função renal, maior contagem de leucócitos, linfocitopenia e maior PCR à admissão do paciente. Todavia, quando foi aplicada a regressão logística multivariada, a presença de fragilidade (CSF ≥ 5) foi a única variável associada à maior mortalidade (OR 4,3), confirmando o impacto significativo da fragilidade no risco de evolução para o óbito.

Curiosamente, a presença de hipertensão arterial e diabetes mellitus não foi associada à maior mortalidade, indicando que o impacto dessas condições de saúde está atenuado pelo envelhecimento e com a presença de fragilidade. Outro achado relevante nos idosos acompanhados foi a associação observada entre IMC baixo e maior mortalidade, diferentemente daquilo que é descrito na população adulta, com idade inferior a 50 anos.

Encontramos somente um estudo tentando correlacionar o conceito de fragilidade, definido por Fried⁽⁶⁾, com a COVID-19. Woolford et al.⁽²¹⁾ avaliaram 4.510 pacientes que foram testados para COVID-19 (positivos: 1.326; negativos: 3.184) e compararam o resultado com os dados clínico-funcionais armazenados do UK Biobank. Esse é o primeiro estudo a investigar associações entre fenótipo da fragilidade, multimorbidade e diagnósticos COVID-19, em uma coorte observacional prospectiva grande e bem caracterizada. Os autores não observaram nenhuma diferença entre a presença do 'fenótipo da fragilidade', quedas ou presença de multimorbidade com internação hospitalar pela COVID-19, pois o risco foi semelhante para aquelas internações de indivíduos negativos para COVID-19. O estudo não avaliou outros desfechos negativos, como a evolução para o óbito ou duração da internação hospitalar.

Kundi et al.⁽²²⁾ acompanharam 18.223 pacientes com COVID-19 na Turquia, dos quais 67,4% foram considerados frágeis. Todavia, a definição de fragilidade utilizou outra metodologia, baseada na presença de doenças específicas, segundo as recomendações da escala HFRS. A mortalidade foi de 12%, 18,2% e 31% nos idosos com baixo, moderado e alto grau de fragilidade respectivamente. É importante ressaltar que essa escala tem a vantagem de utilizar dados do prontuário do paciente e dispensa a necessidade de avaliação específica feita por profissionais com visão geriátrico-gerontológica, como acontece quando se utiliza a CFS.

Hagg et al. ⁽²³⁾ compararam o impacto da fragilidade e da presença de comorbidades no prognóstico de idosos internados com COVID-19. A mortalidade intra-hospitalar foi de 24%, e a taxa de alta direta para o domicílio foi de 44%. A maior idade foi associada à maior mortalidade intra-hospitalar e menor probabilidade de alta para o domicílio. A presença de fragilidade avaliada pela CFS (≥ 5) e pelo ICC foram associados a maior mortalidade intra-hospitalar. Por sua vez, a HFRS não apresentou correlação com a mortalidade. A presença de comorbidades (diabetes, doença cardiovascular, doença pulmonar, doença renal crônica e demência) não foi associada a maior risco de desfechos adversos. Curiosamente, a presença de hipertensão arterial foi um bom preditor de alta direta para o domicílio. Os autores chamam atenção para o fato que a presença de fragilidade não deve ser considerada uma certeza de evolução desfavorável para o óbito, na medida em que 3 a cada 4 idosos sobreviveram à COVID-19. Assim, o tratamento de idosos frágeis não deve ser considerado fútil.

O estudo COVIDAge ⁽²⁴⁾ mostrou uma mortalidade de 32% em idosos e confirmou mais ainda a ideia de que a idade cronológica não deve ser considerada como um bom preditor de maior mortalidade nos idosos. A fragilidade, avaliada pela FIM e pela CFS (≥ 5) aumentou o risco de mortalidade em 5 vezes. Além da fragilidade, a presença de delirium, avaliado pelo *Confusion Assessment Measure* (CAM), também apresentou associação com maior mortalidade intrahospitalar. Nos idosos não frágeis, a taxa de sobrevivência foi superior a 90%. Da mesma forma, o COVIDAge mostrou que mais de 45% dos idosos frágeis apresentaram evolução favorável, sugerindo que a avaliação de proporcionalidade terapêutica no idoso deve utilizar vários parâmetros clínicos e funcionais, associada à avaliação das preferências desejos e expectativas do idoso e de sua família.

A importância da fragilidade como principal marcador de desfechos adversos, particularmente, a evolução para o óbito, é reforçada pela predominância dos óbitos pela COVID-19 em idosos institucionalizados em todo mundo ⁽²⁵⁾. Assim, a adoção de estratégias preventivas em instituições de longa permanência para idosos é fundamental para a proteção dessa população altamente vulnerável.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A COVID-19 pode ocorrer em todos os ciclos de vida, mas é nos idosos que a doença apresenta maior risco de desfechos adversos. A fragilidade, definida como a presença de declínio funcional nas atividades de vida diária, é o principal marcador de mortalidade em idosos, quando comparado à idade e à presença de comorbidades.

REFERÊNCIAS

1. Gilbert T. et al. Development and Validation of a Hospital Frailty Risk Score focusing on older people in acute care settings using electronic hospital records: an observational study. *Lancet*. 2018;391(10132):1775-82. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30668-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30668-8).
2. Clegg A, et al. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age Ageing*. 2016;45(3):353-60. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw039>.
3. Rockwood K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005;173(5):489-95. doi: <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>.
4. Moraes EN, et al. A New Proposal for the Clinical-Functional Categorization of the Elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Practice*. 2016;5(1):24-30.
5. Moraes EN, et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saude Publica*. 2016;50:81. doi: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>.
6. Fried LP, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):M146-56. doi: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.
7. Guan W, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020;382:1708-20. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>.
8. Garnier-Crussard A, et al. Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic: What Are the Risks for Older Patients? *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(5):939-940. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.16407>.
9. Shahid A, et al. COVID-19 and Older Adults: What We Know. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(5):926-929. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.16472>.
10. Kadambari S, Klenerman P, Pollard AJ. Why the elderly appear to be more severely affected by COVID-19: The potential role of immunosenescence and CMV. *Rev Med Virol*. 2020;e2144. doi: <https://doi.org/10.1002/rmv.2144>.
11. D´cruz M, Banerjee D. “An invisible human rights crisis”: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – An advocacy review. *Psychiatry Res*. 2020;292:113369. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>.
12. Machado CJ, et al. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(9):3437-44. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.14552020>.

13. Comas-Herrera A, et al. Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: early international evidence. International Long-Term Care Policy Network [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>.
14. Zhou F, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2020;395(10229):1054-62. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3).
15. Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med* 2020;8(4):e21. doi: [https://doi.org/10.1016/213-2600\(20\)30116-8](https://doi.org/10.1016/213-2600(20)30116-8).
16. Vellas C, et al. Covid-19, virology and geroscience: a perspective. *J Nutr Health Aging*. 2020;24(7):685-691. doi: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1416-2>.
17. Barra R, et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. *APS em Revista*. 2020;2(1):38-43. doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.64>.
18. Hewitt J, et al. The effect of frailty on survival in patients with COVID-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health*. 2020;5(8):e444-e451. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30146-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30146-8).
19. National Institute for Health and Care Excellence. COVID-19 rapid guideline: critical care in adults. NICE Guidelines [Internet]. 20 mar 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng159>.
20. Chinnadurai R, al. Older age and frailty are the chief predictors of mortality in COVID-19 patients admitted to an acute medical unit in a secondary care setting-a cohort study. *BMC Geriatr*. 2020;20(1):409. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01803-5>.
21. Woolford SJ, et al. COVID-19 and associations with frailty and multimorbidity: a prospective analysis of UK Biobank participants. *Aging Clin Exp Res*. 2020;32(9):1897-1905. doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01653-6>.
22. Kundi K, et al. The role of Frailty on Adverse Outcomes Among Older Patients with COVID-19. *J Infect*. 2020;81(6):944-51. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.09.029>.
23. Hagg S, et al. Age, Frailty and Comorbidity as Prognostic Factors for Short-Term Outcomes in Patients With Coronavirus Disease 19 in Geriatric Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 Nov; 21(11): 1555-1559.e2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.08.014>.

24. Mendes A, et al. Predictors of In-Hospital in Older Patients With COVID-19: The COVIDAge Study. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(11):1546-54.e3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.014>.
25. Moraes EN, et al. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. *Ciênc Saúde Colet.* c2020;25(9):3445-58. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20382020>.

ENSAIO SOBRE A SAÚDE NO SISTEMA PRISIONAL: POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE E A COVID-19

Maria Cristina Fernandes Ferreira¹

RESUMO: Este ensaio propõe uma análise da afetação da pandemia da COVID-19 na população privada de liberdade e do acesso dessa população às ações e serviços do Sistema Único de Saúde, conforme orienta a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional, tendo em vista que as condições de reclusão são determinantes do processo de saúde e adoecimento. Evidencia-se que as condições de encarceramento em celas superlotadas, úmidas e mal ventiladas, com restrição do uso de água e alimentação precária, entre outras, agravam a pandemia no sistema prisional. O acesso das pessoas privadas de liberdade à saúde e a organização de serviços de atenção primária nas unidades prisionais são fundamentais para o atendimento das necessidades de saúde e para o controle de eventos agudos e doenças transmissíveis na sociedade, considerando os profissionais que trabalham e as pessoas que visitam os estabelecimentos penais. Nas considerações finais, destacam-se os desafios e as possibilidades na organização do acesso à saúde nas unidades prisionais, conforme estruturação das Redes de Atenção à Saúde e cuidado em tempos de pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção à Saúde. Direitos Sociais. COVID-19. População Privada de Liberdade. Sistema Prisional.

1 Assistente Social, Mestre em Política Social, Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Consultora Regional da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, no Projeto Nacional PlanificaSUS, “A Organização da Atenção Ambulatorial Especializada em Rede com a Atenção Primária à Saúde”. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8250358633074608>. mariacrisfernandes@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A discussão sobre a afetação da COVID-19 na população privada de liberdade deve ter, como perspectiva, o reconhecimento da saúde enquanto necessidade humana e direito social, das condições de reclusão que são determinantes do processo de saúde e adoecimento e da situação epidemiológica.

Os direitos sociais são criados em razão da existência de necessidades humanas básicas, definidas objetiva e universalmente. O reconhecimento dessas necessidades implica a atuação e a responsabilidade do Estado na formulação, implementação, financiamento e regulação de políticas sociais consistentes que as atendam.

A concepção de necessidades básicas é contrária à noção de mínimos sociais. A satisfação dessas necessidades não é o mesmo que satisfação de mínimos suficientes para sobrevivência, ela se relaciona aos direitos sociais, ao acesso às políticas sociais.

Segundo Pereira ^(1, p. 187), “concretizar direitos sociais significa prestar à população, como dever do Estado, um conjunto de benefícios e serviços que lhe é devido, em resposta às suas necessidades sociais”. Os direitos sociais, portanto, são históricos, dizem respeito ao homem em situações concretas de existência e vinculam-se ao conceito de necessidades.

Para Pisón ⁽²⁾, os direitos sociais, considerados de segunda geração, são fundados no princípio da igualdade entre os homens. Ao lado dos direitos civis e políticos, chamados direitos de primeira geração, que têm como pressuposto a liberdade, os direitos sociais compõem os direitos de cidadania. Ele complementa: “Os direitos sociais e sua inclusão nos textos constitucionais estão justificados pelo fato constatável de que os cidadãos concretos e particulares, titulares desses direitos, têm necessidades básicas” ^(2, p. 100).

Nessa esteira, a Constituição Federal Brasileira afirma em seu art. 196 que a saúde é direito de todos, devendo o Estado garantir as condições para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde⁽³⁾. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), afirma que a saúde é um direito fundamental do ser humano, dever do Estado, e que os níveis de saúde da população expressam o grau de organização social e econômica do País⁽⁴⁾.

A saúde é entendida pelo ordenamento constitucional como necessidade humana básica e direito de todos, independentemente de condição legal. Isso quer dizer que homens e mulheres reclusos em instituições prisionais, que têm suspensos seus direitos civis e políticos, devem ter assegurados os direitos sociais. Cabe ao Estado o atendimento das necessidades de saúde das pessoas sob sua custódia.

Considerando as condições de reclusão às quais a população carcerária está submetida – celas superlotadas, insalubres, escuras, mal ventiladas, com racionamento de água e alimentação precária, além de constante contato físico –, bem como a comum situação de vulnerabilidade anterior à prisão na qual tais pessoas se encontravam, os cidadãos privados de liberdade necessitam mais, em geral, de assistência em saúde do que a população geral.

A saúde é um espelho das condições de vida. Tem, como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação saudável, a moradia, o saneamento básico, a educação, o trabalho e a renda, ou seja, o acesso a bens e serviços essenciais. No entanto, grande parte da população prisional esteve, antes mesmo do cárcere, à margem do acesso e usufruto dos direitos sociais, assim como dos bens e serviços necessários à vida digna.

A exclusão social é a negação dos princípios de igualdade entre os homens e universalidade dos direitos e se contrapõe ao conceito de direitos de cidadania. As desigualdades sociais se refletem no acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, nas condições de saúde.

O Brasil tem a terceira maior população carcerária do mundo. Aos estados e ao Distrito Federal, cabe a administração da grande maioria dos estabelecimentos penais, com exceção dos presídios federais, de responsabilidade da União. O poder de decidir sobre medidas alternativas à prisão, ou seja, de prender ou soltar pessoas, no entanto, é do Judiciário. Os estabelecimentos penais destinam-se ao alojamento de pessoas condenadas que cumprem pena privativa de liberdade, medida de segurança, ou estão recolhidas em caráter provisório.

Segundo dados do Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP), no Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional (Sisdepen), Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, no período de julho a dezembro de 2019, estima-se em 748.009 o número de pessoas privadas de liberdade, reclusas em 1.412 estabelecimentos penais masculinos, femininos e mistos⁽⁵⁾.

Essa população é formada basicamente por jovens – 47,79% têm menos de 30 anos; 62,11% têm até 34 anos; 81,76%, até 45 anos; e 1,37%, mais de 60 anos, detidos predominantemente por delitos contra o patrimônio e tráfico de drogas. Destes, 95,06% são homens, e 4,94% são mulheres.

Destaca-se a superlotação no sistema prisional brasileiro, que tem 442.349 vagas e custódia de 748.009 pessoas. Há um *deficit* de 312.925 vagas. É importante dizer que 30% dessas pessoas sequer foram julgadas e estão presas provisoriamente.

Ainda, evidencia-se o fato de existirem 55 berçários/centros de referência materno-infantil e 13 creches em estabelecimentos penais femininos, abrigoando 1.446 crianças. Destas, 20,54% têm até 6 meses, e 43,29% têm mais de 3 anos de idade.

Quanto às condições de saúde das pessoas privadas de liberdade, informados no Sisdepen, há 9.113 casos de tuberculose, 8.523 casos de HIV, 6.920 casos de sífilis, e 4.156 casos de outras comorbidades. Fatores como a superlotação e a precária infraestrutura dos estabelecimentos penais fazem com que doenças infectocontagiosas se alastrem em ritmo alarmante. É o caso histórico da tuberculose, por exemplo.

No Brasil, o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde é legalmente garantido pela Constituição Federal de 1988; pela Lei de Execução Penal nº 7.210/1984; pelas Leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que instituem o SUS; pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990; pelas Resoluções do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária; e pela Portaria Interministerial MS/MJ nº 1 de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do SUS ⁽⁶⁻¹⁰⁾.

A PNAISP foi instituída no âmbito do SUS com o propósito de “garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado integral no SUS” (Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014, art. 5º) ⁽¹¹⁾.

Ela orienta que as ações e os serviços de atenção básica em saúde serão realizados por equipes interdisciplinares e organizados nas unidades prisionais, e o acesso às demais ações e serviços de saúde deve ser pactuado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Os serviços de saúde nas unidades prisionais serão estruturados como ponto de atenção da RAS e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). A Portaria Interministerial MS/MJ nº 1/2014, em complementação, prevê cinco modalidades de equipes definidas de acordo com o número de pessoas privadas de liberdade por unidade prisional, funcionamento dos serviços de saúde, e existência de demandas relacionadas com a saúde mental em cada uma delas ⁽¹¹⁾.

Quanto à organização dos serviços no sistema prisional, a Portaria MS nº 482/2014, que institui normas para operacionalização da PNAISP, em seu art. 2º, orienta que os serviços de saúde nos estabelecimentos prisionais serão conformados de acordo com a população prisional, para estabelecer o tempo de funcionamento do serviço em horas semanais ⁽¹²⁾.

A adesão à PNAISP ocorre com a pactuação entre os estados, o Distrito Federal e a União. A adesão municipal é facultativa e tem como requisitos, entre outros, a adesão estadual à PNAISP e a existência de população privada de liberdade no território. Com o objetivo de mobilizar os gestores do SUS e dos Sistemas Prisionais no processo de implantação, implementação e monitoramento da PNAISP, deve ser instituído um Grupo Condutor no âmbito de cada estado e do Distrito Federal, formado pela Secretaria de Saúde, pela Secretaria de Justiça ou congêneres, pela Administração Prisional ou congêneres e pelo Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems).

2. SOBRE O CORONAVÍRUS SARS-COV-2

O coronavírus SARS-CoV-2 tem alto índice de transmissibilidade por via respiratória e por contato interpessoal e varia de casos assintomáticos a casos graves. É a doença respiratória mais letal dos últimos 100 anos. Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 80% das pessoas com COVID-19 podem ser sintomáticas ou oligossintomáticas, e 20% dos casos detectados precisam de atendimento hospitalar.

Os estabelecimentos penais, caracterizados pela superlotação e demais condições de insalubridade, são espaços ideais para transmissão em massa da COVID-19 resultante de surtos. A vulnerabilidade da população privada de liberdade, já acentuada pelas condições do cárcere, faz com que a pandemia tenha seus efeitos amplificados nesses locais.

O cárcere não implica que a população privada de liberdade não tenha contato com a sociedade de diversas formas, seja em razão dos profissionais que trabalham nos estabelecimentos penais, seja dos familiares, advogados e defensores públicos que os frequentam. A existência de um caso de qualquer doença infectocontagiosa, mas especialmente da COVID-19, no interior de um estabelecimento penal exige o rastreamento dos contatos entre a pessoa doente e outros presos, além de trabalhadores de saúde, da segurança pública e das demais pessoas que o visitaram.

Segundo o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (APS) – versão 9, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, o quadro da doença pode ser avaliado de maneira clínica e laboratorial. O período de incubação do SARS-CoV-2 para a infecção entre humanos varia de 2 a 14 dias. O diagnóstico laboratorial para identificar o vírus é feito por meio das técnicas de RT-PCR realizado em tempo real para identificação dos casos, ou teste rápido sorológico validado por instituições de referência.

O manejo clínico na APS difere conforme a gravidade dos casos, mas prevê, em todos eles, a necessidade de isolamento, seja domiciliar ou hospitalar ⁽¹³⁾.

A COVID-19 é uma doença nova, e ainda são restritas as informações sobre fatores de risco. De acordo com conhecimentos clínicos e informações disponíveis, as pessoas com

condições crônicas e fatores de risco são as que têm maior ameaça de desenvolver a forma grave da COVID-19. Nesse grupo encontram-se idosos, gestantes e puérperas, crianças, pessoas com doenças pulmonares graves, com tuberculose, entre outras, além das pessoas privadas de liberdade.

A ausência de cuidado, ou não proteção de grupos vulneráveis, afeta a resposta à COVID-19 e a saúde pública. Não é diferente com os casos do sistema prisional. A precariedade de condições dos estabelecimentos penais, a superlotação e o contato dos presos com outras pessoas são fatores que propiciam a proliferação da doença dentro e fora dos presídios. É importante a adoção de medidas específicas para o acesso das pessoas social e clinicamente vulneráveis ao cuidado de forma continuada, com o objetivo de estabilizar seus quadros e diminuir os riscos de agravamento de sua condição de saúde.

3. METODOLOGIA

O objetivo deste estudo é analisar a pandemia da COVID-19 na população privada de liberdade, as condições de encarceramento como condicionantes e determinantes do processo de saúde e adoecimento, e o acesso dessa população a ações e serviços de saúde conforme orienta a PNAISP.

Como instrumental metodológico, privilegamos a pesquisa qualitativa, realizada por meio da análise de documentos, normativas legais, notas técnicas e da revisão de estudos científicos. Contudo, utilizamos também dados quantitativos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, do MJSP e do Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Dos procedimentos metodológicos da pesquisa, constaram as seguintes etapas:

1ª etapa: estudo documental, de caráter exploratório (leis, decretos, notas técnicas, resoluções, recomendações, portarias) e revisão de literatura especializada, com o objetivo de apresentar referencial conceitual.

2ª etapa: análise da cobertura de equipes de saúde da PNAISP no sistema prisional e de dados dos sistemas de informações dos Ministérios da Saúde, da Justiça e Segurança Pública, e do CNJ, sobre o sistema prisional e os casos da COVID-19 na população encarcerada.

Para análise dos dados secundários, utilizamos informações do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Saúde da Família/Coordenação Saúde no Sistema Prisional (Copris) e dos instrumentos: Sisdepen; Monitoramento do CNJ, COVID-19 no Sistema Prisional (Boletim Semanal); SCNES.

4. RESULTADOS

Conforme informações do Portal do Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde no Sistema Prisional (acesso em 9 de outubro de 2020) referentes à PNAISP, apresentamos o cenário

em relação ao número e tipo de equipes habilitadas: o País conta com 389 equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) atuando em estabelecimentos prisionais de 24 estados e do Distrito Federal; a população dos estabelecimentos com eAPPS é de 198.032 pessoas, ou seja, representa apenas 26,4% da população prisional total; 284 equipes de saúde são municipais, e 105 equipes são estaduais, vinculadas às Secretarias Estaduais de Justiça ou congêneres; quanto à carga horária mínima semanal, 151 equipes atuam 6 horas, 147 equipes atuam 20 horas e 91 equipes atuam 30 horas. O Portal do Ministério da Saúde não apresenta informações sobre o número de casos e óbitos da COVID-19 no sistema prisional brasileiro ⁽¹⁴⁾.

Os dados do MJSP/Departamento Penitenciário Nacional, em 9 de outubro de 2020, no Painel sobre as Ações de Combate à Pandemia da COVID-19, indicavam 28.952 casos confirmados e 118 óbitos de pessoas privadas de liberdade, e 101.123 testes realizados.

O Ministério da Saúde e o MJSP publicaram normativas específicas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 no sistema prisional e para produção de indicadores de saúde da população privada de liberdade, a exemplo da Portaria Interministerial MS/MJSP nº 7/2020 e da Nota Técnica MS/Saps/Copris nº 1/2020 respectivamente. Contudo, os boletins epidemiológicos divulgados nos sites das secretarias de saúde dos estados, Distrito Federal e capitais brasileiras não trazem informações específicas sobre a população privada de liberdade, conforme pesquisa realizada (acesso em 4 de outubro de 2020) ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

O CNJ elaborou a Recomendação nº 62/2020, com o objetivo de indicar medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus a serem adotadas no âmbito dos estabelecimentos prisionais e socioeducativos. O documento considera os diversos aspectos que acarretam a vulnerabilidade daqueles que vivem nos estabelecimentos penais, que caracterizam uma violação dos direitos fundamentais intrínseca ao “estado de coisas inconstitucional” do sistema penal brasileiro, como reconheceu o Supremo Tribunal Federal na Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) nº 347/2015 ⁽¹⁷⁾.

A Recomendação trata de medidas penais e de saúde para o combate à doença, como revisão de prisões provisórias e a possibilidade de prisão domiciliar durante o período da pandemia, priorizando especialmente mulheres gestantes, lactantes, idosos, pessoas com deficiência; além de presos preventivos que estejam recolhidos por tempo maior que o prazo limite de 90 dias por acusações de crimes sem violência ou grave ameaça à pessoa. Informações de monitoramento da Recomendação indicam que aconteceram 35 mil solturas, conforme dados de 20 estados e do Distrito Federal (maio de 2020).

O CNJ também realiza monitoramento semanal dos casos confirmados e mortes por COVID-19 no sistema prisional, entre servidores e pessoas privadas de liberdade. O boletim de 7 de outubro de 2020 apresenta o total de 39.595 casos confirmados e 199 óbitos, o que aponta o acréscimo de 28,9% no número de casos e 8,8% no número de óbitos registrados nos 30 dias anteriores. Desse total, 29.600 casos confirmados e 115 óbitos ocorreram entre pessoas privadas de liberdade, e 9.995 casos confirmados e 84 óbitos entre servidores prisionais ⁽¹⁸⁾.

A associação com outras doenças, como a tuberculose e as hepatites, é outro fator agravante das condições de saúde e dos riscos no contexto da pandemia da COVID-19. Informações do projeto Prisões Livres de Tuberculose – realizado pelo MJSP e Fiocruz, com cooperação técnica do Programa Nacional de Controle da Tuberculose – demonstram que o risco das pessoas privadas de liberdade de contrair tuberculose é 34 vezes maior do que entre a população geral ⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Um estudo realizado em 2013 por Minayo e Ribeiro ⁽²¹⁾ no estado do Rio de Janeiro, sobre as condições de saúde de cerca de 25.570 pessoas privadas de liberdade, mostra que:

[...] os efeitos diretos sobre o adoecimento são magnificados pelas condições de encarceramento, tal como encontrado no sistema prisional do Rio de Janeiro: abuso de substâncias, presença do vírus de imunodeficiência (HIV) e outras doenças infecciosas como tuberculose e dengue, enfermidades osteomusculares, perpetração de violência e vitimização por agressões, distúrbios mentais, enfermidades crônicas e problemas reprodutivos ^(p. 2038).

Revela ainda que “os presos são jovens (média de 30 anos), pobres, em maioria de cor preta e parda (70,5%), têm baixa escolaridade (só 1,5% deles tem curso superior) e cumprem menos de quatro anos de pena” ^(21, p. 2031).

A PNAISP indica que as unidades de saúde das prisões são a porta de entrada para o acesso daquela população vulnerável ao SUS e importantes pontos de atenção nas RAS. A orientação para organização do Sistema por meio das RAS está presente nos marcos legais do SUS, em especial, na Portaria nº 4.279/2010, que apresenta como elementos constitutivos a população e região de saúde, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. A estrutura operacional é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde e pelos sistemas de apoio, logístico e de governança, em que a APS desempenha o papel fundamental de ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Segundo Mendes ⁽²²⁾,

[...] o conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população, ou gestão de base populacional, elemento essencial das RAS ^(p. 22).

Para que a APS realize seu papel, é fundamental organizar macroprocessos e microprocessos básicos, utilizar diretrizes clínicas e tecnologias que orientem as práticas em saúde, e trabalhar com a gestão da saúde da população. Isso implica conhecer a população e o território num movimento dialético de sucessivas aproximações da realidade e da dinâmica das relações sociais.

Os desafios às equipes e aos gestores de saúde são claros diante do contexto de custódia da população privada de liberdade – número insuficiente de eAPP, carência de informações sobre as condições de saúde, ambiente insalubre e superlotado são apenas alguns dos fatores que tornam o trabalho complexo.

Conhecer a população presa – ou seja, cadastrar a população prisional, classificar o risco social, identificar as subpopulações por condições de saúde (gestantes, hipertensos, diabéticos, pessoas vivendo com HIV, idosos, entre outros) e estratificar o risco dessas condições –, é o primeiro passo para enfrentar esses desafios.

Para que as unidades de saúde dos estabelecimentos penais sejam, de fato, portas de entrada para o SUS, conforme orienta a PNAISP, deve-se estabelecer a comunicação dessas unidades com os demais serviços das RAS, com fluxos e contrafluxos, e organizar sistemas logísticos, de apoio e de governança do SUS. Deve-se, sobretudo, trabalhar para superar as lacunas entre o formal e o real no acesso das pessoas privadas de liberdade à saúde.

É importante considerar, ainda, que as unidades prisionais são instituições repletas de singularidades que interferem no acesso aos serviços de saúde, geralmente controlado pela hierarquia estabelecida entre as pessoas privadas de liberdade e por agentes penitenciários. As pessoas reclusas têm restrita a autonomia sobre a sua saúde e dependem de terceiros na busca do acesso às ações e serviços. O acesso ainda é condicionado pela oferta e organização dos serviços de saúde na unidade prisional, pela qualificação dos profissionais e adequação de recursos tecnológicos.

Para que seja possível promover o acesso da população carcerária à saúde, especialmente em meio à pandemia, é necessário ter em vista todos os desafios que as particularidades do sistema penal representam e os caminhos para sua superação. O cuidado com as pessoas privadas de liberdade garante não só a realização de seus direitos sociais, que não são suspensos pela pena que cumprem, mas também evita o aumento de doenças transmissíveis entre toda a população.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que as diferenças, as especificidades e as necessidades de populações vulnerabilizadas sejam consideradas na elaboração das políticas sociais e na organização do acesso à saúde. Esse conhecimento é condição para uma intervenção eficaz, e sem ele não há possibilidade de atendimento de necessidades.

É o desafio perene de garantir o acesso de grupos específicos da população, de não produzir mais impedimentos e desigualdades e de dar materialidade aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção.

A dinâmica funcional dos estabelecimentos penais dificulta a realização de ações de saúde, como as medidas de prevenção, essenciais no enfrentamento da COVID-19, ao passo que contribui para naturalizar a prisão como lugar de castigo, e não de custódia, em que a prioridade não é a reintegração à sociedade e a organização de serviços essenciais, mas a mera punição.

Contudo, é possível e necessário garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade à saúde. No entanto, essa é uma discussão que precisa acontecer de forma permanente, e não apenas em tempos de pandemia, e demanda articulação intersetorial entre saúde, justiça e segurança, e entre os poderes executivo e judiciário. Ainda, a política de encarceramento em massa e a criminalização da pobreza são fatores que devem ser vistos como condicionantes da situação de saúde nos presídios. O direito à saúde também se dá na perspectiva de diminuição do número de pessoas privadas de liberdade.

Os resultados apresentados na análise evidenciam a necessidade de ampliação do número de equipes de saúde nas unidades prisionais e a importância de produzir informações e indicadores em saúde para subsidiar a gestão na elaboração de políticas.

Percebemos como possibilidades e prioridades: i) a participação dos profissionais de saúde das eAPP, ao lado dos profissionais dos demais serviços da rede, nos alinhamentos conceituais e formações sobre as RAS, os modelos de atenção, gestão da clínica e afins, para conhecimento, contribuição e troca de saberes; ii) a identificação de campo específico para monitoramento da população carcerária no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan); iii) a organização e fortalecimento do Grupo Condutor da PNAISP como oportunidade de trabalhar o sistema de governança entre as unidades de saúde intramuros e os demais serviços da RAS; iv) o processo de planificação da APS, como instrumento de gestão e organização dos serviços de saúde, nas unidades prisionais.

REFERÊNCIAS

1. Pereira PA. Necessidades humanas – subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2. ed. São Paulo: Cortez; 2002.
2. Pisón JM. Políticas de bienestar – un estudio sobre los derechos sociales. Madrid: Tecnos; 1998.
3. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 22. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações; 2004.
4. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.
5. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (período de julho a dezembro de 2019). Sistema de Informações do Departamento Penitenciário Nacional [Internet]. 2020. [acesso 2020 jul 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/sisdepen>.
6. Brasil. Presidência da República. Lei nº. 7.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. Diário Oficial da União. 13 jul 1984.
7. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 31 dez 1990.
8. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 29 jun 2011.
9. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 4, de 23 de abril de 2020. Dispõe sobre Diretrizes Básicas para o Sistema Prisional Nacional no período de enfrentamento da pandemia novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 24 abr 2020.
10. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. Resolução nº 5, de 15 de maio de 2020. Dispõe sobre Diretrizes Extraordinárias e Específicas para Arquitetura Penal, destinadas para o enfrentamento da disseminação do novo Coronavírus (2019-nCoV) no âmbito dos estabelecimentos penais. Diário Oficial da União. 19 maio 2020.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1, de 02 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 3 jan 2014.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 482, de 1º de abril de 2014. Institui normas para operacionalização da Política nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 2 abr 2014.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 9. Brasília; 2020.
14. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Painel de Monitoramento dos Sistemas Prisionais [Internet] (dados de 24/09/2020). 2020 [acesso set 27]. Disponível em: <https://www.gov.br/depen/pt-br/assuntos/acoes-contrapandemia/painel-de-monitoramento-dos-sistemas-prisionais>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 7, de 18 de março de 2020. Dispõe sobre as medidas de saúde pública previstas na Lei nº 13.979 de 6 de fevereiro de 2020, no âmbito do Sistema Prisional. Diário Oficial da União. 18 mar 2020.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 1 de 2020/COPRIS/CGGAP/DESF/SAPS/MS. Dispõe sobre a produção de dados epidemiológicos sobre a saúde das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional. Brasília; 2020
17. Brasil. Supremo Tribunal Federal. STF. ADPF 347 MC, Relator(a): Marco Aurélio, Tribunal Pleno, julgado em 09/09/2015, processo eletrônico DJe-031. Divulg 18-02-2016 Public 19-02-2016.
18. Brasil. Conselho Nacional de Justiça. Recomendação nº 62, de 17 de março de 2020. Recomenda aos Tribunais e magistrados a adoção de medidas preventivas à propagação da infecção pelo novo coronavírus – COVID-19 no âmbito dos sistemas de justiça penal e socioeducativo. Brasília; 2020.
19. Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública; Fundação Oswaldo Cruz; Cooperação Técnica do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Projeto Prisões Livres de Tuberculose. TB nas prisões [Internet]. [acesso out 05]. Disponível em: <https://www.prisoeslivresdetb.com.br/tb-nas-prisoas>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 31 dez 2010.
21. Minayo MC, Ribeiro AP. Condições de saúde dos presos do estado do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2016;21(7):2031-40.
22. Mendes EV. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. 1. ed. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.

GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19: LIMITES E POTENCIALIDADES DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante¹

Luciana Tolêdo Lopes²

Maria José de Oliveira Evangelista³

RESUMO: O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) vem, nos últimos anos, apoiando técnica e gerencialmente as Secretarias Estaduais na Planificação da Atenção à Saúde (PAS), objetivando a organização, a qualificação e a integração de processos de trabalho das equipes da Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar. Ante a atual situação de pandemia, o presente estudo buscou compreender como as equipes da APS se encontravam antes da COVID-19 e identificar se as ações desenvolvidas na PAS contribuíram para o seu enfrentamento. Trata-se de ensaio de abordagem qualitativa, utilizando-se de literatura cinza e de aplicação de questionário estruturado aos facilitadores responsáveis pela condução da PAS em 27 regiões de saúde no país. Constatou-se que a PAS possibilita uma melhor organização da porta de entrada das Unidades Básicas, quando repensa o acolhimento e implanta um Sistema de Classificação de Risco e Vulnerabilidade. De modo geral, a PAS permite às equipes da APS conhecerem melhor seu território, as subpopulações com riscos e vulnerabilidades, estratificar o risco das condições crônicas, direcionar os casos na Rede de Atenção, ou seja, fazer a gestão do cuidado de modo mais efetivo. Contudo, a Planificação também tem suas limitações, pois depende da tomada de decisão para que se desenvolva e, principalmente, para que se institucionalize.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Pandemia. COVID-19.

1 Enfermeira, Mestre em Saúde Pública, Técnica da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará e Enfermeira de Saúde da Família do município de Fortaleza. <http://lattes.cnpq.br/3952466082193934>. carmem.cemires@gmail.com.

2 Fisioterapeuta, Especialista em Direito Sanitário com Ênfase em Educação Permanente, assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. <http://lattes.cnpq.br/6170011140594663>. luciana@Conass.org.br.

3 Enfermeira, Sanitarista, Especialista em Administração Hospitalar e Gestão em Saúde Coletiva, Mestre em Ciências da Saúde e assessora técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. <http://lattes.cnpq.br/6114444000996569>. maria.evangelista@conass.org.br.



I. INTRODUÇÃO

O novo coronavírus (SARS-CoV-2), descoberto em dezembro de 2019, foi detectado inicialmente na região de Wuhan, província de Hubei na China, possuindo característica de rápida expansão regional/internacional e exponencial crescimento no número de casos e óbitos, com confirmação do primeiro caso no Brasil em 26 de fevereiro de 2020⁽¹⁾.

Aos 12 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a COVID-19 como uma situação em rápida evolução, sugerindo aos países implementarem estratégias de contenção e, ao mesmo tempo, acelerarem esforços para o controle da doença. Em seu anúncio, reconheceu a vulnerabilidade entre idosos e portadores de doenças crônicas e a necessidade de todos contribuírem, em espírito de solidariedade, para proteção às pessoas em maior risco⁽²⁾.

No Brasil, após a promulgação do texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional da OMS, em 23 de maio de 2015⁽³⁾, o Ministério da Saúde declarou emergência em saúde pública de importância nacional⁽⁴⁾ e publicou Lei que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019⁽⁵⁾, regulamentada pela Portaria nº 356, de 11 de março de 2020⁽⁶⁾.

Nesse contexto de enfrentamento a surtos e epidemias, sabe-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) têm papel fundamental na resposta global, oferecendo atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde, com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devem ser manejados em serviços especializados⁽⁷⁾.

Em pesquisa no banco de dados PubMed, utilizando os descritores “*Primary Health Care*” e “COVID-19”, foram identificados 1.596 artigos, sendo 15 deles na língua portuguesa, demonstrando que já é conhecido e abordado o potencial da APS no enfrentamento dessa pandemia.

De forma geral, os artigos discutem o papel da APS no enfrentamento da pandemia, chamando-a a assumir seu protagonismo como ordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁸⁾, destacando sua importante característica de diálogo direto com a comunidade e a possibilidade de seus processos de cuidados mudarem situações sociais e de saúde, a despeito do desafio imposto pelo subfinanciamento, agravado pelo atual modelo socioeconômico⁽⁹⁾.

A literatura traz, ainda, a fundamental importância da articulação da APS com as equipes de vigilância epidemiológica dos municípios, por sua capacidade de promover a detecção e o controle universal de casos⁽¹⁰⁾, e apresenta relato de experiência de implementação da telessaúde para a ampliação do acesso aos cuidados em saúde e seu uso benéfico para situações adversas, como é o caso da atual pandemia da COVID-19⁽¹¹⁾.

Entre os achados, ressalta-se também a implementação de estratégias da APS no combate à COVID-19 por parte do Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), com ações responsáveis por diversas áreas, bem como recursos físicos, humanos e financeiros, permitindo impulsionamento do avanço nacional para o uso de tecnologias de informação e comunicação, e novas cooperações para realização de pesquisas⁽¹²⁾.

Para os fins propostos por este ensaio, destaca-se o projeto de Planificação da Atenção à Saúde (PAS). Trata-se de iniciativa do Conass para apoio técnico e gerencial às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na implantação e ou implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), baseada no modelo de atenção às condições crônicas de saúde adaptado ao SUS, objetivando a organização, a qualificação e a integração de processos de trabalho das equipes da APS, atenção ambulatorial especializada (AAE) e atenção hospitalar (AH)⁽¹³⁾.

A metodologia da PAS fundamenta-se na proposta de Mendes⁽¹⁴⁾ para a construção social da APS, utilizando a metáfora de construção de uma casa, envolvendo mudanças nos processos de organização da oferta de serviços: macro e microprocessos básicos; macroprocessos de atenção aos eventos agudos; macroprocessos de atenção às condições crônicas não agudizadas, às pessoas hiperutilizadoras e às enfermidades; macroprocessos da atenção preventiva; macroprocessos das demandas administrativas; macroprocessos da atenção domiciliar; macroprocessos de cuidados paliativos; e macroprocessos do autocuidado apoiado.

A construção social da APS tem foco no gerenciamento dos processos de trabalho, que se dão por meio de tutoria para estabelecer um equilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços, utilizando-se do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, adaptado ao SUS por Mendes⁽¹⁴⁾.

Estudos têm demonstrado os efeitos positivos da PAS na implantação/implementação das redes de atenção relacionados com a melhoria da qualidade e resolutividade da APS na organização dos processos de trabalho das equipes, no impacto sobre os indicadores de saúde, nos registros de informação, no manejo e controle das condições crônicas de saúde e na incorporação das tecnologias leves de atendimento. Como fragilidades, os estudos apontaram limitações de recursos financeiros, baixa prioridade política da Planificação, autonomia fragilizada de algumas regiões de saúde e baixo envolvimento de gestores e/ou profissionais da saúde⁽¹⁵⁾.

Com o advindo da pandemia da COVID-19, no ano de 2020, o planejamento da PAS sofreu profundas alterações no intuito de atender à nova realidade imposta: as tutorias passaram a ser realizadas a distância; introduziram-se, na organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o atendimento a pacientes COVID-19 e a nova modalidade de monitoramento das condições crônicas dos territórios, realizada por teleassistência, WhatsApp, telefone, entre outras.

Essas atividades foram feitas de forma concomitante à implantação do “Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde”⁽¹⁶⁾, elaborado pelo Conass e Conasems, utilizando uma metodologia semelhante à já aplicada na PAS.

De acordo com os relatórios apresentados pelos facilitadores e consultores do Conass⁽¹⁷⁾, em pouco tempo da implantação desse guia, observou-se que o trabalho em conjunto impulsionou a organização e a integração dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) com as SES, assim como também propiciou melhor organização das unidades entre si.

Constatou-se, ainda, conforme os referidos relatórios, que, nos municípios onde a PAS estava sendo operacionalizada mesmo a distância, os processos de trabalho voltados ao atendimento à COVID-19 obtiveram melhores resultados.

Em função dessas observações, verificou-se a pertinência de elaborar um instrumento para ser aplicado nas regiões atendidas pela PAS com o objetivo de confirmar, por meio documental, o que estava sendo observado de forma empírica.

Assim, o presente estudo pretende identificar se os conhecimentos e práticas adquiridos pela PAS possibilitaram uma melhor organização da APS ante os desafios no enfrentamento da COVID-19.

2. MÉTODOS

Trata-se de ensaio de abordagem qualitativa, elaborado a partir de pesquisa exploratória, conforme preconiza Minayo⁽¹⁸⁾, utilizando-se de literatura cinza (relatórios técnicos do Conass) e de aplicação de questionário estruturado, para fins de obtenção de dados institucionais agregados, que permitam observação e narrativa descritiva sobre a contribuição da PAS na organização da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19.

O questionário foi aplicado aos facilitadores do Conass, responsáveis pela condução da PAS nas regiões. Sua estrutura foi dividida em quatro partes, de forma que se permitisse melhor identificar: (i) o contexto da PAS em cada região; (ii) os macroprocessos e microprocessos da APS implantados; (iii) a organização da APS para o enfrentamento da pandemia da COVID-19; e, (iv) as potencialidades, as limitações e os desafios da PAS no enfrentamento da COVID-19.

3 RESULTADO E DISCUSSÃO

3.1 CONTEXTO

Durante o ano de 2020, a PAS esteve presente nas cinco regiões do país, sendo: (i) Centro-Oeste: Distrito Federal e Goiás (18 regiões de saúde); (ii) Sudeste: Espírito Santo (1 região de saúde), Minas Gerais (Centro Colaborador de Uberlândia) e Rio de Janeiro; (iii) Nordeste: Maranhão (3 regiões); (iv) Sul: Rio Grande do Sul (3 regiões); e (v) Norte: Rondônia (3 regiões).

Ao todo, 31 regiões de saúde foram envolvidas na pesquisa do presente ensaio, de forma que se pode considerar alcance de praticamente todas as regiões atualmente atendidas pela PAS, excetuando-se as que iniciaram o processo em 2020.

Inicialmente, ressalta-se a heterogeneidade no desenvolvimento da PAS nos estados mencionados, assim como em algumas regiões e municípios, justificada pelas peculiaridades de cada região e pelo início de processos em momentos diferentes no decorrer do período de 2015 a 2018. No Maranhão, por exemplo, a PAS teve início na Região de Caxias, em 2015, mas somente no ano seguinte foi ampliada para a região de Timon.

Nas regiões, observa-se a concomitância de diferentes modelos da APS. Há equipes de Atenção Básica Tradicional, Equipes de APS e ESF na região, no mesmo município e, às vezes, na mesma UBS. Da mesma forma, ainda são encontradas unidades apenas com clínicas básicas (pediatria, ginecologia e clínica) prestando cuidados primários.

No processo de adesão à PAS, a grande maioria dos estados elegeu a Rede de Atenção Materno-Infantil como prioritária na organização da APS e da AAE por meio da Planificação. Em segundo lugar, ficou a Rede de Atenção às Condições Crônicas, com foco na hipertensão arterial e no diabetes mellitus.

Apenas 23% dos municípios acompanhados na PAS possuem profissionais nas UBS que exercem especificamente a função de gerente. Por mais que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 tenha recomendado a inclusão do Gerente de Atenção Básica nas UBS, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho, percebe-se que parte significativa dos municípios da PAS não incorporou e/ou não permaneceu com esse ator na Atenção Primária.

3.2 MACROPROCESSOS E MICROPROCESSOS IMPLANTADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ÂMBITO DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Considerando-se o objetivo deste ensaio, que busca compreender como as equipes de APS das regiões que implantaram a PAS organizaram-se para enfrentar a pandemia da COVID-19, apenas alguns processos da construção social da APS serão considerados.

Com relação aos microprocessos básicos relacionados diretamente com a COVID-19, constatou-se a prévia implantação do Procedimento Operacional Padrão (POP) de higienização e limpeza (62%) e o de higienização das mãos (69%) nas UBS dos municípios da PAS. Entretanto, vale ressaltar que os demais já haviam iniciado a implantação desses processos. Já quanto aos POP relativos à segurança do trabalho, apenas 38,5% encontravam-se com o processo em andamento, enquanto os demais não haviam iniciado nenhuma etapa.

Segundo Mendes⁽¹⁴⁾, os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança dos usuários, incluindo desde recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; até gerenciamento de resíduos.

Esses microprocessos devem ser implantados no cotidiano de trabalho de qualquer UBS, independentemente de pandemia; mas, considerando sua relação direta com a segurança dos usuários e dos trabalhadores, tornam-se cruciais no contexto atual do país.

A implantação envolve o mapeamento desses microprocessos, seu redesenho, a elaboração e implantação dos POP, e a auditoria periódica. O resultado da implantação deve ser monitorado regularmente e ter um marcador, como um selo de qualidade da unidade em que foram implantados⁽¹⁴⁾.

No que se refere aos macroprocessos de atenção aos eventos agudos, os relatórios mostram que a implantação da classificação de risco dos usuários com eventos agudos utilizando protocolos definidos já havia sido iniciada em 85% dos municípios da PAS, estando com esse processo parcialmente implantado. Da mesma forma, encontrava-se o fluxo para atendimento aos eventos agudos em 62% dos municípios.

Mendes⁽¹⁴⁾ afirma que a organização dos macroprocessos da atenção aos eventos agudos implica implantar os processos de acolhimento e de classificação de risco, bem como capacitar as equipes de APS para o atendimento às urgências menores e o primeiro atendimento às urgências maiores. O autor afirma, ainda, que há resistências à utilização de sistemas de classificação de riscos na APS. Contudo, nas RAS, é central a utilização de uma linguagem comum, que para os eventos agudos se traduz na utilização do mesmo sistema de classificação de risco em todos os pontos de atenção.

Geralmente, na APS, é utilizado o Caderno de Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde⁽¹⁹⁾. Já nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nas emergências hospitalares, é comum utilizar o Sistema de Classificação de Risco de Manchester. No país, há poucos municípios que utilizam Manchester na APS.

A classificação de risco para eventos agudos é um macroprocesso fundamental, que torna o acolhimento mais humanizado e efetivo. Considerando o contexto da pandemia da COVID-19, certamente é um grande passo ter esse macroprocesso implantado como base para melhor acolhimento dos casos suspeitos sem deixar de lado as agudizações das condições crônicas e das condições gerais e inespecíficas, que se manifestam, em geral, de forma aguda, e que não podem ser preteridas em detrimento de qualquer contexto.

Cerca de 75% dos municípios da PAS possuíam planos de contingência para surtos e epidemias, certamente para agravos e doenças já conhecidas. Ressalta-se a importância dos planos de contingência, bem como da preparação das equipes para colocá-los em prática. Além disso, a construção deve ser conjunta com vários setores, especialmente a Vigilância à Saúde, integrada à APS, prevendo a capacitação dos profissionais em seu processo de planejamento, bem como os insumos e materiais necessários.

Com relação às linhas de cuidado para as condições crônicas mais prevalentes, apenas 15% dos municípios já haviam implantado alguns macroprocessos; no entanto, vale destacar que a organização já havia sido disparada em 77%.

A organização desses macroprocessos exige implantar os seguintes processos: elaboração e monitoramento dos planos de cuidado; gestão de riscos da atenção com foco na segurança dos usuários; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde; gestão de caso; grupos operativos; mapa de recursos comunitários; autocuidado apoiado; e os novos formatos da clínica: atenção contínua, atenção compartilhada a grupo, atenção por pares, matriciamento entre generalistas e especialistas de atenção a distância⁽¹⁴⁾.

Considerando que a grande maioria optou pela Rede Materno-Infantil, os macroprocessos mais discutidos e implantados foram a estratificação de risco, a programação da agenda, o bloco de horas, a interconsulta na AAE e a elaboração de planos de cuidado.

3.3 ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DA COVID-19

O “Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde”⁽¹⁶⁾, lançado pelo Conasems e Conass, enquanto instrumento orientador, visou sistematizar ações para apoio aos gestores estaduais, municipais e trabalhadores do SUS.

Nos estados e municípios da PAS, os facilitadores do Conass realizaram as tutorias e acompanharam a distância a capacitação das equipes de referência para a implantação do Guia.

Tomando por base a matriz de pontos de atenção da RAS COVID-19 proposta no Guia, elegeram-se algumas competências dos pontos de atenção da APS para verificar a conformidade deles nos municípios da Planificação.

Sabe-se que a orientação inicial foi de que as pessoas só buscassem os serviços de saúde em casos mais graves. Algumas UBS foram fechadas e outras transformadas em unidades de atendimento exclusivo para COVID-19. Todo esse movimento gerou um *gap* no atendimento das pessoas com condições crônicas.

Nos municípios da PAS, constatou-se que a totalidade conseguiu garantir a oferta de atendimento a usuários com outras demandas agudas não respiratórias, não restringindo, assim, o acesso e o direito à saúde.

Com relação à Síndrome Gripal, cerca de 18% dos municípios conseguiram realizar teleatendimento dos usuários em isolamento domiciliar, enquanto os demais fizeram de modo parcial. Uma hipótese pode estar relacionada com a capacidade instalada, em termos de pessoal e equipamentos, considerando que muitos profissionais foram afastados durante a pandemia, além da oscilação de fluxo nas Unidades, ora lotadas, ora esvaziadas, a depender da efetividade ou não do isolamento domiciliar e das medidas de prevenção.

Durante a pandemia da COVID-19, a utilização da tecnologia da informação e comunicação para a realização de orientação, monitoramento e encaminhamentos a distância para usuários foi autorizada pelo Ministério da Saúde e conselhos representativos de classe, bem como a troca de informações e opiniões entre os profissionais a respeito dos casos de usuários acompanhados⁽¹⁶⁾.

Relativo às condições crônicas, cerca de 60% dos municípios conseguiram garantir continuidade do acompanhamento longitudinal dos usuários estratificados por riscos, em detrimento de 40% que não lograram êxito.

Vale ressaltar que muitas pessoas idosas apresentam comorbidades, o que as coloca em grupo de alto risco para COVID-19. Assim, embora já houvesse uma programação de atendimento, muitos preferiram se preservar no isolamento domiciliar, principalmente por estarem seguros em relação à dispensação dos medicamentos de uso contínuo.

Cerca de 70% conseguiram, de modo parcial, realizar teleatendimento para usuários com condição crônica de qualquer estrato de risco em substituição à consulta presencial na UBS, o que não foi possível em 30%. Já em relação à realização de interconsulta com a equipe da AAE para discussão de casos e atualização de planos de cuidados de usuários de alto e muito alto risco, isso não foi possível em 64% dos municípios, por mais que fosse uma competência recomendada no Guia Orientador.

No que se refere ao atendimento domiciliar, 46% dos municípios, sempre que possível, conseguiram realizar essa atividade, principalmente para usuários com graves limitações funcionais e alta dependência de cuidados ou institucionalizados. Os demais municípios nem sempre conseguiram, particularmente devido à demanda na Unidade e à restrição de pessoal.

Em 100% dos municípios da PAS, houve continuidade de consultas de pré-natal, assegurando às gestantes o acompanhamento na Atenção Primária, embora muitas não comparecessem com receio da transmissão do vírus. Para tanto, foram traçadas diversas estratégias, tais como a busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e/ou telefone, espaçamento do bloco de horas para evitar aglomerações em sala de espera, reorganização dos fluxos nas UBS para evitar contaminação cruzada, dentre outras.

De acordo com o Guia Orientador, as consultas de pré-natal devem seguir as rotinas habituais, conforme o risco, presença de intercorrências e/ou morbidades, ressaltando a importância de que as gestantes permaneçam o mínimo de tempo necessário para a realização das consultas. Em todas as consultas, recomenda-se investigar a presença de sintomas gripais e/ou contatos recentes com pessoas infectadas pela COVID-19⁽¹⁶⁾.

Também houve continuidade dos serviços das UBS, tais como vacinação, farmácia, curativos, entre outros, considerando todas as medidas de prevenção recomendadas nos protocolos do Ministério da Saúde, com restrição de acompanhantes, sinalização de distância entre as pessoas, regulação do acesso na entrada das Unidades com orientações acerca das demandas apresentadas e atendimento em espaços ao ar livre (quando possível).

O Guia recomenda que, de forma geral, deve-se manter o atendimento normal das UBS, com orientação dos usuários acerca da ida à Unidade somente em caso de necessidade e, se possível, após receberem orientações de profissionais de saúde por outros canais de atendimento, tais como telefone e *chat*⁽¹⁶⁾.

Com relação aos medicamentos para as condições crônicas, constatou-se a garantia em 82% dos municípios, que se utilizaram de estratégias de prorrogação do prazo de receitas já emitidas antes do início da pandemia, bem como ampliação do prazo de validade de novas receitas e/ou entrega de maior volume de unidades de medicamento. Os demais conseguiram garantir de modo parcial.

Cerca de 92% dos municípios da PAS conseguiram implantar em suas UBS algum sistema de gerenciamento para acompanhamento dos indicadores relacionados com a COVID-19, seja de modo efetivo ou parcial.

3.4 PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE E A COVID-19

Considerando-se a proximidade dos facilitadores do Conass aos municípios que acompanham a tutoria na implantação de macro e microprocessos, foram realizados alguns questionamentos acerca das potencialidades e limitações da Planificação para a organização da APS no enfrentamento da COVID-19.

Quanto às potencialidades, os facilitadores indicaram: conhecimento das subpopulações; estratificação de risco de condições crônicas; classificação de risco de eventos agudos; agenda-

mento e bloco de hora; implantação de POP; classificação de risco familiar; Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), entre outros.

No que se refere às limitações, citaram: equipes incompletas; falta de apoio local para implementação das ações e serviços propostos pela PAS e Guia Orientador; rotatividade de médicos nas equipes; dificuldade em capacitar as equipes; a não continuidade do cuidado que depende da organização da rede regionalizada; pouco envolvimento da secretaria de estado/regional para continuidade dos processos de trabalho de tutoria da Planificação.

Quanto aos desafios da APS no enfrentamento da COVID-19, os facilitadores apontaram a necessidade de qualificar os profissionais de forma rápida a distância; necessidade de conectividade nas UBS; utilização das tecnologias de comunicação (teleatendimento e teleconsultas); implementação da estratificação de risco das condições crônicas para o efetivo acompanhamento e prevenção de agravos; planejamento da Educação Permanente para execução das diretrizes de enfrentamento da pandemia; e integração da Vigilância em Saúde, APS e AAE.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem dúvida, a crescente proliferação do novo coronavírus transformou-se em um dos maiores desafios da humanidade. Por mais que haja precedentes de pandemia na história, a COVID-19 está deixando marcas por abalar diversas estruturas que vão muito além dos muros do setor saúde. O poder de contágio, a proliferação geográfica, o potencial de gravidade da doença e suas implicações nos mais diversos contextos são fatores determinantes da complexidade desta pandemia.

Por mais trágicos que sejam os efeitos da COVID-19, enfrentar esta pandemia quando se tem a saúde como um direito humano fundamental de todos e dever do Estado, como é o caso do Brasil, ancorado na Constituição Cidadã de 1988, deveria ser diferente perante tantos outros países onde não se tem esse direito assegurado.

A COVID-19 deparou-se, no Brasil, com um sistema público universal que atende mais de 100 milhões de pessoas, independentemente do tamanho do país, das suas regiões, das diferenças culturais, das desigualdades sociais. Além disso, encontrou um sistema que tem como princípios a equidade, a integralidade, a participação e o controle social, a descentralização e a hierarquização.

Por falar em descentralização, a COVID-19 também se deparou com a APS contando com cerca de 45 mil equipes, capilarizadas em 5.570 municípios, Distrito Federal e território de Fernando de Noronha, no estado de Pernambuco, formando, portanto, um verdadeiro exército à disposição dos cidadãos brasileiros.

Entendendo que a APS tem responsabilidade sanitária pelo território e, mais ainda, que apesar de existirem diretrizes nacionais que direcionam o “fazer” das equipes, não se tem

necessariamente uma homogeneidade na sua atuação. Assim, compreender de que modo essas equipes se encontravam antes da pandemia sinaliza o modo de enfrentamento, o grau de êxito nas batalhas e as necessidades sentidas que precisam ser trabalhadas.

A PAS, enquanto potente instrumento de gestão e organização da APS e AAE no âmbito das RAS, tem utilizado uma metodologia orientada por gestão de processos a partir da Construção Social da Atenção Primária à Saúde⁽¹⁴⁾, com o intuito de adensar tecnologicamente as equipes para dar respostas mais efetivas no cuidado das pessoas e no ordenamento de suas necessidades para a Rede.

O cenário atual da Planificação no país, conduzido diretamente pelo Conass, em parceria com as SES e Cosems, inclui municípios de diferentes portes populacionais e localizados em distintas regiões, com diferentes modelos de organização de APS.

Esses municípios iniciaram a Planificação em momentos distintos, portanto, encontravam-se em status diferentes na implantação de macro e microprocessos, embora não haja uma relação linear do nível de avanço da implantação dos processos com o tempo percorrido. A priori, deveria ser assim, entretanto, é possível que, mesmo tendo iniciado mais recentemente, o avanço seja maior. O que justificaria isso? Talvez a implicação de diversos atores com tomadas de decisão contínua, afinal planificar exige um contínuo de decisões em prol da melhoria da qualidade nos processos de trabalho.

Quando se analisam alguns processos que estariam mais implicados com o enfrentamento da pandemia da COVID-19, constata-se que a Planificação possibilita uma melhor organização da porta de entrada das UBS, quando repensa o acolhimento e implanta um Sistema de Classificação de Risco e Vulnerabilidade, permitindo uma escuta mais qualificada e um melhor direcionamento da queixa do usuário, essencial em qualquer tempo, mas muito oportuno em tempo de pandemia.

Observou-se, também, nesse cenário da Planificação, que microprocessos básicos cruciais para a segurança do usuário, bem como dos profissionais de saúde – tais como os POP de higiene e limpeza, de higienização das mãos, de segurança do trabalho –, já estavam em processo de implantação, ou já implantados, tornando as Unidades mais propícias para qualquer adaptação decorrente dos protocolos da COVID-19.

Embora esteja-se lidando com um evento agudo de grandes repercussões, constata-se que não houve descontinuidade dos serviços das UBS que estavam em processo de Planificação, ofertando aos usuários serviços básicos, reorganizando suas demandas administrativas para garantir acesso aos medicamentos de uso contínuo, oportunizando o acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, visita domiciliar, entre outros.

Claro que o cenário da COVID-19 exigiu novas práticas na APS, que foram instituídas nos municípios da Planificação, tais como o teleatendimento e telemonitoramento, enquanto estratégias potentes de acompanhamento dos territórios.

Por mais que a Planificação trabalhe a APS integrada à AAE, em algumas regiões, foi mais difícil assegurar, no pico da pandemia, a interlocução das equipes para acompanhamento dos usuários com condições crônicas estratificados como alto e muito alto risco. Os equipamentos da AAE, diferentemente das UBS, nem sempre conseguiram manter os atendimentos, seja de forma presencial, seja a distância.

De modo geral, a PAS permite às equipes da APS conhecer melhor seu território, as subpopulações com riscos e vulnerabilidades, classificar as famílias, estratificar o risco das condições crônicas, oportunizar outros tipos de encontros clínicos, direcionar os casos na Rede de Atenção, ou seja, fazer a gestão do cuidado de modo mais efetivo.

Contudo, a Planificação também tem suas limitações. Planificar vai muito além de realizar oficinas, capacitar profissionais, aplicar instrumentos, mapear fluxos. Enquanto processo metodológico, depende da tomada de decisão para que se desenvolva e, principalmente, para que se institucionalize. Sem dúvida, planificar a atenção à saúde exige uma tomada de decisão por parte da gestão estadual e municipal. No entanto, para além da decisão no momento da adesão, faz-se necessário um esforço contínuo em garantir o desenvolvimento dos processos.

REFERÊNCIAS

1. Pan American Health Organization. PAHO response to COVID-19 in the Americas [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://www.paho.org/en/publications/pan-american-health-organization-response-COVID-19-americas-17-january-31-may-2020>.
2. World Health Organization. WHO announces COVID.19 outbreak a pandemic [Internet]. 12 mar 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
3. Brasil. Decreto nº 10.212, de 30 de janeiro de 2020. Promulga o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Diário Oficial da união [Internet]. 30 jan 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Decreto/D10212.htm#:~:text=D10212&text=Promulga%20o%20texto%20revisado%20do,23%20de%20maio%20de%202005.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188 de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União [Internet]. 4 fev 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
5. Brasil. Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 7 fev 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.979-de-6-de-fevereiro-de-2020-242078735>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID.19). Diário Oficial da União [Internet]. 12 mar 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico o coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária À Saúde [Internet]. Verão 7. Brasília – DF; 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>.
8. Sarti TD, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada

- pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):e2020166. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>.
9. Nunciaroni AT, et al. Novo Coronavírus: (re)pensando o processo de cuidado na Atenção Primária à Saúde e a Enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(Suppl 2):e20200256. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0256>.
 10. Teixeira MG, et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(4):e2020494. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400015>.
 11. Dimer NA, et al. Pandemia do COVID-19 e implementação de telefonaudiologia para pacientes em domicílio: relato de experiência. *CoDAS*. 2020;32(3):e20200144. doi: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192020144>.
 12. Harzheim E, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc Saúde colet*. 2020;25(suppl 1):2493-97. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>.
 13. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
 14. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019.
 15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil – 2008 a 2019: Uma revisão de escopo. Conass Documenta. Volume 36. Brasília; 2020.
 16. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília, 2020 [acesso 2020 out 02]. Disponível em: <https://www.Conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>.
 17. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Documentos não publicizados. Autorização de acesso aos 01/10/2020.
 18. Minayo MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1993.
 19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso 2020 out 02]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf.

A CONSTRUÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SETOR DE SAÚDE COMPLEMENTAR: CONDICIONANTES E DESAFIOS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO EM TEMPOS DE COVID-19

Luis Fernando Rolim Sampaio¹

Lucia de Fatima Nascimento de Queiroz²

RESUMO: Esta análise trata da aproximação entre o setor de saúde suplementar brasileiro e a proposta da Atenção Primária à Saúde (APS), com o objetivo de identificar os condicionantes e os desafios que se interpõem a esse processo no contexto de enfrentamento da crise sanitária causada pela COVID-19. São discutidas as variáveis que caracterizam as experiências de implantação da APS nesse setor e apresentados elementos de reflexão sobre as necessidades assistenciais postas pela COVID-19, bem como as possibilidades de introdução e de consolidação de modalidades assistenciais fundamentadas na integralidade e na coordenação do cuidado. Ao final, o texto apresenta considerações sobre os fatores que têm interferido, no sentido de conter os processos de expansão dessas modalidades assistenciais no âmbito da saúde suplementar, cuja reflexão também se configura como relevante neste momento de crise sanitária e assistencial.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Saúde Suplementar. integralidade do cuidado. coordenação do cuidado. COVID-19.

1 Médico especialista em Gestão Hospitalar (ESMIG/ENSP), mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFBA), com larga experiência em gestão executiva e em política na área da saúde, da perspectiva local à perspectiva global. Desde 2017 trabalha na Seguros Unimed, em São Paulo. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5477198943924996>. E-mail: luis.rolim@segurosunimed.com.br.

