



Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19 Seminário Virtual Rede APS Abrasco

O seminário “Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19” organizado pela Rede de Pesquisas em APS da Abrasco foi realizado em 16 de abril 2020 e transmitido pela TV *Abrasco no YouTube* (<https://www.youtube.com/watch?v=EcjJXwZdAsI&feature=youtu.be>) Ocorreu em duas sessões: uma mesa redonda pela manhã intitulada “APS no SUS: importância das equipes multiprofissionais, territorialização e universalização”; e um painel pela tarde sobre as repercussões sociais e na formação em saúde. Durante seminário foi também lançado um número especial da [APS em Revista](#) sobre o enfrentamento da Covid-19 pela APS, com análises que informaram apresentações do seminário, trazendo 12 artigos organizados em três blocos: Covid e APS: reflexões sobre seu papel e princípios norteadores; experiências nacionais e internacionais do manejo da Covid-19 na APS; e reflexões para além da pandemia.

O objetivo do seminário foi discutir a potencialidade da contribuição da Atenção Primária à Saúde (APS) no controle da epidemia, em especial da Estratégia Saúde da Família (ESF), que ainda resiste apesar das tentativas de desmantelamento desde 2017.

A Rede APS considera necessário manter um debate qualificado e a difusão de informações e orientações adequadas, com transparência, para o controle da Covid-19. O comitê gestor da Rede, em encontros semanais, vem dialogando sobre estratégias para enfrentar a Covid-19 por parte da APS no SUS. Para discutir essas estratégias foram constituídos grupos de trabalho que estão elaborando análises que foram apresentadas e discutidas no seminário. A Rede se alinha assim à iniciativa da Abrasco que divulgou recomendações sobre fluxos de atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios nas UBS, UPAS e ambulatórios, preocupada com a proteção dos profissionais de saúde e dos usuários, e a prevenção do contágio.

São tempos incertos que exigem reinventar os processos de trabalho, estabelecer fluxos, fortalecer redes. O SUS, com seus princípios de universalidade, integralidade e equidade, e a capilaridade dos seus serviços pelo território nacional tem potencialidade para lidar com essa pandemia. No entanto, o SUS cronicamente subfinanciado, nos últimos anos sofre um desfinanciamento agudo com a EC 95 que congelou os investimentos públicos, e já afetou de maneira direta a saúde, ocasionando redução de R\$ 20 bilhões do orçamento federal em 2020. E mesmo hoje, frente a pandemia, os recursos federais alocados não superam as perdas. Segundo boletim do Conselho Nacional de Saúde ([CNS/Cofin, 2020](#)) para o combate a Covid-19 foram alocados, até o dia 14/04/20, 18,9 bilhões de reais: 5,6 bilhões de recursos do Ministério da Saúde remanejados e 13,3 bilhões de recursos novos. Destes, 7,8 bilhões foram empenhados e apenas 5 bilhões liquidados: 2 bilhões transferidos a estados e 3 bilhões transferidos a municípios. Vemos então que para o SUS foram alocados apenas R\$ 13,3 bilhões de reais de recursos novos, enquanto para os planos de saúde foram liberados R\$ 15 bilhões de seu fundo de reserva técnica para uso imediato.

O enfrentamento desta pandemia depende do fortalecimento do SUS em todos seus componentes, de vigilância, de cuidado em todos os níveis, de promoção, de prevenção, de pesquisa. Precisamos **mais SUS, mais Estado, para ter mais saúde**.

Certamente, as experiências internacionais mostram que as medidas de isolamento social, associadas à testagem ampla, identificação de casos, busca dos contatos, isolamento estrito de casos e contatos – **testar, testar, testar** – associado à proteção apropriada dos profissionais de saúde, tem conseguido diminuir o contágio, prevenir o crescimento exponencial dos casos, e reduzir sofrimento e mortes.

O modelo da APS brasileira, com suas equipes da ESF, enfoque comunitário e territorial, que tem tido comprovados impactos positivos na saúde da população, tem um papel importante na rede assistencial de cuidados, e pode contribuir para a abordagem comunitária necessária no enfrentamento de qualquer epidemia. No controle da epidemia, além da garantia do cuidado individual – que no caso da Covid-19 para reduzir mortes é certamente necessário prover atenção oportuna com transporte sanitário exclusivo, leitos hospitalares e UTIs equipadas que permitam a intubação de pacientes graves –, é imprescindível também uma abordagem comunitária. As nossas equipes de APS conhecem o território, suas populações e suas vulnerabilidades e são fundamentais nesta abordagem comunitária. Urge, portanto, ativar esses atributos comunitários das equipes, associar-se às iniciativas solidárias das organizações comunitárias, articular-se intersetorialmente para apoiar sua população e suas diversas vulnerabilidades, e garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho: na vigilância de saúde, no apoio social e sanitário aos grupos vulneráveis, dar continuidade à atenção rotineira para quem dela precise.

Durante o dia foram abordados dez temas:

1. Panorama internacional da pandemia de Covid-19
2. Panorama nacional da pandemia de Covid-19
3. Eixos de intervenção da APS no contexto da pandemia de Covid-19
4. O que pode fazer a APS: exemplo da reorganização do trabalho em uma UBS de Porto Alegre (RS)
5. Proteção e cuidados dos profissionais de saúde
6. Entre o biológico e o social
7. Repercussões sociais e iniciativas comunitárias na pandemia
8. Repercussões da pandemia sobre a formação em saúde
9. Lições de experiências internacionais
10. Reflexões sobre o contexto brasileiro

1. Panorama internacional da pandemia da Covid-19

A professora Rosana Aquino (ISC/UFBA) ao sintetizar o panorama da pandemia em nível internacional e nacional salientou ser uma crise sem precedentes, que já atingiu 200 países em todo o mundo. Uma de suas maiores complexidades tem sido a ampla gama de quadros clínicos, desde 80% de quadros leves ou assintomáticos, até casos graves que demandam serviços de cuidados intensivos; e a sua velocidade de contágio do vírus que tem o potencial de acumular casos e colapsar os sistemas de saúde de qualquer país. E esse é um grande desafio para todos os governos.

É impressionante a velocidade do desenvolvimento desta crise. Vale lembrar as datas de sua evolução: no dia 31 de dezembro a China notifica a Organização Mundial da Saúde (OMS) de uma pneumonia de origem desconhecida; em 27 de janeiro havia 2.798 casos globalmente, dos quais somente 37 fora da China; em 11 de março a OMS declara a Covid-19 uma pandemia; e, em 16 de março já ocorriam mais casos fora (86.438) da China do que dentro (81.077). Portanto, a evolução desta pandemia tem sido muito rápida, e hoje se concentra nas regiões da Europa e das Américas com 85% dos casos acumulados.

No dia 15 de abril 2020, a OMS registrava globalmente quase 2 milhões de casos, e 123.010 óbitos. Outras estimativas, como as do site da [Johns Hopkins University](#), já informavam mais de 2 milhões de casos.

Entre os dez países mais acometidos – dos quais o Brasil vem logo depois, no décimo primeiro lugar – , a China está no sétimo lugar com casos e oitavo por mortes, enquanto Estado Unidos, Espanha, Itália, e França, estão no topo, tanto para casos quanto para mortes. Existem diferenças entre países, quanto a número de óbitos e nas taxas de letalidade. Uma parte dessa diferença é devido às estruturas demográficas diversas, já que a epidemia atinge mais os idosos; e outra à capacidade dos serviços de saúde de prover atendimento oportuno. Uma importante questão a ser ressaltada é a diferença entre países quanto à capacidade de monitorar a pandemia, relativa à capacidade de testar, pois o diagnóstico da Covid-19 exige diagnóstico laboratorial, não sendo suficiente um diagnóstico clínico. A capacidade diagnóstica possibilita a identificação de casos leves e mesmo assintomáticos, e assim amplia-se o numerador, resultando em taxas de letalidade aparentemente mais baixas

A página [Worldometers](#) permite a comparação entre países de vários indicadores, entre os quais o número de testes realizados por 1 milhão de habitantes que apresenta disparidades gritantes: Alemanha tem realizado mais de 20.000 testes por milhão de habitantes, Itália mais de 18.000, Espanha quase 14.000, Bélgica mais de 11.000, e Estados Unidos 12.000, com mudanças diárias destes indicadores. No Brasil, saber quantos testes foram aplicados é uma tarefa realmente difícil.

2. Panorama nacional da pandemia da Covid-19

No dia 15 de abril, o Brasil contava com 28.320 casos e 1.736 óbitos – segundo boletim do MS. Ressalta-se então a questão da subnotificação de casos. No Brasil, por várias razões, o número de testes realizados tem sido muito pequeno (ademais não existem critérios clínicos para definição de casos), e há uma quase inexistência de divulgação da notificação de suspeitos. Há indicativos que a subnotificação não é só de casos, mas também de óbitos, e provavelmente também de casos graves.

