

AS PREFEITURAS E O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Desafios e Propostas para
a Atenção Primária à Saúde



www.gpublicas.org.br

Expediente

Direção Instituto Alziras

Clara de Sá
Marina Barros
Michelle Ferreti
Roberta Eugênia

Coordenação GPúblicas

Marina Barros

Assessoria Técnica e Apoio Metodológico

Travessia Políticas Públicas

Idealização, Pesquisa e Redação

Michelle Fernandez
Luisa da Matta Machado Fernandes

Diagramação

Brunna Arakaki

O **GPúblicas: Rede de Mulheres na Gestão Pública** é uma iniciativa liderada pelo Instituto Alziras com financiamento da Fundação Konrad Adenauer e da Porticus e em parceria com a Rede de Mulheres Cientistas, Associação Nacional dos Especialistas em Políticas Públicas e Gestão (ANESP) e apoio da Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), Confederação Nacional de Municípios (CNM), Associação Brasileira de Municípios (ABM) e Frente Nacional de Prefeitos (FNP) além de assessoria técnica da Travessia Políticas Públicas.

Esse material foi desenvolvido pelas pesquisadoras Michelle Fernandez e Luiza M. M. Fernandes a partir da parceria com a Rede Brasileira de Mulheres Cientistas (RBMC). A RBMC é um grupo de mais de 4.000 mulheres cientistas brasileiras que se articulou durante a pandemia de Covid-19 para buscar atuar em defesa das mulheres a partir da perspectiva da condição das mulheres brasileiras na pandemia. A RBMC é formada por cientistas e pesquisadoras das mais diversas áreas de conhecimento que trabalham de forma conjunta a partir da interação entre essas áreas.

Michelle Fernandez

Doutora e mestre em Ciência Política pela Universidade de Salamanca e graduada em Ciência Política pela UnB. Foi pesquisadora visitante na Universidade Autônoma de Barcelona, na Universidade de Oxford e na Universidade de Manchester. É pesquisadora no Instituto de Ciência Política da UnB, pesquisadora do Núcleo de Estudos da Burocracia da FGV e pesquisadora-colaboradora do Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz.

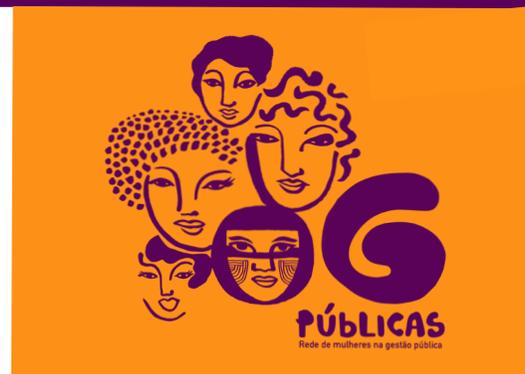
Luisa M. M. Fernandes

Pesquisadora integrante do grupo de pesquisa em Políticas em Saúde e Proteção Social no Instituto René Rachou - Fiocruz Minas. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Nova Iorque (SUNY) em Albany, EUA (2019). Possui graduação em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2007), especialização em Gestão Pública pela Fundação João Pinheiro (2011) e Mestrado em Saúde Pública com concentração em Saúde e Trabalho da Faculdade de Medicina da UFMG (2012).

SUMÁRIO

Apresentação	4
Introdução	6
O que já sabemos?	7
Funções da Atenção Primária à Saúde em um contexto de crise sanitária	10
O que esperar pela frente?	11
Vacinação contínua da Covid-19 e demais coberturas vacinais	13
Síndrome pós-aguda de Covid-19	20
Demandas reprimidas dos serviços de saúde	24
Aumento das questões relacionadas à Saúde Mental	27
Referências	30

APRESENTAÇÃO



VIVEMOS uma das maiores crises humanitárias e políticas de nossa geração, com a intensificação das desigualdades sociais pré-existentes que expõem a insuficiência das políticas públicas para universalizar o acesso da população a um conjunto de direitos básicos relacionados à saúde, educação, emprego decente, moradia, assistência social, dentre outros.

