

Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI

Ângela Moreira Vitória
Médica de Família e Comunidade
Docente da UFPel

Gastão Wagner de Sousa Campos
Médico Sanitarista
Docente da UNICAMP

O mundo sabe o quanto é difícil uma boa política de saúde para frear a aceleração dos contágios do COVID-19 e evitar a tragédia anunciada. Diante de uma previsão de contágios de 40 a 70% das pessoas (1) e da possibilidade de que até 75% dos casos se apresentem no mesmo mês, o cenário é muito preocupante. Quanto mais tempo demorar a transmissão pessoa-a-pessoa mais próximos ficamos da situação administrável para o sistema. Tentando imaginar o cenário menos desfavorável visualizo 10% dos casos por mês para nos planejarmos a cuidar da pandemia por 10 meses no Brasil.

A pergunta é qual a estratégia para achatar a curva? Sem dúvida que reforçar isolamento social, informar o maior número possível de pessoas para os cuidados diários e reduzir deslocamentos terá efetividade como já demonstrado em outros países (2). Para que uma estratégia seja efetiva não basta que, testada em laboratório, ela dê bons resultados. É necessário que seja possível de ser implementada no contexto a que se dirige. Assim, nos cabe olhar para as orientações do Ministério da Saúde e refletir se, no caso de toda força de trabalho do SUS aderir a todas as medidas apontadas pelo governo, elas serão capazes de achatar a curva. Quais são as estratégias apontadas pelo Ministério da Saúde? São cinco estratégias: isolamento social, centrais de teleatendimento para que sintomáticos não se desloquem sem necessidade transmitindo o vírus pelo país, salas de atendimento nas UBS, hospitais de campanha com leitos e O₂ para casos moderados e ampliação dos leitos UTI. A mídia tem demonstrado claramente a necessidade de ampliação de leitos UTI e de enfermarias de isolamento. Assim, grande parte dos governos municipais, profissionais, serviços de saúde e população geral tem aderido a todas estas recomendações com forte empenho. A ponderação que faço aqui é da fragilidade da proposta do Ministério da Saúde para a Atenção Primária à Saúde. Pensando que os casos se distribuem no território e que,

quanto mais as pessoas circulam mais contaminam outras, o cuidado mais estratégico para 80% dos casos, que serão leves(3), é que sejam atendidos, se possível por telefone, e se não, ao menos, que seja o mais próximo possível dos seus domicílios, avaliados e voltem para casa com orientações de repouso e isolamento, sem andar circulando pelo município e esparramando vírus. Assim, a estratégia das centrais de teleatendimento é excelente, porque estas centrais orientam todo o cuidado necessário e evitam deslocamentos de pessoas sintomáticas que só precisam de orientação. O passo seguinte são as Unidades Básicas de Saúde. E é quanto a proposta para o funcionamento delas que percebo fragilidades. Os atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária (4) devem permanecer presentes mesmo na pandemia e com muita força. A integralidade sim, fica comprometida e, para isso, não há solução. Pensando no Número Necessário a Tratar-NNT de cada patologia, no atual cenário, ao comparar qualquer dos casos que atendemos com frequência na APS como hipertensos, diabéticos, doentes crônicos, o número de pacientes a tratar para salvar uma vida em qualquer uma destas patologias é imensamente menor do que o NNT do atendimento adequado do COVID-19 para reduzir mortes.

A adequação da Diretrizes para a APS no enfrentamento da pandemia consiste em:

1. Garantir acesso seguro à UBS com adequação de estrutura física e UBS online
2. Garantir segurança nas imunizações
3. Proteger os profissionais de saúde
4. Garantir longitudinalidade do cuidado
5. Fortalecer abordagem familiar
6. Fortalecer abordagem comunitária