Não podemos esquecer que o país tem dimensões continentais e grandes diferenças, que envolvem enormes desigualdades socioeconômicas, extrema pobreza, e precariedade no trabalho, colocando uma parte significativa da população em estado de vulnerabilidade, tanto para o contágio e acesso aos serviços, quanto para os impactos econômicos negativos.

No boletim divulgado no dia 15 de abril 2020 pelo MS, os estados com maiores números de casos e óbitos foram São Paulo (11.043 casos; 778 óbitos), Rio de Janeiro (3.743; 265), Ceará (2.157; 116), Amazonas (1.554; 106) e Pernambuco (1.484; 143). O aceleramento do número de casos em alguns estados é bastante grave e preocupante, sobretudo na região Norte. No Norte, embora o número de casos seja menor, quando se relaciona este número com o tamanho da população observa-se a preocupante situação de Amazonas (250), Amapá (224) e Roraima (119) de casos por milhão de habitantes – sendo que a média nacional era no mesmo dia de 98 casos por milhão de habitantes. Ressalta-se que, apesar do MS ter divulgado estes valores como coeficientes de incidência, é muito importante examinar esse dado. Por um lado, é útil corrigir pela população, mas, por outro lado, não se refere à incidência como utilizado pelos epidemiologistas, a saber: o número de casos na população. Com a elevada subnotificação é difícil falar de incidência, porque os casos notificados não refletem os que existem de fato na população.

Um dado muito interessante que deve ser considerado é o das hospitalizações. Comparando os anos de 2019 e 2020, com relação a hospitalizações por síndromes respiratórias agudas graves, observa-se um aumento de mais de 300% nas primeiras semanas epidemiológicas dessas hospitalizações. Entre estes dados, o MS destacou que do total destas hospitalizações, 12% são casos confirmados de Covid-19. Mais relevante, 86% destas hospitalizações continuam em investigação.

É fundamental então abordar a questão da subnotificação de casos. A análise de subnotificação de alguns pesquisadores estima 300.000 casos subnotificados nacionalmente, até 100.000 subnotificações em SP e acima de 30.000 no Amazonas e no Rio de Janeiro. Importante ressaltar que o tema da subnotificação não é só discutido por pesquisadores. Observam-se denúncias na mídia sobre subnotificação de casos, e manifestações da Defensoria Pública da União e do Ministério Público de Contas do Estado de São Paulo discutindo a transparência na divulgação dos dados pelo Ministério da Saúde. A sociedade civil também tem se envolvido na discussão sobre a transparência das informações, como a organização [Open Knowledge](#) que, através de um índice, mostra que 78% das UF e Governo Federal ainda não divulgam informações suficientes para monitorar a pandemia. Apenas um Estado publica a quantidade de testes disponíveis: o Amazonas. Porém, o número de estados que publicam a quantidade de testes já aplicados aumentou de 13 para 21, e o número de estados que publicam dados sobre Síndromes Respiratória Agudas Graves (SRAG) mais que dobrou: de 4 para 10. E, o Governo Federal passou a publicar em painel a quantidade de kits de teste distribuídos por estado.

Uma outra questão a ser enfrentada, nos remete às desigualdades socioeconômicas encontradas no Brasil, relaciona-se às populações residentes em áreas mais remotas sem leitos de unidades de terapia intensiva (UTI), e à má distribuição dos leitos de UTI ao longo do país. Segundo dados do [MS](#), menos da metade dos leitos totais de UTI existentes estão disponíveis para o SUS (14.869 de 30.623), e mais do que a metade dos leitos de UTI (SUS e não SUS) do Brasil se encontra na região Sudeste (16.043). Por outro lado, a região Norte tem a menor disponibilidade de leitos por 10.000 habitantes (0,73, comparado aos 1,46 da média nacional).

Concluindo, ressaltamos duas questões importantíssimas. A primeira diz respeito às gritantes desigualdades sociais no Brasil, tanto em condições de vida quanto em acesso a serviços, ambas influenciando a possibilidade das pessoas se protegerem. A variação em disponibilidade de serviços de saúde no Brasil e a distribuição de leitos é enorme, como consequência, o acesso será diferenciado entre regiões e entre usuários do SUS e segurados de planos de saúde. O acesso será discriminatório para determinadas populações por regiões e entre indivíduos. Estas desigualdades de recursos também se observam para além da atenção hospitalar, no âmbito da APS. Os municípios têm diferente disponibilidade de ações em APS, ademais dos cortes nos últimos anos como foi o desincentivo e redução no número de NASF, que comprometerá a resposta da APS, e precisam ser revertidos.

E a outra questão fundamental é a subnotificação de casos, que tem sido um mantra em várias organizações: para enfrentar uma epidemia é preciso conhecê-la. Se a situação já é dramática, as estimativas de subnotificação colocam um quadro extremamente preocupante. A necessidade de que a APS conheça os casos é fundamental para apoiar na vigilância e no cuidado. Então a questão da transparência é importante para conhecer a epidemia, para que as pessoas continuem em isolamento social, entendendo a gravidade da situação atual, e para que as ações da APS sejam organizadas.

3. Eixos de intervenção da APS no contexto da pandemia da Covid-19

A professora Maria Guadalupe Medina analisou dimensões de intervenção da APS. Alguns materiais têm sido publicados sobre como os países estão enfrentando a Covid-19 desde o ponto de vista da APS. Observa-se uma diversidade grande nas abordagens e isso tem a ver com as diferenças entre os modelos de APS que se inserem nos sistemas de saúde dos vários países do mundo. Em um extremo vemos experiências como a de Singapura, onde ativou-se uma rede de mais de 800 Clínicas de Preparação para a Saúde Pública para aprimorar o gerenciamento de infecções respiratórias na APS. Em outros países, como o Reino Unido e a Austrália, recomendou-se aos médicos da APS não atender presencialmente seus pacientes, adotando-se métodos de atendimento remoto, ou encaminhamento de pacientes mais graves

para outros serviços (Lee et al., 2020), havendo mesmo, em outros países o fechamento de serviços de atenção primária e a transferência de profissionais médicos do nível primário para o nível secundário. Neste último caso, demonstrando posteriormente terem sido medidas equivocadas para a contenção efetiva do contágio.

Sistemas sanitários com APS robusta alcançam melhores resultados. Isso vale também nas epidemias, e a epidemia de ebola mostrou isso. Existem artigos que demonstram que onde a APS foi valorizada conseguiu-se controlar tal epidemia (Minué, 2020). Por outro lado, evidências indicaram que em alguns lugares as ações rotineiras da APS diminuíram, com redução do acesso de usuários com outras necessidades de saúde. Ressalta-se, portanto, a necessidade de lidar simultaneamente com essas duas questões: assegurar que a APS tenha um papel fortalecedor e central no controle da pandemia; e assegurar que as ações rotineiras da APS não sejam negligenciadas.

Qualquer proposta de intervenção em nosso país tem que ter em conta o enorme aprendizado existente no Brasil sobre os potenciais da APS. Considerando que estamos enfrentando um cenário difícil, onde a maioria dos casos têm sintomas leves ou são assintomáticos, levando a uma altíssima contagiosidade e uma curva epidemiológica exponencial: para entender a gravidade da situação, basta considerar que se estima que 1 caso evitado resulta na não ocorrência de 1.240 casos num prazo de 30 dias. Portanto, a melhor intervenção é a combinação de medidas de saúde pública, incluindo o distanciamento físico para a população em geral, e a vigilância ativa e precoce, com isolamento dos casos e quarentena para os contatos.

Além disso, é sabido que a APS – da mesma forma que qualquer serviço de saúde e profissional de saúde podem funcionar como disseminadores da doença, sendo este um dos argumentos para aqueles que advogam que a APS deveria ser colocada de lado. De fato, no Reino Unido, 20% dos profissionais de saúde foram infectados e afastados e que 11% dos casos de doença tiveram como fonte os profissionais de saúde. É fundamental, então, assegurar que a APS não se transforme em um meio para o incremento do problema.

A pergunta então é: o que a APS pode e deve fazer, considerando o modelo brasileiro?

“A Estratégia Saúde da Família é o modo mais adequado de lidar com essa questão. Mais que nunca se faz necessária a articulação do individual com o coletivo, a atuação integrada no âmbito das unidades de saúde com os territórios, a comunidade e seus equipamentos sociais. É importante que o trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a preservar os atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária.” (Vitória e Campos, 2020)

Trata-se, portanto, de fortalecer a atuação no território, no domicílio e na comunidade, com base em um plano de ação em todos os níveis de organização da APS, através das seguintes ações, executadas em todos os níveis governamentais:

- ✓ análise do impacto da epidemia na APS, com estimativa da população a ser atendida e acompanhada (grupos de risco, % de casos esperados leves a serem monitorados em domicílio, casos não Covid-19, etc;
- ✓ levantamento de necessidades de formação e apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção dos profissionais);
- ✓ identificação das potencialidades e dificuldades presentes em cada território; e

- ✓ retaguarda necessária a uma ação coordenada da APS com outras instituições e com outros serviços de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele.