2 Médica sanitária, doutora em Administração Pública e Políticas Públicas (UnB e Indiana University, USA). Experiência em funções de assessoramento superior e de direção em sistemas locais e nacional de saúde. Aposentada do Ministério da Economia, atua desde 2018 como consultora independente. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8239186449267603>. E-mail: lfqueiroz@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 (CF/88), que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), garantiu a organização do setor privado de asseguramento em saúde, a saúde suplementar, que possui um regramento específico, emanado de um conjunto legislativo pós-constitucional. A estrutura da saúde suplementar, no Brasil, divide-se nas modalidades de medicina de grupo, seguradora especializada em saúde, cooperativa médica, autogestão e filantropia⁽¹⁾. De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em abril de 2020, a saúde suplementar assegurava a cobertura a 25% da população brasileira, atingindo 47 milhões de beneficiários, distribuídos em 718 operadoras de assistência médico-hospitalar ativas⁽²⁾.

Os primeiros experimentos de operacionalização de serviços assistenciais centrados no ideário da APS na saúde suplementar ocorreram entre as décadas de 1990 e 2000⁽³⁻⁴⁾, o que os caracteriza como recentes. Esses serviços dedicavam-se ao primeiro contato, em uma proposta que pode ser associada ao primeiro nível de atenção, e não ao conceito amplo de APS de abordagem sistêmica, proposto por Starfield⁽⁵⁻⁶⁾.

Apesar de recentes, evidências disponíveis na literatura possibilitam a identificação de algumas variáveis, que têm modulado as experiências de APS no setor da saúde suplementar, dentre as quais, destacam-se:

A inexistência de consensos conceituais sobre a APS: a implementação de experiências de APS ocorre em meio a uma grande polissemia conceitual, que envolve tanto os entendimentos da APS com os atributos de acessibilidade e de primeiro contato, coordenação do cuidado, longitudinalidade e integralidade, quanto entendimentos limitados da APS, como um conjunto de serviços de promoção da saúde e de prevenção de agravos. No

setor público, o entendimento conceitual da APS é mais abrangente e tem-se consolidado desde a publicação da primeira Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2006, sob o entendimento de que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde⁽⁷⁾.

A heterogeneidade na prestação dos cuidados de APS: Em paralelo à variabilidade de entendimento conceitual, existem distintas modalidades de prestação de serviços no mercado, que compreendem desde a gestão exclusiva de pacientes crônicos e a gestão de casos complexos, como atividades programáticas baseados nos antigos programas verticais, até modelos que se ocupam das quatro dimensões da APS de uma forma sistêmica. Assim, as experiências de organização de serviços têm características próprias e relacionadas com o entendimento de mudança do modelo das lideranças delas.

A priorização discursiva conferida à APS por *stakeholders* do setor privado: a implantação da APS na saúde suplementar tem sido anunciada como uma prioridade por *stakeholders*, sob a convicção de que “não há alternativa para reorganizar o sistema e trazer o indivíduo de volta para o centro da atenção e do cuidado”⁽⁸⁾. Apesar das evidências sobre o tema ainda serem incipientes, esses *stakeholders* compartilham a expectativa de que a implantação da APS seja a oportunidade de abertura de um novo mercado e de ampliação ou mesmo da sustentação da cobertura, que se encontra aquém do crescimento proporcional da população.

A carência de profissionais com conhecimento e experiência em APS no setor privado: segundo a Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde)⁽⁸⁾, a saúde suplementar conta com profissionais que julgam ter conhecimento em APS, mas que, de fato, não a vivenciaram em sua amplitude⁽⁸⁾, o que coloca a necessidade de formação em APS como prioritária. A insuficiência de profissionais qualificados para a APS constitui, por um lado, um risco para a implantação de novas experiências, considerando que pode levar à inadequação na execução das propostas e suscitar a percepção de insucesso por parte dos usuários. Por outro lado, essa lacuna pode promover mudanças incrementais, com a abertura de oportunidades de trabalho para os médicos de família e comunidade, com impactos sobre o sistema privado e o sistema público.

As expectativas de ganho de eficiência setorial com a implementação de experiências de APS: a implantação de projetos de APS na saúde suplementar tem sido incentivada pelas expectativas de ganho de eficiência e pelas possibilidades de mudanças na organização setorial no médio e no longo prazo⁽⁸⁾, sendo considerados como capazes de impactar, inclusive, na oferta de serviços prestados pelo SUS⁽⁹⁾.

As dificuldades para a condução de processos de mudança na cultura dos profissionais no que tange ao livre acesso aos especialistas: há o reconhecimento de que os médicos relutam

em atuar em equipe e em seguir os protocolos clínicos da APS⁽⁸⁾. A persistência de modelos assistenciais medicocêntricos e hospitalocêntricos influencia a definição dos processos e das estruturas dos serviços assistenciais e provoca interferências nas concepções da população sobre a qualidade do atendimento prestado, resultando em dificuldades na aceitação de modelos inovadores. O posicionamento crítico das especialidades médicas em relação aos conhecimentos dos médicos de família e as discordâncias sobre estratégias assistenciais^(10,11) geram temores e apreensões na população a respeito do tema.

O desafio da aceitação da população de modelos assistenciais que restrinjam o livre acesso aos especialistas: embora parte das experiências de APS no setor privado não preconize o direcionamento ou a hierarquização da rede⁽⁸⁾, a vinculação a um profissional de APS é compreendida, por parcela da população, como restrição de acesso aos serviços médicos e cerceamento do direito de escolha. “Durante muito tempo, foi senso comum que o melhor plano de saúde era aquele que possuía um grande rol de credenciados, em todas as especialidades, além de uma rede robusta de hospitais e laboratórios e nem se menciona a APS”⁽¹²⁾.

O consumo acrítico de serviços e de produtos de saúde, mesmo com potenciais efeitos negativos⁽¹³⁾, indica o desconhecimento ou a desconsideração do conceito de prevenção quaternária e da prestação do cuidado coordenado e longitudinal, centrado nas pessoas e nas suas vivências, protegendo-as “de desvios induzidos pelos automatismos e ânsia diagnóstica e terapêutica”⁽¹⁴⁾.

Essas variáveis, embora não exaustivas, compõem o cenário no qual se esboçam as experiências de mudança do modelo assistencial no setor privado, e poderão ser relevantes para o conjunto do sistema de saúde, inclusive com contribuições para a valorização social da APS e da Medicina de Família.

2. AS PERSPECTIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA APS NO SETOR DA SAÚDE SUPLEMENTAR E O CONTEXTO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19

A análise sobre os condicionantes e os desafios postos para a inserção da APS no contexto de enfrentamento da COVID-19 considerou que os serviços de saúde se encontram diante de um agente etiológico recentemente descoberto, cuja história natural ainda está por ser descrita, mas já sinalizando que demandará não apenas cuidados precoces, como também seguimentos assistenciais e reabilitadores em muitos dos pacientes que foram acometidos, numa clara intersecção com os princípios que regem a APS⁽¹⁵⁾.

Até o momento de elaboração deste texto, a experiência de organização do setor privado para o atendimento das necessidades postas pela COVID-19 pode ser abordada sob, pelo menos, quatro perspectivas: (i) o avanço das ferramentas digitais na assistência médica; (ii) a oferta de

cuidados diferenciados para a população idosa e de risco por comorbidades; (iii) a alteração nas formas de utilização dos serviços assistenciais no setor de saúde suplementar; (iv) o estímulo à utilização de intervenções não farmacológicas (INF) pelos clientes, em especial nas grandes empresas e com contingentes significativos de assegurados.

No que concerne ao avanço das ferramentas digitais na assistência médica, observa-se que a pandemia de COVID-19 provocou a aceleração e a ampliação da utilização de métodos assistenciais alternativos para controlar a propagação dos casos. A telemedicina e demais Tecnologias de Informação e Comunicação – as TIC, voltadas para a assistência à saúde, passaram a ser parte do cotidiano dos profissionais de saúde⁽¹⁶⁾ e da população segurada⁽¹⁷⁾. Esses processos de consulta a distância foram objeto de regulamentação governamental^(18,19) e têm exercido um valioso papel adjuvante às medidas adotadas no país para o controle da doença.

Na saúde suplementar, a utilização de recursos digitais tem sido capaz de romper o distanciamento geográfico entre os profissionais e a clientela. Contudo, a operacionalização adotada em grande parte dos casos não assegura o acompanhamento dos pacientes pelo mesmo profissional, colidindo com o preceito da vinculação médico-paciente preconizada pela APS. Por outro lado, há questionamentos sobre as possibilidades de manutenção, no período pós-pandemia, da vinculação presencial iniciada a distância, que poderá ser desejável conforme os riscos de contágio sejam mitigados.

Outra abordagem sob a qual pode ser analisado o enfrentamento da COVID-19 decorre da alteração nas formas de utilização dos serviços assistenciais, haja vista que a pandemia de COVID-19 modificou a utilização tradicional dos serviços, com redução do consumo⁽²⁰⁾, especialmente da procura pelo pronto atendimento hospitalar. Se, por um lado, existe o risco de desassistência a pacientes crônicos ou que deveriam fazer diagnósticos precoces, por outro, pode-se evitar o uso fútil de serviços. Avaliar indicadores que mensurem esse movimento no médio prazo pode ajudar no diagnóstico de excessos e lacunas de oferta na saúde suplementar.

O estímulo à utilização de INF presente nas recomendações feitas pelas seguradoras foi incorporado por muitas empresas às medidas voltadas ao cumprimento das regras de distanciamento social, que incluem o trabalho em *home office*, o uso contínuo de máscaras faciais e a higiene das mãos. Esse conjunto de intervenções e mudanças adotadas em virtude da pandemia de COVID-19 trouxe oportunidades para a aceleração de projetos e iniciativas em APS, que estavam em desenvolvimento na saúde suplementar. O desafio atual consiste em enfrentar a pandemia potencializando mudanças em curso, com novos e mais eficientes modelos de atenção, que agreguem valor ao usuário final, superando novos e antigos desafios setoriais.

3. OS DESAFIOS PARA A EXPANSÃO DE CUIDADOS ASSISTENCIAIS BASEADOS NOS PRINCÍPIOS DA APS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Os desafios para a expansão assistencial baseada na APS na saúde suplementar assumem relevância ao tensionarem a governança do setor, de modo que podem ser considerados como determinantes nessa discussão: (i) o impacto da metodologia de pagamento por serviço (*fee-for-service*) adotada pelo setor privado; (ii) a valorização do acesso aos especialistas, combinado com um excesso do consumo e a suficiência (e até abundância) da oferta de assistência na saúde suplementar; (iii) o papel das tecnologias digitais no futuro próximo; (iv) a insuficiência de prestadores e profissionais com formação em APS no mercado; e (v) a carência de lideranças que exerçam a *advocacy* da mudança de modelo assistencial no setor.

Em conjunto, essas variáveis, combinadas ora com as dificuldades internas do mercado, ora com as limitações das normas legislativas e regulatórias que regem o setor, como, por exemplo, a RN 259/2011 da ANS e o Código de Defesa do Consumidor, têm, como resultado, a não implantação efetiva dos princípios organizativos da APS, razão pela qual serão tratados a seguir.

3.1 A METODOLOGIA DE PAGAMENTO FEE-FOR-SERVICE ADOTADA PELO SETOR PRIVADO

A metodologia de pagamento de serviços adotada no setor privado exerce uma forte determinação sobre o quadro assistencial brasileiro, formatando o setor privado e até influenciando o setor público, como no caso da situação de *deficit* de leitos paliativos comparados à oferta de leitos de terapia intensiva⁽²¹⁾. Essas influências precedem a situação atual e resultaram por distorcer comparações realizadas entre a oferta assistencial brasileira com a de países como Reino Unido, Itália e França⁽²²⁾ para o enfrentamento da pandemia. Algumas análises julgaram que essa capacidade instalada de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) seria decorrente das necessidades de prestação de atendimento aos eventos do grupo de causas externas ao sistema de saúde e absorvidos pelos hospitais públicos e privados⁽²³⁾. Entretanto, é plausível supor que a capacidade instalada de UTI no Brasil esteja, sobretudo, correlacionada à metodologia de pagamento *fee-for-service*⁽²⁴⁾. Em contas abertas ou em diárias compactadas, os custos das diárias em UTI são significativamente maiores do que as diárias pagas em outras acomodações (**Quadro 1**). As diárias pagas para o tratamento de pacientes diagnosticados com COVID-19 passam de R\$ 1.800 sem internação em UTI para mais de R\$ 4 mil nos casos em que há necessidade de internação em UTI⁽²⁵⁾.

QUADRO I. Custo (em R\$) por diária e duração (em dias) por tipo de internação

	Tipo de internação	Mês	Custo por diária de internação (R\$)	Tempo de internação (dias)	Custo por internação (R\$)
Sem UTI	Cirúrgica	abril	2.582	2,0	5.164
		maio	2.577	2,2	5.663
	Clínica	abril	1.457	4,4	6.411
		maio	1.454	4,0	5.816
	COVID-19	abril	1.611	5,1	8.133
		maio	1.808	5,8	10.393
Com UTI	Cirúrgica	abril	3.804	6,1	23.011
		maio	3.903	7,2	27.903
	Clínica	abril	3.167	7,0	22.166
		maio	3.333	7,3	24.331
	COVID-19	abril	3.714	10,9	40.477
		maio	4.013	12,0	48.150

Fonte: ANS, junho 2020.

Nesse sentido, a comissão americana de reforma do pagamento médico aponta a remuneração médica *fee-for-service* como a mais destacada causa de elevação dos gastos em saúde ⁽²⁴⁾, por incentivar o aumento de procedimentos desnecessários, desestimular a coordenação dos cuidados e promover a ineficiência na prestação de serviços médicos. Para reverter o quadro, são preconizadas a gradual eliminação da forma de pagamento exclusiva por procedimentos; a implantação de abordagens baseadas na qualidade e no valor; a transição para modelos mistos de pagamento; a introdução de incentivos voltados à promoção, à prevenção e ao acompanhamento clínico de pacientes, entre outros.

Trata-se, portanto, de processos de longo prazo, que demandam persistência e resiliência dos profissionais e das instituições envolvidas. Desse modo, as expectativas de rápido reordenamento do setor a partir de modelos de APS não parecem plausíveis diante do marco legislativo e regulatório brasileiro.

3.2 A VALORIZAÇÃO DO ACESSO AOS ESPECIALISTAS, COMBINADO AO EXCESSO DE CONSUMO E À SUFICIÊNCIA (E ATÉ ABUNDÂNCIA) DA OFERTA DE ASSISTÊNCIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

A disponibilidade de serviços na saúde suplementar é bastante diferente do cenário de oferta de serviços no SUS, fato destacado durante a pandemia atual ⁽²⁶⁾. Avaliações realizadas

pela ANS sobre a capacidade instalada da saúde suplementar brasileira, em comparação com países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), demonstraram excessos na utilização de várias modalidades de procedimentos realizados no Brasil. Um exemplo emblemático é o dos exames de ressonância magnética (RM). Em 2013, o setor de saúde suplementar pagou 132 exames de RM/1.000 habitantes, número superior a 200 exames de RM/1.000 habitantes para as seguradoras especializadas em saúde, em contraste com a média de 52/1.000 habitantes, realizados na média nos países da OCDE. Um excesso de produção que não encontra correlação com as necessidades sanitárias da população, e, sim, com as necessidades do mercado e o desejo de consumo da população coberta.

Em síntese, o paradoxo da necessidade de regulação do excesso de utilização no setor de saúde suplementar contrasta com as dificuldades de acesso no setor público e desafia o governo e a sociedade a buscarem caminhos que visem promover equidade no acesso entre esses dois setores.

3.3 O PAPEL DAS TECNOLOGIAS DIGITAIS NO FUTURO PRÓXIMO

A utilização crescente das tecnologias digitais na saúde envolve desde os aplicativos para mudança de estilo de vida, como a redução do sedentarismo e adequação de dietas, até a “internet das coisas” (IoT), utilizada para a realização de monitoramento *on time* de patologias crônicas. Até o início da pandemia, restrições de natureza legal e normativa dificultavam a expansão dessas tecnologias, em especial pela proibição do atendimento médico por videoconsulta.

Com o advento da pandemia, foram rapidamente implementadas inúmeras ações assistenciais, com o objetivo de assegurar os cuidados à população, o que incluiu a orientação e o esclarecimento de dúvidas dos pacientes em atendimento virtual, após a autorização legislativa para realização de teleconsultas. A viabilização da provisão virtual de cuidados médicos, de enfermagem e até odontológicos pelas operadoras⁽²⁷⁾, estava em debate nos últimos anos e foi prontamente assimilada pelos profissionais e pelos usuários. Nesse caso, a pandemia contribuiu para a superação das resistências, no fenômeno de *turning point* associado às tecnologias exponenciais, nas quais o crescimento passa de um platô dos anos iniciais para o crescimento massivo⁽²⁸⁾.

Se a facilitação do acesso tem contribuído para a consecução do atributo do primeiro contato da APS, a mesma avaliação não é necessariamente verdadeira para a longitudinalidade do cuidado. O mundo digital não possui barreiras territoriais, e essa característica, se por um lado, contribui para a conexão inicial entre os pacientes e as equipes de saúde, por outro, pode reduzir as possibilidades de manutenção do vínculo no médio e no longo prazo, e comprometer o princípio da longitudinalidade. A experiência internacional da Kaiser Permanente, que em 2016 já atendia mais de 50% dos pacientes vinculados à APS por videoconsulta⁽²⁹⁾, é valiosa para chamar a atenção sobre as regras de utilização e de suas interferências tanto em relação ao contato inicial presencial quanto em relação à definição do médico de referência⁽³⁰⁾.

A regulamentação futura desse tema no Brasil será crucial, sendo, contudo, importante que não sejam inviabilizadas iniciativas que estão possibilitando a ampliação do acesso e a satisfação dos pacientes, com redução dos riscos de exposição a ambientes hospitalares.

3.4 A INSUFICIÊNCIA DE PRESTADORES E PROFISSIONAIS COM FORMAÇÃO EM APS NO MERCADO

Os parâmetros de oferta do setor da saúde suplementar brasileiro indicam casos de excessos de oferta, quando comparados aos parâmetros internacionalmente utilizados por países em condições assistenciais semelhantes. Entretanto, esse padrão não se confirma para os prestadores de APS. Apesar de um crescimento recente, com o surgimento de prestadores voltados para a APS na saúde suplementar, até pouco tempo, muitos dos projetos baseavam-se apenas em serviços das operadoras, como pode ser verificado na publicação do Laboratório de Inovação sobre Experiências em Atenção Primária na Saúde Suplementar ⁽³¹⁾.

Algumas análises sobre demografia médica têm oferecido dados para a avaliação da capacidade de expansão da APS na saúde suplementar e sobre a distribuição territorial das especialidades médicas no país, com foco para a localização dos médicos de Medicina de Família e Comunidade (MFC), que é a formação internacionalmente mais aderente ao modelo de APS ⁽³²⁾. De acordo com os dados do **Quadro 2**, os profissionais que atuam nessa especialidade representam apenas 1,4% do total de médicos especialistas do país. Esse é um dado a ser considerado nas análises para a expansão da APS, pois são baixas as possibilidades de que o setor privado busque médicos sem a especialização e a titulação requerida, preferencialmente a residência médica em MFC. O debate sobre a insuficiência da formação médica para a APS tem fomentado inúmeras reflexões, tanto no setor público quanto no setor privado, com repercussões sobre a definição do perfil dos profissionais que melhor se adequam às necessidades dos serviços de APS ⁽³³⁻³⁶⁾.

QUADRO 2: Número de médicos em atuação na APS, por especialidade médica, Brasil, 2018

	Clínica Médica	Medicina de Família e Comunidade	Pediatria
Número de especialistas	42.728	5.486	39.234
Razão especialista por 100 mil habitantes	20,58	2,64	18,89
Percentual sobre o total de especialidades	11,2%	1,4%	10,3%

Fonte: FenaSaúde, 2018.

Com a finalidade de minimizar a insuficiência na formação e na disponibilidade de profissionais adequados à APS, têm surgido, na saúde suplementar, iniciativas para a formação de médicos, procurando capacitar os profissionais em propostas fundamentadas numa visão mais consistente do modelo ^(37,38). Essas iniciativas em instituições de referência nacional reforçam positivamente a imagem social da APS e da Medicina da Família.

A percepção dessa lacuna tem estimulado a prestação de serviços de APS verticalizados, pelas próprias operadoras, ou mediante atuação de terceiros, que participam da rede credenciada das operadoras. Um dos desafios dessa situação é a necessidade de capilaridade para organização de uma rede de APS, que exige muitos pontos de atenção e demanda investimentos iniciais. Como opções para evitar o gasto de capital, temos a utilização de rede de farmácias, experiência já implantada em cidades norte-americanas ⁽³⁹⁾. No Brasil, há a tendência ao uso de unidades de coleta e diagnose de redes laboratoriais, cuja capilaridade facilita a associação com prestadores ambulatoriais de APS ⁽⁴⁰⁾, bem como redes de clínicas populares que se associam a planos ou seguros para gerar novos produtos de asseguramento ⁽⁴¹⁾. Essas modelagens podem nortear uma oferta de serviços assistenciais mais eficientes e com custos otimizados, resultando na ampliação da cobertura da APS de forma mais rápida na saúde suplementar.

3.5 A INCIPIÊNCIA DE LIDERANÇAS QUE EXERÇAM A ADVOCACY DA MUDANÇA DE MODELO ASSISTENCIAL NO SETOR PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Os movimentos de mudança de modelo assistencial são, por natureza, complexos, longos e exigem liderança setorial ⁽⁴²⁾. No caso brasileiro, a liderança do Ministério da Saúde, associada às Secretarias Estaduais e Municipais, foi crucial para a criação de uma estratégia nacional de APS, desde a década de 1990, inicialmente com o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente com a Estratégia Saúde da Família (ESF) ⁽⁴³⁾.

No setor da saúde suplementar, a mudança do modelo poderá ser capitaneada por lideranças que assumam a defesa das evidências demonstradas em inúmeras publicações internacionais, de que os serviços assistenciais orientados pela APS têm custos globais mais baixos e melhores resultados assistenciais ⁽⁶⁾. Essas lideranças terão um papel decisivo na expansão e na consolidação da APS nas grandes operadoras de mercado, nas medicinas de grupo, nas cooperativas médicas, nas seguradoras de saúde e nas autogestões.

A experiência acumulada pelo SUS e as mudanças das últimas décadas na formação de profissionais de saúde e na ampliação da formação de médicos de família são eventos facilitadores importantes, mas os desafios para uma expansão em larga escala da APS na saúde suplementar ainda são muitos e significativos. O setor exige mudanças, pois são vários anos seguidos com crescimento pífio ou mesmo com retração, enquanto os custos médico-hospitalares continuam

crescentes, bem acima dos índices gerais de outros setores da economia. As fontes pagadoras da saúde suplementar não suportarão esse crescimento indefinidamente, sem mudanças para um modelo em direção à APS.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da APS na saúde suplementar tem-se configurado como um processo incremental, em curso no país há mais de uma década. Nesse período, como também aconteceu no SUS, coexistem diferentes concepções de APS, que indicam carências conceituais capazes de confrontar as diversas influências de atores do mercado.

Diferentemente do SUS e da ESF, na saúde suplementar, o objetivo central não é a ampliação da cobertura de serviços, mas a racionalização para utilização mais adequada dos recursos disponíveis, procurando controlar os desperdícios e conferir sustentabilidade ao setor.

A pandemia de COVID-19 impactou todo o sistema de saúde, acelerando inovações como as teleconsultas e o uso das TIC. As experiências de APS na saúde suplementar apresentam-se, juntamente com as TIC, como oportunidades para viabilizar a sustentabilidade e a retomada do crescimento setorial. Apesar disso, desafios como a cultura de utilização direta de especialistas focais; o mercado médico da superespecialização e do *fee-for-service*; o parque tecnológico superdimensionado em áreas de alto custo, e o marco regulatório que privilegia a livre escolha, tratando pacientes como consumidores que fazem sempre as opções corretas para melhor utilização dos serviços segundo as suas necessidades, continuam como desafios a serem superados no período pós-pandemia.

Por fim, a combinação do cuidado coordenado com a saúde digital⁽⁴⁴⁾ pode representar a possibilidade de otimização de recursos, com a construção de oportunidades conjuntas de interação, que interessem tanto ao setor da saúde suplementar quanto ao setor público, num caminho para pensarmos o futuro do sistema de saúde brasileiro.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília, DF: CONASS; 2011 [acesso 2020 nov 24]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-suplementar/>.
2. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Boletim Covid-19. Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2020.
3. Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. A sua família merece atenção integral [Internet]. 2014 [acesso 2020 nov 24]. Disponível em: http://www.cassi.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=360:a-sua-familia-merece-atencao-integral&catid=77&itemid=831&uf=ms.
4. Barbosa ML, Celino SD, Costa GM. A estratégia de saúde da família no setor suplementar: a adoção do modelo de atenção primária na empresa de autogestão. Interface (Botucatu). 2013; 19(55):1101-1108.
5. Takeda SMP. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: BB Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. Medicina Ambulatorial. 4. ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 32-42.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/institucional/cib/legislacoes-e-materiais-de-apoio-1/Portaria%20648.pdf>
8. Federação Nacional de Saúde Suplementar. Atenção Primária à Saúde, APS [Internet]. FenaSaúde; 2018 [acesso 2020 nov. 28]. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/publicacoes/atencao-primaria-a-saude.html>.
9. Machado HS, Melo EA, Paula LG. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. Cad. Saúde Pública. 2019;35(11):e00068419. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00068419>.
10. Almeida PV, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF- Paidéia de Campinas (SP). Ciênc. saúde coletiva. 2011;16(suppl.1):1479-1488. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700083>.

11. Modesto AA, et al. Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):251-262.
12. Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná. Atenção primária na saúde suplementar. Uma utopia? [Internet]. 2018 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <http://www.femipa.org.br/noticias/atencao-primaria-na-saude-suplementar-uma-utopia/>.
13. Fenton JJ, et al. The cost of satisfaction: a national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012; 172(5):405-11.
14. Norman AH, Tesser CD. Prevenção Quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2015; 10(35):1-10.
15. Medina MG, et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(8):e00149720. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>.
16. TIinside. Pesquisa APM revela que cerca de 65% dos médicos são favoráveis à regulamentação da telemedicina [Internet]. 10 mar 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://tiinside.com.br/10/03/2020/pesquisa-apm-revela-que-cerca-de-65-dos-medicos-sao-favoraveis-a-regulamentacao-da-telemedicina>.
17. Caetano R, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(5):e00088920. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. *Diário Oficial da União* [Internet]. 20 mar 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>.
19. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União* [Internet]. 15 abr 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm.
20. Collucci C. O que deve ficar quando a pandemia passar? Folha de São Paulo [Internet]. 31 ago 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2020/08/o-que-deve-ficar-quando-a-pandemia-passar.shtml>.
21. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar. *J Bras Econ Saúde*. 2018; 10(2):198-202.

22. Prazeres L, Mariz R, Souza. Brasil 'está preparado' para enfrentar Covid-19, diz secretário do Ministério da Saúde. O Globo [Internet]. 24 mar 2020. [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus/brasil-esta-preparado-para-enfrentar-covid-19-diz-secretario-do-ministerio-da-saude-24325972>
23. Lentsck MH, Sato AP, Mathias TA. Epidemiological overview-18 years of ICU hospitalization due to trauma in Brazil. Rev. Saúde Pública. 2019;53:83-95. doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053001178>.
24. Schroeder SA, Frist W. National Commission on Physician Payment Reform. Phasing out fee-for-service payment. N Engl J Med. 2013;368(21):2029-2032. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMs1302322>.
25. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Monitoramento do setor: ANS divulga Boletim Covid-19 com dados até junho [Internet]. 21 jul 2020 [acesso 2020 nov 28] 2020. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/5717-monitoramento-do-setor-ans-divulga-boletim-covid-19-com-dados-ate-junho>.
26. Noronha KV, et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. Cad. Saúde Pública. 2020; 36(6):e00115320. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115320>.
27. Unimed Odonto oferece teleorientação odontológica durante pandemia. Apólice [Internet]. 16 jun 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.revistaapolice.com.br/2020/06/unimed-odonto-oferece-teleorientacao-odontologica-durante-pandemia>.
28. Singularity University. An exponential primer, your guide to our essential concepts: exponential growth [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://su.org/concepts/>.
29. Kokalitcheva K. More Than Half of Kaiser Permanente's Patient Visits Are Done Virtually. Fortune [Internet]. 2016 out 6 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://fortune.com/2016/10/06/kaiser-permanente-virtual-doctor-visits/>.
30. Kaiser Permanente. Let the doctor come to you by video [Internet]. [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/health-plan-documents/brochure/2019MC1347-VideoVisits-Brochure-2020OE-English.pdf>.
31. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Organização Pan-Americana da Saúde Laboratórios de inovação sobre experiências em atenção primária na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2018.

32. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Manual de Certificação de Boas Práticas em Atenção Primária à Saúde de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: ANS; 2019.
33. Machado IJC, Chaimovicz F, Guimarães MM. Quem é e o que deveria fazer um clínico no Brasil? Conceito, história e identidade. Rev méd Minas Gerais. 2016;26:e-1840. doi: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20160140>.
34. Anderson MI, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. 2011;6(18):19-20.
35. Gusso GD, et al. Bases para um novo sanitarismo. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10:1-10.
36. Gusso G, Falk JW, Lopes JM. Medicina de Família e Comunidade como Especialidade Médica e Profissão. In: G Gusso, JMC Lopes, LC Dias, organizadores. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 11-18.
37. Hospital Israelita Albert Einstein. Amil em parceria com Einstein oferece treinamento em atenção primária a médicos da operadora [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.einstein.br/sobre-einstein/imprensa/press-release/amil-em-parceria-com-einstein-oferece-treinamento-em-atencao-primaria-a-medicos-da-operadora>.
38. Faculdade Unimed. Plano Diretor de Formação em Recursos Humanos em Atenção Primária à Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.faculdadeunimed.edu.br/aps>.
39. Medical Economics. Will retail take over primary care [Internet]. 2017 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.medicaleconomics.com/view/will-retail-take-over-primary-care>.
40. Labnetwork. Sabin investe em parceria com a rede Amparo para promover atenção primária à saúde [Internet]. 2019 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://www.labnetwork.com.br/noticias/grupo-sabin-investe-em-parceria-com-a-rede-amparo-para-promover-atencao-primaria-a-saude/>.
41. Larghi N. SulAmérica lança plano de saúde em parceria com Dr. Consulta com preço popular. Valorinveste [Internet]. 6 fev 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: <https://valorinveste.globo.com/mercados/rendavariavel/empresas/noticia/2020/02/06/sulamerica-lanca-plano-de-saude-em-parceria-com-dr-consulta-com-preco-popular.ghtml>

42. Walshe K., Chambers N. Healthcare Reform and Leadership. In: Brookes S., Grint K, organizadores. The New Public Leadership Challenge. Londres: Palgrave Macmillan; 2010.
43. Sampaio LF. The Brazilian health system: highlighting the primary health care reform. Ital J Public Health. 2010;8(7):359-68.
44. Hernandes HC, et al. Coordenação do cuidado baseado em saúde digital e cuidado híbrido no acompanhamento da jornada do paciente pós COVID-19. Rev Adm Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2020 nov 28];20(80):e245. Disponível em: <https://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/245/347>.

DESAFIOS DO TELETRABALHO (*HOME OFFICE*): AS NECESSIDADES OCACIONADAS PELA COVID-19

Thiago Guimarães Pereira¹

RESUMO: O presente trabalho teve como objetivo analisar os aspectos jurídicos do teletrabalho (*home office*), com o intuito de apontar as facilidades e vantagens de sua adoção. Nesse sentido, será utilizada a experiência adquirida com o advento da pandemia causada pela COVID-19, para poder apontar os cuidados que o gestor deve tomar para que se evitem questionamentos. É feito um ensaio contendo os pontos positivos e negativos advindos da adoção do teletrabalho e os reflexos na administração pública por ser uma possível solução para os problemas vivenciados, como, por exemplo, a falta de infraestrutura e baixa produtividade. Os apontamentos metodológicos utilizados foram por meio de pesquisa aplicada com uma abordagem quantitativa e explicativa, por meio de pesquisa bibliográfica e documental. Ao final da pesquisa, foi possível constatar a existência de mais pontos positivos do que negativos, dos quais se destaca o aumento da produtividade dentro do setor público, pois a modalidade facilitaria o cumprimento de metas mais elevadas e evitaria o desperdício de tempo com o deslocamento, entre outras situações.

