

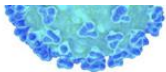
REDE  
**CoVida**  
Ciência, Informação  
e Solidariedade



## Vigilância Universal da Covid-19 na Atenção Primária à Saúde

Junho de 2020



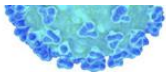


## APRESENTAÇÃO

O Brasil, como signatário do Regulamento Sanitário Internacional/RSI, 2005 (1), vem adotando, sistematicamente, as orientações emanadas da Organização Mundial de Saúde/OMS, quando uma epidemia se torna um Evento de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII). Dentro dos limites operacionais e financeiros do Sistema Único de Saúde/SUS, o Sistema de Vigilância em Saúde de Doenças Transmissíveis deste país é, reconhecidamente, robusto e efetivo, operado de forma horizontal em todos os municípios, no que tange à detecção, preparação e resposta a eventos inusitados de interesse para a Saúde Pública (2).

Não por acaso, no início de fevereiro de 2020, mesmo sem ainda ter casos autóctones confirmados da COVID-19, doença produzida por um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, o Ministério da Saúde do Brasil acionou o Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública (3) e implantou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo Coronavírus.

A eclosão explosiva desta epidemia, em novembro de 2019 na China, se disseminou para mais de 200 países, áreas ou territórios, inclusive o Brasil, estabelecendo uma pandemia extremamente grave devido a elevada transmissibilidade do agente e gravidade de parcela dos casos (4). Em vista desse contexto, este documento apresenta uma breve análise das ações e atividades de vigilância epidemiológica que o SUS vem desenvolvendo desde o momento em que a OMS alertou seus países membros para esta ameaça. A seguir, discorre sobre algumas iniciativas para ampliar e fortalecer esta vigilância visando torná-la o mais universal possível, incorporando toda a rede de Atenção Primária em Saúde/APS ao processo de monitoramento rotineiro da circulação do SARS-CoV-19 e conseqüente adoção de medidas de controle não farmacológicas, privilegiando as experiências acumuladas em cada território específico.

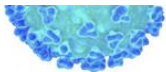


Dado que o vírus é de elevada transmissibilidade, impõem-se o desenvolvimento de modelos de vigilância ativa que, ao tempo em que garantam a detecção rápida de casos e contatos, também impeçam que trabalhadores de campo sejam infectados. Nesse sentido, propostas inovadoras de monitoramento que utilizem ferramentas digitais serão divulgadas em outras publicações da Rede CoVida, as quais deverão ser testadas e validadas em situações concretas. A ideia é explorar, de forma sistemática, o potencial que as novas tecnologias oferecem, de modo a agilizar o desencadeamento de ações para contenção da ocorrência de novos casos.

## **Vigilância da COVID-19 no Brasil**

Imediatamente após a OMS declarar ser a COVID-19 uma ESPII (5) o Brasil também declarou esta doença como um Evento de Saúde Pública de Interesse Nacional (6). Segundo fontes governamentais, o propósito da adoção tão precoce desta iniciativa foi criar condições administrativas e financeiras que facultasse ao poder executivo liberar recursos necessários para repatriamento de brasileiros que se encontravam na China, bem como adquirir, de modo ágil, insumos e equipamentos para enfrentamento deste problema de saúde, que já se anunciava de difícil contenção devido a elevada transmissibilidade desse novo agente infeccioso. Previa-se que a doença iria se disseminar rapidamente entre países e continentes, ou seja se tornar pandêmica, o que colocava o Brasil em risco iminente de ser atingido, dado o intenso fluxo de passageiros oriundos de áreas com transmissão nos aeroportos e portos internacionais deste país, a despeito das medidas que vinham sendo adotadas pelas equipes de Vigilância Sanitária para detecção e isolamento de casos suspeitos de Covid-19 nestes pontos de entrada (7).

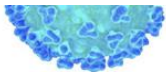
Um dos mecanismos cruciais para contenção de qualquer epidemia, especialmente daquelas cujo agente infeccioso é transmitido por via respiratória pessoa a pessoa, é fortalecer e/ou instituir estratégias de vigilância capazes de detectar o maior número de casos possível, garantir a sensibilidade do sistema de vigilância para oportunizar a



adoção de medidas de controle mais amplas e, assim, reduzir o risco de disseminação da doença. Além de alertar a rede de serviços de saúde, instrumentos específicos de notificação e/ou fortalecimento daqueles pré-existentes devem ser rapidamente implementados, em consonância com os conhecimentos disponíveis sobre as características epidemiológicas e apresentação clínica da doença que, no caso da COVID-19, se manifesta como uma síndrome gripal/SG.