Seriam então três os eixos de intervenção na APS:

1. **Desenvolver ações de vigilância em saúde** para bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia, coordenando, no território, ações de prevenção primária e secundária relacionadas especificamente à Covid-19;
2. **Oferecer suporte a grupos mais frágeis e vulneráveis** que necessitarão de atenção especial no contexto da epidemia, seja por sua situação de saúde e/ou vulnerabilidade social;
3. **Assegurar a continuidade das ações próprias da atenção primária** na sua rotina de promoção da saúde, prevenção de agravos e provisão de cuidados nesse nível do sistema de saúde.

Eixo 1: Planejamento e gerenciamento de risco da epidemia atuando de forma articulada com a VE e VS nos territórios

A APS deve estar envolvida no planejamento e gerenciamento de risco da epidemia, atuando de forma articulada com a vigilância epidemiológica (VE) e a vigilância sanitária (VS) nos territórios. As medidas necessárias incluem: i) o distanciamento social (físico), ou, em outras palavras, a redução da mobilidade e a quarentena em casa, que representam as medidas mais efetivas, neste momento de inexistência de vacinas e alternativas terapêuticas; ii) a mobilização das lideranças e recursos locais, especialmente através dos ACS para identificar as dificuldades da população na aplicação destas medidas, e buscar soluções em parceria com a comunidade – consideramos, de fato, a participação social como fundamental e indispensável neste momento; iii) o desenvolvimento de atividades educativas, em articulação com a VE e a VS, junto a populações e equipamentos sociais do território (como farmácias, mercados e outros serviços) de modo que se constituam em ambientes seguros para a população, incluindo questões de higiene e proteção de trabalhadores e usuários (como número de pessoas por estabelecimento que garanta distância mínima, e anteparos nos balcões); iv) a difusão de informações para a comunidade sobre prevenção de Covid-19 e sobre ações ofertadas pelas unidades de APS, através de materiais educativos claros e objetivos; v) incentivar e prover os meios para atuação on-line e peri-domiciliar, assegurando internet para todos, sobretudo entre as populações mais vulneráveis; vi) apoiar a notificação, identificação, e acompanhamento dos casos, com isolamento domiciliar e quarentena dos casos – sendo que há muitas queixas quanto às pessoas em situação de isolamento se sentirem isoladas, ficando claro a importância das equipes os contatarem diariamente, analisando a possibilidade de capacitar pessoas na comunidade, possivelmente estudantes, para apoiar a notificação e acompanhamento de suspeitos na comunidade; vii) reforçar a força laboral da APS, podendo envolver estudantes; viii) adaptar as modalidades de atendimento nas UBS, para segregar as populações com e sem sintomas, com tendas externas ou unidades exclusivas onde se fizer necessário; ix) incentivar a consulta remota (por telefone e vídeo) com guias claras para os profissionais, seja diretamente com o paciente ou interconsulta para apoiar os profissionais da APS; x) finalmente, testar, testar e testar, sendo que o Brasil talvez leve dois ou três meses para ter um número de testes comparável a outros países. As ações de VE estão sendo desenvolvidas baseadas somente nos casos confirmados, portanto é importante considerar ações para o monitoramento dos casos suspeitos.

Eixo 2: Suporte a grupos vulneráveis

As equipes conhecem o território, conhecem quem tem elevada vulnerabilidade, quem precisaria de apoio social na realização de ações cotidianas, e conseguiriam, portanto, identificar e mapear a população com elevada vulnerabilidade por problemas de saúde (idosos, portadores de diabetes e hipertensão, etc.) e mobilizar a solidariedade no território para prover apoio social à população vulnerável. Já temos visto muitos exemplos dessas mobilizações e, portanto, sabemos que é possível. As equipes da ESF estão

munidas da capacidade de identificar apoiadores no nível local, como lideranças comunitárias e estimular a organização de comitês locais. Vale a pena ressaltar os recursos existentes de apoio psicológico, entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e outros serviços disponibilizados online por voluntários.

Eixo 3: Continuidade das ações rotineiras da APS

É fundamental que seja mantido o atendimento de casos rotineiros no âmbito das UBS/ESF, que vai requerer uma modalidade de provisão de serviços adaptada ao contexto. Isso pode incluir a separação das ações de vacinação, consultas agendadas e atendimento on-line, a articulação com a rede de atenção (coordenação do cuidado), e teleconsultas com especialistas. Relembramos a necessidade do reforço da força de trabalho na APS, incluindo a colaboração com as universidades, e a proteção adequada dos trabalhadores.

Ressalta-se que o modelo de APS brasileiro está servindo de exemplo a países com sistemas sanitários fortes. Em artigo recente publicado na revista “The Lancet” é proposto para o National Health Service (NHS) britânico, incorporar o profissional ACS para enfrentar a Covid-19, citando o exemplo do Brasil, e recomendando que sejam incorporados daqui em diante ([Haines, 2020](#)).

Agora é o momento de fortalecer a APS, em particular com o aumento da cobertura das equipes no território. As UBS chamadas de tradicionais neste momento precisam trabalhar com uma lógica mais próxima da lógica da ESF, precisam se aproximar do território, e da população. Em alguns municípios isso já acontece. Precisam fortalecer e reforçar as ações da APS contando com a participação dos atores locais. Precisam manter a rotina das UBS com novos “modus operandi”: ações de promoção, prevenção, cuidado, acompanhamento, reforçar a consulta telefônica, envolver estudantes com supervisão e desenvolver protocolos.

Diante da atual crise global, sanitária, política, econômica e social, é preciso exercitar novas formas de sociabilidade e de solidariedade. É preciso reinventar a APS modificando seus modos de operação para fortalecer e radicalizar a sua lógica de intervenção. Mais do que nunca precisamos de uma APS forte, vigilante, capilarizada, adaptada ao contexto e fiel a seus princípios fundamentais.

4. O que pode fazer a APS: exemplo de uma UBS de Porto Alegre (RS)

A experiência de uma Unidade Docente Assistencial de Porto Alegre (RS) na formulação de uma reposta local para a pandemia foi apresentada pela professora Claunara Schilling Mendonça (UFRGS e GHC). A UBS é vinculada ao Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que é referência para casos de Covid-19. Localiza-se na área central da cidade, com uma população IBGE de aproximadamente 43.000 pessoas, sendo que 18.000 usuários da unidade, que é compartilhada por quatro equipes da ESF, contam com professores de seis diferentes áreas da graduação e de pós-graduação, residência de medicina de família e comunidade, e residência multiprofissional em quatro áreas.

A experiência começou no dia 13 de março de 2020, quando o plano de contingência foi definido, e não pode ser desvinculada dos acontecimentos do município de Porto Alegre, porque as mudanças feitas ao longo das cinco semanas seguintes estiveram relacionadas exatamente às outras articulações que diminuíram a velocidade de progressão do contágio baseada no isolamento social e nas políticas do município. O primeiro caso em Porto Alegre foi notificado em 10 de março, e no dia 16 de março o plano de contingência da unidade começou a ser executado.

No primeiro momento, o mais importante foi organizar uma porta de entrada para os sintomáticos respiratórios, no sentido de diminuir o fluxo de pessoas na unidade: junto com a preparação para atender os sintomáticos, houve uma redução nas agendas prévias da unidade, que atendia normalmente cerca de 125 pessoas por dia. Além da porta de entrada, foram definidos fluxos, protocolos, e foram treinadas as

pessoas para atender os usuários sintomáticos na frente da unidade com equipamentos de proteção individual (EPIs), e conhecimento por parte das equipes do fluxo dos pacientes e de quem iria atendê-los dentro dos consultórios. Treinou-se também os profissionais sobre a utilização adequada dos EPIs, a forma de notificação da doença, que foi mudando ao longo das semanas com o início da disseminação comunitária. A solução de “porta de entrada selecionada” foi de manter alguns residentes, médicos e ACS na frente da UBS, para receberem as pessoas que se aproximam, e separarem os sintomáticos respiratórios que recebem máscaras e ficam esperando fora da UBS. Os que estão na linha da frente chamam as pessoas na rua e levam para as salas específicas para sintomáticos respiratórios.

Outra questão fundamental foi a proteção dos profissionais, para preservá-los e evitar que passem a ser foco de disseminação, sem fechar as portas para a população. Organizaram-se equipes com horários diferentes, que não deveriam se comunicar entre si, a fim de controlar eventual contaminação entre os profissionais. A separação das equipes também objetivou aumentar o conhecimento e a forma de lidar com muitos pacientes com sintomas respiratórios, avaliar gravidade, conhecer os sintomas principais, quando e como encaminhar, e racionalizar o uso dos EPIs.

A separação das equipes reduziu a vinculação entre os usuários e os profissionais, sendo que qualquer profissional presente deveria atendê-los tentando resolver seus problemas. Atualmente, as equipes da UBS estão tentando recuperar a vinculação para dar conta das condições crônicas e dos problemas de saúde que afetam a população não sintomática respiratória.