Garantir acesso seguro à UBS com adequação de estrutura física e UBS online

A começar pelo atributo do acesso e pensando na porta de entrada como a porta mesmo. A porta da UBS, em muitas delas, costuma ser uma única por onde entram todos os pacientes, tanto os suspeitos de COVID-19, como outras queixas e saudáveis para se vacinar. Isto precisa mudar nas 45.000 UBS do país com urgência. Se não há uma

mudança rápida na política, tanto profissionais de saúde como outros pacientes serão contaminados e isso vai contribuir para acelerar a curva e não o contrário. A adequação da estrutura física implica em evitar que pessoas com sintomas respiratórios fiquem no mesmo ambiente que pessoas assintomáticas. Como não tem tempo para fazer reformas, não se pode propor o que não é aplicável no contexto atual. O Ministério da Saúde, em todas as seis versões de protocolo para a APS que saíram este mês, orienta uma sala específica de atendimento(3). A OMS orienta tendas fora da UBS (5). Os infectologistas vêm informando que o vírus pode ficar no ar por um período de 1 hora segundo alguns ou 3 horas segundo outros (2). Salas dentro da UBS, mesmo que com janelas abertas aumentam a contaminação. E a implementação das salas exige um profissional para higienizar a sala após cada atendimento. E este não pode ser o mesmo profissional a higienizar os outros espaços da UBS. Além disso, este profissional fica em risco de se contaminar e ser mais alguém a disseminar a infecção, sem necessidade. O Ministério orienta que a porta da sala fique fechada. As tendas ficam mais arejadas e reduzem a necessidade de higienizador. Seguindo no atributo do acesso, a circulação dos pacientes por dentro das UBS, com definição e sinalização dos fluxos é urgente. Assim como é urgente definir as salas de vacinação e seu funcionamento. Em poucas palavras, as equipes precisam olhar seu cenário e decidir ou coloca a triagem do COVID-19 fora da UBS ou a vacinação precisa ser feita em outro lugar, uma escola ou outro espaço comunitário. Coisa que nunca é simples.

No mês de março as equipes se dedicaram a desmarcar todos os pacientes agendados e muitas delas fazendo isso com qualidade. Para que o atendimento à pandemia não signifique mais restrição de acesso do que o necessário é preciso que as alternativas de atendimento online não sejam apenas permitidas pela ANVISA, pelo Conselho Federal de Medicina e de Farmácia. É preciso que sejam estimuladas e financiadas pelo Ministério da Saúde. Cada UBS com um celular para fazer atendimento pelo whatsapp, com evolução no E-SUS na própria casa do médico, receitas no E-SUS, salvas em PDF, assinadas com assinatura eletrônica e enviadas pelo whats para o paciente e para a farmácia municipal, distrital ou farmácia da UBS, com um sistema de entregas de medicamentos no domicílio, ao menos para os idosos e de risco, são viáveis e possíveis no atual momento de construção do SUS. Se as entregas não forem feitas a domicílio para todos, ao menos o paciente só vai a farmácia buscar o medicamento e

não precisa ir a UBS no caso de queixas como recidivas de gastrites, dores osteomusculares, ITU de repetição, início de convulsões, descompensação de quadros psiquiátricos que tendem a ter agravamento com o isolamento, que pode ampliar os conflitos familiares e as preocupações excessivas com higienização dos domicílios. Os médicos têm competência para avaliar por telefone ou chamada de vídeo quais são os casos que precisam ser agendados para uma ida a UBS e os demais que, diante do risco atual, devem permanecer no isolamento. A ampliação do tempo de validade de receitas para seis meses alivia este problema mas, ainda assim, o volume de queixas novas de outras causas que não o COVID-19 que não podem ser adiadas, persistirá. E vale lembrar que, durante a pandemia, teremos profissionais de saúde que tem doença respiratória e precisarão ficar afastados do atendimento direto as pessoas. Estes podem se somar as equipes de UBS online. As atividades interprofissionais como grupo de tabagismo, de gestantes, de idosos, com criatividade dos profissionais podem ser mantidas por webconferência em alguns cenários. Quando possível, devem ser mantidas.