O SUS já dispunha, desde o ano 2000, do Sistema de Vigilância Sentinela de Síndromes Gripais para monitorar a circulação de vírus respiratórios no país, acompanhar a distribuição sazonal destas síndromes nas diferentes regiões geográficas, verificar a gravidade dos quadros clínicos, ocorrência de surtos e surgimento de novo(s) subtipo(s) viral(is), além de proceder ao isolamento de vírus para encaminhamento e respectiva produção de vacinas, a cada ano, com as cepas circulantes na população brasileira (8). Este sistema, não universal, formado por unidades de saúde definidas pelos gestores das três esferas do SUS, vinha sendo muito útil para os fins propostos.

Todavia, em decorrência da Pandemia de Influenza pelo vírus H1N1, agente que se mostrou capaz de produzir elevado número de Síndromes Respiratórias Aguda Grave (SRAG), o MS criou um novo Sistema de Informação voltado à notificação universal obrigatória das SRAG (8). No que pese as dificuldades operacionais, estes dois sistemas continuaram sendo alimentados mas, evidentemente, não eram suficientes nem adequados para atender às necessidades da vigilância epidemiológica da COVID-19, devido a grande capacidade de disseminação do SARS-CoV-2 e da gravidade das manifestações clínicas de importante parcela de casos sintomáticos, exigindo um sistema de VE universal para ser operado em todos os níveis do SUS que atendem casos suspeitos e/ou confirmados desta doença. Como em epidemias anteriores, o MS lançou mão do sistema e-SUS VE, com as adaptações necessárias, disponível para toda a rede do SUS (8).

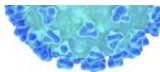


## Considerações sobre as Ações de Vigilância e Controle em Andamento

A coleta de informações fidedignas sobre qualquer problema de saúde de interesse é um dos principais desafios para a implantação e desenvolvimento de ações de vigilância e controle, especialmente no curso de uma epidemia de uma doença nova. No caso da COVID-19, este desafio tem sido ainda muito maior por se manifestar de forma similar a todas as outras SG produzidas por inúmeros vírus que circulam frequentemente nas populações de todo o mundo, com maior ou menor incidência, variando tanto pela sazonalidade observada em cada região geográfica, como pelos níveis de imunidade de grupo de cada população para cada agente e/ou cepa viral.

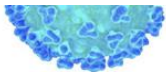
Assim, por ser bastante inespecífica, torna-se muito difícil a vigilância da COVID-19 se apoiar em definição de caso clínico-epidemiológico como utilizada amplamente na vigilância de muitas doenças transmissíveis. Nesta pandemia, os indivíduos que apresentam sinais e sintomas de gripe, com ou sem evolução para SARS, poderão estar infectados tanto pelo SARS-Cov-2 como por outros agentes etiológicos que estão circulando, a exemplo de H1N1, Influenza A, rinovírus, dentre outros. Desse modo, o registro de casos para monitoramento da COVID-19 passou a depender de diagnóstico laboratorial específico, por meio de exames de RT-PCR para SARS-Cov 2. Os testes rápidos que detectam anticorpos da classe IgM e IgG só chegaram ao país a partir da segunda semana de abril de 2020, e só devem ser utilizados para diagnóstico de casos mais tardiamente, na medida em que estas imunoglobulinas só começam a ser detectadas no sangue periférico a partir do quinto dia de doença. Ademais, a confiabilidade destes testes depende dos resultados de estudos de Validação, conduzidos por instituições isentas e de reconhecido prestígio técnico-científico. A maioria dos que estão disponíveis até o momento não têm apresentado bom desempenho (9,10).