Uma terceira questão abordada foi o teleatendimento. Nas primeiras semanas em que estava crescendo o número de sintomáticos respiratórios, foram ofertados sete números de telefones celulares divididos entre as equipes, com dois objetivos:

- telemonitoramento dos sintomáticos respiratórios, tanto dos leves quanto os que foram encaminhados para outros níveis de atenção e
- atendimento dos casos não sintomáticos, tanto os que já estavam agendados, quanto os novos.

Na terceira semana de abril, e quinta semana do plano de contingência, houve uma redução no número de sintomáticos respiratórios atendidos, sendo a média diária anterior que era de 34 por dia passou a ser de 12. Esta redução está atribuída ao contexto de Porto Alegre pois, menos pessoas estão procurando os serviços em função do isolamento social. Ressalta-se que, ao longo destas semanas os outros problemas de saúde continuaram sendo atendidos, e representaram aproximadamente 30% de todos os atendimentos.

Também houve um aumento dos teleatendimentos, tanto de sintomáticos respiratórios, quanto de pessoas com outras queixas. O número de teleatendimentos foi 20 por dia na primeira semana do plano de contingência, e passou a 50 por dia, representando a metade de todos os atendimentos realizados no serviço, incluindo os sintomáticos respiratórios. O desafio atual é, portanto, encontrar um equilíbrio entre a preparação para atendimento ao aumento exponencial dos casos, e o aumento do atendimento para os pacientes vinculados a cada profissional da UBS, para retomar o vínculo que se perdeu quando se organizaram os turnos das equipes.

Em relação ao acompanhamento domiciliar, os idosos são os que mais aderiram ao isolamento, sendo que a vacinação para todas as pessoas acima de 80 anos foi feita no domicílio, sendo o foco da ação domiciliar desenvolvida pelas equipes nesse período.

Os casos suspeitos de infecção entre os trabalhadores foram tratados diferentemente ao longo das semanas. Nas primeiras duas semanas, a metade das enfermeiras ficou afastada por terem sintomas. Ocorreram momentos em que só um ACS estava ativo e os outros 9 afastados por diferentes motivos. Esta questão é dinâmica e por isso é que é tão importante alternar os grupos e escalar os dias de descanso.

No início alguns profissionais foram capacitados para fazer coleta de swab para RT-PCR para SARS-CoV-2, que foram utilizadas para a validação dos testes. Coletaram 20 exames e um resultou positivo. Não ocorreram casos positivos em nenhum trabalhador, embora poucos trabalhadores tenham sido testados naquela época. Destaca-se que ocorreram vários afastamentos por síndromes respiratórias, que retornaram ao trabalho após cessarem os sintomas.

Esta experiência tem tido repercussões nas abordagens pedagógicas utilizadas, sendo que foram envolvidos estudantes para apoiar os esforços das equipes. Também houve a necessidade de estabelecer protocolos claros para o teleatendimento, que ainda é uma novidade para muitos profissionais. Além da proatividade no teleatendimento, identificou-se a necessidade de serem proativos no seguimento de grupos vulneráveis (gestantes, diabéticos não controlados e hipertensos dentre outros). Agora existem listas dos pacientes com estas condições programando-se o teleatendimento para estas pessoas.

Ressalta-se, novamente, concluiu a professora, que temos uma oportunidade no Brasil de apresentar para o mundo aquilo que é uma fortaleza com peculiar vantagem e especificidade do modelo de APS brasileiro: ser baseado no território, ter equipe multiprofissional e contar com ACS responsáveis para entender a determinação social da saúde e as ariadadas questões que se distribuem no território. Deveríamos demonstrar ao mundo o que significa a resposta a uma pandemia num sistema que tem cobertura universal e capilaridade da APS com a nossa ESF.

5. Proteção e cuidados dos profissionais de saúde

A necessidade de proteção aos profissionais foi abordada pela professora Elaine Thumé (UFPEL). A situação de pandemia que estamos atualmente vivendo, enfrentando um vírus previamente desconhecido, demanda a presença e atuação de profissionais da saúde adequadamente preparados e protegidos. Esta pandemia mostra a crise dos sistemas de saúde no âmbito mundial e o despreparo para o enfrentamento da Covid-19, entretanto, tem-se observado que independente do modelo de sistema de saúde adotado pelo país, quando há uma atuação efetiva dos profissionais mais próximos das pessoas, os resultados são sempre melhores.

Os profissionais da saúde além de enfrentar a exposição a patógenos e ao esgotamento profissional devido a longas jornadas de trabalho, enfrentam o estresse psicológico e situações de violência. Adicionalmente, demanda-se deles que trabalhem em condições profissionais de insuficiência de recursos, incluindo escassez de leitos e equipamentos para cuidados intensivos (ex. respiradores), ausência de equipamentos para proteção individual (EPI), limitada agilidade na realização dos testes e comunicação dos resultados, e insuficiência de profissionais tanto na APS quanto na área hospitalar para os cuidados intensivos.

Apesar de ter alcançado excelentes resultados nos últimos 30 anos, ressaltados na redação da Agenda política estratégica da [Rede de Atenção Primária à Saúde no SUS](#), a APS brasileira ainda precisa ser muito mais fortalecida. O MS lançou um [Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus \(SARS-CoV-2\) na atenção primária à saúde](#), indicando medidas de controle precoce para a proteção de profissionais de saúde. Segundo o protocolo, os profissionais precisam ter contenção respiratória, máscara cirúrgica, luvas, óculos ou protetor facial e aventais descartáveis, lavar as mãos com frequência e desinfetar superfícies tocadas com frequência. No papel estas medidas podem parecer muito simples de serem implementadas, porém, em um contexto de insuficiência de recursos a situação é complexa.

A magnitude do problema se dá, então, pela rápida disseminação do vírus, resultando em número expressivo de pessoas doentes e de óbitos, e, por outro lado, a escassez de insumos como EPI, leitos e respiradores, e dificuldades logísticas na compra e distribuição de insumos, apesar da vantagem que o Brasil teve em termos de tempo para se organizar enquanto observa o cenário em outros países. O alto

nível de contágio apresenta também maiores riscos de contaminação nos serviços de saúde, e a falta de EPIs gera uma exposição desnecessária de pacientes, trabalhadores de saúde e suas famílias ([Amaral et al. 2020](#)). Victor Grabois, presidente da Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (Sobrasp), declarou:

“Se espera que, na comunidade em geral, um portador do vírus infecte de 2 a 3 pessoas, no âmbito dos serviços de saúde um profissional de saúde que esteja contaminado pode infectar até 9 pessoas”.

É importante lembrar que os profissionais de saúde também são vulneráveis a esta pandemia. Segundo os dados do CNES, em fevereiro 2020 havia 1,147 milhão de profissionais atendendo no SUS, dos quais 303 mil médicos, sendo a maioria deles clínicos gerais, e 843 mil trabalhadores da enfermagem. Ressaltamos os cerca de 250.000 ACS, que podem representar a chave para a contenção da pandemia, no nosso contexto.

Estes profissionais estão enfrentando uma série de dificuldades, na vida profissional e no âmbito pessoal. Primeiramente, as dificuldades de estabelecer fluxos diferenciados para sintomáticos respiratórios nas estruturas físicas existentes dos serviços de saúde. Em segundo lugar, precisam tomar difíceis decisões na triagem, e adequar seus processos de trabalho. Vivem na ansiedade pela possibilidade de transmitir o vírus para suas famílias, na preocupação com seus pais idosos e crianças afetadas pelo fechamento de escolas, e dificuldades na disponibilidade de alimentos e outros itens essenciais. Adicionalmente, estão diariamente enfrentando a dor de perder pacientes e colegas ([The Lancet Editorial, 2020](#)).

Para proteger os profissionais é necessário reorganizar o processo de trabalho, com redefinição do papel de cada um na linha de cuidado. Importante proteger os profissionais dos grupos de risco. Existem residentes imunodeprimidos, profissionais que usam medicamentos para doenças crônicas, idosos. Essas pessoas precisam ser protegidas, não devem ir para linha de frente, não devem ser expostas, mas podem realizar outras atividades.

Há ainda um longo caminho pela frente para controle da pandemia. Os sistemas de saúde irão operar na capacidade máxima por muitos meses. A provisão adequada de EPIs é apenas o primeiro passo. Precisamos lembrar que os profissionais de saúde não podem ter 100% de ocupação por longos períodos, e deve-se assegurar que a segurança e a saúde mental dos profissionais de saúde sejam garantidas. Agora mais do que nunca, os profissionais de saúde são o recurso mais valioso de cada país ([The Lancet Editorial, 2020](#)).

O número de profissionais da saúde infectados está subestimado. Não temos hoje no Brasil o número de profissionais de saúde infectados, mas sabemos pela China e a Itália que o contágio entre profissionais pode ser muito alto, então é muito importante proteger nossos profissionais de saúde.