Nesse contexto, o Instituto Alziras criou o GPúblicas Rede de mulheres na gestão pública, um projeto onde fosse possível pensar em práticas inovadoras para a gestão dos municípios no pós crise da COVID-19, para que soluções sejam desenvolvidas e implementadas de modo a incluir uma maior diversidade de atores em todas as fases de resposta e tomada de decisão no nível local. Como se sabe, as populações vulnerabilizadas, em especial as mulheres e as pessoas negras são impactadas de forma mais dramática, e por esse motivo, as políticas públicas devem ser observadas e implementadas a partir dos marcadores de gênero e raça, sendo esses recortes centrais para a promoção de uma recuperação socioeconômica mais justa e que promova a construção de um futuro melhor nas cidades.

A ocupação dos espaços de poder e tomada de decisão na política institucional pelas mulheres deve ser acompanhada por novos paradigmas e novas formas de se fazer política. Neste sentido, apoiar mandatos de mulheres comprometidos com a democracia, com os direitos humanos, com o desenvolvimento sustentável e que são lastreados nos valores da inovação, da transparência e da participação social, compõe uma estratégia de fortalecimento e modernização da administração municipal bem como de qualificação da gestão frente aos desafios de desenvolvimento socioeconômicos enfrentados pelas cidades no contexto pós-pandemia.

O GPúblicas é um espaço pluripartidário de formação, intercâmbio e articulação de mulheres na política e gestão pública.

O projeto tem por objetivo (i) conectar mulheres para o desenvolvimento de soluções em políticas públicas; (ii) fortalecer as capacidades institucionais dos municípios governados por mulheres; (iii) abordar a centralidade dos marcadores de raça e gênero em todas as políticas públicas.; (iv) difundir boas práticas lideradas por mulheres prefeitas com enfoque na retomada do desenvolvimento sustentável pós pandemia;

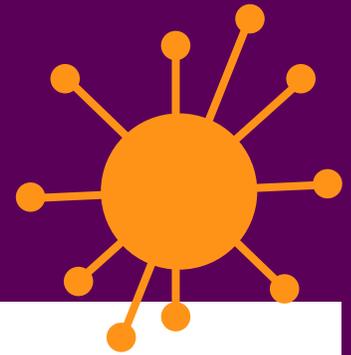
Este material é resultado do 1º Ciclo de Formação do GPúblicas “Mulheres na liderança contra a COVID-19”. Cada ciclo de formação consiste em um webinar e um laboratório de soluções com especialistas e prefeitas convidadas e resulta em um material produzido para prefeitas e gestoras públicas. A realização de Webinars e Laboratórios de Soluções pretende integrar espaços de formação com aplicação prática para solução de problemas.

Os Laboratórios foram concebidos como instâncias coletivas de soluções de problemas das participantes, estimulando a troca entre prefeitas, suas equipes e especialistas. As autoras desse material, Michelle e Luisa, conduziram o Laboratório a partir do trabalho desenvolvido pela Travessia Políticas Públicas que constou de uma escuta prévia das prefeitas e suas equipes, e de especialistas com o objetivo de garantir que os conteúdos, formato e linguagem fossem relevantes e aplicáveis no dia a dia da gestão pública. Além disso, em parceria com as autoras, realizou uma oficina de checagem de adequação de linguagem.

Como parte da metodologia, realizamos diversas entrevistas e conversas com especialistas, gestora(e)s que deram sua valiosa contribuição para pensarmos o desenho desse Ciclo de Formação e seus desdobramentos. Nosso muito obrigada ao Fábio Bacchiegga, à Geane Cordeiro, à Maria da Penha Vasconcellos, Marcia Lucena, Tania Portugal, Raissa Coutinho e Vitor Mori.

Agradecemos às pesquisadoras Michelle Fernandez e Luisa da Matta Machado Fernandes que lideraram o Laboratório de Soluções ocorrido no dia 22 de setembro de 2021 e são autoras desse material.