A despeito de todas essas dificuldades, logo que foi constatada a circulação comunitária do SARS-Cov-2 em algumas cidades brasileiras, o MS adotou definições de casos amplas, conforme inscrito na primeira versão do Guia de Vigilância (03/04/2020). Uma delas considera caso confirmado por critério clínico epidemiológico: “Todo caso suspeito de



SG ou SRAG com histórico de contato próximo ou domiciliar, nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas, com caso confirmado laboratorialmente para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação laboratorial específica”. Contudo, os Boletins do MS e da maioria das Secretarias estaduais e municipais de saúde não vêm considerando nas suas análises os casos suspeitos, visto a inexistência de qualquer sinal ou sintoma que, minimamente, possa ser considerado como mais provável de ser produzido pelo SARS-Cov-2 e não por outros vírus respiratórios. Por sua vez, a capacidade instalada no país para realização de exames de RT-PCR - mesmo após a inclusão emergencial dos laboratórios das Universidades Públicas e dos Centros de Pesquisa da Fiocruz à rede do SUS - é pequena para atender às necessidades impostas por esta epidemia, o que impede o processamento de todas as amostras que estão sendo coletadas, inclusive de alguns pacientes que sabidamente tiveram contato com pessoa com diagnóstico confirmado laboratorialmente para COVID-19. Soma-se a isto a inviabilidade (tanto pela carência de recursos humanos como pelo risco de contaminação desses recursos) de proceder à investigação epidemiológica, caso a caso, para identificação de contatos dos casos confirmados que desenvolveram SG e/ou SRAG, portanto, com maior probabilidade de ser devido ao SARS-Cov-2 e que poderiam ser incluídos como confirmados pelo critério clínico-epidemiológico.

Não obstante o inestimável valor dos dados que vêm sendo coletados pelo sistema de vigilância da Covid-19 implantado no país, não se pode desconhecer, à luz das dificuldades apontadas, que existem atributos de VE que não estão sendo alcançados, a exemplo da: **representatividade**, na medida em que só são contabilizados os casos cujas amostras foram coletadas e processadas, as quais não são selecionadas aleatoriamente; **magnitude** da epidemia desde que só são contabilizados os casos que estão sendo atendidos em serviços de saúde com estrutura para coletar material de nasofaringe e que sejam confirmados laboratorialmente e; **sensibilidade**, pois o RT-PCR é um exame de elevada especificidade, mas sua sensibilidade em amostras de secreção de orofaringe depende do momento da coleta, que deve ser feita entre o quarto e o sétimo dia de início dos sintomas da doença (9,10). Após este período, a coleta deve ser feita nas vias respiratórias baixas, procedimento que raramente é realizado. Assim, muitos casos que são atendidos em unidades de saúde que não



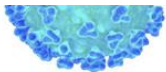
coletam amostras não são incorporados às estatísticas oficiais. Soma-se a tudo isso o quantitativo de pacientes que não buscam atendimento, tanto em função das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, como por apresentarem sinais e sintomas leves.

Assim, os dados sobre Covid-19 disponíveis no Brasil, não refletem a real incidência da doença, nem sua distribuição espacial na medida em que a estrutura para coleta e processamento de exames é desigual em cada grande cidade e entre municípios, o que dificulta sobremaneira a identificação de fatores de riscos de ter sido infectado, desigualdades sociais de acesso, problemas de saúde pré-existentes, fatores que refletem também no maior risco e possibilidade de vir a óbito devido à dificuldade de assistência precoce e adequada aos casos que evoluem com maior gravidade.

É fato que esta pandemia colocou em alerta toda a sociedade, aumentando exponencialmente a sensibilidade de detecção de casos de SG da rede de serviços de saúde, o que, em parte, facilita o monitoramento da dispersão da doença. Mesmo assim, ainda é insuficiente por se tratar de detecção passiva de casos confirmados em um cenário de muito baixa testagem para SARS-CoV-2, pois o Brasil é o segundo país em número de casos confirmados, mas ocupa o penúltimo lugar quanto ao quantitativo de testes por milhão de habitantes entre os 10 países com maior número de casos (11).

Estimativas de subnotificação realizada por pesquisadores brasileiros do Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS\_PUCRio) estimaram que os casos notificados, no Brasil, representavam apenas 8,0% (7,8% - 8,1%) dos casos de COVID-19, indicando que o número de casos existentes seria cerca de 12 vezes maior que o oficialmente reportado. O estudo também apresentou estimativas de notificação para as unidades federadas, que embora devam ser interpretadas com cautela devido às diferenças na evolução da epidemia no território nacional, indicam grandes disparidades na capacidade de detecção dos casos, com percentuais estimados de notificação menores do que 5%, nos estados da Paraíba, Pernambuco, Piauí e Maranhão, e maiores de 25%, no Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul (12).