Deve-se fortalecer o papel da APS na ação em rede na atenção à Covid-19, e apoiar as lutas por mais recursos para EPIs (de qualidade) e testes. É preciso também incentivar a realização de educação permanente e continuada para o uso adequado de EPIs, e estabelecer estratégias institucionais, ações e experiências de redes de cuidado voltadas para os profissionais de saúde que estão na linha de frente. Em conclusão, necessitamos fortalecer o papel e atuação dos profissionais de saúde na APS, com qualidade no cuidado, segurança dos profissionais e da população, sem contaminação e precarização dos processos de trabalho, e manter a defesa e ressaltar a importância do SUS e da APS, concluiu a professora.

6. Entre o biológico e o social

Uma das principais contribuições das ciências sociais e humanas em saúde neste momento é trazer à discussão a noção de “epidemia como evento social” argumentou a professora Cristiane Spadacio (Faculdade Ceres) em sua exposição. Nessa perspectiva, as doenças que se manifestam em epidemias são eventos sociais que mobilizam dimensões ideológicas, políticas e socioeconômicas.

Portanto, a pandemia atual causada pela Covid-19 faz ainda mais evidente a relação de contiguidade entre o biológico e o social e retoma a reflexão sobre a determinação social do processo saúde doença, e como isso se expressa nos discursos político-sanitários. Os fenômenos coletivos são também eventos biológicos por excelência, então, não existe um lugar de neutralidade do que é biológico e das políticas sanitárias e outro do que é social e das políticas socioeconômicas.

Se consideramos a intensa relação entre o biológico e o social no processo saúde doença, percebemos que as vivências cotidianas são impactadas de maneira muito diferente nos diferentes grupos populacionais e marcadores sociais do processo saúde doença, que a saúde coletiva aborda (raça/etnia, gênero, idade, classe social). Essas diferenças e contradições se expressam radicalmente neste momento, na gravidade dos quadros, no acúmulo de riscos, nas diferenças na vida, no curso da doença e nos desfechos, portanto, precisamos pensar e analisar esses marcadores:

Idade: O que significa ser idoso neste momento de pandemia? O que significa ser o grupo de risco? A idade tem implicações emocionais e socioeconômicas que são radicalizadas no contexto da epidemia, como se vivencia isso? Essas são questões que precisam ser levadas em conta;

Gênero: O que significa ser mulher neste momento? Existem denúncias de casos de violência doméstica, potencializada na quarentena. Ser mulher é diferente de ser homem neste contexto e isso também se relaciona com a classe social;

Raça/etnia: O que significa ser negro? O racismo estrutural e estruturante faz com que a vivência cotidiana com a epidemia e com os serviços de saúde seja diferente.

Classe social: O que significa ser pobre? Não poder aderir ao isolamento, ficar numa casa sem estrutura.

Também, é importante lembrar que esses marcadores não são estanques, excludentes, se misturam e reforçam. Isso pesa na vivência cotidiana em grupos de grande vulnerabilidade social. Por isso, esses marcadores precisam ser considerados no momento de pensar as políticas sanitárias. São questões estruturais, históricas que se exacerbam com a Covid-19 e precisam de respostas tanto desde a academia quanto dos serviços de saúde.

Pensando no SUS, o ponto de atenção que tem um contato mais direto com a comunidade, que tenta entender essas realidades, esses territórios é a APS. Essa é a riqueza da APS. A APS tem nos seus pressupostos a aproximação com os territórios e as comunidades. Por isso, a importância dos atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato, integralidade do cuidado, longitudinalidade, coordenação; e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária, competência cultural. A aplicação desses princípios é buscada na ESF e isso é fundamental para o enfrentamento a essas fissuras sociais radicalizadas na epidemia.

Por isso, advogamos que a APS, pela sua capilaridade, é o locus onde o social e o biológico se encontram de maneira sensível, não como opostos senão na característica biossocial. Ter um serviço de saúde com essas características é muito potente no enfrentamento à pandemia especialmente se incorporamos os marcadores e a contiguidade entre o biológico e o social para definir o que é saúde e o que é doença, conclui a professora.

7. Repercussões sociais e iniciativas comunitárias na pandemia

O contexto sociopolítico de crise do capitalismo, somado à crise sanitária derivada da Covid-19, constrange a esfera política a oferecer respostas às ameaças à cidadania, democracia e proteção social. No entanto, existe uma tensão entre a perspectiva liberal capitalista que demanda manter a economia ativa e a circulação de trabalhadores informais precários, e as medidas de proteção social emergencial (isolamento social urgente, medidas de distribuição de renda e acesso a serviços sociais e de saúde), argumentou a professora Maria Helena Magalhães de Mendonça (Ensp/Fiocruz) em sua exposição.

As análises de saúde pública mostram que eventos emergenciais podem ser importantes para construir respostas públicas de longo alcance para o presente e o futuro. As medidas sociais e sanitárias, tentam conter, cuidar e recuperar a população em geral e as pessoas em situações mais precárias e vulneráveis por condições crônicas e exclusão social (pobres, moradores de rua, população carcerária, pessoas que vivem com HIV, indígenas, quilombolas).

Essas populações sofrem situações de exclusão, e agora esses acontecimentos se exacerbam pela inconsistente prevenção e inadequado acolhimento. Para dar resposta a essa realidade, são necessárias respostas intersetoriais – de saúde, alimentação, renda, emprego – e que também contemplem as iniciativas da sociedade civil, tendo como prioridade política, a defesa dos direitos humanos.

Especificamente em saúde, os serviços públicos do SUS precisam preparar-se para receber essas populações como sujeitos de direitos. O sistema de saúde deve adequar suas estruturas para garantir o acesso. Portanto, é necessário romper com a política de austeridade que tem ampliado a exclusão social, e é imprescindível maior dotação orçamentária. Nas outras dimensões existem algumas propostas como ofertar abrigos voluntários e humanizados ou tornar a rua menos nociva.

Por outro lado, levando em conta que a ação federal e estatal de enfrentamento à pandemia está descoordenada e não contempla de forma adequada as populações vulneráveis, poderemos viver uma maior violação dos direitos humanos dessa população e a ampliação das desigualdades. Nesse contexto, a esperança estaria nos movimentos sociais baseados na cooperação social e na solidariedade em seus territórios.

A principal questão nesse debate político ideológico é o isolamento social. Diversas vivências para a preservação da vida vem sendo desenvolvidas, como por exemplo no Rio de Janeiro onde iniciativas de muitas comunidades apontam para a falta de acesso e que não têm acesso nem para a APS: Quarentena sem Fome (coleta de bens e insumos); Mulheres para Mulheres (comunicação e educação em saúde em Manguinhos e Maré); Mulheres pelo fica em casa contra a violência doméstica; Nós por Nós (mobilização e unificação de coletivos, cuidado dos grupos de risco, na Maré, Manguinhos, Cidade de Deus, Rocinha; Paraisópolis em São Paulo); outras ações que encontram respaldo na Comissão da Defesa dos Direitos Humanos e da Cidadania na ALERJ via WhatsApp “o Zap da cidadania” para denunciar casos de violência e implementar propostas de abrigo para as vítimas.

As comunidades também expressam temores quanto à integralidade na atenção. Denunciam falta de acesso a testes, demora no retorno dos resultados, fechamento de unidades de APS no Rio de Janeiro, indefinição do fluxo de atendimento, mudança no contrato dos profissionais, além disso, não se tem identificada a quantidade de pessoas em vulnerabilidade e existem discrepâncias com os dados do IBGE. Outro medo está relacionado ao fato de que os municípios têm feito compra de covas para enterros.

Outra questão a destacar é que as comunidades experimentam falta de acesso a serviços mínimos, portanto a rua se torna o lugar onde circula o saber, onde se constrói a identidade, onde acontece o convívio, onde se produz renda, por isso, as comunidades têm dificuldade para aceitar/cumprir o isolamento. Nessa questão são importantes as lideranças sociais (ACS, educadores populares e agentes

sociais diversos) que defendem que o Estado olhe para as favelas como parceiros no combate à pandemia, porque com sua organização em redes sociais permitem ampliar a conscientização sobre o isolamento, hábitos de higiene e ampliação das campanhas por alimentos.

No entanto, existem pontos controversos nessa discussão tais como: a influência negativa do discurso do Presidente da República interrompendo ou retardando o isolamento; o dilema entre a quarentena horizontal (recomendada e bem-sucedida internacionalmente) e a chamada quarentena vertical (apenas dos grupos de risco) que supostamente reduziria os impactos econômicos. Para as lideranças comunitárias estas iniciativas apontam para a necropolítica e eliminação dos grupos mais vulneráveis; ademais da pouca eficácia e operacionalidade da transferência de renda básica, que tem demorado muito para chegar.