PALAVRAS-CHAVE: Teletrabalho. *Home Office*. Pandemia. Trabalho em Casa.

¹ Mestre em Direito pelo UniCEUB; Sócio do escritório Guimarães Parente Advogados; <http://lattes.cnpq.br/7040462938738207>. thiago@guimaraesparente.com.br.



I. INTRODUÇÃO

O mundo moderno se divide em dois momentos: o antes e depois do advento da pandemia causada pela COVID-19. É de fácil constatação que estamos vivenciando um momento histórico que provocou a ruptura de diversos preconceitos e que forçou a evolução de uma forma ampla de toda a sociedade. Dentre os acontecimentos que se destacam, está a aceleração da utilização do teletrabalho em todas as esferas.

Antes de mais nada, faz-se necessário delimitar o correto conceito de teletrabalho (*home office*) como sendo um modelo remoto no qual a pessoa exerce sua função fora do espaço físico do órgão público, utilizando de tecnologias da informação e comunicação. Essa modalidade tende a ser uma grande aliada na resolução de diversos problemas existentes no funcionalismo público.

A Sociedade Brasileira de Teletrabalho e Teleatividades (Sobratt) apresenta um memorável conceito com relação ao teletrabalho que merece destaque:

Teletrabalho é todo e qualquer trabalho realizado à distância (tele), ou seja, fora do local tradicional de trabalho (escritório da empresa), com a utilização da tecnologia da informação e da comunicação, ou mais especificamente, com computadores, telefonia fixa e celular e toda tecnologia que permita trabalhar em qualquer lugar e receber e transmitir informações, arquivos de texto, imagem ou som relacionados à atividade laboral⁽¹⁾.

Estrada menciona que o teletrabalho é aquele executado a distância com a utilização de novas formas de telecomunicação:

O teletrabalho é aquele realizado com ou sem subordinação por meio de uso de antigas e novas formas de telecomunicação em virtude de uma relação de trabalho, permitindo a sua execução à distância, prescindindo da presença física do trabalhador em lugar específico de trabalho ⁽²⁾.

Consigna-se que o Brasil vem experimentando diversas modelagens de trabalho após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Dentre elas, destaca-se a adoção do *home office* que trouxe modificações profundas exigindo a adoção de novas ferramentas tecnológicas, com o intuito de viabilizar sua implementação.

Dentre as ferramentas que se destacam e que já vêm sendo utilizadas por muitos órgãos públicos, pode ser citado o Sistema Eletrônico de Informações, mas conhecido pela sigla **SEI**. Essa ferramenta é um sistema de produção e gestão de documentos e processos eletrônicos amplamente testado que atualmente já está inserido em mais de 400 órgãos públicos em todo o país. Ele foi desenvolvido pelo Tribunal Regional Federal da 4ª Região (TRF4) e é cedido gratuitamente à administração pública após a celebração de convênio. A utilização desse sistema gera uma grande economia pelo fato de dispensar o uso de papel e prestigia a agilidade, a sustentabilidade e a economia de recursos. O TRF4 estima que já se economizou aproximadamente R\$ 2 bilhões, pelos diversos órgãos, que seriam gastos apenas com a compra de sistemas.

Somente com o advento dessas novas tecnologias foi possível acelerar a implementação do *home office*, em decorrência da pandemia, apresentando diversos desafios em passar a exercer suas funções a partir de casa.

Essa modalidade de trabalho remoto foi adotada por diversos órgãos governamentais, tendo em vista a falta de previsão para encerrar a pandemia. O próprio governo federal, com o intuito de aumentar a eficiência na prestação dos serviços públicos a distância e modernizar a gestão de pessoas, publicou o Instrução Normativa nº 65 ⁽³⁾, que traz regras explícitas para a realização do teletrabalho na Administração Federal. Objetivou-se a simplificar regras e ampliar o trabalho remoto com foco na entrega de resultados. A consequência já notada é a redução nas despesas administrativas (água, energia, transporte, material de consumo, infraestrutura, entre outros) e a melhoria da eficiência dos serviços públicos prestados.

Inclusive, o início da adoção do *home office* foi a necessidade de realizar a mesma quantidade de trabalho em um espaço físico menor, que provoca uma economia aos cofres públicos. Até por isso podemos dizer que essa modalidade de trabalho tende a se desenvolver ainda mais.

Uma constatação importante é que o Brasil ainda se encontra atrasado, quando comparado ao cenário internacional. De qualquer forma, as recentes experiências demonstram que já alcançamos um estado de maturidade, sendo agora necessária a aprovação de normas para melhor introduzir o teletrabalho na administração pública.

2 A ADOÇÃO DO HOME OFFICE EM TEMPOS DE PANDEMIA

Antes da pandemia, o *home office* no governo federal era analisado de forma ainda experimental. Até então, nem todos os servidores tinham acesso a essa modalidade de trabalho, pois somente os ocupantes de cargos efetivos tinham direito de pleiteá-la. Os trabalhadores das empresas públicas sequer podiam participar por estarem regidos pelas regras da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Teletrabalho é todo e qualquer trabalho realizado a distância (tele), ou seja, fora do local tradicional de trabalho (escritório da empresa), com a utilização da tecnologia da informação e da comunicação, ou, mais especificamente, com computadores, telefonia fixa e celular e toda tecnologia que permita trabalhar em qualquer lugar e receber e transmitir informações, arquivos de texto, imagem ou som relacionados com a atividade laboral.

Somente com o advento da reforma trabalhista (Lei nº 13.467/17)⁽⁴⁾ foi introduzido o contrato de teletrabalho, também conhecido como contrato *home office*.

Nos termos do artigo 75-B da CLT, “considera-se teletrabalho a prestação de serviços preponderantemente fora das dependências do empregador, com a utilização de tecnologias de informação e de comunicação que, por sua natureza, não se constituam como trabalho externo”⁽⁵⁾.

É certo que a pandemia acelerou o processo de adoção do *home office* pelos diversos órgãos públicos, mas hoje já se pode dizer que essa modalidade tende a permanecer. Isso se denota pelas declarações prestadas pelo secretário especial adjunto da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital do Ministério da Economia, Gleisson Cardoso Rubin, que assim se pronunciou:

“Que os órgãos possam considerar o teletrabalho como mais uma modalidade de organização da força de trabalho que tenha tanto valor e possivelmente até maior valor que o trabalho realizado nas dependências do órgão”⁽⁶⁾.

Assim, o secretário se baseou, para fazer essa afirmação, em toda a experiência adquirida durante a pandemia, que comprovou ser viável manter servidores trabalhando fora das dependências públicas sem afetar na produtividade e a na prestação do serviço público.

As análises preliminares demonstram que se tem obtido o aumento da produtividade, entre outros motivos, pelo fato de não precisar gastar tempo com o deslocamento, afetando, inclusive, no trânsito das cidades. Esse apontamento é feito pelo secretário:

A ideia do teletrabalho, portanto, é poder substituir esse tempo que é gasto de forma improdutivo, como, por exemplo, no trânsito, num uso mais eficiente, num uso mais racional, em que o servidor consiga conjugar sua vida pessoal com os seus compromissos de trabalho”⁽⁶⁾.

Observa-se que o balanço divulgado pelo Ministério da Economia indica que cerca de 95% dos servidores da rede federal de educação e 49% dos servidores federais dos demais órgãos passaram a exercer suas funções se utilizando da modalidade do *home office*.

Gleisson Cardoso Rubin destaca a economia gerada à máquina pública, que, em quatro meses, economizou R\$ 270 milhões ao deixar de gastar com diárias e passagens. Por isso, já se prevê a manutenção dos eventos e reuniões virtuais:

“Pode ser que, ao final da pandemia, a gente até já se prepara para isso, o consumo de passagens aéreas não volte mais ao patamar pré pandemia, porque boa parte das viagens, dos eventos, das reuniões, serão substituídas por encontros mediados por plataformas virtuais”⁽⁶⁾, disse o secretário.

Alguns órgãos passaram a estipular metas maiores na produtividade aos servidores que estavam exercendo suas funções no *home office*. Inclusive, a elevação da produtividade decorre da sensação de autoridade e de autonomia que a adoção dessa modalidade proporciona ao ampliar a autoconfiança do trabalhador em suas capacidades. Outro fator determinante é a melhor adaptação ao ambiente e aos horários de trabalho.

3. OS DESAFIOS DE SE TRABALHAR EM CASA

Dentre os aspectos que mais se destacam no desafio de trabalhar a partir de casa, está a obediência exigida para o cumprimento da rotina. Nesse ponto, é importante a colaboração e participação dos familiares, principalmente os cônjuges, pais e filhos, que são figuras importantes para a adaptação a esse novo modelo de atividade laboral.

A mais evidente vantagem do teletrabalho se encontra no ponto da flexibilização da jornada de trabalho, que gera uma maior autonomia do empregado para administrar sua rotina e tempo, conciliando os demais aspectos da vida em consonância a sua vontade e momento⁽⁵⁾.

Na visão de José Carlos Ferreira⁽⁷⁾, as vantagens para o trabalhador que realiza suas tarefas se utilizando do *home office* são: diminuição do nível de tensão; redução ou eliminação do tempo e dos gastos com viagens diárias; maior flexibilidade nos horários de trabalho e do convívio familiar; aumento de satisfação com o trabalho; e melhora do ambiente de trabalho.

Rosenfield e Alves⁽⁸⁾ apontam, como desvantagem na adoção do *home office*, o distanciamento nas relações pessoais e o isolamento profissional, aspectos que podem ocasionar prejuízos. Isso ocorre pela falta de interação e pela ausência de trocas de experiências profissionais. É certo que essa interação de forma excessiva também causa prejuízo, mas não deixa de ser importante para uma melhor adaptação ao ambiente de trabalho.

Para José Carlos⁽⁷⁾ as desvantagens da manutenção do *home office* são o sentimento de isolamento pela falta de contato diário com os colegas de trabalho; a dificuldade em se automotivar;

a falta da ideia clara quanto à necessidade de parar de trabalhar no final do dia; a dificuldade em socializar-se; a dificuldade de resistir à geladeira, televisão ou outras diversões em sua casa.

Para uma melhor adaptação ao trabalho em *home office*, é necessária uma elevada disciplina, pois se está mais propenso a distrações.

A análise sobre o prisma jurídico indica que os gestores devem apresentar de forma bastante clara e objetiva as regras aplicadas no teletrabalho para que se evitem futuras discussões e/ou desentendimentos desnecessários. É recomendado também a disponibilização de manual de conduta, contendo o que pode e o que não fazer durante as reuniões realizadas de forma virtual. Objetiva-se, com isso, prestigiar a transparência dos gestores e a segurança necessária para o bom desenvolvimento de suas atividades.

4. CONCLUSÃO

A adoção do teletrabalho tem demonstrado a existência de alguns pontos negativos, mas que são superados ao analisar os vários benefícios. Dentre eles, destacam-se a redução de custo para a administração pública, o aumento da produtividade, a melhora da qualidade de vida dos servidores e a otimização do tempo⁽⁹⁾.

O teletrabalho não pode ser encarado como uma questão momentânea, para tanto, há necessidade de todos os envolvidos refletirem sobre os pontos que ainda necessitam de uma melhor atenção para desenvolver ainda mais essa prática. Pensando nisso é que se afirma que devemos investir mais nos treinamentos, nas ferramentas tecnológicas e em legislação, tudo com o intuito de proporcionar mais transparência.

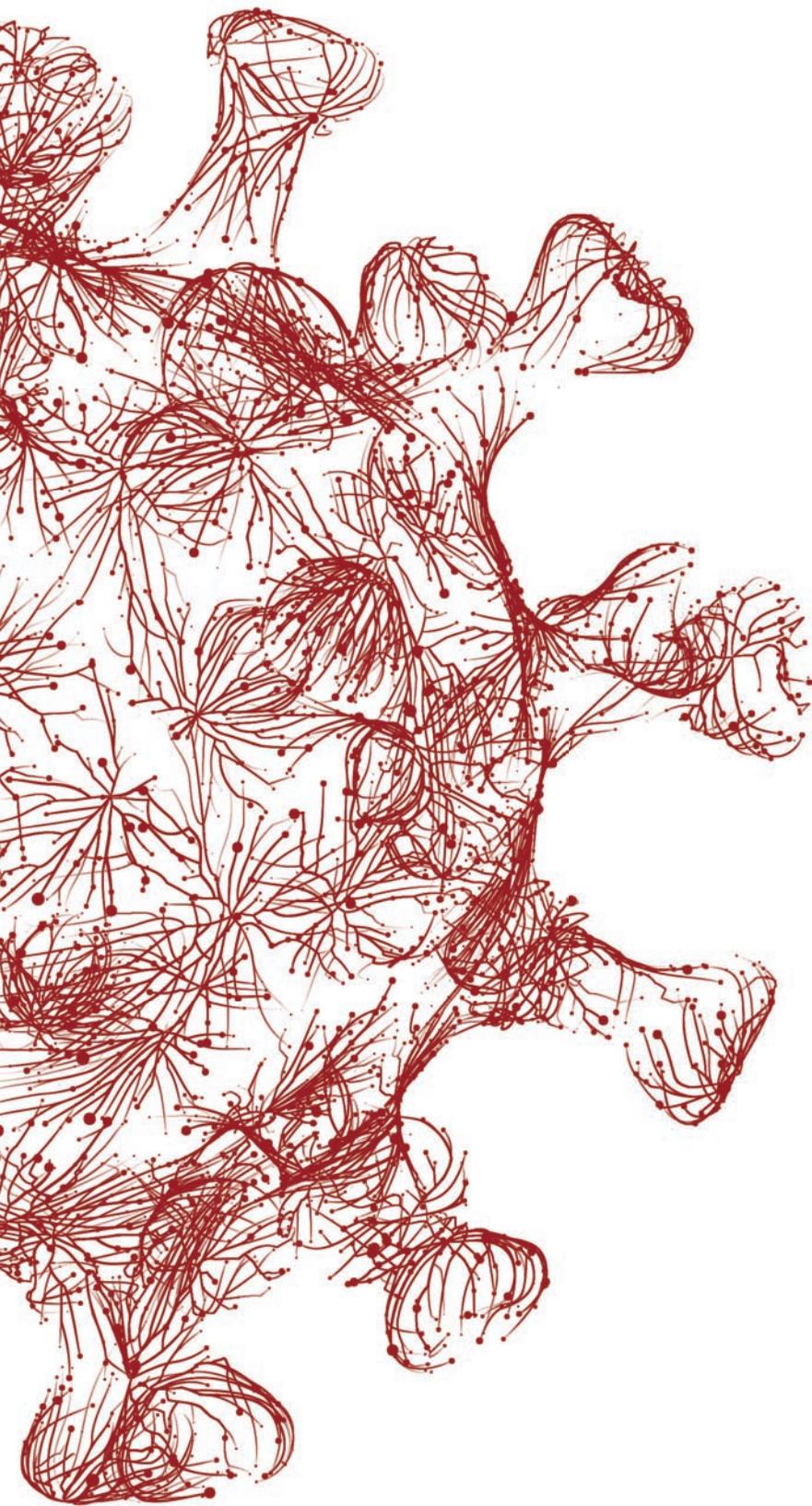
Tendo em vista a produtividade, há necessidade de respeitar as metas impostas e a compreensão quanto ao dever de se cumprir fielmente todos os cronogramas. No entanto, também devemos ter maior cuidado para evitar a sobrecarga de atividades designadas, para não gerar o sentimento de frustração.

A adoção do teletrabalho ainda é cercada de muitas incertezas, mas devem ser estudados todos os fatores envolvidos, para proporcionar mais segurança aos gestores.

Para que o teletrabalho continue a funcionar, há necessidade de os gestores também entenderem as vantagens de sua adoção e abraçar esse projeto de maneira positiva e definitiva, até porque o que se objetiva é o alcance de uma maior produtividade e da felicidade de todos.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Teletrabalho e Teleatividades. Teletrabalho e as relações trabalhistas [Internet]. 30 nov 2016 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <http://www.sobratt.org.br/index.php/30112016-teletrabalho-e-as-relacoes-trabalhistas/>.
2. Estrada M. Teletrabalho: Conceitos e a sua Classificação em face aos Avanços Tecnológicos. In: Stolz S, Marques CA, organizadores. Teletrabalho. São Paulo: LTr; 2017. p. 11.
3. Brasil. Ministério da Economia. Instrução Normativa nº 65, de 30 de julho de 2020. Estabelece orientações, critérios e procedimentos gerais a serem observados pelos órgãos e entidades integrantes do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC relativos à implementação de Programa de Gestão. Diário Oficial da União [Internet]. 31 jul 2020 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/instrucao-normativa-n-65-de-30-de-julho--de-2020-269669395?ga=2.128605193.461325765.1603666752-1604502009.1595455704>.
4. Brasil. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Diário Oficial da União [Internet]. 13 jul 2017 [acesso 2020 dez 13]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2017/lei/113467.htm#:~:text=Altera%20a%20Consolida%C3%A7%C3%A3o%20das%20Leis,%C3%A0s%20novas%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20trabalho.
5. Bittencourt JPM. Reforma trabalhista: o teletrabalho e seus reflexos na saúde e na desconexão do trabalhador [trabalho de conclusão de curso] [Internet]. Belém: Centro Universitário do Estado do Pará; 2018 [acesso 2020 out 19]. p. 49. Disponível em: <http://repositorio.cesupa.br:8080/jspui/handle/prefix/98>.
6. Brasil. Novas regras para o trabalho remoto são anunciadas pelo governo [Internet]. 30 jul 2020 [acesso 2020 out 21]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/trabalho-e-previdencia/2020/07/novas-regras-para-o-trabalho-remoto-sao-anunciadas-pelo-governo>.
7. Ferreira JC. Teletrabalho: O paradigma de um novo estilo de trabalho [Internet]. In: Anais do 13º Simpósio de Engenharia de Produção. Bauru, SP: Universidade Estadual Paulista, 2006 [acesso 2020 out 20]. Disponível em: http://www.simpep.feb.unesp.br/anais/anais_13/artigos/20.pdf.
8. Rosenfield CL, Alves D. Autonomia e trabalho informacional: O teletrabalho. Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. 2011;54(1):207-233.
9. Domingues CF, da Silva GW, Pedrozo AS. Uma análise da possibilidade do processo de implantação do modelo de teletrabalho na Prefeitura Municipal de Paraíba do Sul/RJ. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2020;10(5):05-30.



IBGE E PNAD COVID-19: CONTRIBUIÇÕES PARA A VIGILÂNCIA DE SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL E SINTOMAS CONJUGADOS ASSOCIADOS AO NOVO CORONAVÍRUS

Daniel Soranz¹

Luiz Felipe Pinto²

RESUMO: Alguns historiadores consideram que a pandemia pelo SARS-CoV-2 marca o verdadeiro final do século XX. No início de 2020, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) formulou e implementou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) COVID-19 com apoio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) do Ministério da Saúde. O inquérito, um estudo de painéis repetidos, contou com uma amostra de 375 mil pessoas em 190 mil domicílios. Estimou-se, em seu primeiro mês de coleta de dados, maio de 2020, que 24,0 milhões (11,4% dos brasileiros) tiveram pelo menos um dos sintomas de síndrome gripal (SG) e 4,2 milhões tiveram sintomas conjugados associados à COVID-19. Na sequência, o indicador global “proxy COVID-19” revelou que, até agosto, 9,43 milhões de brasileiros (4,5% da população brasileira) tiveram sintomas associados à doença, com grandes diferenças regionais. Em agosto de 2020, 8,5% da população brasileira referiu já ter realizado pelo menos um teste diagnóstico para COVID-19. As inovações e o pioneirismo trazidos pelo IBGE para o monitoramento das ações de vigilância em saúde em tempo oportuno demonstram ser possível a realização de inquéritos nacionais por telefone de forma célere e reforçam o papel dos serviços de atenção primária à saúde, que foram o principal local procurado pelas pessoas com SG no período pandêmico.

PALAVRAS-CHAVE: Inquérito Domiciliar. Atenção Primária à Saúde. Vigilância em Saúde. PNAD COVID-19. Brasil.

1 Médico. Especialista em Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). Mestre em Políticas Públicas e Saúde (ENSP/Fiocruz), Doutor em Epidemiologia (ENSP/Fiocruz). Pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz RJ. Foi Subsecretário (2009-2014) e Secretário Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (2014-2016). Filiação: Centro de Estudos Estratégicos, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil. Av. Brasil, 4365 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-900. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-7224-5854>. soranz@fiocruz.br.

2 Estatístico. Especialista em Educação a Distância (SENAC-RJ). Mestre em Políticas Públicas e Saúde (ENSP/Fiocruz), Doutor em Ciências (ENSP/Fiocruz). Pós-Doutor em Avaliação em Saúde (IHMT, Universidade Nova de Lisboa, Portugal). Professor Associado da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Filiação: Departamento de Medicina em Atenção Primária, Faculdade de Medicina, UFRJ Brasil. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9888-606X>. felipepinto.rio@medicina.ufrj.br.



I. INTRODUÇÃO

Os historiadores costumam dividir os séculos de acordo com algum evento ou fato social marcante, que mudam os rumos da civilização, e que tenham ocorrido próximo à ordem cronológica matemática deles. Para a antropóloga e historiadora Lilia Moritz Schwarcz⁽¹⁾, a pandemia pelo SARS-CoV-2 marca o final do século XX. A era tecnológica é substituída por uma crise com múltiplas dimensões: social, ambiental, econômica, cultural, moral e de saúde. Esta última vem assolando os continentes em meses diferentes a partir do início de 2020, iniciando-se em parte da Ásia (na China) e, logo a seguir, Europa, Oceania, Américas e África, totalizando, até meados de outubro, considerando todos os testes realizados, rápidos ou molecular, 37,5 milhões de pessoas infectadas em 214 países e territórios⁽²⁾.

No Brasil, o Ministério da Saúde declarou, em 3 de fevereiro de 2020, estado de emergência em saúde pública de importância nacional (Espin)⁽³⁾ em decorrência da pandemia, tendo registrado o primeiro caso importado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo⁽⁴⁾. Estava associado a um homem de mais de 60 anos que tinha retornado de viagem à Itália. Ao longo dos meses e até 10 de outubro de 2020, o país computava o terceiro maior número de casos confirmados no mundo (5,1 milhões), com taxa de mortalidade bruta de 705/milhão de habitantes e 84.046 testes/milhão de habitantes⁽²⁾ (isto é, situava-se apenas na 93ª posição global nesse último indicador). Na América do Sul, apenas Chile (190.696/1 milhão) e Peru (122.385/1 milhão) realizaram mais testes do que o Brasil, em termos proporcionais a sua população. Já a taxa de letalidade até meados de outubro foi de 3,0%⁽⁵⁾, destacando o fato de que ela deve ser mais baixa, ao considerarmos que 42,5% dos casos são assintomáticos⁽⁶⁾ e todos os casos inaparentes que não procuraram serviços de saúde.

O estado de emergência sanitária nacional obrigou toda a sociedade e os órgãos do Estado brasileiro a repensarem novas formas de convivência e trabalho, e a mensagem para “ficar em casa e só vá ao hospital se tiver falta de ar” predominou no início da pandemia no Brasil. Entre esses órgãos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) decidiu adiar a realização do Censo Demográfico de 2020, abrindo espaço para trazer sua contribuição social para o país sob a forma de uma nova pesquisa de base domiciliar que, posteriormente, mostrou-se pioneira entre os Institutos Nacionais de Estatística em todo o mundo. Estamos falando de uma edição especial da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a PNAD COVID-19⁽⁷⁾, desenhada no mês de março, com teste-piloto em abril⁽⁸⁾ e início efetivo em maio. Logo a seguir, outros países do Reino Unido⁽⁹⁾ e a Espanha⁽¹⁰⁾ realizaram estudos de base populacional cobrindo todo o seu território, mas com amostras probabilísticas muito inferiores à do IBGE. No segundo caso, porém, contou com coleta de sangue das pessoas. Aliás, esta também foi a característica marcante de um inquérito epidemiológico sobre a doença liderado por pesquisadores brasileiros da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com amostras probabilísticas para 133 municípios-sentinelas de todo o Brasil⁽¹¹⁾ e sem representatividade estatística por Unidade da Federação (UF).

O objetivo deste artigo é analisar os alguns dos principais resultados do módulo da saúde da PNAD COVID-19.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo do tipo “painéis repetidos”, no qual um conjunto de domicílios de cada estado brasileiro foi amostrado nacionalmente e pesquisado ao longo das semanas a partir de maio/2020. Utilizamos, como fonte de dados, algumas variáveis selecionadas a partir dos microdados publicizados pelo IBGE, ora considerando os dados mensais (para a análise regional/estadual), ora os dados semanais coletados (para a análise brasileira). A PNAD COVID-19 é uma pesquisa de base domiciliar e, devido à necessidade de adaptação para cumprir os protocolos impostos de distanciamento social do Ministério da Saúde por conta da pandemia, teve que ser realizada de forma diferente daquela que tradicionalmente o IBGE utilizava para inquéritos domiciliares com coleta em visita domiciliar por entrevistadores de campo. A Pesquisa foi desenvolvida mediante ligação telefônica e dispositivo móvel de coleta (DMC) – um aparelho semelhante a um celular – para registro das respostas. O morador adulto que atendesse à ligação telefônica respondia ao instrumento para si próprio e para cada um dos outros moradores do domicílio, isto é, a amostragem realizada contemplou toda a população residente do Brasil. É a primeira vez que o IBGE, em seus 83 anos de existência, realiza um inquérito nacional com amostra de domicílios particulares permanentes utilizando esse tipo desafiador de coleta de dados remota para uma logística de campo tão difícil e divulgação em tempo curto.

3. SOBRE O PLANO DE AMOSTRAGEM E O INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA PNAD COVID-19

Para a realização do inquérito especial COVID-19, foi considerada a base de dados da amostra de domicílios da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD-C do 1º trimestre de 2019. Essa é uma amostragem por conglomerados em dois estágios com estratificação das unidades primárias de amostragem (UPA). Inicialmente, são selecionadas as UPA com probabilidade proporcional ao número de domicílios dentro de cada estrato definido. A seguir, foram selecionados 14 domicílios particulares permanentes dentro de cada UPA da amostra do primeiro estágio⁽¹²⁾. Os estratos, além da distribuição de sexo e faixa etária (**Tabela 1**), consideram toda a complexidade do Brasil, isto é, as 27 UF, os municípios das capitais, as regiões metropolitanas. O uso de amostragem probabilística viabiliza ao cálculo estatístico de estimativas intervalares que permitem uma melhor visualização da variação e precisão dos resultados obtidos. Nesse sentido, o IBGE optou por divulgar os indicadores de seu plano tabular mensal de resultados com os respectivos coeficientes de variação.

No total, após o *linkage* para integração com outras bases de dados com o intuito de obter números de telefone de cada domicílio, obteve-se uma taxa de sucesso de 92%, ou seja, cerca de 190 mil compuseram a amostra mensal selecionada. A alocação de um quarto dessa amostra foi realizada para cada coleta de dados semanal dentro de um mês, e os respectivos pesos amostrais dessas subamostras semanais foram ponderados para dar conta das perdas esperadas ao longo do mês.

O instrumento de coleta de dados da PNAD COVID-19 incluía, além da caracterização sociodemográfica dos moradores, um módulo de saúde e um módulo de trabalho. No primeiro caso, as perguntas se estruturaram a partir do principal conceito epidemiológico agregado ao inquérito que permite a integração dos dados coletados pelo IBGE com os dados do Ministério da Saúde; é o conceito de “semana epidemiológica”, considerado pelo Instituto como sinônimo de “semana de referência”.

Felizmente, foi possível incluir na primeira versão do instrumento o que depois se confirmou serem praticamente todos os principais sintomas de síndrome gripal (SG) e/ou COVID-19. Em março de 2020, ainda não haviam sido publicados estudos epidemiológicos de base populacional que caracterizassem os principais sintomas, exceto um da China⁽¹³⁾. Por isso, após consultar diversos especialistas de diversas universidades e do Ministério da Saúde, o IBGE optou por trabalhar de forma abrangente, com os sintomas de SG. Devemos lembrar que, em inquéritos de base populacional, o que se busca captar não são diagnósticos médicos, mas, sim, o que se conhece como “morbidade referida”. As pessoas referiam ter tido ou não cada um de uma lista de 12 sintomas de SG⁽¹⁴⁾.

4. SOBRE OS SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL, SINTOMAS CONJUGADOS ASSOCIADOS À COVID-19 E A REALIZAÇÃO DE PELO MENOS UM TESTE DIAGNÓSTICO PARA A DOENÇA

Cada um dos moradores dos domicílios amostrados em todas as UF do país respondia sempre se referindo “à semana anterior” (“semana passada”, considerada, portanto, como a “semana epidemiológica” de referência, ou seja, como a “semana de início dos sintomas”). Dessa forma, a pergunta que iniciava o bloco de questões da saúde enunciava, separadamente, cada sintoma: “na semana passada, o(a) Sr(a) teve: [febre, tosse, dor de garganta, dificuldade para respirar, dor de cabeça, dor no peito, náusea, nariz entupido ou escorrendo, fadiga, dor nos olhos, perda de cheiro ou de sabor, dor muscular, diarreia]”. Desse conjunto de 12 sintomas de SG elencados, 11 já figuravam na primeira versão do instrumento (maio-junho), e apenas o último foi incluído na segunda e última versão.

A partir desse conjunto de sintomas de SG, e de acordo com a literatura existente até abril de 2020^(13;15-17), o IBGE criou o indicador “pessoas que apresentaram sintomas referenciados conjugados”, como “proxy COVID-19”, definido pela presença de pelo menos um dos três conjuntos de sintomas mais específicos da doença: (1) pessoas que tiveram perda de cheiro ou sabor; ou, (2) tosse, febre e dificuldade para respirar; ou, (3) febre, tosse e dor no peito. Com o desenho amostral formulado pelo IBGE e os microdados públicos divulgados, foi possível realizar a *linkage* dos registros individuais (sem identificação) dos domicílios e moradores um a um, amostrados para criar um indicador global que contemplasse o número de pessoas ao longo dos meses (sem dupla contagem) e que representasse aquelas que tiveram sintomas conjugados associados à COVID-19. Esse indicador (“indicador global proxy-COVID-19”) aparece na coluna de “Total” na **Tabela 1**.

A despeito da possibilidade de testes rápidos darem falso-positivo, na segunda versão do questionário, isto é, a partir de julho de 2020, foi incluída a pergunta sobre a realização de teste diagnóstico para COVID-19 (com questões específicas para o teste rápido, o teste sorológico e o molecular – SWAB). Com isso, também foram criados os indicadores “pessoas que fizeram algum teste para saber se estavam infectadas pelo coronavírus” e “pessoas que fizeram algum teste para saber se estavam infectadas pelo coronavírus e testaram positivo”. Esse último indicador, se considerarmos o mesmo período de análise (semanas epidemiológicas), pode ser comparado aos dados publicados e atualizados pelo Ministério da Saúde em seu Painel COVID-19⁽⁵⁾.

5. SOBRE A PROCURA POR ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, O “FICAR EM CASA” E A IMPORTÂNCIA DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE ENTRE AS PESSOAS COM SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL

Nos meses iniciais da pandemia, quando ainda não se conhecia muito sobre a doença, a recomendação de “ficar em casa” foi bastante difundida pelos meios de comunicação e autoridades sanitárias em todo o mundo, especialmente para as pessoas com sintomas de SG. No Brasil, não foi diferente, e a PNAD COVID-19 tentou captar esse fenômeno entre os sintomáticos, incluindo as perguntas “o(a) sr(a) foi a algum estabelecimento de saúde (na semana passada)?”. No caso de uma resposta negativa, seguia-se a pergunta “que providência(s) o(a) sr(a) tomou para se recuperar desses sintomas (na semana passada)?”. Uma das opções que os moradores poderiam responder seria “ficou em casa”. Já no caso de uma resposta positiva ao primeiro questionamento, as opções recaíam sobre “posto de saúde/unidade básica de saúde /Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde)”, “pronto-socorro do SUS/UPA”, “hospital do SUS”, “ambulatório ou consultório privado ou ligado às forças armadas”, “pronto-socorro privado ou ligado às forças armadas”, “hospital privado ou ligado às forças armadas”. Optamos por trazer, neste estudo, a busca das pessoas pelos serviços de atenção primária, isto é, consideramos o indicador “pessoas que apresentaram algum dos sintomas de SG e que procuraram posto de saúde/unidade básica de saúde /Equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde).”