INTRODUÇÃO

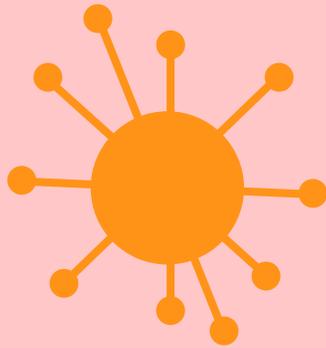


NA metade do ano de 2021 a pandemia da COVID-19 começa a dar sinais de que pode entrar em uma fase de controle no mundo e no Brasil. Observamos países como Portugal e Alemanha, com alta cobertura vacinal, retomarem a vida “normal” ainda mantendo alguns protocolos de segurança sanitária (como uso de máscaras em ambientes fechados). O Brasil entra também em uma nova fase com queda significativa de casos de mortes, bem como o aumento da cobertura vacinal, chegando a 70% da população adulta vacinada com pelo menos a primeira dose. Nesse momento os municípios se vêem diante do desafio de pensar e se preparar para um “pós-pandemia”. Mas o que exatamente significa um pós-pandemia e o que a saúde pública pode esperar desse novo momento?

Sabemos que os efeitos da pandemia, em especial no Brasil, estão longe de terem ficado restritos à doença em si. A COVID-19 colocou em xeque a estrutura do sistema de saúde brasileiro e mexeu com determinantes sociais da saúde, que são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população. Soma-se a este cenário uma crise política e econômica que tem reflexos em especial na seguridade social. A emenda constitucional nº 95 que congelou os gastos da seguridade social e o teto de gastos federal impôs aos municípios a necessidade de lidar com novas e crescentes demandas de saúde com importantes restrições orçamentárias. Entre 2016 e 2019, passamos por um processo de diminuição de recursos e debilitação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária à Saúde (APS). Diante desses desafios, a APS, nível de cuidado de responsabilidade direta dos municípios, precisou se reorganizar para acolher, absorver e garantir cuidado resolutivo e longitudinal para a população.

Assim, essa cartilha tem como objetivo discutir o que já aprendemos com a pandemia e pensar sobre cenários que podemos esperar no pós-pandemia. Um pós-pandemia que na realidade já começa a se apresentar enquanto a pandemia ainda se encontra em curso. Não tratamos de trazer respostas prontas ou receitas que podem não funcionar para a diversidade do nosso país, mas tentamos apresentar estratégias que podem nos fortalecer na construção de caminhos que levem a uma garantia do direito à saúde nos municípios.

1



O QUE JÁ
SABEMOS?

SABEMOS que crises sanitárias testam a resiliência dos sistemas de saúde e exigem respostas governamentais eficazes (Kruk et al., 2015). Na crise da COVID-19, mesmo sistemas de saúde bem estruturados entraram em colapso devido ao rápido crescimento de hospitalizações para tratamento de pacientes graves.

A resposta do Brasil à pandemia da COVID-19 esteve baseada em um modelo de atuação que priorizou criação de leitos de UTI; construção de hospitais de campanha; gastos com materiais e equipamentos hospitalares; intervenção em ambiente de cuidados intensivos; e atuação da rede privada de hospitais para atender a demanda dos planos de saúde e por desembolso direto, o que significa pouca integração com a rede pública. Ao fazer essas escolhas, foi deixado do lado o clássico enfrentamento comunitário em epidemias, que deveria dar ênfase a ações de saúde pública baseadas em análises epidemiológicas; articulação entre vigilância em saúde, atenção primária, atenção de urgência e emergência e hospitalar; ações nos territórios e comunidades; comunicação clara e de grande alcance populacional e, por fim, o desenvolvimento de ações de forma coordenada e cooperativa entre os entes federados e a sociedade civil (Boyce; Katz, 2019).

Podemos afirmar que o sistema de saúde brasileiro, pelo alicerce construído com políticas implementadas ao longo das últimas três décadas, tinha um grande potencial de resposta à pandemia de COVID-19, como aconteceu nas epidemias de dengue, zika e chikungunya nos últimos anos. Uma das fragilidades da estratégia nacional foi exatamente a pouca participação da APS. O erro dessa estratégia, que priorizou responsabilização individual pelo distanciamento social e expansão da estrutura hospitalar, fica evidente quando observamos o lugar secundário da Atenção Primária na resposta pública à crise sanitária em diversos municípios.