Ademais, no que pese haver muitos registros de casos suspeitos no sistema de vigilância do país, destaca-se que a maioria se encontra em investigação, o que também atesta



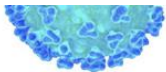
que há subestimação de casos confirmados, inclusive de casos graves. O próprio MS tem divulgado que existe um grande excesso no número de hospitalizações por SRAG, em 2020, que representam um incremento de mais de 705% em relação ao mesmo período de 2019. Do total de 168.676 hospitalizações por SRAG registradas no SIVEP-Gripe, até a semana epidemiológica 21 (SE 21 - 17 a 23/05/2020), 31,% foram de casos confirmados para COVI D-19, entretanto, 32,% permanecem em investigação e 34,4% foram registradas como SRAG não especificada (13), o que se constitui em mais uma evidência de que pode estar havendo sub-registro de muitos casos graves desta doença. No que se refere ao número de óbitos, também se constata haver sub-registro desde que muitos óbitos prováveis de Covid-19 constam nas Declarações como outras causas, em geral, como SRAG sem causa definida, por não se dispor do exame laboratorial confirmatório de COVID-19. Do total de 35.067 óbitos por SRAG, registrados 23/05/2020, 18.128 (51,7%) foram confirmados para SARS-CoV-2, 10,6% permanecem sob investigação e 36,3% registrados como SRAG sem especificação (13).

### **Sugestões para Fortalecer a VE da COVID-19**

Quando da detecção de uma epidemia o objetivo finalístico da vigilância epidemiológica é reduzir a morbimortalidade da doença a partir do desencadeamento, imediato, de ações para sua contenção impedindo a ocorrência de novos casos e acionando a assistência médica para evitar óbitos, em acordo com os conhecimentos científicos vigentes e instrumental técnico disponível.

Por ser a COVID-19 causado por um novo agente, ainda não existem instrumentos capazes de impedir o curso natural da circulação viral nem da sua evolução clínica. Por se tratar de doença de transmissão respiratória, pessoa-a-pessoa, tem-se que lançar mão tanto de medidas de higiene pessoal, como por meio de barreiras físicas que contribuem para impedir a transmissão pelas secreções de orofaringe das pessoas infectadas. Contudo, as barreiras físicas (isolamento social, máscaras faciais, bloqueio completo, etc) têm efetividade limitada (14) quando se trata de um agente com elevado poder de transmissão, principalmente pelas dificuldades de serem



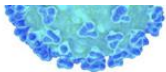


implementadas com o rigor e amplitudes necessárias, que exigem mudanças de hábitos individuais e de todas as coletividades sob risco.

As ações de enfrentamento da COVID19 no Brasil, do ponto de vista da gestão governamental, têm sido marcadas pela falta de consenso e coordenação entre as esferas de gestão do SUS, de modo que cada estado e município orientam de modo diferente as populações. Evidentemente que não se poderia implementar ações homogêneas para todo o país, que apresenta situações epidemiológicas muito distintas em cada município. Entretanto, as orientações mais gerais do momento epidemiológico no qual se deve instituir medidas de distanciamento populacional efetivas na redução do crescimento da curva epidêmica, tão necessária para impedir o colapso da rede de serviços de saúde de alta complexidade deveriam ser claramente definidas para o país, considerando o porte populacional de cada município, intensidade de fluxo intermunicipal de veículos e mercadorias, dentre outros. Não por acaso, semelhante ao que ocorreu em outros países, também no Brasil vem-se observando que as cidades que implantaram precocemente e estão mantendo o isolamento social estão conseguindo achatar a curva epidêmica (14).

Independente das medidas de distanciamento social de cunho mais geral que vêm sendo implementadas, entende-se que algumas ações mais focais poderiam ser adotadas, tendo como eixo orientador a localização dos domicílios e espaços de ocorrência de *clusters* de casos confirmados, casos prováveis e dos seus contatos, com vistas à adoção de ações pelas equipes de APS e VE nos territórios destas ocorrências. A capilaridade destas equipes possibilita a identificação destes novos casos logo após a família ter conhecimento do primeiro diagnóstico.