Ao concluir, a professora destacou que no momento atual os movimentos sociais nas comunidades atuam de forma paliativa para assistência imediata, mas, têm o potencial de se organizar e pressionar por outras questões mais estruturais. Além disso, as ações mais concretas de solidariedade das comunidades se organizam em redes sociais, na expectativa do momento de volta à vida coletiva. Isso demonstra que a fortaleza dos grupos sociais e comunitários e suas lideranças consegue superar as graves condições de abandono por parte do Estado e o desconhecimento das características e necessidades dessas populações. Por isso, é preciso somar os esforços com essas populações e movimentos para seu reconhecimento e reconhecimento dos seus direitos.

8. Repercussões da pandemia sobre a formação em saúde

Para o professor Sandro Schreiber de Oliveira (FURG/UCPel/Abem), a Rede APS tem também a importante tarefa de se aprofundar na questão da formação profissional na saúde na pandemia e no pós-pandemia. Algumas das repercussões da pandemia sobre a formação em saúde podem ser organizadas em cinco eixos:

1. Uso de tecnologias de informação para continuar os cursos da saúde: Não é adequado que se continuem cursos na área da saúde em EAD, o que se pode fazer é usar as tecnologias para manter algumas atividades de ensino neste momento de isolamento social, desde uma perspectiva emergencial. Tanto discentes quanto docentes se depararam com essa nova abordagem sem nenhuma preparação prévia. Existem muitos profissionais que se tornam professores na prática, mas não são formados especificamente para docência, eles têm ainda mais desafios para alterar suas práticas sem preparação nem respaldo. Os discentes possivelmente têm menores desafios em relação à tecnologia, mas, têm maiores desafios em relação ao acesso à internet, pela cobertura e pelo custo.

2. Riscos do uso das tecnologias a médio e longo prazo: Existe sobrecarga de trabalho dos docentes e podem existir impactos na empregabilidade deles. Além disso, preocupa o risco de que o uso das EAD nos cursos de saúde possa se manter. Portanto, deve-se reforçar que as tecnologias de EAD podem ser usadas para um momento muito especial emergencial como o atual, e de maneira complementar à formação presencial, mas não devem tornar-se uma prática habitual.

3. Normativas: A antecipação das formaturas para estudantes do último período que tenham completado mais do 70% do estágio tem impactos diferentes nas diversas realidades: se o curso é semestral seria uma antecipação de 45 dias, mas se é anual essa antecipação corresponderia a 6, 8 ou 9 meses. Entendendo a necessidade de profissionais para realizar a atenção em saúde no momento atual, essa pode ser uma alternativa (a última alternativa), mas deve prever mecanismos compensatórios para corrigir as trajetórias de quem terminar o curso muito rápido. Porém, antes de tomar essas decisões de antecipar a formatura deve-se lançar mão dos profissionais desempregados, recém graduados que existem em algumas profissões da saúde.

Sobre as bonificações oferecidas aos médicos para trabalhar no controle da epidemia, as entidades médicas consideram que a bolsa para estagiários não é tão problemática, o que é problemático são os pontos a mais para os concursos de residência porque pode ser uma medida que gera inequidade.

4. Impactos financeiros: As instituições de formação privadas (que são a maioria na medicina), instituições filantrópicas, comunitárias, pequenas, e instituições sem fins lucrativos têm receio de perdas nas suas receitas associadas às normativas atuais definidas pelo governo federal.

5. Saúde e especificamente saúde mental: Os docentes e discentes experimentam uma grande sobrecarga de trabalho neste momento, que somado ao acúmulo de trabalho dentro de casa pode afetar a saúde mental dos profissionais. Além disso, também têm muitos medos e incertezas pessoais sobre sua própria saúde e sobre a possibilidade de contagiar a sua família. Também, medo do desconhecido porque não dispomos dos conhecimentos suficientes sobre a Covid-19. Os recém-graduados experimentam ansiedade e angústia no início da sua prática profissional e ainda mais numa situação como a atual.

Também, vale a pena refletir sobre o uso dos EPI. Ter educandos e educadores nos serviços implica ter mais EPIs para eles, quando esses elementos já são escassos. É necessário analisar benefícios e repercussões dessa possibilidade.

Em todo momento e especialmente nesta situação de pandemia, as responsabilidades das escolas de formação em saúde estão na integração ensino serviço para que a formação profissional reflita o perfil epidemiológico da população e as características do SUS.

Isso implica que tanto as escolas, quanto os serviços tenham espaços adequados para que os estudantes possam se inserir nas unidades, nos territórios, para que adquiram as capacidades para responder às necessidades da população. A Covid-19 não está restrita à UTI, está no cotidiano dos serviços por isso os profissionais e estudantes precisam estar também na APS.

9. Lições de experiências internacionais

Renato Tasca da Opas representação Brasil, discorreu sobre algumas lições da experiência internacional no enfrentamento da Covid-19. A primeira grande lição foi resumida por um grupo de médicos do Hospital de Bergamo (na região Lombardia, uma das mais afetadas da Itália), um hospital de qualidade, que em [artigo no New England Journal of Medicine](#), trazem uma discussão muito didática do sistema se desmoronando dia a dia, pela incapacidade de entrar com medidas de distanciamento social suficientemente rápidas. Os autores chegam à conclusão de que qualquer tipo de resposta baseada no hospital, medicalizada, não é capaz de conter a epidemia. A epidemia se dá na comunidade, e só uma intervenção na comunidade tem alguma chance de conter sua expansão. Não se pode dar uma resposta centrada apenas nos hospitais quando a demanda nasce no território.

As principais lições vêm de experiências negativas, tanto da Itália quanto da Espanha, onde o caos se instalou. Quando a epidemia começou seriamente ocorreu uma negação do acesso a serviços da APS, que em muitos casos foram fechados. Apesar de ainda ter pessoas que declaram que a epidemia é um problema hospitalar, as evidências mostram que todos os países que se centraram em uma resposta hospitalocêntrica falharam. Essa negação do acesso à APS é uma reação exagerada, porque o acesso à APS é fundamental, e negá-lo seria retirar mais um direito dos poucos que existem. Claramente, o acesso não pode ser só para doentes de Covid-19, o acesso precisa permanecer universal para todos os tipos de agravos ainda que com outros processos de trabalho.

Sem dúvidas, os atributos essenciais da APS, como a longitudinalidade, integralidade, e coordenação do cuidado são fundamentais e precisam ser reforçados. No Brasil, o que está faltando hoje é o mesmo que tem faltado até ontem por causa de 30 anos de subfinanciamento, e a capacidade de resposta da APS

sofre por ter sido sempre desfinanciada. Os atributos acessórios da APS passaram a ser fundamentais: a projeção no território é chave para prevenir o contágio em ambientes comunitários. Por exemplo, na Espanha, 40% de óbitos em maiores de 80 anos foram em asilos para idosos, e no Reino Unido estimou-se que quando o vírus chegar em um asilo de idosos, um terço a até a metade dos residentes acabaria falecendo. Os residentes de asilos representam uma das populações às quais a APS deveria ficar próxima. No Brasil, uma população predominantemente atendida pela APS é aquela dos moradores de bairros periféricos e favelas. A APS deve apoiar a comunidade até em questões não diretamente relacionadas à saúde, como, por exemplo, o cadastro para receber os R\$ 600 mensais que serão distribuídos pelo governo.

O que a APS não pode fazer é seguir atuando do mesmo jeito, se aquele jeito já não estava sendo efetivo. É necessário então, sair da zona de conforto, fortalecer os atributos da APS, mas com um modelo de atenção diferente, que protege a si mesmo e aos usuários. Vale lembrar que tanto na Itália quanto na Espanha os serviços sanitários foram grandes propagadores da doença, e não podemos permitir que isso aconteça aqui no Brasil. É importante, portanto, aumentar os recursos disponíveis, incluindo os de telecomunicação. Em Portugal, o poder público disponibilizou maior acesso à internet para os profissionais de saúde e usuários.

É fundamental que o acesso físico à unidade de saúde seja regulado e restrito, para limitar as aglomerações e reduzir os contatos presenciais, mas o vínculo entre o paciente e a equipe é fundamental, então precisamos aprender com as experiências que temos de contatos telefônicos. É bom incentivar a familiarização tanto dos profissionais quanto dos usuários com os meios de consulta remotos, já normalmente utilizados em muitos outros países. Outra experiência interessante vem do Paraguai, onde existe um sistema equivalente ao Disque Saúde, com vários escalões de profissionais. O último escalão é um psicólogo, que prove apoio aos usuários sofrendo com ansiedade por causa da sua situação.

Outra questão é como administrar o isolamento domiciliar dos casos menos graves. Provavelmente, na metade dos domicílios do Brasil não tem como isolar as pessoas infectadas em casa, sendo que no Peru há uma situação semelhante. Neste país começou-se a isolar os casos não graves em hotéis, com seguimento médico e policial. Observou-se que as medidas de isolamento social precisam de alguma rigidez. Na Itália, um paciente positivo que for encontrado andando na rua pode ser preso.