Outro fator importante para a subutilização da APS é a ausência do Ministério da Saúde na coordenação das políticas nesse período (Frigato et al., 2020). Ao longo dos últimos 30 anos vivenciamos um modelo de atuação baseado no compartilhamento e na coordenação federativa. Esse modelo tem sido o alicerce do SUS. O comando do sistema no Ministério da Saúde era até então o padrão nas diversas políticas implementadas ao longo dos últimos anos: campanhas de vacinação, enfrentamento a surtos de arboviroses ou mesmo questões regionais que demandam cuidados redobrados. Porém, nesse momento, observa-se a incapacidade do governo federal de produzir espaços de diálogo que impõe a estados e municípios a condução de ações de enfrentamento da pandemia (Fernandez; Pinto, 2020).

Portanto, com a desarticulação promovida pela falta de coordenação do governo federal, a atuação da APS foi heterogênea pelo país. Por esse motivo, podemos mapear diversas experiências de atuação no enfrentamento à COVID-19 pelos municípios brasileiros. Algumas dessas experiências são consideradas experiências exitosas e servem de exemplo para repensar a atuação da APS em todo território nacional durante e após a pandemia.

SAIBA MAIS

O Prêmio “APS Forte - 2020”, iniciativa promovida pela OPAS, mapeou experiências bem sucedidas no enfrentamento da pandemia da COVID-19 pelo Brasil. Para conhecer as experiências premiadas pelo “APS Forte - 2020”, clique [aqui](#).

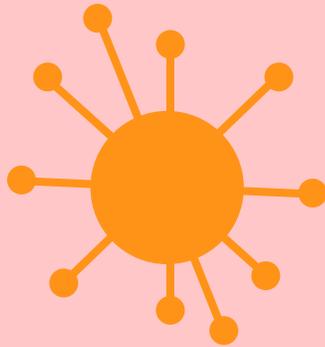
Como uma experiência local no enfrentamento da pandemia da COVID-19, apresentamos o caso da Unidade Básica de Saúde (UBS) do Morro da Conceição, no Recife. Ainda no início da pandemia, em maio de 2020, as mudanças nos processos de trabalho dessa UBS resultaram em melhor atenção à saúde dos usuários. Por acreditar que essa experiência inspire adaptações na Atenção Primária, te convidamos a conhecê-la. Clique [aqui](#) para conhecer a experiência exitosa da Unidade Básica de Saúde no Morro da Conceição (Recife/PE).

FUNÇÕES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM CONTEXTO DE CRISE SANITÁRIA

Intervenções de saúde pública no território voltadas para o diagnóstico precoce, o rastreamento e o isolamento de casos positivos são necessários, pois podem promover o controle do avanço da epidemia e prevenir a sobrecarga e colapso do sistema de saúde como um todo. Essas ações executadas no território estão vinculadas, por excelência, ao trabalho das equipes da APS. [O guia interino do papel da Atenção Primária em resposta à COVID-19, publicado pela OMS](#) duas semanas após a declaração de pandemia, oferece aos países orientações resumidas e claras da atuação da APS durante a crise de emergência sanitária que se iniciava (WHO, 2020). Portanto, a partir dessas diretrizes e de estudos que analisam o contexto do Brasil (Fernandez et al., 2020; Fernandes et al., 2020), podemos afirmar que são funções da Atenção Primária à Saúde em um contexto de crise sanitária:

- 1 Vigilância em Saúde**
Apoiar as ações de vigilância no território com rastreamento de casos suspeitos e indicação de isolamento;
- 2 Informações sobre prevenção e cuidado**
Orientar e esclarecer à população considerando o diagnóstico e realidade do território;
- 3 Gerenciamento de casos leves**
Diagnosticar e monitorar casos leves de COVID-19 e aqueles que tiveram alta hospitalares;
- 4 Primeiro contato com o SUS e continuidade do Cuidado**
Manter o cuidado necessário em saúde dentre os pacientes do território. Planejar as ações de acordo com outras demandas recorrentes para além da emergência sanitária em curso;
- 5 Assistência aos vulneráveis**
Acompanhar de forma mais atenta aos usuários mais vulneráveis no território.