6. CELERIDADE INÉDITA PARA DIVULGAÇÃO DOS DADOS

Cumprindo seu papel de órgão estratégico para a formulação de políticas públicas no Brasil, o IBGE se organizou interna e remotamente com celeridade e conseguiu divulgar um calendário de divulgação rápida dos principais resultados (**Figura 1**) e disseminação dos microdados⁽¹⁸⁾. Criou um espaço virtual específico em seu site institucional para essa finalidade (<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>) e semanalmente atualizava os dados consolidados. Mensalmente, também realizava uma coletiva de imprensa e apresentava uma síntese dos principais resultados.

A coleta de dados iniciou-se na semana de 10 a 16 de maio de 2020 (20ª semana epidemiológica), em que os moradores arguidos referiam suas respostas considerando a semana anterior (19ª semana epidemiológica). Essa agilidade na divulgação dos resultados facilitou o acesso da sociedade civil e dos órgãos do Estado e, inclusive, foi versátil na adaptação das perguntas ao longo do tempo. Estamos nos referindo a pequenos ajustes/inclusões de perguntas no questionário, como a que incluiu, a partir de julho, a questão sobre se o morador realizou algum teste de COVID-19

e qual o resultado; a questão das comorbidades preexistentes que podem agravar a doença (diabetes, hipertensão, asma / bronquite / enfisema / doença respiratória crônica ou outra doença do pulmão, doenças do coração, depressão, neoplasia⁽¹⁹⁾) e questões sobre escolaridade do morador.

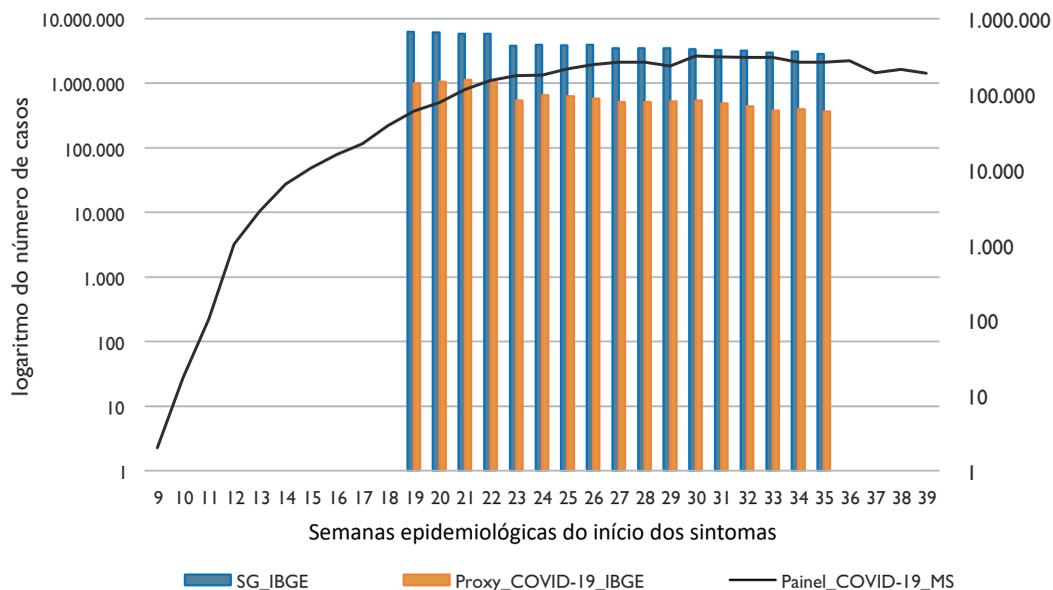
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 SOBRE A TENDÊNCIA BRASILEIRA DO NÚMERO DE CASOS: UMA ANÁLISE DAS SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS DO INÍCIO DOS SINTOMAS

Inicialmente, comparamos o total de casos brasileiros ao longo das semanas epidemiológicas 19^a a 35^a (maio a agosto). Um primeiro indicador refere-se ao número de casos suspeitos oriundos da PNAD COVID-19, ou seja, as pessoas com algum dos sintomas de SG. Na sequência, um segundo indicador do IBGE: o de pessoas com sintomas “proxy-COVID”, que nos auxilia a medir possível subnumeração de casos confirmados pelo Painel COVID-19 do Ministério da Saúde. Os casos registrados nesse Painel constituíram o terceiro indicador utilizado nessa primeira análise dos resultados.

No período considerado (maio a agosto), os dados demonstram a mesma tendência nas duas curvas da PNAD COVID-19 (**Gráfico 1**), sugerindo uma associação entre a população com sintomas de SG e as pessoas com sintomas “proxy COVID-19”, assim como também apontam para uma maior captação de casos suspeitos do novo coronavírus pela PNAD COVID-19 que vai diminuindo a partir da 33^a semana epidemiológica, quando se aproxima da curva com os casos confirmados pelo Ministério da Saúde. O mês de maio é referido como aquele com maior registro de pessoas com sintomas na PNAD COVID-19. A semana epidemiológica de maior pico na curva no inquérito do IBGE é a 21^a, já no Painel COVID-19, é a 30^a. Destacamos que esse possível sub-registro explicitado (**Gráfico 1**) pode ser explicado por pelo menos dois fatores: (1) dificuldade de realização de testes diagnósticos para a doença, observada principalmente no início da pandemia no Brasil; (2) a diferença existente entre as vigilâncias em saúde de cada UF na qualidade do registro dos dados.

GRÁFICO I – Distribuição do número de pessoas com sintomas de síndrome gripal (SG), pessoas com sintomas conjugados associados à COVID-19 e número de casos confirmados da COVID-19 – Brasil – maio a agosto – 2020



Fontes: Microdados da PNAD COVID-19, IBGE, 19ª a 35ª semanas epidemiológicas de 2020 e Painel COVID-19, disponível em <https://covid.saude.gov.br/> (19ª a 35ª semanas epidemiológicas de 2020) [acesso 2020 out 12].

Nota: Neste gráfico, os dados da PNAD COVID-19 para a 31ª semana epidemiológica foram interpolados pela média da 30ª e 32ª semana devido ao fato de o IBGE ter realizado uma parada técnica na coleta de dados nesse período.

A partir de julho, com a inclusão da pergunta sobre a realização/resultado de algum teste por parte do morador, a PNAD COVID-19 traz ainda uma estimativa acumulada que pode ser cotejada com o Painel COVID-19 do Ministério da Saúde. O questionamento feito, nesse caso, não se referia “à semana anterior”, mas, sim, a todo o período anterior. Por exemplo, segundo o IBGE, até agosto de 2020 (35ª semana epidemiológica, 23 a 29 de agosto de 2020), o total de pessoas que fizeram algum teste para saber se estavam infectadas pelo novo coronavírus era de 17,90 milhões de pessoas, ou seja, 8,5% da população residente do Brasil (**Tabela 1**). Já em relação àquelas que testaram positivo para a doença, um total de 3,87 milhões de pessoas (1,8% do total dos brasileiros) mencionaram essa situação – comparando essa última estimativa ao total acumulado de casos confirmados pelo Ministério da Saúde até o mesmo período (19ª a 35ª semanas epidemiológicas, encontramos 3,75 milhões de pessoas⁽⁵⁾).

7.2 SOBRE A TENDÊNCIA REGIONAL DO NÚMERO DE CASOS: UMA ANÁLISE MENSAL AGREGADA DAS SEMANAS EPIDEMIOLÓGICAS DO INÍCIO DOS SINTOMAS

Para análise regional, selecionamos alguns indicadores do módulo da saúde da PNAD COVID-19, sem, contudo, esgotar as inúmeras possibilidades de análise dos dados coletados pelo IBGE. Dessa forma, apresentamos seis indicadores: (1) proporção de pessoas com pelo menos um dos sintomas de SG; (2) proporção de pessoas com pelo menos um dos sintomas de SG que não procuram estabelecimento de saúde e ficaram em casa; (3) proporção de pessoas com pelo menos um dos sintomas de SG que procuram estabelecimento de saúde em unidades de atenção primária à saúde; (4) proporção de pessoas com sintomas conjugados associados à COVID-19; (5) proporção de pessoas que fizeram pelo menos um teste para saber se estavam infectadas pelo novo coronavírus entre o total da população; e (6) proporção de pessoas que fizeram algum teste para saber se estavam infectadas pelo novo coronavírus e testaram positivo entre o total da população.

A proporção da população brasileira com pelo menos um dos sintomas de SG, atingiu seu ápice nacional no início da série temporal, maio de 2020, quando 24,0 milhões de pessoas (11,4% do total) referiram essa condição. Observaram-se padrões distintos nas regiões brasileiras. Podemos identificar três grupos: (1) formado por seis UF com valores superiores a 14% (Amapá, Pará, Amazonas, Ceará, Maranhão e Paraíba); (2) composto por 10 UF com valores entre 10 e menos de 14% (Acre, Rondônia, Roraima, Alagoas, Pernambuco, Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Distrito Federal); (3) com as 11 UF restantes com proporções abaixo de 10%: Tocantins, Piauí, Rio Grande do Norte, Bahia, Sergipe, Rio de Janeiro, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás (**Tabela 1**).

Conforme Lavezzo et al.⁽⁶⁾, ao redor de 40% das pessoas com a doença são assintomáticas, ou seja, terão a doença sem terem percebido nenhum sintoma. Contudo, mesmo entre a população com sintomas mais leves da doença (cerca de 80%, segundo um estudo epidemiológico⁽²⁰⁾), o IBGE trouxe dados relevantes para reafirmar a tese de que o “ficar em casa” prevaleceu no período de maio a agosto, embora com tendência de queda na quase totalidade dos estados. Isso foi muito importante para o período inicial da pandemia, pois reduziu o afluxo de pessoas que tenderiam a procurar diretamente as unidades de pronto atendimento e hospitais públicos e privados. Estamos nos referindo ao fato de que, na média do país, cerca de 69,8% dos sintomáticos de SG não procuraram unidade de saúde, ficando em casa no mês de maio, reduzindo para 56,1% em agosto. Na Paraíba, no início da coleta de dados do IBGE, foram 80,9%; e em Mato Grosso do Sul, 57,6%.

Por outro lado, quanto à procura por estabelecimentos de saúde, acreditamos que uma atenção primária à saúde forte deveria desempenhar um papel estratégico na organização e coordenação do cuidado para o combate ao novo coronavírus⁽²¹⁾, integrando-a às ações de vigilância

em saúde. Nessa direção, o Ministério da Saúde, logo no início da pandemia, no que tange ao registro de dados, implementou, no e-SUS vigente, um módulo específico para notificação de casos suspeitos da COVID-19. O IBGE também mapeou essa busca por serviços de APS durante a pandemia, isto é, entre os sintomáticos de SG, uma proporção crescente de pessoas (de 7,0% a 10,6%) encontrou ajuda e cuidado nos postos, centros de saúde e unidades de saúde da família. Chama-nos a atenção, contudo, que essa procura foi desigual entre as regiões do Brasil. No Norte e no Nordeste, o afluxo de pessoas foi maior, chegando a atingir valores próximos ou superiores a 20%, como em Rondônia, Roraima, Amapá, Tocantins, Piauí e Alagoas; mas também no Centro-Oeste, pontualmente em Mato Grosso (18,8%), Distrito Federal (18,5%) e Rio Grande do Sul (18,0%).

Já os dados de pessoas com sintomas “proxy COVID-19” também reafirmam ritmos diferentes, com diversas epidemias regionais, começando pelas regiões Norte e Nordeste e depois pontualmente em algumas UF, como Distrito Federal e Espírito Santo e, por fim, nos demais estados, sendo os últimos os da região Centro-Oeste e Sul. O indicador global “proxy COVID-19” revelou que 9,43 milhões de brasileiros (4,5% da população brasileira) tiveram sintomas associados à doença entre maio e agosto, com grandes diferenças regionais (**Tabela 1**, coluna “total” – sendo 18,7% no Amapá, 15,0% no Pará, 13,8% no Amazonas, 11,4% em Roraima, 10,3% no Acre, 9,0% no Maranhão, 7,7% no Ceará, 7,6% em Alagoas, 5,6% no Distrito Federal). Esse é um dos principais resultados da PNAD COVID-19 que pode ajudar a compreender a real dimensão da pandemia no Brasil, já que, como vimos anteriormente, nesse mesmo período (19^a a 35^a semanas epidemiológicas), o Ministério da Saúde registrava 3,75 milhões de casos confirmados, ou seja, uma diferença potencial de 151% com significantes desigualdades entre as UF (**Gráfico 2**).

Por fim, a partir da inclusão no questionário do número de pessoas que realizaram pelo menos um teste diagnóstico e seu resultado, o IBGE traçou o que podemos considerar como o perfil da desigualdade de acesso ao teste. Essa pergunta foi feita de forma livre, sem considerar os sintomas de SG, isto é, a todos os moradores dos domicílios particulares permanentes amostrados. Em agosto, a proporção acumulada de brasileiros que realizaram um teste era de 8,5% (sendo 19,4% no Distrito Federal, 11,4% em Goiás, 12,0% em Roraima, 11,9% no Amapá, 14,4% no Piauí). De forma geral, os estados das regiões Sudeste e Sul foram aqueles com menores índices para esse indicador (**Tabela 1**).

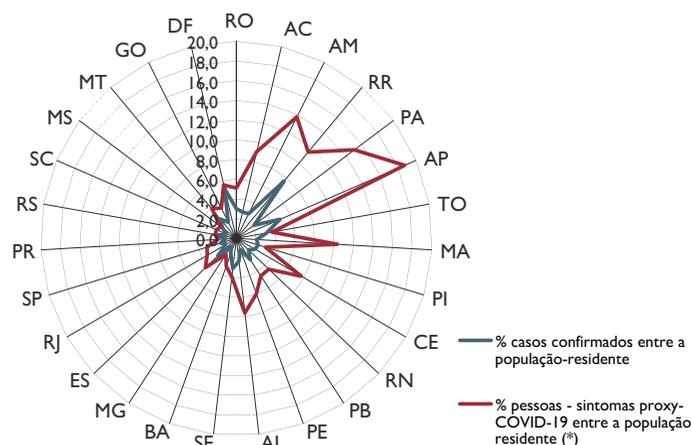
TABELA I – Distribuição da amostra realizada, indicadores selecionados de pessoas com sintomas de síndrome gripal e proxy COVID-19 Unidades da Federação (UF), Grandes Regiões – Brasil – PNAD– COVID-19 - maio a agosto/2020 (*)

Unidades da Federação e Grandes Regiões	Distribuição da amostra realizada				Indicador																		
	n ^(*)	% mulheres	% idosos	% planos ^(**)	#1				#2				#3				#4				Total ^(***)	#5 Ago	#6 Ago
					Mai	Jun	Jul	Ago	Mai	Jun	Jul	Ago	Mai	Jun	Jul	Ago	Mai	Jun	Jul	Ago			
Brasil	375.316	51,1	21,2	29,2	11,4	7,3	6,5	5,7	69,8	66,3	59,7	56,1	7,0	8,7	10,3	10,6	2,0	1,1	1,0	0,7	4,5	8,5	1,8
Rondônia	5.239	49,4	17,8	13,2	10,2	7,5	5,1	5,4	64,4	67,3	61,8	38,1	5,7	10,1	15,0	21,5	1,7	1,5	0,9	1,3	5,1	6,6	2,0
Acre	6.445	50,0	13,2	10,0	12,8	8,9	6,5	6,7	76,9	66,9	70,0	70,7	6,8	14,2	15,2	10,3	3,9	3,0	2,0	1,1	9,0	6,0	2,5
Amazonas	9.497	49,8	13,5	15,2	18,9	8,5	5,1	4,8	78,2	67,0	69,2	62,9	8,5	15,1	13,8	13,9	8,8	3,7	1,4	1,3	13,8	8,7	3,1
Roraima	4.978	48,3	13,1	8,6	13,6	12,4	5,9	5,4	68,7	64,9	51,5	47,2	15,2	21,5	36,3	25,2	3,5	5,0	2,3	1,7	11,4	12,0	7,0
Pará	11.235	49,9	15,0	15,2	21,3	9,0	5,5	6,2	72,8	67,0	64,1	62,4	11,5	15,9	15,7	14,7	10,1	3,2	1,6	1,4	15,0	8,5	3,1
Amapá	2.923	49,9	12,9	7,7	26,6	13,5	9,3	5,2	66,6	73,0	63,4	78,4	22,6	16,2	20,7	10,7	12,4	5,6	2,0	0,6	18,7	11,9	5,8
Tocantins	5.302	49,7	17,0	15,9	9,4	7,6	6,2	7,3	67,8	63,7	56,0	46,6	10,7	15,6	17,1	18,7	0,9	0,9	0,7	1,4	3,7	9,7	2,8
Região Norte	45.619	49,8	14,8	14,3	18,3	8,9	5,7	5,8	73,0	67,1	64,0	59,3	11,2	15,4	16,4	15,5	7,8	3,1	1,5	1,3	12,6	8,6	3,2
Maranhão	18.007	50,9	15,8	8,1	15,1	9,5	6,9	6,5	75,9	72,2	73,2	73,2	8,5	12,6	11,2	9,1	5,6	3,1	1,8	1,0	10,3	7,4	2,6
Piauí	8.250	51,6	19,3	17,8	5,6	5,6	4,9	4,0	69,9	74,0	56,8	57,1	9,4	11,9	21,9	18,9	0,5	1,0	1,1	0,7	3,1	14,4	2,6
Ceará	16.891	51,5	19,6	18,5	16,5	8,0	6,7	5,8	77,5	75,5	69,9	65,1	6,9	7,8	7,6	9,6	4,7	1,6	1,2	0,8	7,7	7,8	2,3
Rio Grande do Norte	8.201	51,3	20,2	19,5	7,3	7,8	6,2	4,9	69,8	67,7	64,3	64,6	10,3	14,3	15,4	13,3	0,9	1,9	1,5	0,5	4,6	9,0	2,0
Paraíba	9.520	51,7	20,2	17,5	14,2	10,8	8,9	8,2	80,9	71,5	70,3	70,9	6,1	10,7	13,0	10,7	2,1	1,3	1,0	0,7	4,5	9,1	2,3
Pernambuco	15.603	52,0	19,5	21,0	13,4	6,9	5,0	4,6	78,1	74,9	67,4	67,6	7,4	7,9	8,8	7,9	3,6	1,5	0,9	0,6	6,0	5,8	1,3
Alagoas	11.635	52,1	17,7	12,8	12,1	9,7	6,5	5,1	71,8	66,2	63,5	58,2	10,8	13,6	17,7	17,9	3,2	2,9	1,6	1,0	7,6	8,6	2,9
Sergipe	8.322	51,7	18,3	19,1	9,4	8,1	8,1	7,8	64,7	69,3	64,3	66,2	8,5	9,4	13,4	12,6	0,7	1,1	1,5	1,0	3,9	9,5	3,4
Bahia	17.262	51,4	19,8	17,9	9,8	8,9	7,7	6,5	72,3	71,0	65,4	64,2	6,3	7,2	10,3	9,0	0,7	0,8	1,0	0,6	3,0	8,7	1,7
Região Nordeste	113.691	51,5	19,1	17,1	12,2	8,4	6,8	5,9	75,3	72,0	67,2	66,2	7,5	9,6	11,4	10,4	2,7	1,6	1,2	0,7	5,7	8,3	2,1
Minas Gerais	34.092	50,8	23,3	33,8	11,1	7,9	7,4	6,4	64,5	62,2	58,2	50,1	5,6	7,1	7,4	11,1	0,5	0,5	0,6	0,5	2,0	6,1	0,9
Espírito Santo	14.748	50,8	21,9	32,4	11,7	9,1	7,1	5,6	68,2	62,8	64,9	55,7	5,9	8,5	9,5	9,4	1,4	1,5	1,1	0,7	4,3	8,3	2,1
Rio de Janeiro	28.124	52,2	24,5	38,0	9,3	4,4	3,8	3,0	71,2	69,4	63,7	56,7	4,7	6,3	8,3	6,2	2,0	0,7	0,5	0,5	3,4	8,6	1,5
São Paulo	34.501	51,2	22,9	40,8	11,2	7,0	6,8	5,8	68,3	65,9	57,1	54,9	5,1	5,7	7,6	8,2	1,1	0,7	0,9	0,6	3,1	9,4	1,7
Região Sudeste	111.464	51,3	23,3	38,2	10,8	6,8	6,4	5,4	67,8	65,1	58,6	53,8	5,2	6,3	7,8	8,9	1,2	0,7	0,8	0,6	3,0	8,4	1,5
Paraná	19.788	51,0	22,8	33,4	7,8	5,8	6,8	5,5	61,2	63,4	56,2	54,9	8,0	8,3	12,5	10,9	0,6	0,4	0,5	0,5	1,9	6,7	1,1
Rio Grande do Sul	22.998	50,4	23,0	29,8	8,1	4,7	5,4	4,4	59,6	52,0	47,4	42,7	6,9	12,0	14,0	18,0	0,5	0,4	0,7	0,6	2,2	7,2	1,6
Santa Catarina	21.861	51,3	25,6	38,2	12,2	8,6	7,7	8,2	63,2	59,5	51,2	44,0	5,8	4,9	7,5	9,1	0,6	0,5	0,6	0,8	2,2	7,6	0,8

Unidades da Federação e Grandes Regiões	Distribuição da amostra realizada				Indicador																		
	n (**)	% mulheres	% idosos	% planos (**)	#1				#2				#3				#4				Total (***)	#5	#6
					Mai	Jun	Jul	Ago	Mai	Jun	Jul	Ago	Mai	Jun	Jul	Ago	Mai	Jun	Jul	Ago			
Região Sul	64.647	51,0	23,9	34,4	9,5	6,6	6,8	6,2	61,8	59,6	52,4	47,4	6,7	7,2	10,7	11,2	0,6	0,4	0,6	0,6	2,1	7,1	1,1
Mato Grosso do Sul	8.628	50,4	19,9	27,1	5,9	5,4	5,5	5,2	57,6	51,7	46,3	43,1	10,5	9,6	9,8	12,6	0,3	0,5	0,6	0,6	2,0	7,6	1,1
Mato Grosso	11.306	49,3	18,9	22,8	5,4	6,0	7,6	5,1	59,9	55,9	48,7	51,2	11,2	13,1	19,4	18,8	0,4	1,1	1,8	0,9	3,9	8,9	2,3
Goiás	13.433	50,4	19,7	30,1	7,5	6,3	7,2	7,0	65,5	62,0	51,9	43,7	6,6	8,8	8,4	11,0	0,3	0,7	1,4	1,3	3,4	11,4	2,7
Distrito Federal	6.528	52,0	19,2	37,8	10,1	7,9	7,8	5,9	69,0	56,6	48,0	52,2	5,8	12,6	18,5	14,0	0,8	1,4	2,2	1,6	5,6	19,4	4,1
Região Centro-Oeste	39.895	50,5	19,5	29,5	7,3	6,4	7,1	6,1	64,5	58,1	49,7	46,5	7,6	10,6	13,2	13,2	0,4	0,9	1,5	1,2	3,7	11,7	2,6

Fonte: Microdados da PNAD COVID-19, IBGE, 19ª a 35ª semanas epidemiológicas de 2020. (*) Legenda de indicadores: (1) proporção de pessoas com pelo menos um dos sintomas de SG, (2) proporção de pessoas que não procuraram estabelecimento de saúde e ficaram em casa, entre aquelas com pelo menos um dos sintomas de SG, (3) proporção de pessoas que procuraram estabelecimento de saúde em unidades de atenção primária à saúde, entre aquelas que apresentaram pelo menos um dos sintomas de SG, (4) proporção de pessoas com sintomas conjugados associados à COVID-19, (5) proporção de pessoas que fizeram pelo menos um teste para saber se estavam infectadas pelo novo coronavírus entre o total da população. É um indicador de casos acumulados, e (6) proporção de pessoas que fizeram algum teste para saber se estavam infectadas pelo novo coronavírus e testaram positivo entre o total da população. É um indicador de casos acumulados. (**) n = número médio de moradores na amostra entre maio e agosto/2020; % idosos = % moradores com 60 anos ou mais; % planos = % de pessoas com planos de saúde. (***) O total exclui a dupla contagem, isto é, moradores que relataram mais de uma vez os sintomas de SG considerados como proxy COVID-19 nesse indicador #4.

GRÁFICO 2 – Distribuição das pessoas com sintomas conjugados de COVID-19 e número de casos confirmados por Unidades da Federação (UF). Brasil – maio a agosto/2020 (*)



Fontes: IBGE, PNAD COVID-19 e Ministério da Saúde, Painel COVID-19 (<https://covid.saude.gov.br/>) acesso 2020 out 11.

(*)Para o indicador de proporção de pessoas com sintomas conjugados de COVID-19, foi considerada a linkage para o período de maio a agosto de pessoas nessa situação, sem dupla contagem a partir da PNAD COVID-19. A população-residente considerada no denominador para o cálculo dos indicadores considerou a média populacional para o período de maio a agosto/2020 de acordo com as estimativas do IBGE na PNAD COVID-19. Nota: O período de maio a agosto corresponde à soma das 19ª a 35ª semanas epidemiológicas de início dos sintomas.

7.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação deste estudo é não comparar os resultados com o número de internações e nível de gravidade delas no inquérito do IBGE, com o Painel COVID-19 do Ministério da Saúde, mais especificamente com o Sivep. Apenas a título de exemplo (dados não tabulados), até outubro de 2020, segundo o referido Painel, a taxa bruta de mortalidade pelo novo coronavírus na cidade do Rio de Janeiro (170/100 mil habitantes) foi a maior entre todas as 27 capitais do Brasil. Contudo, não utilizar os dados de internação e óbitos foi uma escolha que fizemos, dado o espaço limitado para este trabalho.

Em relação à PNAD COVID-19, outra limitação reside no fato de não ter havido coleta de sangue. Porém, como já havia em curso o planejamento de um inquérito epidemiológico pela UFPel com esse escopo, não fazia sentido alocar recursos para uma segunda pesquisa. Se, por um lado, isso pode representar uma desvantagem, por outro, apresenta-se como uma marca que torna a pesquisa do IBGE como singular. Como vimos no calendário de divulgação que foi sempre cumprido pelo Instituto, um mês após a coleta dos dados, a sociedade brasileira em um país continental já podia conhecer os resultados apurados.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do IBGE confirmam a tendência geral de diversas epidemias locais em ritmos diferentes, também computada pelos sistemas de informação do Ministério da Saúde (e-SUS VS e Sivep), com a vantagem de serem representativos das populações locais em termos estatísticos. Como vimos, 3,87 milhões de casos acumulados até a 35ª semana epidemiológica (1,83% do total dos brasileiros) afirmaram já terem testado positivo para a COVID-19, o que traz uma informação muito relevante para conhecer o ritmo atual da pandemia no Brasil. Ademais, essa estimativa, quando comparada ao total de 3,73 milhões de casos registrados pelo Ministério da Saúde (total de casos positivos acumulados para a COVID-19 até a 35ª semana epidemiológica subtraído do total de óbitos no período), demonstra a qualidade da coleta dos resultados da PNAD COVID-19 e sua representatividade em termos nacionais.

A riqueza dos dados coletados pela PNAD COVID-19 permite uma diversidade de possibilidades, incluindo outras comparações por UF, municípios das capitais, regiões metropolitanas. Por exemplo, o cruzamento com os resultados obtidos no próprio módulo de saúde do instrumento, associando-os a comorbidades referidas, ou no módulo sobre trabalho, cotejando-os com os domicílios em que pelo menos um dos moradores recebeu auxílio do governo federal – “auxílio emergencial”. Essa faceta da pandemia no Brasil não foi aqui estudada pela limitação do espaço, mas consideramos muito importante o olhar das desigualdades sociais que podem ajudar a explicá-la, para além do fator etário.

Em plena crise sanitária e social, o país conseguiu desenvolver e implementar uma nova metodologia para coleta de dados domiciliares, e espera-se que ela possa ser absorvida e utilizada em outros estudos de abrangência nacional. Em sua trajetória octogenária, a capacidade de se modernizar e de reinventar processos de trabalho, a capilaridade única do Instituto e seus mais de 500 escritórios regionais em todo o território nacional podem contribuir decisivamente para o monitoramento das ações de vigilância em saúde, trazendo resultados tempestivos, robustos, longitudinais e confiáveis do ponto de vista estatístico para auxiliar os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Concordamos com Penna et al. ⁽²²⁾ quando descrevem a PNAD COVID-19 como “*um novo e poderoso instrumento para Vigilância em Saúde no Brasil*”; e propomos que o fortalecimento da atenção primária à saúde esteja coordenando o cuidado dessas ações da vigilância no nível local. Afinal, serão as equipes de saúde da família as principais responsáveis pela imunização contra a COVID-19, caso tenhamos alguma vacina aprovada pela Anvisa no horizonte.

Esperamos que o Ministério da Saúde siga apoiando o IBGE em novas estratégias de apoio à vigilância em saúde e atenção primária e que aproxime, nessas discussões, os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), bem como os órgãos de estatística dos governos estaduais e mesmo municipais em cada região.

FIGURA I - PNAD COVID-19 - IBGE - Calendário de coleta de dados e divulgação - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação (UF). Semanas epidemiológicas - maio a outubro/2020.

Semana epidemio-lógica (SVS/ Min. Saúde)	Semana de referência (IBGE)	Semana de coleta de dados (IBGE)	Meses	Semanas	Divulgação semanal	Divulgação mensal
19 ^a	03/05/2020 a 09/05/2020	10/05/2020 a 16/05/2020		1	16/06/2020	
20 ^a	10/05/2020 a 16/05/2020	17/05/2020 a 23/05/2020	Maio	2		3a f - 16/06/2020 (dados de maio)
21 ^a	17/05/2020 a 23/05/2020	24/05/2020 a 30/05/2020		3		
22 ^a	24/05/2020 a 30/05/2020	31/05/2020 a 06/06/2020		4		

Semana epidemiológica (SVS/ Min. Saúde)	Semana de referência (IBGE)	Semana de coleta de dados (IBGE)	Meses	Semanas	Divulgação semanal	Divulgação mensal
23ª	31/05/2020 a 06/06/2020	07/06/2020 a 13/06/2020	Junho	1	26/06/2020	
24ª	07/06/2020 a 13/06/2020	14/06/2020 a 20/06/2020		2	03/07/2020	
25ª	14/06/2020 a 20/06/2020	21/06/2020 a 27/06/2020		3	10/07/2020	5a f - 23/07/2020 (dados de junho)
26ª	21/06/2020 a 27/06/2020	28/06/2020 a 04/07/2020		4	17/07/2020	
27ª	28/06/2020 a 04/07/2020	05/07/2020 a 11/07/2020		1	24/07/2020	
28ª	05/07/2020 a 11/07/2020	12/07/2020 a 18/07/2020	Julho	2	31/07/2020	5a f - 20/08/2020 (dados de julho)
29ª	12/07/2020 a 18/07/2020	19/07/2020 a 25/07/2020		3	07/08/2020	
30ª	19/07/2020 a 25/07/2020	26/07/2020 a 01/08/2020		4	14/08/2020	
31ª	Parada técnica - 02/08/2020 a 08/08/2020					
32ª	02/08/2020 a 08/08/2020	09/08/2020 a 15/08/2020	Agosto	1	28/08/2020	4a f - 23/09/2020 (dados de agosto)
33ª	09/08/2020 a 15/08/2020	16/08/2020 a 22/08/2020		2	04/09/2020	
34ª	16/08/2020 a 22/08/2020	23/08/2020 a 29/08/2020		3	11/09/2020	
35ª	23/08/2020 a 29/08/2020	30/08/2020 a 05/09/2020		4	18/09/2020	
36ª	30/08/2020 a 05/09/2020	06/09/2020 a 12/09/2020	Setembro	1	25/09/2020	6a f - 23/10/2020 (dados de setembro)
37ª	06/09/2020 a 12/09/2020	13/09/2020 a 19/09/2020		2	02/10/2020	
38ª	13/09/2020 a 19/09/2020	20/09/2020 a 26/09/2020		3	09/10/2020	
39ª	20/09/2020 a 26/09/2020	27/09/2020 a 03/10/2020		4	16/10/2020	
40ª	Parada técnica - 04/10/2020 a 10/10/2020					

Semana epidemiológica (SVS/ Min. Saúde)	Semana de referência (IBGE)	Semana de coleta de dados (IBGE)	Meses	Semanas	Divulgação semanal	Divulgação mensal
41 ^a	04/10/2020 a 10/10/2020	11/10/2020 a 17/10/2020		1	30/10/2020	5a f - 26/11/2020
42 ^a	11/10/2020 a 17/10/2020	18/10/2020 a 24/10/2020	Outubro	2	06/11/2020	(dados de outubro)
43 ^a	18/10/2020 a 24/10/2020	25/10/2020 a 31/10/2020		3	13/11/2020	
44 ^a	25/10/2020 a 31/10/2020	01/11/2020 a 07/11/2020		4	19/11/2020	

Fonte: Elaboração própria, a partir de uma adaptação do calendário do IBGE, disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/calendario.php> [acesso em 2020 out 11]

Obs 1: Para elaboração do artigo submetido em outubro foram consideradas as semanas epidemiológicas disponíveis (19^a a 35^a). O IBGE realizou parada técnica e não coletou dados na 31^a semana epidemiológica.