Observamos inúmeros cálculos em todos os meios de comunicação sobre a necessidade de leitos UTI e isso é muito importante por ajudar a população como um todo a compreender a gravidade. Tenho sentido falta de cálculos sobre o impacto na APS. O Protocolo do Ministério da Saúde informa que 80% dos casos serão atendidos na APS (3). Mas fica por aí. Então para avançar no entendimento, vamos lembrar que todos os casos moderados, que parecem ser 20% dos casos, somados aos pacientes com vulnerabilidade social ou dificuldade de entendimento, vão procurar as Unidades Básicas de Saúde. Isto significa um número grande de pessoas procurando a UBS no período da pandemia. Como exemplo, em Pelotas, município do sul do Brasil, com 341 mil habitantes, que hoje atende, nas 50 UBS do município, aproximadamente 2 mil consultas médicas por dia, podemos fazer um exercício de estimar o impacto da pandemia na APS. Esperamos que o COVID-19 contamine de 40-70% (1). Sendo assim, teremos entre 130 mil e 230 mil pessoas que vão se contaminar. Muitos casos assintomáticos e 20% moderados. Muitos casos leves poderão ser resolvidos no teleatendimento. Não todos. Todos os casos moderados vão procurar serviços de saúde e espera-se que procurem as UBS. Serão 26 mil casos moderados na melhor das hipóteses. Se a epidemia se distribuir em 10 meses, o que seria a melhor distribuição, que nenhum país ainda conseguiu, mesmo assim, a oferta de consultas na rede básica

só para os casos moderados de COVID-19 precisaria ser de 118 consultas/dia. A essas se somarão todos os casos leves que não tem telefone, os que telefonaram mas não concordaram com o diagnóstico de caso leve informado pelo teleatendimento, os que tem dificuldade de compreensão, e os que retornam para revisão. Difícil prever o número de casos leves que irão procurar mesmo em desacordo com as orientações. É irreal a expectativa de que todas as pessoas, principalmente no início da epidemia, vão aceitar diagnóstico de caso leve pelo teleatendimento. Alguns não tem telefone. Alguns não tem saúde mental para anotar o número em algum lugar para o momento necessário e depois lembrar onde anotaram. Assim, a demanda para a APS crescerá muitíssimo.

Garantir segurança nas imunizações

A tomada da decisão de cada equipe sobre como evitar o contato de pacientes com sintomas respiratórios dos pacientes assintomáticos que vieram vacinar precisa ser orientada e fortemente estimulada pelo Ministério da Saúde nos materiais que se dirigem aos profissionais da APS. Talvez a decisão seja simples: ou tira o COVID-19 de dentro da UBS ou tira as vacinas de dentro da UBS. Mas precisa estimular esta imediata tomada de decisão pelas equipes.

Proteger os profissionais de saúde

Como todos os serviços hospitalares, a APS também precisa se equipar e organizar para evitar o adoecimento em massa dos profissionais. A tenda é uma forma, os EPIs adequados é outra, o treinamento por profissionais de enfermagem que esclareçam as dúvidas quanto a eficiência de cada EPI, a forma correta de uso e o uso racional também. Formação profissional para enfrentar a epidemia é inclusive fundamental para proteção da saúde mental dos trabalhadores que estão receosos do cuidado adequado com os pacientes, a proteção da própria saúde e a proteção da saúde dos familiares. Além disso, os profissionais precisam fazer rodízios de turnos visando diminuir seu tempo de exposição e prever afastamentos por adoecimentos. Para tanto, não basta o protocolo do Ministério recomendar, é preciso financiar um grande número de contratos emergenciais.

Garantir longitudinalidade do cuidado

A UBS online pode fazer isso. As centrais de teleatendimento em que o paciente fala com um desconhecido pode ser ótima alternativa para adulto jovem saudável que apenas precisa de orientações sobre o COVID-19. Pacientes cheios de comorbidades precisam conversar online com o médico que já os conhece e em quem eles confiam.

Fortalecer abordagem familiar

Deve ser tarefa de todos os membros da equipe, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde, preparar as famílias para cuidar dos seus doentes de forma a fornecer alimentação, hidratação, medicamento para febre em quantidades adequadas e evitar que ele contamine os demais. Cada família precisa já planejar suas estratégias de isolamento dentro de casa. Pensar em quarto para isolar o doente, banheiro para ele, como higienizar suas roupas e como ele se alimentará sem precisar ficar em contato com o resto da família. Pacientes doentes, acamados devem ser protegidos ao máximo. Cada família precisa treinar cuidadores saudáveis para que estes não se contaminem ao cuidar dos seus doentes, oferecendo orientações sobre EPI e isolamento dadas as limitações de cada domicílio.