2



O QUE ESPERAR
PELA FRENTE?

A APS funciona como uma das principais portas de entrada da população ao serviço público e como um equipamento capilarizado e territorializado capaz de gerar inclusão social. Assim, será também essencial no que podemos chamar de pós-pandemia:

1

Atuação na distribuição continuada à população da vacina contra a COVID-19 e suas doses de reforço;

2

Atendimento aos pacientes com sequelas pós-COVID-19 (problemas cardíacos, problemas pulmonares, problemas neurológicos, etc.);

3

Atenção aos pacientes com queixas vinculadas à saúde mental, que foram intensificadas durante a pandemia, entre outras questões (ansiedade, depressão, etc.);

4

Entender e reconhecer as prevalências das doenças nos territórios e como cada população enfrentou a pandemia será necessário para construir políticas públicas consistentes no momento pós-COVID e as equipes da atenção básica são instrumentos chaves para tal.

VACINAÇÃO CONTÍNUA DA COVID-19 E DEMAIS COBERTURAS VACINAIS

Sabemos que, até que surjam novas tecnologias de tratamento ou bloqueio da transmissão do SARS-COV-2, podemos esperar que o vírus continue circulando de forma endêmica e provavelmente sazonal no país. Sendo necessário manter medidas de segurança sanitárias, teste, rastreamento de contato e isolamento, para controle de surtos epidêmicos, bem como um esquema vacinal recorrente com alta cobertura. Esquemas vacinais anuais e cobertura acima de 70 a 80% da população não são desafios novos para a APS no Brasil. O Programa Nacional de Imunização consolidou sua tradição na população brasileira desde a década de 1970.

O desafio aqui é um sistema de saúde subfinanciado, com trabalhadores da saúde exaustos e falta de mão de obra, enfrentar uma campanha emergencial de vacinação que caminha a passos lentos desde janeiro de 2021, pela pouca disponibilidade de imunobiológicos e/ou insumos. Campanha que vai precisar entrar no ano de 2022 de forma contínua, e ainda garantir que não haja queda das demais coberturas vacinais.

Na vacinação da COVID-19 a cobertura vacinal completa caminha deixando para trás alguns grupos importantes. O ciclo vacinal incompleto não só enfraquece a proteção individual como também propicia a disseminação de cepas mais virulentas, ou o surgimento de novas cepas resistentes. Quanto às demais vacinas do Programa Nacional de Imunização (PNI), estudos indicam que no ano de 2020 mais de 50% dos municípios brasileiros não conseguiram bater a meta de vacinação, sendo que no primeiro semestre de 2020 as coberturas de BCG, tríplice viral, e hepatite B não ultrapassaram 65% (Mendes 2020; Nunes, 2021).

Essa composição de desafios exige uma grande organização dos municípios, que apresentamos em passos a seguir.

passo a passo
da cobertura
vacinal

1. IDENTIFICAR O PÚBLICO ALVO

O primeiro passo é saber quem precisa ser vacinado, de qual vacina e onde estão as pessoas que precisam ser vacinadas. É claro que o PNI ou os planos de operacionalização já definem quem deve ser vacinado e podem inclusive trazer estimativas de quantidade de pessoas em cada cidade para a distribuição dos imunobiológicos, mas sabemos que na ponta, é necessário mais do que a informação sobre quantas são as pessoas e sim quem são essas pessoas.

O caminho principal para saber quem são essas pessoas, em especial com a atual situação do censo desatualizado é ter o cadastro da APS atualizado!

Invista em um mutirão de atualização de cadastro. tanto do baixo como do alto risco. Lembre-se que a vacinação é diferente das consultas, sendo a demanda por vacinas uma parcela maior da população daquela que demanda consultas. Com o cadastro atualizado será possível identificar quem precisa de qual vacina e quando.