REFERÊNCIAS

1. Schwarcz LM. Quando acaba o século XX. Rio de Janeiro. Breve Companhia: ensaio. Editora Companhia das Letras; 2020.
2. Worldometer. COVID-19 Coronavirus Pandemic [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1 88, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Diário Oficial da União [Internet]. 4 fev 2020 [acesso 2020 out 11]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Primeiro caso de Covid-19 no Brasil permanece sendo o de 26 de fevereiro. Agência de Notícias [Internet]. 17 jul 2020 [acesso 2020 out 04]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/primeiro-caso-de-covid-19-no-brasil-permanece-sendo-o-de-26-de-fevereiro>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 04]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
6. Lavezzo E, et al. Imperial College COVID-19 Response Team. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. Nature [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 04];584(7821):425-429. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2488-1>.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD COVID19 – Plano amostral e ponderação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso 2020 out 04]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101726>.
8. Nery C. IBGE faz parceria com Ministério da Saúde para monitorar casos de Covid-19. Agência IBGE Notícias [Internet]. 2 abr 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27302-ibge-faz-parceria-com-ministerio-da-saude-para-monitorar-casos-de-covid-19>.
9. Connors E, Sutherland E. Coronavirus (COVID-19) Infection Survey. Office for National Statistics [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/datasets/coronaviruscovid19infectionsurveydata>.
10. Pollán M, et al. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. Lancet [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 12];396(10250):535-44. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31483-5/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31483-5/fulltext#articleInformation).

11. Hallal PC, et al. EPICOV19 protocol: repeated serological surveys on SARS-CoV-2 antibodies in Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 12];25(9):3573-78. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3573.pdf>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) COVID-19 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso 2020 out 04]. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>.
13. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020; 323(13):1239-42. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instrumentos de coleta. PNAD COVID-19. Versão maio-junho [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5586.pdf.
15. Lapostolle F, et al. Clinical features of 1487 COVID-19 patients with outpatient management in the Greater Paris: the COVID-call study. *Intern Emerg Med*. 2020;15(5):813-17. doi: <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02379-z>
16. Menni C, et al. Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *Nat Med*. 2020;26(7):1037-40. doi: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0916-2>.
17. British Medical Journal Best Practice. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000168/history-exam>.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Calendário de divulgação PNAD COVID19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/calendario.php>.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Instrumentos de coleta. PNAD COVID-19. Versão julho-agosto-setembro [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 10]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/instrumentos_de_coleta/doc5592.pdf.
20. Team The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology (NCPERE). Vital Surveillances: The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19) - China, 2020. *China CDC Weekly*. 2020;2(8):113-122.
21. Harzheim E, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 13];25(Suppl 1):2493-97. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25s1/1413-8123-csc-25-s1-2493.pdf>.
22. Penna GO, et al. PNAD COVID-19: um novo e poderoso instrumento para Vigilância em Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 11];25(9):3567-71. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3567.pdf>.

A ORGANIZAÇÃO DA VIGILÂNCIA LABORATORIAL E A REDE DE LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Maria de Lourdes Aguiar Oliveira¹, André Luiz de Abreu², Marilda Mendonça Siqueira³

RESUMO: A pandemia de COVID-19 constituiu um dos maiores desafios contemporâneos em Saúde Pública. Presentemente, o cenário epidemiológico varia nos distintos países, segundo a fase epidêmica e as medidas de mitigação. No nível nacional, o enfrentamento das emergências sanitárias é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde. A SVS dispõe de uma Rede de Laboratórios de Saúde Pública, com unidades em cada estado, voltada para o diagnóstico e vigilância laboratorial dos agravos de notificação, sob a coordenação técnica do Laboratório de Referência Nacional e da Coordenação Geral de Laboratórios, SVS. Sob a perspectiva da vigilância, tal estrutura é essencial para responder aos surtos e epidemias, monitorar as doenças de importância em Saúde Pública e identificar a (re)emergência de patógenos. A resposta laboratorial à pandemia de COVID-19 teve como base a expertise e a infraestrutura instalada para o atendimento à vigilância de Influenza, fortalecida durante a pandemia de Influenza A/H1N1pdm em 2009. Neste ensaio, objetivamos oferecer um breve histórico sobre a organização da vigilância laboratorial e o papel da Rede de Laboratórios de Saúde Pública durante a pandemia de COVID-19. Os principais desafios e janelas de oportunidade serão sucintamente discutidos.

PALAVRAS-CHAVE: Pandemias. COVID-19. Vigilância Epidemiológica. Vigilância Laboratorial. Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB).

1 Bióloga com doutorado em Biologia Celular e Molecular, com experiência em Laboratórios de Referência Nacional e Saúde Pública. É membro da equipe do Laboratório de Vírus Respiratórios e do Sarampo, Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Fiocruz, assessora da vice-direção de Laboratórios de Referência, Ambulatórios e Coleções Biológicas do IOC e coordena a Câmara Técnica de Laboratórios de Referência do IOC. <http://lattes.cnpq.br/7395438327674330>. lourdes.oliveira@fiocruz.br.

2 Farmacêutico, com mestrado em Avaliação de Programas e Projetos de Saúde e ampla experiência em Saúde Coletiva. É coordenador da Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. <http://lattes.cnpq.br/2269172676299509>. andre.abreu@saude.gov.br.

3 Farmacêutica bioquímica, com doutorado em Microbiologia, com experiência em Laboratórios de Referência Nacional e Saúde Pública. Chefia a equipe do Laboratório de Vírus Respiratórios e do Sarampo, Instituto Oswaldo Cruz (IOC), Fiocruz, Laboratório de Referência Nacional em Influenza, Sarampo e COVID-19 para o Ministério da Saúde, Regional em Sarampo, Nacional em Influenza e Internacional para COVID-19/organização Mundial da Saúde /OPAS. É membro de vários comitês internacionais e grupos de trabalho da Organização Mundial da Saúde. <http://lattes.cnpq.br/2659279737539051>. mmsiq@ioc.fiocruz.br.



I. INTRODUÇÃO

O vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave-2 (SARS-CoV-2) é o agente etiológico da doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19), responsável por uma das pandemias de maior magnitude dos últimos séculos e um dos principais desafios contemporâneos em Saúde Pública. Após a identificação dos primeiros casos em Wuhan, China, em dezembro de 2019⁽¹⁻²⁾, o vírus rapidamente se disseminou pela Ásia e Europa, levando a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar a pandemia de COVID-19 em março de 2020⁽³⁾. Atualmente, o cenário epidemiológico varia nos distintos países, segundo a fase epidêmica e as medidas de mitigação adotadas⁽⁴⁾.

Com base no Regulamento Sanitário Internacional⁽⁵⁾, a OMS coordena a resposta global para o enfrentamento às emergências sanitárias de interesse internacional (ESPII), cujas recomendações são seguidas pelos países membros, incluindo o Brasil. Como em outras Emergências em Saúde Pública (ESP) de Interesse Nacional⁽⁶⁾ ou Internacional⁽⁷⁾, um Plano de Contingência é acionado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS), visando à preparação, à orientação e à coordenação da resposta no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), envolvendo as diferentes esferas de governo. Em fevereiro de 2020, o MS publicou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19⁽⁸⁾, em consonância com o as diretrizes da OMS⁽⁹⁾ e com a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)⁽¹⁰⁾.

O Laboratório constitui um componente essencial nesse contexto. Em 2004, o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab) – um conjunto de redes nacionais de laboratórios de saúde pública (Lacen), organizadas em sub-redes por agravos ou programas – foi reestruturado de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas com a vigilância em saúde, que compreendem a vigilância epidemiológica dos agravos de notificação⁽¹¹⁾, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância sanitária e a assistência médica. Portanto, a vigilância

laboratorial é realizada de forma integrada e sob a administração da Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB), SVS, MS e coordenação técnica dos Laboratórios de Referência Nacional (LRN)⁽¹²⁾. Os LRN constituem laboratórios de excelência técnico-científica especializada, cujas principais atribuições consistem no assessoramento ao gestor nacional e coordenação técnica da rede de vigilância laboratorial. Além da aplicação de metodologias de alta complexidade, os LRN desenvolvem pesquisas aplicadas – visando responder às principais questões e desafios em Saúde Pública – e capacita pessoas na sua área de abrangência, de modo a continuamente fomentar as ações desenvolvidas no SUS⁽¹²⁾. Dada a sua expertise e capacidade instalada, parte dos LRN também constituem unidades de referência internacional, integrantes da Rede OMS, para a vigilância global de agravos de importância para a Saúde Pública, tais como como gripe⁽¹³⁾, leptospirose⁽¹⁴⁾ e COVID-19⁽¹⁵⁾.

Dessa forma, o SUS dispõe de uma Rede de Laboratórios instalados em cada unidade da federação, voltada para o diagnóstico e vigilância dos agravos de notificação. Sob a perspectiva da vigilância, essa estrutura é fundamental, não apenas para o monitoramento de doenças nos âmbitos local e nacional, mas para efetivamente responder às epidemias e emergências sanitárias, como as pandemias de Influenza A/H1N1pdm em 2009, Zika vírus em 2015 e COVID-19 em 2020. Ainda, cabe destacar que a vigilância contínua, realizada pelas Secretarias de Saúde estaduais e municipais, em conjunto com o Sislab, permite a identificação de novos patógenos, a emergência de variantes patogênicas com potencial epidêmico, como o Influenza H1N2⁽¹⁶⁾ ou resistentes aos tratamentos disponíveis, como ocorre em alguns casos de infecção por Influenza⁽¹⁷⁾, vírus da hepatite C⁽¹⁸⁾, bactérias multirresistentes⁽¹⁹⁻²⁰⁾ e na tuberculose⁽²¹⁻²²⁾. No escopo do Sislab, o fluxo de amostras e resultados ocorre em tempo real, por meio do Sistema de Gerenciamento Laboratorial (GAL) – a base oficial de dados de laboratório, sob a gerência direta da CGLAB. Um diferencial fundamental da Rede consiste na implementação compulsória de Sistema da Qualidade, com base nas normas ABNT-ISO⁽²³⁻²⁴⁾, garantindo acurácia, precisão, comparabilidade e rastreabilidade dos resultados obtidos em todo o território nacional. O conjunto de laboratórios é regularmente auditado nos requisitos normativos gerenciais e técnicos, de modo a assegurar a confiabilidade dos resultados gerados e garantir alto padrão aos serviços ofertados pelo SUS. Finalmente, as metodologias utilizadas no âmbito da Rede são nacional ou internacionalmente definidas pelo LRN e/ou OMS respectivamente.

Para tratarmos posteriormente da COVID-19, faz-se oportuna uma breve apresentação do Programa de Vigilância Epidemiológica de Influenza e outros vírus respiratórios, por constituir a base para a estruturação da resposta à pandemia de COVID-19. Ainda nos anos 1980, com o objetivo de identificar a etiologia dos casos de infecção respiratória aguda, foi iniciado um estudo-piloto sob a coordenação do MS, envolvendo o Laboratório de Vírus Respiratórios e do Sarampo, IOC, Fundação Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro (Fiocruz-RJ), o Instituto Adolpho Lutz (IAL) em São Paulo, o Instituto Evandro Chagas (IEC) no Pará e alguns estados brasileiros. Cabe destacar que os três primeiros laboratórios atuam integradamente desde então, uma vez que constituem Centros Nacionais de Influenza (NIC) para a OMS e atuam como Laboratórios

de Referência Regional (IAL e IEC) e Nacional (Fiocruz) para o MS^(12,25). No ano 2000 – após a primeira campanha de vacinação anti-Influenza no Brasil em 1999 –, o MS começou a gradual organização do sistema de vigilância epidemiológica e laboratorial de Influenza.

Com a regulamentação da atividade laboratorial no contexto da vigilância em saúde e da reorganização do Sislab em 2004, as equipes de todos os Lacen foram treinadas e/ou recicladas para a implementação do diagnóstico laboratorial das viroses respiratórias em todo o país. A partir de 2009 e em decorrência da pandemia de Influenza A/H1N1pdm, um amplo investimento foi realizado na Rede, envolvendo a adequação da infraestrutura de parte dos laboratórios, aquisição de equipamentos, treinamento de pessoas e a implantação pioneira do sistema GAL. O diagnóstico de Influenza por RT-PCR em tempo real foi descentralizado para os estados, que passaram a operar padronizadamente. Para a vigilância sentinela de Influenza, o Brasil dispõe de uma rede de unidades de assistência, credenciadas para a coleta e envio de amostras de casos de Síndrome Gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG), visando ao monitoramento dos vírus circulantes na população e a eventual emergência de novos subtipos virais com potencial pandêmico. Em 2011, os critérios técnicos para o credenciamento dessas unidades foram revisados, de modo a implementar quali e quantitativamente a representatividade da amostragem monitorada. Como parte dessa mesma iniciativa, a vigilância de SRAG foi ampliada, com o objetivo de captar mais eficientemente novas variantes virais de relevância clínica⁽²⁶⁾. No decorrer do tempo, outros vírus respiratórios – tais como o Vírus Respiratório Sincicial, Metapneumovírus humano, Parainfluenza 1-3, Adenovírus, Bocavírus, Rinovírus, Coronavírus humanos HKU, OC43, NL63, 229E – passaram a ser pesquisados nos laboratórios, e a testagem para parte deles foi incluída na rotina de vigilância. Gradualmente, acompanhamos a mudança da plataforma analítica – anteriormente baseada em imunofluorescência – para a integração definitiva dos ensaios de biologia molecular. Tais mudanças e adequações propiciaram um incremento de sensibilidade na detecção viral, na capacidade analítica da Rede – com a automação do processo ou parte dele – e na celeridade de resposta e liberação de resultados. O fortalecimento desse programa e da capacidade instalada foram primordiais para o presente enfrentamento da pandemia de COVID-19⁽²⁷⁾.

O presente ensaio objetiva oferecer um breve histórico sobre a organização da vigilância laboratorial e o papel da Rede de Laboratórios de Saúde Pública na pandemia de COVID-19. Os principais desafios e janelas de oportunidade serão sucintamente discutidos.

2. MÉTODOS

Para a elaboração deste capítulo, foram acessados artigos científicos indexados, legislações e documentos referenciais disponíveis em diferentes bases de dados, tais como o Centro Nacional de Informações em Biotecnologia do Instituto Nacional de Saúde, EUA (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), OMS (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>), MS do Brasil (<https://coronavirus.saude.gov.br/>) e Fiocruz/MS (<https://portal.fiocruz.br/>). Ainda, a narrativa também se baseia na experiência dos autores, que participaram da consolidação do

Sislab e das últimas pandemias por vírus respiratórios, no exercício de suas atividades nos LNR da Fiocruz e na CGLAB, SVS, MS.

Os dados analisados e apresentados foram obtidos a partir do Sistema GAL, Sivep-Gripe e Sinan Web (<http://plataforma.saude.gov.br/coronavirus/dados-abertos/>) – as fontes oficiais da SVS/MS para a vigilância epidemiológica de viroses respiratórias.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A PREPARAÇÃO DA RESPOSTA LABORATORIAL PARA O ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Desde janeiro de 2020, o Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (Cievs) monitorava a situação da infecção pelo SARS-CoV-2. Após alinhamento com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS)⁽²⁸⁾, a SVS ativou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus (COE-nCoV), conforme previsto no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública⁽²⁹⁾. Ainda em janeiro, foi publicado o primeiro Boletim Epidemiológico da SVS, com as informações sobre o cenário epidemiológico e orientações para a definição de casos suspeitos, notificação, diagnóstico clínico e laboratorial, medidas de prevenção, controle e assistência⁽³⁰⁾. No início de fevereiro, o Brasil declarou a Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (Espin). Tal declaração permitiu ao COE tomar providências essenciais ao planejamento e resposta à pandemia, contemplando desde a articulação com os gestores das diferentes esferas de governo até a aquisição justificada de bens e serviços⁽³¹⁾. Em 26 de fevereiro, o Brasil registrou o primeiro caso importado de COVID-19 em São Paulo⁽²⁸⁻³²⁾ e, desde então, o cenário epidemiológico evoluiu no país, de acordo com as especificidades regionais⁽³³⁾.

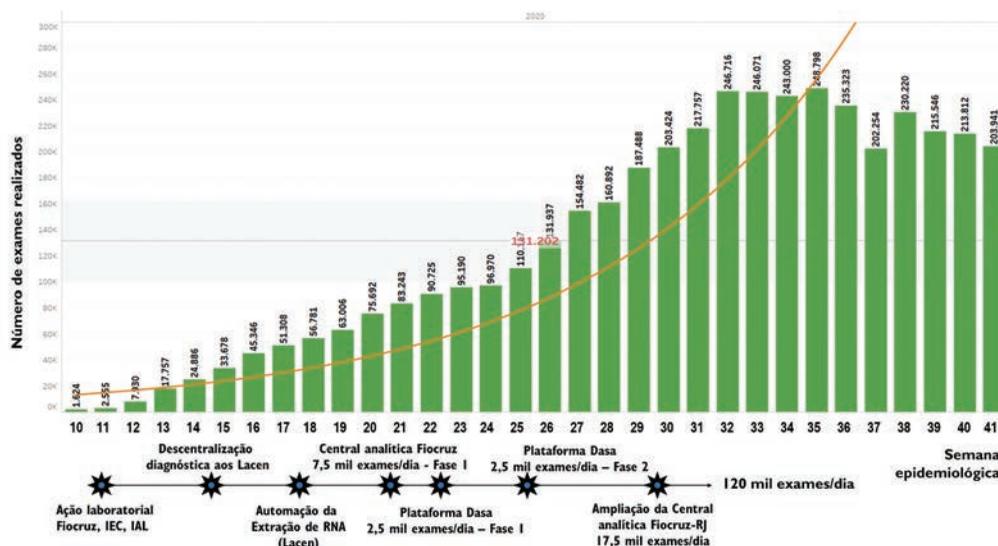
Sob a perspectiva laboratorial, em janeiro de 2020, o LRN-Fiocruz já havia implantado a técnica de RT-PCR em tempo real para a detecção de SARS-CoV-2, com base nos protocolos recomendados pela OMS. Esse ensaio de biologia molecular é referenciado como o padrão-ouro para o diagnóstico de casos suspeitos de COVID-19⁽³⁴⁾. Na fase inicial da pandemia, o LRN constituiu a unidade responsável pela testagem dos casos suspeitos no âmbito nacional, conforme preconizado pelo MS⁽³⁰⁾. Juntamente com a Opas, o LRN-Fiocruz realizou o treinamento do IAL e IEC⁽³⁵⁾ e, no início de fevereiro, capacitou profissionais de outros países da América Latina (Argentina, Bolívia, Chile, Colômbia, Equador, Panamá, Paraguai, Peru e Uruguai) na metodologia de RT-PCR em tempo real para a detecção de SARS-CoV-2^(27,35). Ainda nesse período, com a vinda dos brasileiros expatriados de Wuhan, China⁽³⁶⁾, a Fiocruz e o IEC capacitaram o Lacen Goiás para atendimento àquela demanda. Nesse ínterim, Bio-Manguinhos Fiocruz já iniciava o desenvolvimento de reativos para o diagnóstico molecular de COVID-19, ora produzido em pequena escala. A partir de março, os Lacen foram treinados na metodologia de análise, visando à

subsequente descentralização diagnóstica – menos de um mês após o primeiro caso importado de COVID-19 no Brasil. A recomendação do MS consistia no envio da primeira amostra positiva para SARS-CoV-2 aos NIC, para a confirmação e validação do resultado inicial, independentemente se testada pela rede pública ou privada. Tal medida foi fundamental, tendo em vista a revogação temporária e excepcional da RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005 durante a ESPII⁽³⁷⁾. Em abril, o LRN-Fiocruz foi designado pela OMS como Laboratório de Referência Internacional para as Américas, juntamente com o Centro de Controle de Doenças estadunidense^(15,38).

3.2 A IMPLEMENTAÇÃO DA CAPACIDADE NACIONAL DE TESTAGEM

Visando ao incremento da capacidade analítica e à resposta oportuna pela Rede de Laboratórios – em virtude da célere escalada no número de casos de COVID-19 –, vários esforços e iniciativas foram desenvolvidos pela CGLAB/SVS/MS, com o amplo apoio do Conass e Conasems, entre os quais, figura o investimento no Sislab da ordem de, aproximadamente, R\$ 120 milhões⁽³⁹⁾. A CGLAB também providenciou o comodato de equipamentos para a extração automatizada de ácidos nucleicos, os quais foram instalados em dez Lacen. Esse ensaio constitui uma etapa necessária para a posterior realização do exame de RT-PCR em tempo real. Nesse período, a capacidade de testagem da Rede de Lacen foi ampliada para cerca de 28 mil exames diários. Em maio de 2020, a central analítica da Fiocruz foi implementada no Rio de Janeiro, com capacidade inicial de 7.500 exames/dia. Essa central foi fomentada pela iniciativa privada com a participação do grupo “Todos pela Saúde”, grupo Itaú, Banco do Brasil, Bradesco e outros, permitindo a expansão posterior no próprio estado. As regionais da Fiocruz nos estados do Paraná e Ceará foram também incorporadas, ampliando consideravelmente o quantitativo de resposta para 17.500 testes/dia. O Instituto Butantan em São Paulo e o Instituto de Biologia Molecular do Paraná também ofereceram um relevante apoio. Em junho, a Rede Dasa – que começou a operar com um quantitativo de 2.500 exames/dia – colaborava com a disponibilização de 10 mil exames diários. Finalmente, uma contribuição valiosíssima foi prestada pelos Institutos de Pesquisa, como a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária (Embrapa, Mato Grosso do Sul e Santa Catarina), Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCTs, pelas universidades públicas de vários estados brasileiros, Laboratórios do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (Mapa), das Forças Armadas e Polícia Federal. Portanto, foi realizado um amplo esforço conjunto de testagem para o enfrentamento da pandemia, que envolveu diversos atores dos setores público e privado. Essa mobilização nacional foi fundamental no contexto da resposta laboratorial. Desde agosto de 2020, o país conta com uma capacidade diária de resposta laboratorial da ordem de 120 mil exames diários. Para cerca de 90% das amostras, o prazo para a liberação de resultados varia de 10 horas a 48 horas, a partir do recebimento das amostras pelo laboratório. Esses valores revelaram um incremento proporcional a 40,0% na capacidade diária de testagem e 30,0% na celeridade de resposta, quando comparados a junho de 2020. Os exames de RT-PCR em tempo real realizados nos casos suspeitos de COVID-19 segundo a semana epidemiológica, bem como as principais ações realizadas para a ampliação da capacidade diagnóstica no país, encontram-se representados na **Figura 1**.

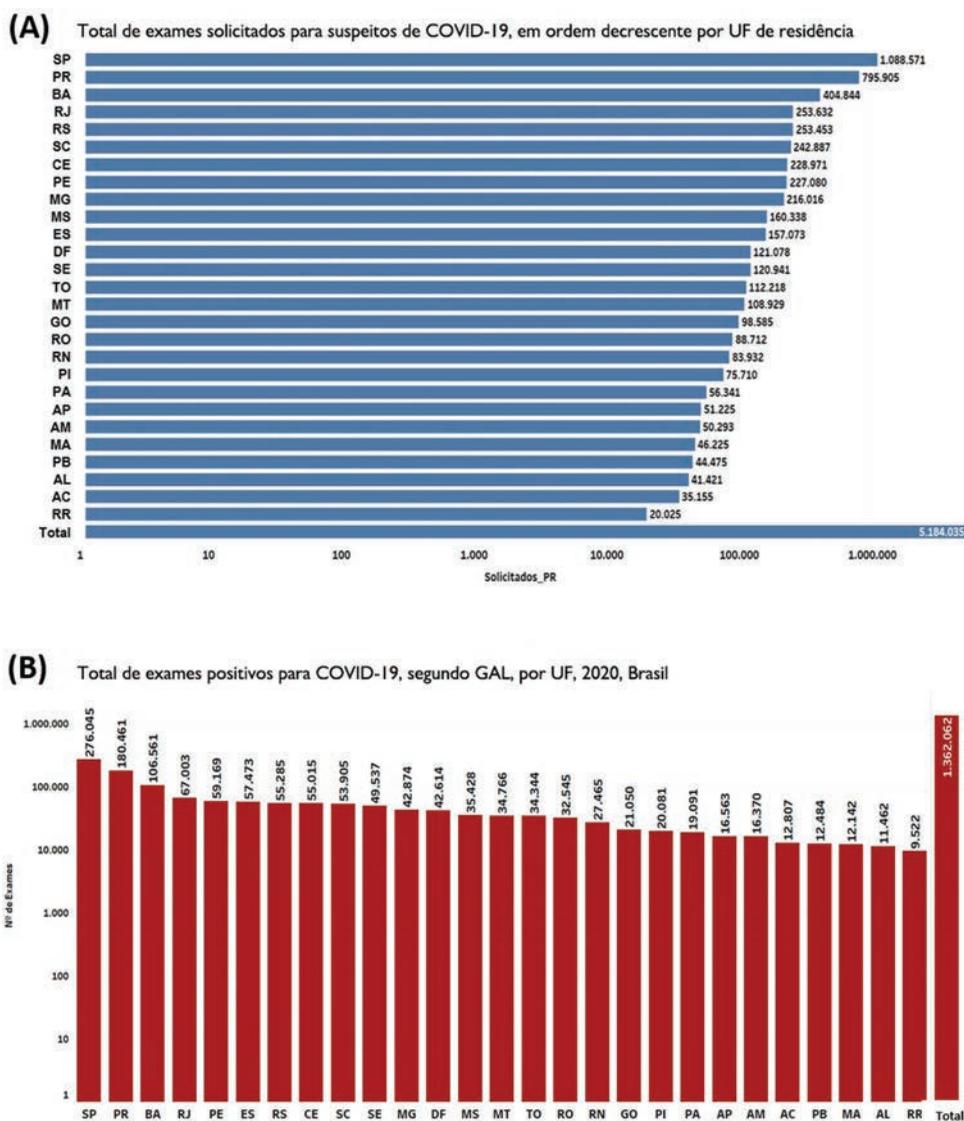
FIGURA 1. Distribuição de exames de RT-PCR em tempo real realizados em casos suspeitos de COVID-19, segundo a semana epidemiológica e principais ações para a implementação da capacidade diagnóstica no Brasil, março a outubro de 2020.



Fonte: Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde

Segundo os dados do MS, 16.088.909 testes haviam sido realizados no Brasil até a semana epidemiológica 40, correspondendo a uma taxa de 7.661 exames/100 mil habitantes. Desse total, 45,6% e 54,4% consistiram em ensaios de biologia molecular e testes rápidos respectivamente. Dentre os 7.346.472 ensaios moleculares, 57,1% foram realizados pela rede pública, enfatizando a relevância do papel do SUS no contexto pandêmico. Os exames RT-PCR em tempo real para a detecção de SARS-CoV-2 segundo a Unidade Federada encontram-se representados na **Figura 2**, e o número de exames para diagnóstico da COVID-19 e desfecho laboratorial, segundo a semana epidemiológica, encontra-se ilustrado na **Figura 3**.

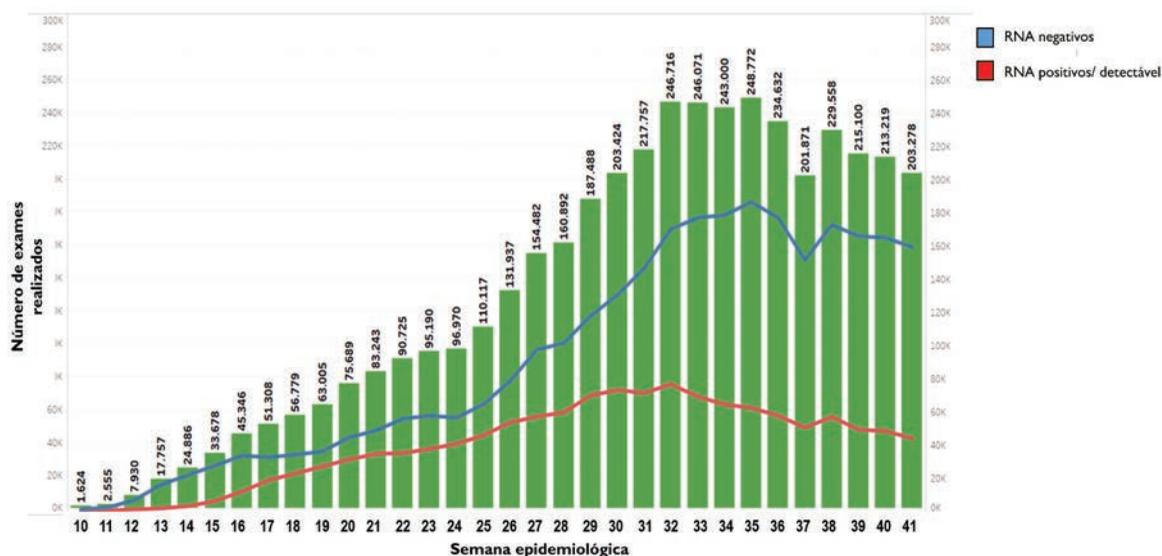
FIGURA 2. Exames de RT-PCR em tempo real para a detecção de SARS-CoV-2, segundo a Unidade Federada. Brasil, março a outubro de 2020.



Fonte: Sistema de Gerenciamento Laboratorial (GAL). Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

(A) Total de exames de RT-PCR em tempo real para a detecção de SARS-CoV-2 em casos suspeitos de COVID-19, segundo a unidade federada. (B) Total de exames RT-PCR em tempo real positivos para a COVID-19, segundo a unidade federada.

FIGURA 3. Número de exames de RT-PCR em tempo real realizados para diagnóstico da COVID-19 e desfecho laboratorial, segundo a semana epidemiológica. Brasil, março a outubro de 2020.



Fonte: Sistema de Gerenciamento Laboratorial (GAL). Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública (CGLAB), Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

Sob a perspectiva da informação estratégica para a Rede de Laboratórios – e em complementação aos Boletins Epidemiológicos publicados sistematicamente pela SVS (<https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>) –, um conjunto de Notas Técnicas foi elaborado e difundido, visando à orientação dos nossos profissionais, especialmente no contexto de utilização e racionalização de *swabs* – material utilizado para a coleta das amostras respiratórias – e no uso de saliva como espécime clínica, em caráter excepcional⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

3.3 A AMPLIAÇÃO DA CAPACIDADE NACIONAL DE PRODUÇÃO DE REATIVOS

Nas pandemias – especialmente as de grande magnitude como a de COVID-19 –, o abastecimento oportuno de reativos constitui um desafio recorrente, em virtude da simultânea demanda global. Outrora vivenciado na pandemia de Influenza A/H1N1 em 2009, esse gargalo foi ainda mais impactante na presente pandemia, dado o número global de infectados⁽⁴³⁾. Inúmeros problemas foram enfrentados na aquisição de insumos e reativos (36,44-45) – compreendendo desde a disponibilidade de *swabs*⁽⁴¹⁾ até os *kits* de extração e de RT-PCR em tempo real. Dessa forma,

apesar do incremento da capacidade analítica, o abastecimento de reativos foi insuficiente para a demanda instalada em determinados momentos do cenário epidemiológico, resultando em expressivo atraso na liberação de resultados – inclusive voltados ao esclarecimento dos óbitos. Além dos reativos adquiridos pelo MS, o Brasil também contou com doações da Opas e da iniciativa privada. Entretanto, permanecemos dependentes dos países produtores de insumos, com direto impacto na nossa capacidade de resposta⁽³⁶⁾. Entre maio e junho de 2020, o Bio-Manguinhos Fiocruz ampliou a escala de produção do *kit* desenvolvido para a detecção molecular de SARS-CoV-2, de modo a atender à demanda nacional. Até o início de outubro, quase 8 milhões de testes de RT-PCR em tempo real e 3 milhões de *kits* de material para a coleta de amostras haviam sido distribuídos aos estados pela CGLAB. Assim, apesar de momentos muito difíceis – como também vivenciados por outros países nos distintos continentes –, o Brasil conseguiu organizar a resposta laboratorial e a capacidade de produção nacional de reativos em poucos meses. Presentemente, o MS conta com um importante estoque estratégico de testes, de modo a assegurar o regular abastecimento da Rede.