É importante destacar que todas as iniciativas devem ser estimuladas pelos níveis central e estadual e se constituir em diretrizes do Ministério da Saúde, através da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, e podem ser discutidas e aprimoradas com base na análise de experiências exitosas de enfrentamento da epidemia em outros países (15-17) e em municípios brasileiros(18,19). Orientações técnicas e operacionais

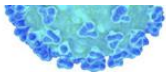


devem ser disponibilizadas para todos os níveis do sistema e as ações precisam ter coordenação e coesão, que pressupõe discussão com CONASS e CONASEMS, pactuação com a CIT e CIB, respeitando-se as particularidades de cada local. O importante é que haja respaldo técnico e operacional, aporte de recursos e apoio logístico - naquilo que se fizer necessário - ao desenvolvimento das ações.

Vale ressaltar, que neste momento, mais do que nunca, a escassez de recursos compromete enormemente as possibilidades de êxito de enfrentamento da epidemia, e os aportes adicionais não podem se limitar ao reforço de pessoal e equipamentos para o nível especializado e hospitalar. Há necessidades concretas de ampliação da cobertura das equipes de APS, de recursos tecnológicos (internet, celulares, etc.) para incrementar o uso das ferramentas informacionais. Entende-se que estas serão a base de um novo *modus operandi* da vigilância em saúde e de muitas ações de assistência no âmbito da APS junto às comunidades, inclusive favorecendo maior participação social e otimização do uso dos equipamentos sociais.

## **Vigilância da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde**

Sistemas universais de saúde que implementam APS robusta conseguem, de forma mais efetiva, conter a expansão descontrolada de epidemias, na medida em que a proximidade e vínculo dos profissionais nas comunidades favorecem o conhecimento precoce da ocorrência de casos (leves ou de maior gravidade). O modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil, construído com base nos princípios e diretrizes do SUS, teve grande expansão a partir do final dos anos de 1990, com impactos positivos na saúde da população, demonstrados na literatura (20), ainda que com limitações que necessitam ser superadas. De fato, a APS brasileira, mais do que um simples componente do sistema de saúde, constituiu-se em um eixo basilar do SUS a partir da implantação da Estratégia Saúde da Família, que incorpora os atributos de acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, participação social e abordagem territorial e comunitária. Mais que princípios, são valores incorporados na lógica organizacional das equipes de saúde da família que são perseguidos



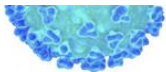
continuamente e não podem ser relegados no contexto de enfrentamento desta epidemia. Muito pelo contrário, é necessário que as equipes de APS adaptem certas modalidades de oferta de serviços, de modo a assegurar que as ações de controle da epidemia não sejam um obstáculo à garantia do cuidado prestado às populações que vivem e trabalham nos diversos territórios. Dito de outra forma, é preciso desenvolver ações de enfrentamento da epidemia e, ao mesmo tempo, assegurar a continuidade de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação relacionadas aos diversos problemas de saúde enfrentados pelas comunidades, como vacinação, acompanhamento de gestantes e de pacientes crônicos, atendimento à demanda espontânea, e tantas outras questões afeitas a esse nível do sistema de saúde.

Assim, torna-se fundamental que em articulação com a vigilância em saúde, as equipes de APS investiguem, implementem as ações de controle indicadas, além de acompanhar os casos leves para atendimento de maior complexidade, logo que necessário, atuando de forma oportuna e precoce.

Dada a elevada contagiosidade do Coronavírus (Sars-cov-2), as unidades de atenção primária à saúde devem adotar medidas de precaução para que seus profissionais não venham a ser infectados evitando o adoecimento, e nem se constituam em fontes de contaminação. Então, torna-se necessário incorporar inovações ao processo de trabalho, com mudanças de certos aspectos da própria vigilância desta epidemia, como também no planejamento e organização de ações rotineiras próprias aos serviços de APS, até a inclusão de novas tecnologias de informação e comunicação que possam apoiar a interação das equipes com os usuários, famílias e comunidade em geral.