Identifique quem está com o cartão de vacina desatualizado. Durante a pandemia, observou-se um atraso de até 20,6% nos cartões vacinais de crianças (Silveira et al., 2021).

Se antecipe e revise o planejamento conforme as orientações mudem. O grupo elegível para a vacina contra a Covid-19 continua a ser um desafio, uma vez que ainda não está claro se crianças de 06 meses a 12 anos poderão ser vacinadas. No entanto, as pesquisas indicam que há segurança na vacina para tal grupo, portanto, vale o planejamento antecipado de que esta faixa etária será incluída no PNI em breve. Outra questão é se há necessidade do segundo ciclo vacinal ser de 1 ou 2 doses, e com intervalos de 6 ou 12 meses. Estas são perguntas ainda não respondidas, e será necessário incluir etapas de reavaliação do plano municipal de vacinação para que possa ser adequado quando novos protocolos forem definidos. A flexibilidade na campanha vacinal de 2022 será um elemento importante para o seu sucesso.

passo a passo
da cobertura
vacinal

2. DIMENSIONAR INSUMOS E FORÇA DE TRABALHO

Uma vez com seu cadastro atualizado e um mapa das pessoas a serem vacinadas em quais esquemas vacinais para o ano, a próxima etapa é dimensionar os insumos necessários. O [Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação do Ministério da Saúde](#) será sua melhor fonte para dimensionar os insumos necessários e organizar a sala de vacina.

Compare sua estimativa com a estadual e caso necessário negocie. Nesse caso, é importante negociar com o estado também a disponibilidade de alguns desses insumos e pactuar o fluxo de distribuição dos imunobiológicos. Caso o número de quem precise ser vacinado no seu município não corresponder à estimativa estadual que considerou o censo de 2010, adiante-se em solicitar o reforço nos imunobiológicos.

Antecipe a logística necessária da distribuição. disponibilidade de freezer e até a necessidade de segurança para armazenamento dos imunobiológicos. Parcerias com universidades ou rede de farmácias privadas podem ser um caminho para garantir a disponibilidade necessária da rede de frios.

Atente-se para a sobreposição de vacinas e otimize os esforços. Os calendários de vacinação estão regulamentados pela Portaria ministerial nº 1.498, de 19 de julho de 2013, no âmbito do PNI, mas lembre-se que será importante otimizar as campanhas de vacinação. Observe as idades que se sobrepõem em cada tipo de imunobiológico e aqueles que têm esquema vacinal parecido, com segurança para serem aplicados de forma combinada. Pode ser necessário planejar mais de um imunobiológico para o mesmo público alvo sendo aplicado em determinado dia ou determinada unidade! Essa combinação de esforços entre campanhas de vacinação pode otimizar a disponibilidade de profissionais.

passo a passo
da cobertura
vacinal

2. DIMENSIONAR INSUMOS E FORÇA DE TRABALHO

Cuidado com o controle de estoque e manejo de doses. Como a campanha da Covid-19 provavelmente se estenderá ao longo dos meses, o controle do estoque de doses aplicadas e manejo de doses perdidas será um ponto crucial para o planejamento do [Sistema de Informação de Avaliação do Programa de Imunizações \(SI-PNI\)](#) e seus subsistemas, como o Sistema de Informação de Insumos Estratégicos (SIES) serão seus grandes aliados. É possível também utilizar sistemas próprios do município que integrem registros eletrônicos de saúde, a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) permite a solicitação de credenciais para a troca de informações entre sistemas. Seja qual for o sistema utilizado para o monitoramento, garanta que algumas pessoas no municípios tenham familiaridade com o sistema. **Invista em um treinamento!** As Escolas de Saúde Pública estaduais e/ou instituições de ensino locais podem ser grandes parceiras nesse quesito.