Outro tema fundamental é a provisão de assistência domiciliar. Alguns países têm se organizado com uma espécie de SAMU domiciliar específico. No Uruguai tem um automóvel em cada centro de saúde com médico e enfermeira, com EPI, que são ativados pela UBS, e fazem assistência domiciliar, testes, e vigilância remota. Porém, lembrando que quando se organizarem serviços alternativos de assistência é imprescindível sempre manter a coordenação entre eles.

Para concluir, não existe uma solução única. As soluções “geniais”, mais interessantes, que estamos vendo, não foram geniais em absoluto: foram as melhores possíveis para o contexto local, com os recursos disponíveis. Estamos cheios de evidências que dizem o que fazer, o grande problema é como fazer isso quando não existem as condições necessárias. Uma boa solução se produz quando alguém consegue articular o contexto e os recursos, concluiu Renato Tasca.

10. Reflexões sobre o contexto brasileiro

É preciso contextualizar a pandemia no caso do Brasil argumentou o professor Luiz Augusto Facchini coordenador da Rede APS no debate. Segundo dados do IBGE, 6,5% e 25,3% da população, respectivamente, vive em situação de pobreza extrema e de pobreza, o que representa um contingente de cerca de 66 milhões de pessoas pobres e extremamente pobres. Nas favelas brasileiras há uma precária situação de habitação e saneamento básico, e um grande número de trabalhadores em situação de

informalidade, uma característica histórica do mercado de trabalho brasileiro, ou seja, trabalhadores que não têm acesso aos mecanismos de proteção social vinculados à formalização do vínculo trabalhista, que representam cerca de 40% da população brasileira ocupada. Portanto, é importante apontar que medidas como “Fique em Casa” precisam ser acompanhadas por políticas de proteção social.

O Brasil tem tido um enfrentamento muito contraditório, com falas contraditórias do Ministro da Saúde em relação às posições técnicas do ministério, e do Presidente da República que procurou diminuir as medidas de isolamento social a favor da atividade econômica. As medidas que têm sido tomadas hoje no Brasil foram tomadas por governadores e prefeitos. Apesar de todo este conflito a adesão da população a medidas de isolamento social tem sido bastante satisfatória. De fato, no Brasil tomaram-se medidas muito velozes, o que deve estar contribuindo para uma diminuição do contágio na população.

O ano de 2020 começou com uma crise neoliberal, desde o início do ano tínhamos sinais de incapacidade de as políticas neoliberais resolverem os nossos graves dilemas econômicos e sociais. A epidemia da Covid-19 colocou em xeque as políticas neoliberais em todo o mundo. Até o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) passaram a recomendar que os países tenham planos de enfrentamento que invistam significativamente nos serviços de saúde e de apoio social para as populações mais vulneráveis. Muitos chefes de Estado de viés conservador, vinculados com uma agenda pró-mercado e privatizante, passaram a defender os seus sistemas de saúde públicos e de proteção social, marcando uma ruptura com os posicionamentos neoliberais anteriores.

Apesar de todas as dificuldades no Brasil, também aqui o governo teve que lançar mão de programas de saúde, de proteção e ampliação de seguridade social, que foram implantados nos governos Lula e Dilma, e deixados do lado e atacados de maneira muito marcante, mas que acabaram sobrevivendo por absoluta necessidade. Portanto, essa pandemia com uma rapidez sem precedentes, revirou discursos de líderes mundiais e mesmo nacionais, como o Ministro da Saúde Mandetta, que depois de ter votado a favor da EC 95, no enfrentamento à pandemia posicionou-se a favor do fortalecimento do SUS.

Neste contexto, é fundamental que se mobilize o apoio da sociedade, da comunidade científica e dos trabalhadores à carente infraestrutura e recursos do SUS. Porém, não pode ser um apoio restrito à infraestrutura especializada, e sim deve-se buscar fortalecer a APS, os pressupostos da ESF, a participação dos ACS. As equipes do território devem coordenar as ações dirigidas à população na sua área de abrangência.

Devido às marcantes desigualdades no acesso e qualidade dos serviços de saúde, o desafio sanitário da pandemia requer uma abordagem da APS, abordagem familiar e social e da determinação social da saúde. Entre os grupos mais ricos, que têm capacidades extra de enfrentar a situação, é mais fácil ver a aceitação de recomendações de isolamento social. Porém, as classes populares, os trabalhadores informais e precarizados e os desempregados estão com muita dificuldade ou impossibilidade de guardar tais recomendações. Portanto, valorizar a APS na estratégia de atenção à saúde no país permitirá conhecer a real magnitude da epidemia. Devemos ampliar muito a capacidade de testagem, mas independente disso, avaliando as pessoas com sintomas respiratórios, com características clínicas similares a da pandemia, nós temos que qualificar a atenção à saúde da população. Nesse conjunto de ações é preciso garantir as necessárias medidas de segurança para proteger os profissionais e os usuários nas UBS/ESF.

Muitas iniciativas têm aparecido em vários lugares. Entre eles destacamos uma [Calculadora de Necessidade de EPIs para o Enfrentamento da Covid-19 na APS](#), através da plataforma Kurt Kloetzel da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), que consegue fazer esse cálculo para diferentes níveis de atuação: o município, a UBS, etc.

É necessário implantar a VS e VE com foco nos sintomas da doença: febre, tosse, falta de ar, cansaço, etc., especialmente para grupos sociais mais vulneráveis, como idosos, pessoas com comorbidades, etc. O monitoramento e avaliação dos principais problemas de saúde da população precisam seguir no cotidiano da atuação da APS.

A APS precisa participar da testagem nas comunidades, implementando as várias estratégias possíveis, para traçar o perfil de pessoas com a presença de anticorpos ou com diagnóstico, e ainda incluir alertas de emergência para Covid-19 que possam ser relevantes para remoção ou encaminhamento para setores especializados, a saber: grave dificuldade respiratória, dor ou pressão persistente no peito, confusão mental, incapacidade de despertar, lábios ou rosto azulados. Também precisamos expandir a educação permanente à distância de profissionais da APS no uso de EPI, no atendimento remoto, no atendimento presencial, nas ações de cuidado domiciliar, nas ações de articulação com a população do território. Difundir orientações sobre a pandemia, com ênfase no autocuidado e cuidado dos familiares.

Nós estamos frente à uma oportunidade de agilizar a implantação universal dos nossos sistemas de informática, e permitir a articulação da equipe entre si, com a população do seu território, e com os outros níveis de atenção do SUS. Para isso são necessárias plataformas de monitoramento e avaliação domiciliar de saúde, de notificação de fatores de risco e sinais e sintomas e de articulação do atendimento clínico dessas populações.

Fortalecer os cuidados domiciliares é fundamental para organizar as ações de ACS e agentes de endemias, os profissionais das equipes básicas, tendo como principal estratégia a redução de aglomerações nas unidades básicas e da transmissão do Coronavírus e facilitar a implantação de medidas de higiene e proteção social e familiar, juntamente com os efeitos do isolamento e da quarentena.

Recomenda-se também promover a visita virtual a todos os domicílios; registrar eventuais situações de saúde passíveis de notificação; articular a internação domiciliar utilizando programas disponíveis, como o programa Melhor em Casa, ou o SAMU. É fundamental tomar consciência das tecnologias disponíveis para aumentar as nossas capacidades e abrangência. Em Pelotas tivemos experiências de cursos de educação à distância, onde capacitaram mais de 3.500 profissionais vinculados ao Programa Mais Médicos. Destaca-se que seria impossível para muitos profissionais de algumas localidades remotas participar presencialmente. Esta deve ser a perspectiva a implantar nas UBS. As equipes podem trabalhar juntas inclusive estando separadas, utilizando as tecnologias.

É importante observar que em muitos municípios, o único serviço de saúde disponível é a UBS/ESF, com um médico e um enfermeiro, e não têm SAMU. Então pensar em rede, com articulação, coordenação, sendo essencial envolver a APS de maneira a fortalecer as nossas respostas. Portanto, as UBS/ESF precisam receber apoio sistemático de especialistas, do NASF, do Telessaúde, da regulação, do serviço especializado etc, para qualificar as suas respostas, evitando a concentração de ações em pronto socorros.

Finalmente, precisamos definir um conjunto de linhas de pesquisa necessárias para qualificar nossa resposta na APS, e o enfrentamento da pandemia.

A pandemia do Coronavírus, apesar de sua trágica realidade, é também uma oportunidade histórica de resgatar a centralidade do SUS na política social, e da APS no sistema de saúde brasileiro. O FMI recomendou recentemente que os países gastem generosamente nos sistemas de saúde, que testem amplamente a população e evitem restrições comerciais em suprimentos médicos. Em plena crise de capitalismo neoliberal a pandemia resulta em uma oportunidade ímpar do país superar a sua dívida histórica com a APS e o SUS, concluiu o professor. A Rede de Pesquisas em APS está mobilizada para apoiar a formulação de propostas científicas para o desenvolvimento da APS. Também apoia o diálogo e a articulação com os gestores municipais, estaduais, e federais, além do MS, para tornar efetivo o fortalecimento da APS no SUS, no contexto da pandemia, e para o futuro que se avizinha.