## **Ampliação das definições de caso de COVID-19 para fins de atuação da APS**

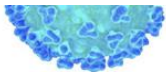
Embora o SARS-CoV-2 seja um agente de elevada transmissibilidade, é possível reduzir a ocorrência de novas infecções por meio da modificação das definições de caso e contato com vistas a ampliar a indicação de isolamento de pessoas ao lado da mudança



temporária de alguns comportamentos humanos nas comunidades (beijos, abraços, proximidade interpessoal, entre outros), os quais favorecem a transmissão. Tais medidas serão adotadas enquanto não houver imunidade de grupo suficiente para redução e/ou interrupção da circulação viral, que só pode ser alcançada após longos períodos de circulação do agente nas populações humanas ou pela aplicação de vacina(s) seguras e efetivas, que possam ser indicadas para populações.

Sugere-se que inclua como possíveis transmissores do SARS-COV-2 os casos “prováveis”, como já adotado por outras organizações de saúde pública (21,22) além dos casos confirmados laboratorialmente ou por critério clínico epidemiológico, como preconizado atualmente pelo MS. Deverá ser considerado caso provável, “qualquer indivíduo com SG ou SRAG que nos últimos 7 dias antes do aparecimento dos sintomas tenha tido contato com qualquer caso confirmado”. Esta mudança possibilitará a ampliação da ação de proteção mediante quarentena de todos estes casos. Por sua vez, para se alcançar maior efetividade na redução da transmissão e consequente proteção à população, considerar-se-á contato as pessoas que mantiveram vínculo epidemiológico com estes três tipos de casos COVID-19.

Para se estabelecer o vínculo epidemiológico entre determinada pessoa e o caso, o contato deve ter ocorrido entre os 2 dias anteriores e 14 dias posteriores ao início da doença, conforme situações apresentadas a seguir: a) pessoa que vive na mesma casa que um caso COVID-19; b) pessoa que teve contato físico direto com um caso de COVID-19 (por exemplo, apertando as mãos); c) pessoa que tenha contato direto desprotegido com secreções infecciosas de um caso de COVID-19 (ex: tosse, tecidos ou papel usados com a mão nua); d) pessoa que teve contato frente a frente com um caso COVID-19 dentro de 2 metros e mais de 15 minutos; e) pessoa que estava em um ambiente fechado (por exemplo, sala de aula, sala de reunião, sala de espera do hospital etc.) com um caso COVID-19 por 15 minutos ou mais e a uma distância inferior a 2 metros; f) profissional de saúde ou outra pessoa que cuida diretamente de um caso COVID-19 ou trabalhadores de laboratório que manipulam amostras de um caso COVID-19 sem equipamento de proteção individual (EPI) recomendado ou cujo equipamento foi danificado (21,22).



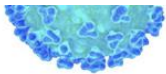
## Vigilância da COVID-19 na APS

A participação ativa da APS nas atividades de notificação e identificação de casos suspeitos e acompanhamento dos casos leves no domicílio, monitorando o isolamento domiciliar dos casos e a quarentena dos contatos pressupõe a organização de tais intervenções, que podem ser sintetizadas basicamente em três eixos (23):

a) **Medidas voltadas à redução do risco de expansão da epidemia:** trata-se de um conjunto de ações de vigilância em saúde que objetivam bloquear e reduzir o risco de expansão da doença, coordenando, no território, ações de prevenção primária e secundária relacionadas especificamente à Covid-19. Tais medidas possuem um amplo espectro de ação e incluem atividades no território para divulgação de medidas de higiene; participação ativa do processo de notificação e identificação dos casos; indicação e monitoramento do isolamento domiciliar e quarentena dos contatos; e implementação de medidas que visem ampliar a adesão ao distanciamento social (físico).

b) **Atenção aos usuários com Covid-19:** embora seja enfatizada a inegável importância da atenção especializada e hospitalar para o tratamento dos casos moderados e graves de Covid-19 - o que é justificável pelo elevado nível de sofrimento humano e risco de morte - há uma grande proporção de casos leves que podem e devem ser acompanhados no nível da APS. Esta demanda aumentada exige que estas unidades se programem para atender, orientar e monitorar, adequadamente. Quando necessário atendimento hospitalar, este deve ser realizado por meio de transporte sanitário apropriado para os serviços de referência.