Planeje alguns atendimentos em horários estendidos. Planeje ao longo do ano determinados finais de semana e/ou períodos com atendimento noturno. Esse planejamento exigirá organização dos plantões das equipes envolvidas na vacina, antecedência e pactuação com os profissionais de saúde será a chave. Preferencialmente a vacinação deve ocorrer com vinculação das equipes e unidades básicas do seu território, mas pode ser necessário planejar um posto volante nesses dias específicos. Manter a vacinação, com sala de vacina aberta todo o horário de trabalho é uma forma eficiente de garantir o vínculo, facilita o retorno para completar o esquema vacinal, diminui barreiras de acesso e cria oportunidades de verificar a carteira de vacina completa.

Lembre-se de incluir no orçamento de 2022 de seu município todos os custos necessários e de organizar previamente compras e licitações que precisem ser feitas!

passo a passo
da cobertura
vacinal

3. IMPLEMENTAR UMA COMUNICAÇÃO AMPLA E CLARA

A adesão da população é a chave de uma campanha de vacinação bem sucedida! Sabemos que vivemos em um mundo de pós-verdade e “fake news” hoje que afeta as decisões relacionadas à saúde. Assim, é necessário combater a desinformação e comunicar de forma clara e assertiva sobre a campanha.

Mobilize (ou monte) uma equipe de comunicação. O seu município tem uma equipe de comunicação? Eles serão grandes aliados. Estudantes e residentes também podem ser envolvidos no desenvolvimento de ações de educação em saúde e desenvolvimento de informações para cada comunidade, como parte do processo de ensino-aprendizagem. Experiências bem sucedidas nesses dois aspectos foram descritas em Nova Lima/Minas Gerais e no Morro da Conceição/Recife, Pernambuco (Fernandes et al., 2020; Fernandez et al., 2020). Caso não consiga montar uma equipe, ao menos, escolha uma pessoa responsável, afinal, como diz o ditado, “cão com dois donos, morre de fome”.

Use diversos canais e instrumentos de comunicação. Planeje a comunicação para abranger meios de comunicação local (rádio, tv, jornais), redes sociais, aplicativos de mensagem mais utilizados pela comunidade, ações de educação em saúde na comunidade e materiais impressos (panfletos).

Atenção à linguagem. Pense na linguagem para cada comunidade e público alvo. Trabalhar junto com os jovens, associações de bairro e lideranças comunitárias é uma estratégia que potencializa o trabalho dos trabalhadores da saúde, em especial os ACS. Atividades em grupo com o Núcleo de Saúde da Família (NASF) e Academia da Saúde, dentro e fora da unidade, também são uma boa cartada para engajamento. Alguns materiais que podem ajudar nesta tarefa:

[Comunica Simples](#) (Serviço de Linguagem Simples)

[Apostila do curso Linguagem Simples no Setor Público](#)

passo a passo
da cobertura
vacinal

4. REALIZAR BUSCA ATIVA DO PÚBLICO-ALVO

Organizar a busca ativa de pessoas com o cartão de vacinação atrasado será essencial para garantir o atingimento das metas de cobertura vacinal em cada público alvo em seu município.

Utilize os Agentes Comunitários em Saúde (ACS) como protagonistas nesse processo. Eles podem liderar a busca nas comunidades, seja indo de casa em casa, durante as visitas domiciliares, como também utilizando a comunicação por mensagens. A busca ativa torna-se mais efetiva se a equipe acompanhar de perto a vacinação dos usuários de seu território.

Pesquisas também já apontaram que há diferença entre os grupos que acabam perdendo a data de suas doses vacinais. As diferenças apontam que populações mais vulneráveis, em regiões periféricas e entre famílias de baixa renda, têm maior dificuldade para manter o cartão de vacinas em dias (Silveira et al., 2021). Essa informação é importante porque assim é possível organizar as equipes das regiões mais vulneráveis até com algum reforço para acelerar a busca ativa. Lembrando também que todo o contato com a UBS é uma oportunidade para conferir o cartão de vacinação da família!