Nesse contexto, cabe ainda ressaltar as preciosas iniciativas de Institutos de Pesquisa e universidades públicas, voltadas ao desenvolvimento de ensaios para o diagnóstico molecular e sorológico da COVID-19. Atualmente, há tratativas em curso para a produção em escala industrial de protótipos desenvolvidos no âmbito da pesquisa. Esses resultados sinalizam claramente a relevância do contínuo fomento às atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico em saúde que, em conjunto com a capacidade produtiva instalada, constituem fatores importantes para a resposta às emergências sanitárias.

3.4 OS PRINCIPAIS DESAFIOS COM IMPACTO NA VIGILÂNCIA LABORATORIAL E NAS EMERGÊNCIAS SANITÁRIAS

A análise crítica do presente processo é fundamental para o melhor enfrentamento das futuras emergências sanitárias ou mesmo para a melhor prática na vigilância dos agravos de importância em Saúde Pública. Nesse sentido, cabe destacar alguns gargalos crônicos, que exigem pronta atenção e solução pelos órgãos gestores.

Um dos principais desafios consiste na (in)sustentabilidade do SUS, apesar da sua inegável relevância e inestimável contribuição para com a saúde da nossa população. A análise laboratorial demanda investimento sistemático. No Brasil, os investimentos são episódicos, ocorrem nos momentos de crise, o que acarreta a contínua precarização dos serviços – seja da perspectiva da infraestrutura instalada (qualidade e biossegurança), de equipamentos ou pessoal qualificado. Com a rápida evolução tecnológica na área diagnóstica, tais questões são absolutamente críticas.

Ao longo de décadas, observamos que o aumento significativo das demandas ocasiona um colapso no sistema. Alguns fatores como a burocratização dos processos – especialmente, a aquisição de insumos e equipamentos críticos – e a instabilidade das equipes contribuem significativamente para esse desfecho, incompatível com a urgência de resposta em Saúde Pública.

Outro desafio relevante consiste no Sistema de Informações, órgão vital do sistema de vigilância. O país dispõe de diferentes bases de dados para um mesmo agravo, em que as informações clínicas, epidemiológicas e laboratoriais são inseridas e subsidiam o monitoramento do cenário epidemiológico e o planejamento de ações e intervenções em saúde. No caso das infecções respiratórias agudas, temos, ao menos, o Sivep-Gripe, o Sinan, o GAL e, recentemente, a base COVID-19. Entretanto, tais bases não são relacionadas, o que pode ocasionar atraso no acesso a informações críticas e impactar a tomada de decisões. É importante enfatizar, contudo, que alterações nessas bases de dados não constituem uma questão trivial e requerem extrema cautela. Mudanças malconduzidas podem introduzir vieses de análise significativos, conduzindo a conclusões espúrias sobre o cenário epidemiológico e, conseqüentemente, induzir à errática tomada de decisões.

Que as lições aprendidas ao longo dessa pandemia sejam um estímulo para a busca de soluções permanentes e melhoria contínua das atividades de vigilância e, por conseguinte, da Saúde Pública no nosso país.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LEGADOS DA PANDEMIA DE COVID-19

Apesar das dificuldades no contexto diagnóstico, há legados relevantes desta pandemia para a vigilância laboratorial, em que cabe destacar: i. o amplo e célere apoio do Congresso Nacional para a aprovação de legislação específica, que propiciou mecanismos facilitadores para as ações de enfrentamento⁽⁴⁶⁾; ii. a implementação da base legal do MS para atendimento às emergências sanitárias⁽⁴⁶⁾; iii. a mobilização nacional de diferentes atores dos setores público e privado em busca de resposta conjunta; iv. a implementação significativa da capacidade analítica instalada no Sislab, imprescindível para o fortalecimento e sustentabilidade das atividades regulares de vigilância em saúde e da resposta às emergências sanitárias; e v. a implementação da produção nacional na área diagnóstica, com potencial de resposta em larga escala – crucial para assegurar o abastecimento de insumos, garantir a independência brasileira nesse sentido e estabelecer a base tecnológica necessária para novos desafios em Saúde Pública. Nessa perspectiva, é relevante enfatizar que a vigilância laboratorial demanda investimento permanente. Tal concepção é imprescindível para a adequada preparação e enfrentamento de novas adversidades, especialmente em meio a um cenário de transição demográfica⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾ e mudanças climáticas⁽⁵⁰⁻⁵⁵⁾.

Ainda existem importantes lacunas de conhecimento sobre a infecção pelo SARS-CoV-2 (44,56-60). Dessa forma, para uma resposta eficiente e oportuna, as políticas e estratégias voltadas à vigilância laboratorial devem ser continuamente revisitadas e adequadas, com base nos avanços científicos.

REFERÊNCIAS

1. Wu F, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020;579(7798):265-69. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>.
2. Zhou P, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020;579(7798):270-273. doi: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>.
3. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 jul 03]. Disponível em: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
4. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) – Situation Report 190 [Internet]. 2020 [acesso 2020 jul 29] Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200728-covid-19-sitrep-190.pdf?sfvrsn=fec17314_2.
5. World Health Organization. International Health Regulations (2005); 3rd ed. World Health Organization: Geneva, Switzerland; 2016. ISBN 978 92 4 158049 6.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Plano Brasileiro de Preparação para Enfrentamento de uma Pandemia de Influenza. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
7. World Health Organization. WHO Guidance for Surveillance during an Influenza Pandemic [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/guidance_pandemic_influenza_surveillance_2017/en/.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
9. World Health Organization. 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic and Preparedness and Response Plan. Geneva: WHO; 2020.
10. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui e aprova a Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*. 13 ago 2018.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 18 fev 2016.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.031, de 23 de setembro de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*. 24 set 2004.

13. World Health Organization. WHO National Influenza Centers [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/national_influenza_centres/list/en/index1.html.
14. World Health Organization. WHO Collaborating Centre for Leptospirosis [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://apps.who.int/whocc/Detail.aspx?dt+4F+-FPW85wlubES1wOiA>.
15. World Health Organization. WHO COVID-19 Reference Laboratory Network [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/who-reference-laboratories-providing-confirmatory-testing-for-covid-19>.
16. Resende PC, et al. Whole-Genome Characterization of a Novel Human Influenza A(H1N2) Virus Variant, Brazil. *Emerg Infect Dis*. 2017;23(1):152-154. doi: <https://doi.org/10.3201/eid2301.161122>.
17. Souza TM, et al. Antiviral resistance surveillance for influenza A virus in Brazil: investigation on 2009 pandemic influenza A (H1N1) resistance to oseltamivir. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2011;71(1):98-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2011.05.006>.
18. Peres da Silva A, Almeida AJ, Lampe E. NS5A inhibitor resistance-associated polymorphisms in Brazilian treatment-naïve patients infected with genotype 1 hepatitis C virus. *J Antimicrob Chemother*. 2015;70(3):726-30. doi: <https://doi.org/10.1093/jac/dku462>.
19. Genteluci GL, et al. Polymyxin B Heteroresistance and Adaptive Resistance in Multidrug- and Extremely Drug-Resistant *Acinetobacter baumannii*. *Curr Microbiol*. 2020;77(9):2300-2306. doi: <https://doi.org/10.1007/s00284-020-02064-6>.
20. Roges EM, et al. Virulence-Associated Genes and Antimicrobial Resistance of *Aeromonas hydrophila* Isolates from Animal, Food, and Human Sources in Brazil. *Biomed Res Int*. 2020;2020:1052607. doi: <https://doi.org/10.1155/2020/1052607>.
21. Carvalho LD, et al. Drug susceptibility profile of *Mycobacterium kansasii* clinical isolates from Brazil. *J Glob Antimicrob Resist*. 2019;19:228-230. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jgar.2019.05.003>.
22. Ramalho DM, et al. Outcomes from patients with presumed drug resistant tuberculosis in five reference centers in Brazil. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):571. doi: <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2669-1>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 22 de junho de 2017. Define o processo para habilitação dos Laboratórios de Referência Nacional e Regional, no âmbito da Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública. *Diário Oficial da União*. 23 jun 2017.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 302, de 13 de outubro de 2005. Dispõe sobre Regulamento Técnico para funcionamento de Laboratórios Clínicos. Diário Oficial da União. 14 out 2005.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria nº 97, de 23 de outubro de 2008. Habilita 17 Laboratórios de Referência Nacional, para as Redes Nacionais e Regionais de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde. 2008. Diário Oficial da União. 24 out 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.693, de 17 de novembro de 2011. Estabelece mecanismo de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza. Diário Oficial da União. 18 nov 2011.
27. Croda J, et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020;53:e20200167. doi: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Resposta nacional e internacional de enfrentamento ao novo coronavírus – linha do tempo [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/linha-do-tempo/#dez2019>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico N. 01 – Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. 4 fev 2020.
32. Oliveira WK, et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2):e2020044. doi: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>.
33. Brasil. Ministério da Saúde Boletim Epidemiológico N 32 - Doença pelo coronavírus COVID-19. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde; 2020.
34. World Health Organization. Laboratory testing strategy recommendations for COVID-19: interim guidance [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 19]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/laboratory-testing-strategy-recommendations-for-covid-19-interim-guidance>.

35. Ferreira V. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz e OPAS promovem capacitação para diagnóstico do novo coronavírus. Portal Fiocruz [Internet]. 3 fev 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-e-opas-promovem-capacitacao-para-diagnostico-do-novo-coronavirus>.
36. Mandetta LH. Um paciente chamado Brasil - os bastidores da luta contra o coronavírus. Rio de Janeiro: Objetiva; 2020. ISBN 978-85-470-0114-8.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 426, de 30 de setembro de 2020. Altera a Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 364, de 1º de abril de 2020, que suspende os efeitos da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 302, de 13 de outubro de 2005, em caráter temporário e excepcional, para os laboratórios oficiais que irão realizar as análises para o diagnóstico da COVID-19. Diário Oficial da União. 1 out 2020.
38. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz is designated as reference institution in Covid-19 in the Americas for the WHO [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 01]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/en/fiocruz-international-news/fiocruz-international-news-april-2020>.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.841, de 28 de julho de 2020. Autoriza o repasse dos valores de recursos federais aos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, no Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde a serem alocados no Grupo de Vigilância em Saúde para o fortalecimento da Vigilância Laboratorial nos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN). Diário Oficial da União. 28 jul 2020.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Nota Técnica nº 23/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS, sobre o uso racional de SWABS para coleta de amostras de orofaringe e nasofaringe para diagnóstico laboratorial de COVID-19. Brasília; 2020.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Nota Técnica nº 34/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS, sobre o uso de swabs para a coleta de amostras de nasofaringe para o diagnóstico laboratorial de COVID-19. Brasília; 2020.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Laboratórios de Saúde Pública. Nota Técnica nº 43/2020-CGLAB/DAEVS/SVS/MS, sobre a coleta de amostras de saliva para o diagnóstico laboratorial de covid-19. Brasília; 2020.
43. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 8]. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
44. Peeling RW, et al. Serology testing in the COVID-19 pandemic response. Lancet Infect Dis. 2020;20(9):e245–e249. doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30517-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30517-X).

45. Cheng MP, et al. Diagnostic Testing for Severe Acute Respiratory Syndrome-Related Coronavirus 2: A Narrative Review. *Ann Intern Med.* 2020;172(11):726-734. doi: <https://doi.org/10.7326/M20-1301>.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Portarias publicadas sobre COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 out 08] Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/07/07.10.2020_Portarias%20publicadas%20sobre%20COVID_com%20edi%c3%a7%c3%a3o.pdf.
47. Chaimowicz F. [Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives]. *Rev Saude Publica.* 1997;31(2):184-200. doi: <https://doi.org/10.1590/s0034-89101997000200014>.
48. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015;386(9995):743-800. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60692-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60692-4).
49. Vellas C, et al. COVID-19, Virology and Geroscience: A Perspective. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(7):685-691. doi: <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1416-2>.
50. Ballester F, Díaz J, Moreno JM. Climatic change and public health: scenarios after the coming into force of the Kyoto Protocol. *Gac Sanit.* 2006;20(Suppl 1):160-74. doi: <https://doi.org/10.1157/13086040>.
51. Patz JA, Grabow ML, Limaye VS. When it rains, it pours: future climate extremes and health. *Ann Glob Health.* 2014;80:332-44. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aogh.2014.09.007>.
52. Han J, He S. Urban flooding events pose risks of virus spread during the novel coronavirus (COVID-19) pandemic. *Sci Total Environ.* 2021;755(Pt 1):142491. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.142491>.
53. ten Veldhuis JAE, et al. Microbial risks associated with exposure to pathogens in contaminated urban flood water. *Water Res.* 2010;44(9):2910-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.watres.2010.02.009>.
54. Htoon KZ, et al. Coping with flood disasters: new lessons from COVID-19? Myanmar Water Portal [Internet]. 8 jun 2020 [acesso 2020 out 12]. Disponível em: <https://www.myanmarwaterportal.com/news/1828-coping-with-flood-disasters-new-lessons-from-covid-19.html>.
55. Pereira MD, et al. Lessons learned from a landslide catastrophe in Rio de Janeiro, Brazil. *Am J Disaster Med.* 2013;8(4):253-8. doi: <https://doi.org/10.5055/ajdm.2013.0131>.
56. Younes N, et al. Challenges in Laboratory Diagnosis of the Novel Coronavirus SARS-CoV-2. *Viruses.* 2020;12(6):582. doi: <https://doi.org/10.3390/v12060582>.

57. Mathuria JP, Yadav R, Rajkumar. Laboratory diagnosis of SARS-CoV-2 - A review of current methods. *J Infect Public Health*. 2020;13(7):901-905. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.06.005>.
58. Ovsyannikova IG, et al. The role of host genetics in the immune response to SARS-CoV-2 and COVID-19 susceptibility and severity. *Immunol Rev*. 2020;296(1):205-219. doi: <https://doi.org/10.1111/imr.12897>.
59. Heller L, Mota CR, Greco DB. COVID-19 faecal-oral transmission: Are we asking the right questions? *Sci. Total Environ*. 2020;729:138919. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.138919>.
60. Gwenzi W. Leaving no stone unturned in light of the COVID-19 faecal-oral hypothesis? A water, sanitation and hygiene (WASH) perspective targeting low-income countries. *Sci Total Environ*. 2021;753:141751. doi: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.141751>.



O LADO OCULTO DE UMA PANDEMIA: A TERCEIRA ONDA DA COVID-19

Eugênio Vilaça Mendes¹

RESUMO: A pandemia da COVID-19 pode desenvolver-se em ondas. Uma primeira onda pode ser seguida de uma segunda, tal como ocorreu na gripe espanhola. Há, também, quem mencione uma terceira onda, que é uma consequência da diminuição ou da eliminação do cuidado a outras condições de saúde não COVID-19, em função do estresse que esta pandemia causa no sistema de atenção à saúde. As manifestações da terceira onda têm sido constatadas em diversos países. Neste trabalho, analisa-se sua ocorrência em países europeus, nos Estados Unidos da América, em vários outros países e no Brasil. Em nosso país, a terceira onda ocorre em todas as regiões e constitui uma consequência muito negativa da COVID-19. Atinge um amplo leque de condições de saúde e se manifesta em várias delas que são registradas, como na saúde da mulher e da criança, nas doenças oncológicas, nas doenças cardiovasculares, no diabetes, na saúde bucal, nas cirurgias eletivas, nos exames diagnósticos, na cobertura vacinal, nos cuidados primários, na atenção às pessoas idosas e outras que são analisadas no texto. A terceira onda implica a acumulação de um passivo de atendimentos que vai impactar fortemente a capacidade de resposta dos sistemas de atenção à saúde, especialmente do Sistema Único de Saúde. A possibilidade de instauração de um período de pós-pandemia, que não se sabe certamente quando ocorrerá, exigirá mudanças nos sistemas de atenção à saúde público e privado. Assim, há que se planejar bem a retomada dos serviços pospostos ou suspensos durante o período agudo da pandemia. Isso envolverá estratégias que devem ser desenvolvidas durante o período pandêmico e no período pós-pandêmico. A solução dos problemas acumulados pela terceira onda da COVID-19 vai além da mera reabertura das unidades de saúde e da oferta dos serviços que foram estrangidos em função do choque de demanda determinado pela pandemia. Reabrir as unidades de saúde é importante, mas trata-se apenas de uma parte da equação. As pessoas usuárias precisam estar convencidas de que ir até uma unidade de saúde é seguro para elas. No texto, mencionam-se algumas estratégias que se mostraram efetivas no enfrentamento da terceira onda e que podem ser utilizadas neste momento de retomada.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Planejamento. Atenção Primária à Saúde. Retomada segura dos serviços.

¹ Sanitarista, Doutor em Odontologia e Consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). E-mail: eugeniomendes747@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

A COVID 19, doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, afetou todos os aspectos da vida humana, desorganizando os sistemas de atenção à saúde do mundo inteiro e provocando uma crise econômica e social sem precedentes e de dimensões planetárias.

Esse cenário se torna mais crítico quando se examinam outras variáveis, como as interpretações diferenciadas sobre a efetividade das medidas não farmacológicas; a politização de questões técnicas que deveriam ser estabelecidas com base em evidências científicas; a fragilidade da coordenação nacional da pandemia; as incertezas no campo da clínica; a inexistência de uma vacina segura e de eficácia comprovada; a concomitância de uma crise sanitária com uma crise econômica e social que lhe é consequente; e a polarização entre a saúde (reduzir a prevalência da doença e das mortes provocadas) e a economia (proteger as empresas e os empregos, garantir renda para grupos mais vulneráveis e estimular a economia).

Além disso, o ambiente da pandemia implica respostas que sejam tomadas de forma rápida em função do avanço avassalador do vírus. Nesse aspecto, manifesta-se um claro desequilíbrio entre a propagação do SARS-CoV-2, que se dá de forma exponencial, e as capacidades de respostas das organizações, que se manifestam em escala aritmética.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem defendido uma posição que só há uma primeira onda da COVID-19, que será uma grande onda, com altos e baixos, porque esse vírus não é sazonal e tem afetado países que estão em plena estação de verão, o que o difere de vírus como o da influenza. Além disso, falar-se de novas ondas transmite a ideia de que o vírus se comporta de uma maneira que está fora do controle quando, em realidade, há um conjunto de estratégias que estão sendo implantadas para evitar a sua propagação⁽¹⁾.

Não obstante a posição da OMS, sugere-se que a COVID-19 manifesta-se em ondas diferenciadas. Nesse sentido, têm sido identificadas três ondas principais.

A primeira onda corresponde ao início da epidemia e sua expansão autossustentada por meio da transmissão comunitária. Ela pode ser controlada por intermédio de estratégias de mitigação ou supressão. Como consequência, sua superação constitui um marcador para o início das intervenções de retomada das atividades sociais e econômicas.

Essa primeira onda poderá ocorrer em maior ou menor tempo e ter taxas de infecção e de mortalidade diferenciadas, conforme as estratégias de enfrentamento que se utilizam. Ela poderá ter formatos distintos e pode ser achatada por intervenções não farmacológicas. O achatamento da curva tem três objetivos: o primeiro é distribuir o choque de demanda por serviços de saúde ao longo do tempo diminuindo o estresse ou evitando o colapso do sistema de atenção à saúde, especialmente no seu componente hospitalar; o segundo, ligado à curva de aprendizado e fruto do pouco conhecimento que se tem ainda sobre a fisiopatologia do SARS-CoV-2, é ganhar tempo para que as equipes de saúde aprendam como manejar melhor a doença, o que vem efetivamente ocorrendo com mudanças rápidas de protocolos clínicos; e o terceiro é, também, ganhar tempo para que novos medicamentos e vacinas possam ser testados ou desenvolvidos e produzidos em escala.

A existência de uma segunda onda tem sido imputada à não obtenção de imunidade de rebanho após uma primeira onda epidêmica que apresenta alto risco de ressurgimento quando as intervenções de supressão são relaxadas por políticas de retomada da vida social e das atividades econômicas e que trazem de volta comportamentos comuns antes da pandemia⁽²⁻³⁾.

Um exemplo de segunda onda ocorreu, no início do século XX, na pandemia da gripe espanhola, em que a segunda onda foi maior que a primeira. À semelhança do que está ocorrendo agora, os governos implantaram estratégias de enfrentamento, tais como proibição de aglomerações e medidas de distanciamento físico e uso de máscaras. Pesquisas demonstraram que o relaxamento dessas medidas, àquela época, esteve diretamente associado com o impacto do vírus. Cidades ou regiões que adotaram medidas restritivas por mais tempo tiveram menos mortes na segunda onda⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a OMS preconiza que a retomada das atividades econômicas e sociais seja feita com base em evidências científicas e implementada incrementalmente para reduzir os riscos de novas ondas. Segundo essa Organização, deveria haver um período mínimo de duas semanas entre cada etapa da transição planejada a fim de reduzir os riscos de uma nova onda e para permitir a construção de uma resposta apropriada e sustentável⁽⁵⁾.

As consequências da COVID-19 podem ir além das primeiras e segundas ondas. É o que tem sido denominado de terceira onda⁽⁶⁾. Esta encontra uma explicação plausível no fato de que a COVID-19 não é exclusivamente uma pandemia, mas uma sindemia.

O conceito de sindemia foi formulado pelo antropólogo médico Merrill Singer como o complexo biossocial que consiste na copresença ou na sequência de condições de saúde com os fatores sociais e ambientais que promovem ou incrementam os efeitos negativos das interações entre essas condições. Nesse sentido, a sindemia envolve interações entre doenças e condições de saúde como condições agudas transmissíveis (COVID-19 e outras), condições agudas não transmissíveis (trauma), doenças crônicas (doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças metabólicas, doenças respiratórias, doenças renais e outras) e condições crônicas (condições maternas e perinatais e fragilidade das pessoas idosas) que são mais prováveis de ocorrer em ambientes de iniquidade em saúde determinada por pobreza, estresse, violência estrutural e estigmatização. Esse conceito de sindemia não expressa simplesmente a existência de comorbidades, porque implica interações entre condições de saúde que aumentam as possibilidades de danos que afetam negativamente os resultados sanitários⁽⁷⁾.

Nesse sentido, não se pode, por exemplo, comparar linearmente a pandemia da gripe espanhola com a da COVID-19, porque, àquela época, a participação relativa das condições crônicas na carga global de doenças era muito mais baixa que hoje, quando tendem a superar a 80% dessa carga.

Ao afirmar que a COVID-19 não é uma pandemia, mas uma sindemia, Richard Horton, editor chefe da Lancet, critica o enfoque restrito que está sendo utilizado no manejo da COVID-19, que a considera como uma mera doença infecciosa e que, por consequência, tem sido enfrentada com intervenções que objetivam cortar as linhas de transmissão do vírus para controlar sua propagação. As decisões governamentais têm sido guiadas por modelos epidemiológicos e por uma ratio infectologista que seguem basicamente a lógica das doenças infecciosas centenárias produtoras de emergências sanitárias. Não parece ser o caso da sindemia presente, em que duas categorias de condições de saúde estão atuando concomitantemente e de forma interativa: a COVID-19 com eventuais manifestações de síndromes respiratórias agudas e as condições crônicas. Essas condições estão atingindo grupos sociais diferenciadamente, segundo os padrões de desigualdade social prevalentes nas sociedades. Isso contribui para aumentar os efeitos adversos determinados pelo SARS-CoV-2 por cada grupo de condições separadamente. Considerar a COVID-19 como um componente de uma sindemia exige um enfoque mais amplo de enfrentá-la, diferentemente do que tem sido atualmente considerado. Implica, ademais, entender essa sindemia como determinada socialmente e, por consequência, compreender que ela não será solucionada somente com modelos de intervenção do campo biomédico⁽⁸⁾.

2. A TERCEIRA ONDA DA PANDEMIA DA COVID-19

A terceira onda é uma consequência da diminuição ou da eliminação do cuidado a outras condições de saúde não COVID-19, em função do estresse que esta pandemia causa no sistema de atenção à saúde⁽⁶⁾. Muitas atividades importantes na atenção primária e na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, bem como nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, são descontinuadas ou paralisadas em função do privilegiamento das intervenções relativas à COVID-19.

A terceira onda tem sido denominada, alternativamente, por “paciente invisível”, porque se observou que o choque de demanda promovido pela COVID-19 nas unidades de saúde tornou invisíveis para os sistemas de atenção à saúde as necessidades das pessoas com condições de saúde não COVID-19⁽⁹⁾.

Durante a onda inicial da pandemia, as unidades de saúde, especialmente os hospitais, costumam direcionar os recursos rotineiramente aplicados em unidades hospitalares e ambulatoriais para atender ao choque de demanda que se estabelece. Em função da escassez de recursos ou por medo de infecção, as organizações sanitárias, os profissionais de saúde e as pessoas usuárias protelam ou cancelam consultas não urgentes, avaliações diagnósticas, cirurgias eletivas e outros procedimentos terapêuticos. Como resultado, isso pode reduzir o número de serviços desnecessários ou adiáveis, mas, ao mesmo tempo, pode causar uma perigosa protelação de serviços necessários, muitos dos quais podem levar a posteriores atendimentos que requererão atenção mais complexa e mais cara ou, até mesmo, a problemas de longo prazo e a mortes⁽¹⁰⁾.

Muitas pessoas com doenças não COVID-19 tiveram medo de se deslocar até unidades de saúde e serem contaminadas. Norma governamental, como ocorreu no Brasil no início da pandemia, sugeriu que as pessoas permanecessem em casa e só procurassem os serviços de saúde em casos de síndrome respiratória. Vários procedimentos foram interrompidos a fim de concentrar os leitos hospitalares no manejo das pessoas com a COVID-19, como foi o caso, por exemplo, da interrupção de procedimentos cirúrgicos eletivos que foram adiados ou interrompidos⁽¹¹⁾.

A terceira onda ocorre nas condições crônicas e nos eventos agudos não COVID-19.

A paralisia dos atendimentos das condições crônicas não é uma consequência lateral da COVID-19, manifesta-se de forma desastrosa, envolve o agravamento dessas condições e gera mortes evitáveis. Além de ter um alto impacto econômico-financeiro nos sistemas de atenção à saúde.

Com a desassistência provocada pelas restrições de acesso ou pelo medo das pessoas em buscarem os serviços de saúde, as condições crônicas tendem a se instabilizar, aumentando as suas gravidades, e a causar mortes.

Cabe ressaltar, ainda, que várias condições crônicas constituem importantes fatores de risco em relação à COVID-19, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, doenças oncológicas, obesidade, doenças renais crônicas, idoso frágil e outras.

As condições crônicas agudizadas (emergência hipertensiva, emergência obstétrica, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e outras) manifestam-se como eventos agudos que vão pressionar os serviços de urgência e emergência. Em tempo de pandemia, os serviços de emergência são dedicados ao tratamento das pessoas com síndrome respiratória aguda grave, provocando uma queda nos atendimentos de eventos agudos não COVID-19.

A terceira onda tem a ver com as estratégias de contenção da pandemia, mas também com o comportamento individual das pessoas. Isso indica que a diminuição da mobilidade

e da atividade econômica, em grande parte, assenta-se em decisões privadas que as pessoas fazem para reduzir o risco de se infectarem ⁽¹²⁾.

A pandemia mudou dramaticamente a forma como a atenção ambulatorial é prestada nos serviços de saúde. Para diminuir os riscos de transmissão do vírus, seja para as pessoas usuárias, seja para os trabalhadores de saúde, os prestadores de serviços estão adiando consultas preventivas ou eletivas. Quando possível, estão se convertendo consultas presenciais em consultas por telessaúde ⁽¹³⁾.

3. AS MANIFESTAÇÕES DA TERCEIRA ONDA DA COVID-19

É preciso estar atento às formas que a pandemia provocou disrupção em alguns tipos de serviços, mais que em outros. Dados de diferentes países mostraram que a maior parte deles cancelou ou adiou procedimentos eletivos não urgentes. Em alguns países, procedimentos urgentes, como tratamentos oncológicos, cirurgias cardíacas e diálises, foram mantidos e outros foram adiados. Em boa parte dos países, cuidados preventivos, como programas de rastreamento de câncer e imunizações, foram adiados ou cancelados; em outros, foram mantidos por serem considerados serviços essenciais ⁽¹⁴⁾.

As manifestações da terceira onda têm sido constatadas em diversos países e, de um modo geral, seguem padrões muito próximos.

Essas manifestações ocorreram nos Estados Unidos da América ⁽¹⁵⁻²⁴⁾; em vários países europeus, como Reino Unido, Itália e Espanha ^(25-35;14); e, também, em outros vários países ⁽³⁶⁻³⁹⁾.

No Brasil, a situação não é diferente dos outros países com ampla presença da terceira onda. Todas as regiões do país têm registrado quedas significativas nos números de consultas, exames e cirurgias e, conseqüentemente, aumento de mortes por outras enfermidades que não a COVID-19.

Os impactos da COVID-19 foram sentidos mais fortemente em áreas de maior participação relativa entre os procedimentos eletivos, como cirurgia bariátrica, cirurgias ortopédicas, cirurgias cardíacas, cirurgias urológicas, saúde da mulher, cirurgias oftalmológicas, cirurgias plásticas, radiologia e exames complementares ⁽²⁵⁾.

O Brasil realizou, entre abril e junho deste ano, menos da metade dos transplantes de órgãos e tecidos do início do ano. Com a diminuição de 61% dos procedimentos, cresceram em 44,5% as mortes de pacientes cadastrados na fila de espera entre os dois períodos em todo o país. Quando comparados o primeiro semestre de 2020 e o de 2019, a diminuição no total de transplantes foi de 32%, e o aumento de mortes foi de 34%. Se o Brasil seguir nesse ritmo, o ano pode trazer queda de 20,5% nos procedimentos, o que faria o país regredir à marca de nove anos atrás. Outro efeito da pandemia foi a diminuição do ritmo de ingresso de pacientes em fila de espera. No primeiro semestre, o número de novos cadastros foi 28,4% menor que o do mesmo período de 2019. O número de doadores efetivos caiu 6,5% ⁽⁴⁰⁾.

Números do Ministério da Saúde apontaram uma queda de 37% nos transplantes realizados no Brasil entre janeiro e julho de 2020, em comparação com o mesmo período do ano anterior. Segundo os números apresentados, foram realizados, de janeiro a julho desse ano, um total de 9.952 operações de transplante no país; no mesmo período de 2019, foram 15.827. Em relação aos procedimentos de transplantes de coração, houve redução de 25,1%, caindo de 231 no mesmo período de 2019 para 173. Houve, também, uma diminuição de 8,4% no total de doadores nos primeiros sete meses do ano; foram 5.922 doadores ante 6.466 entre janeiro e julho do ano de 2019⁽⁴¹⁾.

O número de doações de medula óssea caiu 30% de janeiro a julho de 2020 com relação ao mesmo período de 2019, de acordo com informações do Registro de Doadores de Medula Óssea no Brasil⁽⁴²⁾.

No Rio de Janeiro, nas clínicas de saúde da família, as consultas normais foram quase abandonadas, e os agentes comunitários de saúde não estavam conseguindo mais circular nas comunidades, perdendo o acompanhamento de casos crônicos⁽⁴³⁾.

Em Fortaleza, a presidente da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia estimou um absenteísmo de 30% nas consultas de gestantes durante a pandemia, e isso diminuiu a qualidade da atenção pré-natal⁽⁴⁴⁾.