Como se faz necessária a separação de pacientes suspeitos de Covid-19 dos demais usuários dos serviços de APS, de modo que este espaço não venha a se constituir em fonte de disseminação da doença, essa separação pode ser concretizada de várias formas: espaços físicos distintos, no caso de unidades de saúde maiores; estabelecimento de fluxos distintos (diferentes horários de atendimento); construção

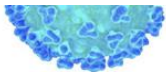


de tendas externas; designação de serviços específicos de APS para atendimento exclusivo aos casos de Covid-19. As alternativas têm a ver com a realidade de cada município e devem ser discutidas com os gestores e profissionais de saúde e amplamente divulgadas junto à população.

c) **Suporte social a grupos mais frágeis e vulneráveis:** devido às acentuadas desigualdades sociais do país, os grupos mais vulneráveis necessitam além do cuidado e atenção à saúde, de apoio social por lhes faltar acesso a condições mínimas para garantia de sua proteção e segurança. Nessas circunstâncias, é fundamental que as equipes de APS ampliem as articulações com organismos sociais. Estarão, também, mais vulneráveis e necessitados de apoio social, indivíduos pertencentes a determinados grupos de risco (como idosos, pessoas com comorbidades, em tratamento de câncer, etc.) que se encontram isolados, sem família ou sem rede de apoio social, e que terão autonomia limitada de circulação pela cidade, seja para obter produtos essenciais para sua vida cotidiana, seja para ter acesso a quaisquer serviços de saúde. Uma vez identificadas, as equipes de saúde podem buscar formas de minimizar os problemas decorrentes desse tipo de vulnerabilidade, contando com a parceria de organizações governamentais como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), não governamentais (ONG, associações de bairros, entre outros) e movimentos sociais que vêm se organizando no contexto desta pandemia.

Destaca-se, mais uma vez, que para assegurar a manutenção das ações de rotina das APS algumas adaptações têm que ser feitas para não expor a população e os profissionais a risco de infecção pelo SARS-CoV-2, o que agravaria a situação. Neste sentido, tem sido fortemente recomendado o uso de ferramentas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) que permitem o atendimento *online* (whatsapp, telefone, etc.), garantindo a oferta de ações de forma segura, de modo que não haja descontinuidade e agravamento dos usuários em tratamento. Tais ferramentas devem ser utilizadas tanto para manter as ações rotineiras como para as ações de vigilância aqui propostas, em acordo com suas especificidades.

Ressalta-se a importância da articulação com a rede de atenção tendo em vista a coordenação do cuidado, e o recurso a teleconsultas com especialistas e com os Núcleos



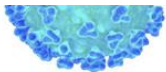
de Apoio a Saúde da Família (Nasf) na retaguarda das atividades implementadas pelas equipes.

Todas estas iniciativas necessitam que as gestões municipais, estaduais e federal incorporem nos respectivos Planos de Contingência desta pandemia estas proposições com vistas a alocar recursos para adoção de medidas concretas, especialmente, para ampliação do número de equipes, qualificação dos profissionais de saúde e ampliação do acesso à internet para as unidades de saúde e para a população, sobretudo para os grupos sociais mais vulneráveis.

## **Comentários finais**

Estas iniciativas, voltadas para a redução do risco de transmissão, dependendo do tipo e organização da comunidade e do compromisso das equipes de VE e APS contribuirão para a contenção do crescimento da curva epidêmica em cada município. A expectativa é que estas ações permaneçam funcionando na próxima fase, pois, sabidamente, o vírus continuará circulando embora com menor intensidade.

Em geral, após uma epidemia a população fica menos atenta à doença, o que demanda que a rede de serviços de saúde fique ainda mais vigilante para propiciar a identificação precoce de casos visando a redução da letalidade pelo agravamento da evolução clínica, e para reduzir a força de transmissão do agente, o que só ocorrerá se houver pronta adoção das medidas de controle. O achatamento desta primeira curva epidêmica tem que ser acompanhada de maior alerta das equipes de saúde, pois a grande maioria das pessoas continuará suscetível ao vírus, e toda a experiência de organização e trabalho construída ao longo deste processo tem que ser direcionado para estabelecer uma vigilância permanente capaz de evitar, ou pelo menos mitigar, a próxima onda epidêmica, já prevista pela OMS e comunidades científicas nacional e internacional. Neste sentido, medidas para rastreamento de casos e contatos na próxima fase têm que ser mantidas e aperfeiçoadas para que se possa reduzir ao máximo a onda epidêmica



que virá a seguir, razão pela qual estratégias complementares serão elaboradas e oportunamente divulgadas.

O esforço desenvolvido nesta Emergência de Saúde Pública, considerada a mais grave e mais ampla dos últimos 100 anos, deve se constituir em um legado para o fortalecimento do elo entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária em Saúde.