Em síntese:

Ao concluir apresentações e debate, a professora Ligia Giovanella (Ensp/Fiocruz) co-coordenadora da Rede APS sintetizou:

A reorganização dos processos de trabalho depende de cada contexto, de cada UBS, de cada município. Não há um modelo único.

Temos mais perguntas do que respostas. O seminário nos deixa algumas questões e pressupostos:

Separar os fluxos de atenção dos sintomáticos respiratórios e dos pacientes com outros problemas/necessidades: a linha de cuidado começa por telefone específico para atenção aos sintomáticos respiratórios com comunicação às equipes de casos de sua área para acompanhamento diário por telefone. Como organizar a atenção de sintomáticos respiratórios? Definir estabelecimentos específicos para o atendimento aos sintomáticos respiratórios que necessitam de cuidado presencial? Construir tendas no espaço exterior das UBS? Separar fluxos ao interior das UBS, sem produzir contágio, em geral é muito difícil. Separar equipes de profissionais que atendem sintomáticos respiratórios permite uso mais racional dos EPIs.

Reduzir ao mínimo o número de profissionais que entram em contato com casos suspeitos/sintomáticos respiratórios.

Reduzir atendimento presencial ao mínimo necessário: Organização de tele consulta, grupos usuários por WhatsApp por ACS, grupos de condições e agravos acompanhados por médicos e enfermeiros à distância, tele apoio do Nasf etc.

Disponibilizar INTERNET PARA TODOS: profissionais de saúde e população. O poder público deve instalar wifi em cada bairro, em cada comunidade, articular com operadoras para ampliar a internet de todos os cidadãos que têm contas telefônicas pré ou pós pagas; no mínimo articular para disponibilizar maior acesso (minutos, mensagens e internet) para todos os profissionais, incluindo todos os ACSs (vide exemplo de Portugal)

Testar, testar, testar: identificar casos e buscar contatos e apoiar o isolamento domiciliar. A experiência internacional de países que têm conseguido controlar a epidemia mostra que a testagem ampla ao identificar casos leves e assintomáticos possibilita o isolamento destes casos e seus contatos reduzindo o contágio e o número de mortes. Mesmo ainda não dispondo de testes suficientes, devemos exigir que testes sejam disponibilizados com urgência.

Transporte oportuno e específico para COVID: com fluxos de referência e contrarreferência bem estabelecidos, associado à regulação de leitos, e evitando que casos suspeitos entrem em contato com muitas equipes profissionais

Monitoramento à distância de casos em tratamento domiciliar pelas equipes de saúde: contatos telefônicos diários/ de 12/12hs – a mudança de quadro para grave pode ser muito rápida:

Para finalizar gostaria de ressaltar os três grandes eixos de ação para as equipes de Saúde da Família em seus territórios como apontando pela professora Maria Guadalupe Medina:

- i) **vigilância em saúde nos territórios**, com apoios ao isolamento social e de casos e contatos, educação em saúde, notificação; acompanhamento cotidiano à distância dos casos em cuidado domiciliar
- ii) **apoio aos grupos vulneráveis seja por sua situação de saúde e ou social** articulado a iniciativas comunitárias, e articulação intersetorial;

iii) **continuidade dos cuidados rotineiros da APS** (como pré-natal, hipertensos, diabéticos, vacinação) com novas formas de cuidado cotidiano à distância (com disponibilidade de acesso à internet, WhatsApp, telefone, teleconsulta.)

As escolhas de estratégias para o SUS e a APS hoje terão consequências para o SUS no futuro.

Uma boa atuação do SUS levará ao seu fortalecimento. O enfrentamento da pandemia tem revelado a distribuição desigual de serviços de saúde e exige a construção de redes assistenciais regionalizadas, e o fortalecimento da autoridade sanitária estadual, o que pode ser um legado positivo para o SUS. Mas podemos também caminhar para uma maior mercantilização e privatização a depender das escolhas feitas, como por exemplo podemos ampliar a capacidade instalada pública laboratorial ou financiar o setor privado. Na APS, a criação da ADAPS neste período também sugere uma opção pela privatização. Mas podemos também sair desta pandemia com uma APS mais integral mais fortalecida se aprofundarmos seus atributos comunitários.

Incentive o isolamento social - fique em casa, lave as mãos, use máscara

O evento transmitido pela [TV Abrasco no YouTube](#) foi acompanhado por até 1.200 pessoas simultaneamente. Os internautas participaram através do chat de *YouTube* onde realizaram importantes perguntas e comentários sobre questões tais como: o papel do NASF, da equipe de saúde bucal, o fortalecimento da parceria população-academia, a recuperação de experiências de “vigilância civil e popular da saúde”. Parte das perguntas foram respondidas durante o evento e aqui sintetizadas. A Rede APS continuará a reflexão sobre essas questões trazidas pelos participantes, e buscará aprofundá-las como tema de futuros boletins.

Relatório elaborado por Valentina Martufí, Diana Carolina Ruiz, Geraldo Cunha Cury, Sonia Acioli, Ligia Giovanella

Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, 21 de abril de 2020

Referências

Amaral M., Maciel A., Dip A., Domenici t., Dolce J., Pina R., Suarez J., D’Oswaldo B., Anjos A., Oliveira R. Reportagem Profissionais de Saúde: “Ou a gente se cuida ou adoecer”. Publica Agencia de Jornalismo Investigativo. 27mar 2020. Disponível em: <https://apublica.org/2020/03/profissionais-de-saude-ou-a-gente-se-cuida-ou-adoece/> Acesso em: 10 abr 2020

Brasil Ministério da Saúde. Painel de leitos e insumos. Disponível em: https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel_leitos.php Acesso em: abr 2020

CNS/Cofin. Conselho Nacional de Saúde. Boletim CNS/Cofin 2020/04/14/ 1 e 2. Levantamento de informações e comentários feitos por Francisco R Funcia, Rodrigo Benevides e Carlos Ocke-Reis. 14 de abril de 2020. Disponível em: <http://idisa.org.br/domingueira/domingueira-n-15-abril-2020> Acesso em: 21 abr 2020

Haines A., De Barros E., Berlin A., Heimann D., Harris M. National UK programme of community health workers for COVID-19 response. Vol 395, Issue 10231, p.1173-1175. 24 mar 2020 Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30735-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30735-2/fulltext) Acesso em: abr 2020

Johns Hopkins University (JHU) - Center for Systems Science and Engineering (CSSE). COVID-19 Dashboard. 15 abr 2020 Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Acesso em: 15 abr 2020

Lee, Chiew, Khong. Interrupting transmission of COVID-19: lessons from containment efforts in Singapore Journal of Travel Medicine. 13 mar 2020 Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/article/doi/10.1093/jtm/taaa039/5804843> Acesso em: 10 abr 2020

Minué, Sergio. Contra el coronavirus, más Atención Primaria que nunca. Actualización en Medicina de Familia AMF. Disponível em: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2626 Acesso em: 10 abr 2020

Nacoti N., Ciocca A., Giupponi A, Brambillasca P., Lussana F., Pisano M., Goisis G., Bonacina D., Fazzi F., Naspro R., et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. New England Journal of Medicine. 21 mar 2020 Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080> Acesso em: 9 abr 2020

Open Knowledge Brasil. Transparência Covid-19 Dados abertos podem salvar vidas. Disponível em: <https://transparenciacovid19.ok.org.br/> Acesso em: 13 abr 2020

Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO. Agosto 2018. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/10/Agenda_APS_SUS_Rede.pdf Acesso em: 12 abr 2020

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) Coronavírus COVID-19 Protocolo de manejo clínico do conoronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 7. Brasília –DF. Abril de 2020 Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>. Acesso em: 11 abr 2020

The Lancet Editorial COVID-19: protecting health-care workers. The Lancet Vol 395, Issue 10228, p.922. 21 mar 2020 Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930644-9> Acesso em: abr 2020

UFPEL. Departamento de Medicina Social. Calculadora de Necessidade de EPIs para o Enfrentamento do COVID-19 na APS. Plataforma Kurt Kloetzel. Disponível em: <https://dms-p2k.ufpel.edu.br/corona-calculadoras/> Acesso em: 14 abr 2020

Vitória, A. M.; Campos, G. W. S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI”. Frente Estamira de CAPs, 2020. Disponível em: <https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/04/A.Vit%C3%B3ria-Gast%C3%A3o-W.-S%C3%B3-APS-forte-assegura-achatar-a-curva-e-funcionamento-de-leitos-de-UTI.-mar%C3%A7o2020.pdf>. Acesso em: 10 abr 2020

Vitoria A. e Campos G. 2020. APS forte para achatar a curva da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. Saude em Debate (no prelo)

Worldometer. Covid-19 Coronavirus Pandemic. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus> Acesso em: 15 abr 2020