Fortalecer abordagem comunitária

As Unidades Básicas de Saúde conhecem pouco algumas das famílias do território. Mas conhecem muito as famílias com pessoas acamadas, idosos, doentes crônicos graves. E estas são muitas. De novo falando de Pelotas, dos 341 mil habitantes, temos 30 mil em famílias com renda para o bolsa família. Quer dizer, 30 mil domicílios não têm dois banheiros, alguns não tem nenhum ou o banheiro é na rua. Ainda, entre as famílias vulneráveis temos muita doença e deficiência mental, que só vai piorar com essas orientações de lavar as mãos o tempo todo. Domicílios com 2 cômodos e 10 moradores aqui não é coisa rara. Nestas famílias, no caso de um familiar adoecer com coronavírus, deve ser oferecida a pessoa doente a possibilidade de um local alternativo para o período de 14 dias de isolamento. No início da epidemia isso pode ser feito no hospital, mas logo a seguir talvez seja necessário que tenhamos alojamentos comunitários para os familiares de doentes crônicos graves que estejam contaminados

com coronavírus. A APS deve começar a orientar por microárea esta organização do território para os isolamentos, identificando desde já, quais os domicílios que tem necessidade de apoio para isolamento, se alguém adoecer, sem gerar expectativas nas famílias de que o sistema poderá resolver todos os casos. Deverá ser feito um levantamento de idosos e de famílias de alta vulnerabilidade para planejar apoio comunitário ao isolamento social se isto for necessário e rede social de apoio para auxílio nas idas ao supermercado e farmácia.

Fazer abordagem comunitária significa também preocupar-se com a segurança alimentar das famílias e ter articulações com a rede de assistência social para garantir que as famílias acessem os benefícios e se organizem para reivindicar mais do poder público em todas as esferas.

A força da Atenção Primária vai muito além de ser um espaço de triagem e de acompanhamento de casos leves. As Unidades Básicas de Saúde estão na encruzilhada de receber fortes investimentos para cumprir adequadamente o seu papel e frear a curva da epidemia ou ficarem como estão e, assim, se transformarem de centros disseminadores de saúde no território para centros disseminadores de doença. As equipes de gestão municipal de saúde, muitas vezes, pressionadas pelo calor do momento, fazem a opção equivocada de retirar profissionais da APS para treiná-los no hospital para os leitos UTI. A pandemia deve ser nossa prioridade. E ela precisa ser enfrentada onde ela está. Hoje está na APS, hoje a maioria dos casos estão indo nas UBS e sendo orientados a isolamento domiciliar. Então será a qualidade desta orientação do isolamento domiciliar, as estratégias comunitárias para garantir isolamento para famílias que não podem fazer isso apenas com seus recursos, a discussão com a comunidade como um todo da importante estratégia de política pública para garantir que, em Pelotas, por exemplo, tenhamos, pelo menos, 2 mil leitos para isolamento de casos leves ou moderados, que não podem ficar isolados nos seus domicílios. Esta sim, é uma estratégia que poderá ter alguma chance de frear a aceleração da pandemia no Brasil e assim, associada a política de ampliação de leitos UTI, manejar com a situação garantindo o atendimento de todos, o respeito a vida e a dignidade das pessoas. Só a APS forte pode garantir a suficiência de leitos UTI.

1. Deep Background with Noah Feldman. The Coronavirus Isn't Going Away. In

Cambridge, MA, Estados Unidos; 2020.

2. UpToDate. UpToDate [Internet]. 2020. Available from:
https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19?search=coronavírus prevent&source=search_result&selectedTitle=1~85&usage_type=default&display_rank=1
3. Saúde À. MANEJO CLÍNICO DO CORONAVÍRUS (COVID-19) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. 2020;1–35.
4. Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, editor. Brasília; 2002. 726 p.
5. WHO. Best practices for infection prevention and control , with a spotlight on COVID-19 : countries share experiences. 2020;