Pesquisa realizada com mulheres brasileiras mostrou que 62% delas estavam esperando a pandemia acabar para retomar as consultas médicas e os exames de rotina para detecção de câncer de mama⁽⁴⁵⁾.

A pandemia da COVID-19 teve um impacto muito negativo na cobertura vacinal no Brasil. No período de janeiro a junho de 2020, a cobertura de BCG foi de 57,4%; a da poliomielite, de 59,5%; da tríplice viral, de 64,3%; e da hepatite B, de 50,5%. Para Isabella Ballalai, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações, mesmo com o prazo prolongado dado aos gestores, é incomum ver coberturas tão baixas nessa época do ano. A causa principal é o medo dos pais de levarem as crianças às unidades básicas de saúde. A retomada das aulas com as cadernetas de vacinação atrasadas representa um risco alto⁽⁴⁶⁾.

Um editorial de um jornal paulista estimou que, entre março e julho de 2020, 390 mil cirurgias e exames complexos deixaram de ser feitos no Brasil por conta dos atendimentos de urgência gerados pela COVID-19⁽⁴⁷⁾.

A pandemia da COVID-19 provocou queda de atendimentos em hospitais públicos de pacientes em rastreamento e tratamento para câncer de mama de aproximadamente 75% em março e abril de 2020, em comparação a igual período do ano de 2019, de acordo com pesquisa da Sociedade Brasileira de Mastologia⁽⁴⁸⁾.

Em um hospital brasileiro, registrou-se uma queda de 70% nos atendimentos de oncologia pediátrica na pandemia⁽⁴⁹⁾.

Com relação à atenção oncológica, vários problemas surgiram no Brasil durante a pandemia da COVID-19: a maioria das clínicas de diagnóstico fechou, e as consultas eletivas foram suspensas, o que levou à diminuição de diagnósticos; as listas de regulação do Sistema Único de Saúde (SUS) estavam praticamente paradas; e muitos hospitais pararam de operar casos cirúrgicos⁽⁵⁰⁾.

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade advertiu que ocorreu uma grande diminuição do acesso aos cuidados provocada pela COVID-19. Em algumas cidades, a demanda nas unidades de atenção primária à saúde chegou a cair em torno de 50%⁽⁵¹⁾.

Barone et al., numa pesquisa realizada em adultos com diabetes, verificaram que as principais consequências da COVID-19 foram: 95,1% reduziram a frequência de sair de casa, dos quais 26,9% nunca saíram desde o início da pandemia; entre os que monitoravam sua glicemia em casa (91,5%), a maioria (59,4%) experimentou uma deterioração neste marcador que incluiu: 31,2% relataram maior variabilidade que antes da pandemia; 20% tiveram elevação da glicemia; 8,2% tiveram baixa na glicemia; 38,4% adiaram as consultas médicas e/ou os exames de rotina; e 40,2% não agendaram consulta médica desde o início da pandemia. Em relação aos hábitos de vida, apresentaram uma redução de atividades físicas (14,7% com uma leve redução e 44,8% com uma grande redução)⁽⁵²⁾.

Levantamento da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e da Sociedade Brasileira de Patologia apontou que ao menos 50 mil brasileiros podem ter ficado sem diagnóstico de câncer entre 11 de março e 11 de maio, já que menos exames foram realizados. O levantamento calculou uma queda de 50% a 90% na realização de diferentes tipos de biópsias⁽⁵³⁾.

Neves indicou que a COVID-19 afetou 96% dos centros dedicados a intervenções de cardiopatias congênitas, com 53,8% deles mantendo exames para pessoas sem condições de alta hospitalar ou urgências⁽⁵⁴⁾.

Durante a pandemia, as mortes por doenças cardiovasculares cresceram 31% no Brasil. Entre 16 de março e 31 de maio de 2019, 14.938 pessoas faleceram por problemas como choques cardiogênicos e paradas cardiorrespiratórias; no mesmo período de 2020, o número saltou para 19.573⁽⁵⁵⁾.

Dados do Ministério da Saúde apontaram que, devido à pandemia da COVID-19, o SUS, no período de janeiro a junho de 2020, em relação ao mesmo período de 2019, reduziu em 1,1 milhão o número de atendimentos eletivos, retrocedendo a valores praticados 12 anos atrás. Houve também uma queda expressiva de consultas especializadas que caíram de 218,6 mil para 188,4 mil nos períodos semestrais analisados. São grandes passivos que aumentaram as filas do SUS e que deverão ser enfrentados no tempo de pós-pandemia⁽⁵⁶⁾.

Pesquisa feita pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, entre os dias 15 e 24 de maio de 2020, revelou que as consultas odontológicas na rede pública de saúde caíram, em média, 83,5% nesse período⁽⁵⁷⁾.

Estudo estimou que, no sistema de saúde suplementar brasileiro, no período inicial da pandemia da COVID-19, houve uma grande redução de procedimentos eletivos: 50% das cirurgias eletivas, 80% nas consultas médicas, 70% nos exames de análises clínicas e 60% dos exames de imagens⁽²⁵⁾.

4. A SUPERAÇÃO DA TERCEIRA ONDA DA COVID-19

Os problemas causados pela pandemia da COVID-19 podem ocorrer durante as primeiras e segundas ondas ou depois delas, mas a superação deles, de forma mais consequente, deve se dar com a inauguração de um tempo pós-pandemia. Contudo, há diferentes interpretações sobre o que constitui esse tempo.

Há quem considere que o tempo pós-pandemia se instaurará no momento em que o número de reprodução do vírus for inferior a 1 ($R_t < 1$) e que a capacidade de oferta do sistema de atenção à saúde, especialmente no seu componente hospitalar, acomodar-se em um nível inferior confortável à demanda por serviços de saúde. Essa parece ser a forma mais comumente considerada como início do período de pós-pandemia e tem sido um marco para a implantação de estratégias de retomada das atividades sociais e econômicas em diferentes países. Ademais, o período pós-pandêmico poderá ser considerado quando ocorrer a imunidade de rebanho. Nesse caso, a pós-pandemia sobrevirá quando a proporção da sociedade imune à COVID-19 for suficiente para prevenir a sua propagação. Por fim, o período pós-pandêmico pode ser considerado aquele que se dará numa transição para quando diferentes aspectos da vida social e econômica forem retomados sem que haja um crescimento da mortalidade fora dos padrões médios históricos e sem consequências exageradas de longo prazo da COVID-19⁽⁵⁸⁾.

Alguns cenários mais favoráveis em relação à pandemia começam a aparecer e estão baseados em alguns fatores, como a redução mais efetiva da transmissão, a melhoria no manejo clínico da doença e os processos de desenvolvimento de vacinas⁽⁵⁹⁾.

A acumulação de serviços não ofertados ou adiados leva a um aumento das filas por procedimentos em que já havia, antes da pandemia, um desbalanceamento entre oferta e demanda. Por essa razão, há que se planejar bem a retomada desses serviços pospostos ou suspensos durante o período agudo da pandemia. Isso envolverá estratégias que devem ser desenvolvidas durante o período pandêmico e no período pós-pandêmico.

É importante que os prestadores de serviços adotem posturas durante a crise, como estar em contato com as pessoas assumindo a situação real, construir confiança por meio de uma comunicação transparente e reconhecer que as pessoas que estão desejosas de retomar o cuidado confiem em que os prestadores lhes informaram, ou seja, que é seguro retornar às unidades de saúde⁽²⁵⁾.

Assim, a solução dos problemas acumulados pela terceira onda da COVID-19 vai além da mera reabertura das unidades de saúde e da oferta dos serviços que foram constrangidos

em função do choque de demanda determinado pela pandemia. Reabrir as unidades de saúde é importante, mas trata-se apenas de uma parte da equação. As pessoas usuárias precisam estar convencidas de que ir até uma unidade de saúde é seguro para elas⁽⁶⁰⁾.

Em pesquisa feita num hospital com uma amostra de 8.370 pessoas que se internaram por condições não COVID-19, 11 (0,1%) testaram positivo para o SARS-CoV-2 até 14 dias após a alta e, destes, somente 1 esteve associado a uma infecção adquirida no hospital⁽⁶¹⁾. Isso mostra que a possibilidade de contaminação das pessoas que se internam para tratamento do condições não COVID-19 é muito rara em hospitais que adotam protocolos de prevenção eficazes.

A adesão das pessoas a um reagendamento de atendimento, a pessoas com condições não COVID-19, depende de suas percepções de riscos que ocorrem em três níveis. O primeiro nível é resultado de ação externa sobre a percepção individual, como políticas públicas com normas de conduta e punição em caso de descumprimento ou obrigatoriedade – e o bom exemplo de pessoas formadoras de opinião também interfere nas decisões individuais. O segundo nível depende de quem está no entorno, como pais, amigos, colegas e conhecidos e como eles se comportam mediante uma situação de risco. O terceiro nível diz respeito à decisão individual e envolve o conhecimento pessoal sobre o assunto além de seu acesso a informações de fontes confiáveis⁽⁶²⁾.

No processo de retomada, há fatores que dependem dos prestadores e outros que são externos, como as normativas governamentais sobre isolamento da população como “fique em casa” e o distanciamento físico. Isso significa que os prestadores controlam aproximadamente 50% dos fatores que amedrontam a população na busca por cuidados de saúde⁽⁶³⁾.

Os prestadores de serviços deverão comunicar um plano claro de reagendamento e os seus tempos, e assegurar às pessoas usuárias que os protocolos de testagem e de procedimentos na atenção, bem como a segurança das unidades de saúde e das equipes de saúde, satisfazem ou excedem suas preocupações. Assim, esses prestadores devem comunicar com clareza que dispõem de protocolos de testes da COVID-19, prover um tempo certo para o reagendamento, assegurar o distanciamento físico, garantir a higienização adequada dos espaços de cuidados e dar confiança de que os profissionais de saúde usam os equipamentos de proteção individual normatizados. Essas pessoas precisam, também, sentir que o pior já passou e que estão emocionalmente prontas para fazer o reagendamento. Em relação aos procedimentos hospitalares em que a resistência é maior, quando viável, é preciso oferecer alternativas não hospitalares, porque 25% das pessoas prefeririam fazer o procedimento em ambulatórios ou clínicas fora de hospitais. Como consequência, a transferência de procedimentos hospitalares para procedimentos ambulatoriais é uma tendência que a pandemia vai acelerar de forma irreversível⁽⁶³⁾.

Song et al.⁽¹⁰⁾ propuseram a utilização, nos processos de retomada, de estratégias sistêmicas com base na gestão operacional que facilitam o cuidado das pessoas com condições não COVID-19 e permitem reduzir os gargalos nas unidades de emergência e nos hospitais, o que pode envolver a utilização de tecnologias como o sistema *lean* de racionalização dos fluxos assis-

tenciais. Uma proposta desse tipo para a retomada segura dos serviços hospitalares no Brasil foi proposta pelo Projeto Lean nas Emergências⁽⁶⁴⁾.

Outra medida importante para atenuar os problemas da terceira onda será o monitoramento das pessoas portadoras de condições crônicas complexas, tais como hipertensão de alto risco, diabetes com controle metabólico ruim e idosos frágeis buscando sua estabilização. Isso ajudará a reduzir potenciais picos de demanda futuros nas unidades de emergência e nos leitos para pessoas com condições não COVID-19.

Para obter o equilíbrio de demanda entre os hospitais, pode-se aplicar uma estratégia logística denominada de *pool* locacional. Isso significa que, ao invés de dispersar o atendimento de condições não COVID-19 entre vários hospitais de uma região, poder-se-ia concentrá-los numa unidade dedicada. Essa estratégia não é fácil de ser estabelecida porque os hospitais costumam ser independentes e competidores entre si, mas a pressão da pandemia criou uma necessidade de cooperação que teve resultados positivos na Austrália, no Canadá, na Dinamarca, nos Estados Unidos da América e na Holanda. No Brasil, há relatos de utilização dessa estratégia em hospitais e em unidades de atenção primária à saúde.

Edwards⁽⁶⁵⁾ analisou um aspecto fundamental para a retomada dos serviços não diretamente ligados à pandemia e represados na Inglaterra criando a opção de hospitais livre de COVID-19 em que as pessoas devem ser confirmadas de não estarem infectadas antes de receber os tratamentos. Outra solução pode estar na criação de fluxos assistenciais contínuos de pessoas usuárias e equipes de saúde, o que pode ser feito pela designação de áreas livres da COVID-19, seja separando uma unidade de saúde dedicada somente a pessoas com COVID-19, seja criando diferentes rotas que não se cruzem dentro dessa unidade.

Para a OMS, o processo de retomada dos serviços de saúde deve envolver ações-chave como: fazer uma lista de serviços de saúde essenciais; dar uma atenção especial às necessidades das populações mais vulneráveis; identificar serviços de rotina e eletivos que poderiam ser suspensos temporariamente ou realocados para áreas menos afetadas; criar um plano de ação para redução progressiva e para restauração de serviços de saúde conforme as ondas da pandemia; antecipar a restauração dos serviços suspensos com base nas novas necessidades surgidas em função dos processos de retomada das atividades econômicas e sociais; e assegurar a continuidade da redução de riscos e das medidas de mitigação da COVID-19 em todos os serviços⁽³⁹⁾.

REFERÊNCIAS

1. BBC News Brasil. O que está por trás de diagnóstico da OMS de onda grande e única de Covid 19 [Internet]. 29 jul 2020 [acesso 2020 jul 30]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-53588675>.
2. Kissler SM, et al. Projecting the transmission dynamics of SARS-COV-2 through the postpandemic period. *Science*. 2020;368(6493):860-868. doi: <https://doi.org/10.1126/science.abb5793>.
3. Walker PG, et al. The impact of COVID-19 and strategies for mitigation and suppression in low and middle-income countries. *Science*. 2020;369(6502):413-422. doi: <https://doi.org/10.1126/science.abc0035>.
4. Woods M. A second wave of coronavirus in Canada: what you need to know. *Huffpost* [Internet]. 14 maio 2020 [acesso 2020 jul 27]. Disponível em: https://www.huffingtonpost.ca/entry/coronavirus-second-wave-canada-definition_ca_5ebd7bfec5b655620b141d48.
5. World Health Organization. Codiv-19: Strategy update. Geneva: WHO; 2020.
6. World Economic Forum. Our healthcare system is failing people without Covid-19. It's time to address the hidden third wave [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 04]. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/06/third-wave-covid-19-coronavirus-pandemic-rare-disease-cancer-screening-preventive-care/>.
7. Singer M, et al. Syndemics and biosocial conception of health. *Lancet*. 2017;389(10072):941-950. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X).
8. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6).
9. Lee TH. The invisible patient: caring for those without Covid-19. In: *NEJM CATALYST. Covid-19: managing the surge*. Waltham: NEJM Catalyst Collection; 2020.
10. Song H, et al. How hospitals can meet the needs of non-Covid during the pandemic. *Harvard Business Review* [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 26]. Disponível em: <https://hbr.org/2020/07/how-hospitals-can-meet-the-needs-of-non-covid-patients-during-the-pandemic>.
11. Sarac NJ, et al. A review of state guidelines for elective orthopaedic procedures during the COVID-19 outbreak. *J Bone Joint Surg Am*. 2020;102(11):942-945. doi: <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00510>.
12. Cronin CJ, Evans WN. Private precaution and public restrictions: what drives social distancing and industry foot traffic in the covid-19 era? Birmingham: National Bureau of Economic Research; 2020. doi: <https://doi.org/10.3386/w27531>.

13. Bestsenny GG, et al. Telehealth: a quarter-trillion-dollar post-pandemic COVID-19 reality? Mackinsey & Co [Internet]. 29 maio 2020 [acesso 2020 set 13]. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/telehealth-a-quarter-trillion-dollar-post-covid-19-reality>.
14. Reed S. Resuming health services during the Covid-19 pandemic. What can the NHS learn from other countries? London: Nuffield Trust [Internet]. 24 jul 2020 [acesso 2020 ago 27]. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/resuming-health-services-during-the-covid-19-pandemic-what-can-the-nhs-learn-from-other-countries>.
15. American Academy of Orthopedic Surgeons. Covid-19 surgical volume impact survey [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 03]. Disponível em: <https://www.aaos.org/globalassets/about/covid-19/research/covid-19-surgical-volume-impact-survey-final.pdf>.
16. American College of Emergency Physicians. COVID-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.emergencyphysicians.org/globalassets/emphysicians/all-pdfs/acep-mc-covid19-april-poll-analysis.pdf>.
17. Garcia S, et al. Reduction in ST-Segment elevation on cardiac catheterization laboratory activity in the United States during COVID-19 pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 2020;75(22):2871-2872. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.011>.
18. Jain A, et al. SARS-CoV-2 impact on elective orthopaedic surgery: implications for post-pandemic recovery. *J Bone Joint Surg Am*. 2020;102(13):e68. doi: <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00602>.
19. Jeffery MM, et al. The impact of COVID-19 on emergency visits. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 [acesso 2020 ago 04]. Disponível em: <https://www.jwatch.org/na52169/2020/08/13/impact-covid-19-emergency-department-visits>.
20. Kasangra P, et al. Collateral effect of COVID-19 on stroke evaluation in the United States. *N Engl J Med*. 2020;383(4):400-401. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2014816>.
21. Komodo Health. Routine chronic disease screenings and oncology biomarker tests plummet during COVID-19 [Internet]. 28 abr 2020 [acesso 2020 ago 25]. Disponível em: <https://www.komodohealth.com/insights/2020/04/routine-chronic-disease-screenings-and-oncology-biomarker-tests-plummet-during-covid-19>.
22. Mehrotra A, et al. The impact of the COVID pandemic on outpatients visits: a rebound emerges. New York: The Commonwealth Fund; 2020.
23. Raja AS. Inpatient admissions for emergency conditions decrease during COVID-19. *JAMA* [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 24]. Disponível em: <https://www.jwatch.org/na51779/2020/06/26/inpatient-admissions-emergency-conditions-decrease-during>.

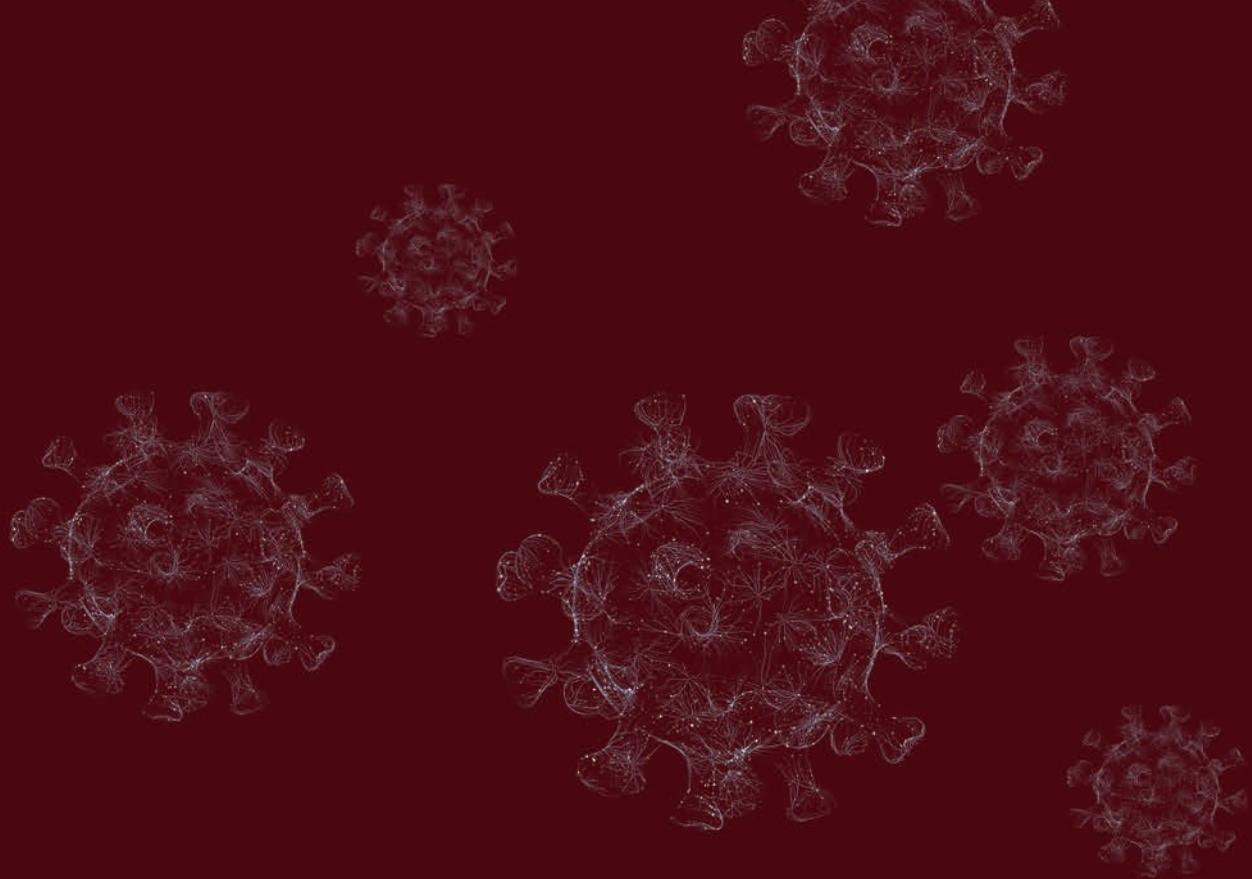
24. Rosenbaum L. The untold toll: the pandemic's effects on patients without Covid-19. *N Engl J Med.* 2020;382(24):2368-2371. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMms2009984>.
25. BCG Live. Como a pandemia está transformando o setor saúde no Brasil. São Paulo: BCG Henderson Institute; 2020.
26. Wise J. Covid-19: Cancer mortality could rise at least 20% because of pandemic, study finds. *BMJ.* 2020;369:m1735. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1735>.
27. Davies J. Quality Watch: NHS performance summary, April - May 2020. Nuffield Trust [Internet]. 11 jun 2020 [acesso 2020 ago 27]. Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/combined-performance-summary-april-may-2020>.
28. De Filippo O, et al. Reduced rate of hospital admissions for ACS during COVID-19 outbreak in Northern Italy. *N Engl J Med.* 2020;383(1):88-89. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009166>.
29. Eurordis. 9 in 10 people living with a rare disease experiencing interruption in care because of COVID-19 [Internet]. 4 maio 2020 [acesso 2020 ago 24]. Disponível em: https://download2.eurordis.org/documents/pdf/PressRelease_COVID19surveyresults.pdf.
30. Hiom S. How coronavirus is impacting cancer services in the UK. Cancer Research UK [Internet]. 21 abr 2020 [acesso 2020 ago 27]. Disponível em: <https://scienceblog.cancerresearchuk.org/2020/04/21/how-coronavirus-is-impacting-cancer-services-in-the-uk>.
31. Morris J. What has been the impact of Covid-19 on urgent and emergency care across England. Nuffield Trust [Internet]. 29 maio 2020 [acesso 2020 set 01]. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/what-has-been-the-impact-of-covid-19-on-urgent-and-emergency-care-across-england>.
32. Morris J. The alarming drop in referrals from GPs to hospitals services since the Covid-19 outbreak. Nuffield Trust [Internet]. 16 jun 2020 [acesso 2020 ago 19]. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/new-chart-of-the-week-the-alarming-drop-in-referrals-from-gps-to-hospital-services-since-the-covid-19-outbreak>.
33. Reed S, Scobie S. The proportion of people waiting more than 18 weeks for planned treatment has rocketed since Covid-19. Nuffield Trust [Internet]. 19 ago 2020 [acesso 2020 ago 21]. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/chart-of-the-week-the-proportion-of-people-waiting-more-than-18-weeks-for-planned-treatment-has-rocketed-since-covid-19>.
34. Rodríguez-Leor O, et al. Impact of COVID-19 pandemic on interventional activity in Spain. *Rec Interv Cadiol.* 2020; 2020;2:82-89. doi: <https://doi.org/10.24875/RECIC.M20000120>.
35. Duncan P, Campbell D. More people dying at home during COVID-19 pandemic, UK analysis. *The Guardian* [Internet]. 8 maio 2020 [acesso 2020 ago 05]. Disponível em: <https://>

www.theguardian.com/society/2020/may/08/more-people-dying-at-home-during-covid-19-pandemic-uk-analysis.

36. Bill & Melinda Gates Foundation. COVID-19: a global perspective, Goalkeepers Report [Internet]. 2020 [acesso 2020 set 21]. Disponível em: <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2020-report/#GlobalPerspective>.
37. Ducharme J. The COVID-19 pandemic has erased decades of progress on childhood vaccination. Time [Internet]. 15 set 2020 [acesso 2020 set 21]. Disponível em: <https://time.com/5889049/covid-19-childhood-vaccination-gates-report/>.
38. Robertson T, et al. Early estimates of the indirect effects of the coronavirus pandemic on maternal and child mortality in low and middle-income countries. The Lancet Global Health. 2020;8(7): E901-E908. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1).
39. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context. Geneva: WHO; 2020.
40. Freire M. Mortes de pacientes na fila dos transplantes saltam 44% na pandemia. Folha de São Paulo [Internet]. 13 set 2020 [acesso 2020 set 14]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2020/09/mortes-de-pacientes-na-fila-do-transplante-saltam-44-na-pandemia.shtml>.
41. Machado R. Ministério da Saúde aponta queda de 37% nos transplantes no Brasil durante a pandemia. Folha de São Paulo [Internet]. 24 set 2020 [acesso 2020 set 28]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/09/ministerio-da-saude-aponta-queda-de-37-nos-transplantes-no-brasil-durante-a-pandemia.shtml>.
42. Albuquerque F. Número de transplantes de medula óssea cai 30% devido à pandemia. Agência Brasil [Internet] 14 set 2020 [acesso 2020 set 14]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/numero-de-doacoes-de-medula-ossea-cai-30-devido-pandemia>.
43. Canzian F. Atenção básica vê terceira onda de doente atingindo o sistema de saúde. Folha de São Paulo [Internet]. 26 abr 2020 [acesso 2020 set 09]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/atencao-basica-ve-terceira-onda-de-doentes-atingindo-o-sistema-de-saude.shtml>.
44. O Povo. Médica aponta absenteísmo em torno de 30% em consultas pré-natais [Internet]. 18 nov 2020 [acesso 2020 nov 25]. Disponível em: <https://mais.opovo.com.br/jornal/reportagem/2020/08/13/medica-aponta-absenteismo-em-torno-de-30--em-consultas-pre-natais.html>.
45. Tastch C. Câncer de mama: 62% esperam fim da pandemia para consultas e exames. O Globo [Internet]. 29 set 2020 [acesso 2020 set 30]. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/cancer-de-mama-62-esperam-fim-da-pandemia-para-consultas-exames-24667509>.

46. Cambricoli F. Com pandemia, cobertura vacinal despenca para menos de 60% e governo prepara campanha. Terra [Internet]. 5 set 2020 [acesso 2020 set 08]. Disponível em: <https://www.terra.com.br/vida-e-estilo/saude/com-pandemia-cobertura-vacinal-despenca-para-menos-de-60-e-governo-prepara-campanha,58e9c74dc22531cb838406f974152244151yasua.html>.
47. O Estado de São Paulo. O SUS sob pressão [Internet]. 29 ago 2020 [acesso 2020 set 02]. Disponível em: <https://opinioao.estadao.com.br/noticias/notas-e-informacoes,o-sus-sob-pres-sao,70003417468>.
48. Gandra A. Pandemia reduz procura no atendimento por câncer de mama. Agência Brasil [Internet]. 18 maio 2020 [acesso 2020 jul 13]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-05/pandemia-reduz-procura-no-atendimento-por-cancer-de-mama>.
49. Bergamo M. Hospital registra queda de 70% em atendimentos de oncologia pediátrica na pandemia. Folha de São Paulo [Internet]. 17 maio 2020 [acesso 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/monicabergamo/2020/05/hospital-registra-queda-de-70-em-atendimentos-de-oncologia-pediatria-na-pandemia.shtml>.
50. Collucci C. Pandemia leva a cancelamento de cirurgias e exames de doentes com câncer. Folha de São Paulo [Internet]. 17 abr 2020 [acesso 2020 ago 23]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/04/pandemia-leva-a-cancelamento-de-cirurgias-e-exames-de-doentes-com-cancer.shtml>.
51. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Recomendações da SBMFC para a APS durante a pandemia de COVID-19. Rio de Janeiro: SBMFC; 2020.
52. Barone MT, et al. The impact of COVID-19 on people with diabetes in Brazil. *Diabetes Res Clin Pract.* 2020;166:108304. doi: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108304>.
53. Idoeta PA. Coronavírus: o que está por trás da explosão de mortes em casa em meio à pandemia de COVID-19. BBC News Brasil [Internet]. 1 jun 2020 [acesso 2020 ago 02]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52802249>.
54. Neves JR. Impacto da pandemia nas intervenções em cardiopatias congênitas. *Jornal da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista.* 2020;2:20.
55. Pinheiro C. Cartórios apontam aumento de 31% nas mortes por doenças cardiovasculares. *Veja Saúde* [Internet]. 29 jun 2020 [acesso 2020 ago 19]. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/cartorios-apontam-aumento-de-31-nas-mortes-por-doencas-cardiovasculares/>.
56. Ferraz A, Gomes B, Ribeiro B. Saúde no Brasil: conheça desafios para os próximos prefeitos. O Estado de São Paulo [Internet]. 27 set 2020 [acesso 2020 set 30]. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/infograficos/politica,saude-no-brasil-conheca-desafios-para-os-proximos-prefeitos,1122578>.

57. Gandra A. Pandemia: 82% dos dentistas continuaram a atendimento, diz pesquisa. Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas. Agência Brasil [Internet]. 28 jul 2020 [acesso 2020 set 23]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-07/pandemia-82-dos-dentistas-continuaram-atendimento-diz-pesquisa>.
58. Charumilind S, et al. When will the COVID-19 pandemic end? McKinsey & Company [Internet]. 23 nov 2020 [acesso 2020 nov 24]. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/when-will-the-covid-19-pandemic-end>.
59. Conway MD, et al. An optimistic scenario for the US response to COVID-19. McKinsey & Company [Internet]. 24 set 2020 [acesso 2020 set 25]. Disponível em: <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/an-optimistic-scenario-for-the-us-response-to-covid-19>.
60. Groves M, van der Feer. Restarting elective procedures during the COVID-19 pandemic: adapting care delivery. Philips Global Press Office [Internet]. 24 jun 2020 [acesso 2020 abr 02]. Disponível em: <https://www.philips.com/a-w/about/news/archive/standard/news/articles/2020/20200624-restarting-elective-procedures-during-the-covid-19-pandemic-getting-routine-care-back-on-track.html>.
61. Rhee C, et al. Incidence of nosocomial COVID-19 in patients hospitalized at a large US academic medical center. JAMA Netw Open. 2020;3(9):e2020498. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.20498>.
62. Kallás E. O comportamento e o COVID-19. Folha de São Paulo [Internet]. 18 ago 2020 [acesso 2020 set 02]. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/colunas/esper-kallas/2020/08/o-comportamento-e-a-covid-19.shtml>.
63. Scott J, et al. Restoring patients' confidence in elective health care. Boston Consulting Group [Internet]. 27 maio 2020 [acesso 2020 abr 02]. Disponível em: <https://www.bcg.com/publications/2020/elective-health-care-post-covid-19>.
64. Projeto Lean nas Emergências. Plano Hospitalar para a Retomada Segura. São Paulo: Projeto Lean nas Emergências/Hospital Sírio-Libanês; 2020.
65. Edwards N. Here to stay? How the NHS will have to learn to live with coronavirus. Nuffield Trust [Internet]. 2 jun 2020 [acesso 2020 ago 31]. Disponível em: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/here-to-stay-how-the-nhs-will-have-to-learn-to-live-with-coronavirus>.



Na Coleção COVID-19, o volume 4 – Profissionais de Saúde e Cuidados Primários – apresenta textos relacionados à atuação dos profissionais, a educação em saúde e no SUS, as posições dos conselhos de classe, saúde mental e segurança do trabalhador. Também aborda, aí no âmbito dos cuidados primários, questões relacionadas ao cuidado e sua qualidade, autocuidado, segurança do paciente, práticas *Drive-Thru*, além dos cuidados destinados a populações específicas: pessoas com diabetes; gestantes, puérperas e recém nascidos; indígenas, idosos e população privada de liberdade. Sua ênfase está na racionalidade e no ordenamento do SUS pela Atenção Primária à Saúde (APS) e suas associações com a realidade social e a vigilância em saúde.