## Elaboração

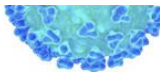
Maria da Glória Teixeira; Maria Guadalupe Medina; Maria da Conceição N Costa; Manoel Barral Netto; Roberto Perez Carreiro; Rosana Aquino.

## REFERÊNCIAS

1. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento Sanitário Internacional [Internet]. 2005. p. 79. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/375992/4011173/Regulamento+Sanitário+Internacional.pdf/42356bf1-8b68-424f-b043-ffe0da5fb7e5>
2. Teixeira MG, Costa MCN, Souza LPF, Nascimento EMR, Barreto ML, Barbosa N, et al. Evaluation of Brazil's public health surveillance system within the context of the International Health Regulations (2005). Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2012;32(1):49-55.
3. 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 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 44 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/outubro/07/plano-de-resposta-emergencias-saude-publica-2014.pdf>
4. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 [Internet]. [cit 10 Jun 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
5. IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [cit 10 Jun 2020]. Disponível em: [https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))



6. Portaria n 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) [Internet]. Diário Oficial da União. 2020 [cit 10 Jun 2020]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NOTA TÉCNICA Nº 101/2020/SEI/GIMTV/GGPAF/DIRE5/ANVISA: Atualiza as medidas sanitárias a serem adotadas em aeroportos e aeronaves, para enfrentamento ao novo coronavírus SARS-CoV-2 (COVID-19). 2020;1-20.
8. 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 Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. 2020;1-37.
9. Rede CoVida. Universidade Federal da Bahia. Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Testes diagnósticos da COVID-19 Bases das indicações e seus usos. 2020. 1-15 p.
10. Mallapaty S. Will antibody tests for the coronavirus really change everything? Nature. 2020;580(7805):571-2.
11. Worldometer. Coronavirus Cases [Internet]. Worldometer. 2020 [cit 10 Jun 2020]. p. 1-22. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/coronavirus-cases/#daily-cases>
12. Prado M, Bastos L, Batista A, Antunes B, Baião F, Hamacher S, et al. Nota técnica 7 - 11/04/2020: Análise de subnotificação do número de casos confirmados da COVID-19 no Brasil. Núcleo Operações e Inteligência em Saúde. 2020;1-5.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Doença pelo Coronavírus 2019 (COE-COVID19). Boletim Epidemiológico Especial COE-COVID19 n 17. 2020.
14. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, CoVida R. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Cien Saude Colet. 2020;25(Supl.1):2423-46.
15. Lee VJ, Chiew CJ, Khong WX. Interrupting transmission of COVID-19: lessons from containment efforts in Singapore. J Travel Med. 2020;27(3):1-5.
16. Áreas Dedicadas COVID-19 [Internet]. [cit 10 Jun 2020]. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/areas-dedicadas-covid-19/>
17. Nacoti M, Ciocca A, Giupponi A, Brambillasca P, Lussana F, Pisano M, et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. NEJM Catal Innov Care Deliv [Internet]. 2020;March(21):1-5. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>  
<https://catalyst.nejm.org/doi/abs/10.1056/CAT.20.0080>



18. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da Covid-19 em Sobral/CE [Internet]. 2020 [cit 10 Jun 2020]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/05/25/experiencia-de-reorganizacao-da-aps-para-o-enfrentamento-da-covid-19-em-sobral-interior-do-estado-do-ceara/>
19. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Experiências Locais da APS no Enfrentamento da COVID-19 [Internet]. 2020 [cit 10 Jun 2020]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/05/22/edicao-especial-aps-em-revista-experiencias-locais-da-aps-no-enfrentamento-da-covid-19/>
20. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. Saúde em Debate. 2018;42(spe1):406-30.
21. World Health Organization. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Situation Report 61 [Internet]. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200321-sitrep-61-covid-19.pdf?sfvrsn=ce5ca11c\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200321-sitrep-61-covid-19.pdf?sfvrsn=ce5ca11c_2)
22. European Centre for Disease Prevention and Control. Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID 19), as of 29 May 2020 - first update [Internet]. ECDC. 2020. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>
23. Medina M, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça M, Aquino R. Atenção Primária à Saúde em tempos de Covid-19: O que fazer? Cad Saúde Pública. 2020; artigo submetido.