POSSÍVEL ESTRATÉGIA PARA
ESTRUTURAR A VACINAÇÃO NO
CONTEXTO DA COVID-19

1

Identificar o público-alvo

2

Dimensionar insumos e força de trabalho

3

Implementar uma comunicação ampla e clara

4

Realizar busca ativa do público-alvo

SÍNDROME PÓS-AGUDA DE COVID-19

A síndrome pós aguda de COVID-19, também conhecida como Síndrome pós-Covid ou Covid longa, ainda precisa ser muito estudada e melhor definida. No entanto, já é uma realidade que muitas pessoas ficam com sequelas importantes e persistentes após a COVID-19 e esta demanda de cuidado e atendimento recai sobre a APS. Essas sequelas até o momento não foram relacionadas com a gravidade da doença, portanto podem ocorrer entre aqueles que tiveram sintomas leves, moderados ou graves.

SÃO CONSIDERADOS SINTOMAS DE LONGO PRAZO AQUELES QUE DURAM MAIS DE 4 SEMANAS

(Nalbandian *et al.*, 2021)

Clique [aqui](#) para saber mais sobre a Síndrome Pós-COVID, seus sintomas, suas sequelas mais comuns e processos de reabilitação.

Estudos recentes dividiram a caracterização da Covid-longa em dois grupos:

1. COVID-19 sintomático subagudo ou contínuo, que inclui sintomas e anormalidades presentes de 4 a 12 semanas além do COVID-19 agudo;
2. síndrome crônica ou pós-COVID-19, que inclui sintomas e anormalidades persistentes ou presentes além de 12 semanas do início da COVID-19 aguda e não atribuíveis a diagnósticos alternativos (Nalbandian *et al.*, 2021).

A diversidade dos sintomas e a pouca precisão de uma síndrome característica até o momento podem se tornar um grande desafio. Como se preparar para tratar desses pacientes?

A APS é um recurso privilegiado para dar suporte às milhares de pessoas que passam ou irão passar pela síndrome pós-aguda de COVID-19. O vínculo estabelecido com os pacientes de um território da equipe de saúde da família será a principal ferramenta para que o paciente seja acolhido e escutado, não tendo seus sintomas minimizados ou desconsiderados. A longitudinalidade da APS é também uma ferramenta importante, compreender a história de vida e clínica de cada paciente permitirá um diagnóstico precoce. Outro atributo da APS que a coloca em um papel único para o cuidado é sua característica multidisciplinar.

A seguir propomos uma estratégia em passos para o município organizar esse cuidado no pós-covid.

passo a passo
para organizar
o pós Covid-19

1. ACOMPANHE OS PACIENTES NO PÓS COVID-19 POR PELO MENOS 12 SEMANAS

Os pacientes podem ser monitorados com consultas de check-up, contatos e consultas virtuais, e/ou visitas domiciliares. Além de acompanhar aqueles que fizeram o isolamento domiciliar, é importante estabelecer um fluxo de alta responsável entre o hospital referência para COVID-19 e as equipes de saúde da família. Lembre-se: as sequelas podem acontecer mesmo em pacientes que tiveram sintomas leves e inclusive nos que nem chegaram a ser diagnosticados com COVID-19, lembre-se que em muitos momentos durante a pandemia tivemos escassez ou dificuldade de acesso a teste e apenas pacientes internados foram testados.

2. DESENVOLVA AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Ações coletivas de promoção da saúde que possam engajar os pacientes no pós-covid ajudam a fortalecer o vínculo com a unidade de saúde, manter o acompanhamento de forma ativa, troca de experiência entre pacientes para sua autopercepção de saúde, e incentiva o autocuidado. Para isso, a realização de grupos nas UBSs (respeitando o uso de máscaras e sendo realizados em ambiente ventilado) e a promoção de ações informativas (utilizando inclusive as redes sociais) podem ser boas ferramentas.

passo a passo
para organizar
o pós Covid-19

3. GARANTA ACESSO À AVALIAÇÃO NEUROPSIQUIÁTRICA

A avaliação pode ser realizada por profissionais do NASF, em articulação com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) ou com consultas especializadas. Destaca-se que como os sintomas são difusos o planejamento deve incluir no mínimo uma consulta com profissional especializado, com triagem dos sintomas mais comuns e escuta qualificada. Triagem de ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, distúrbios do sono e cognitivos.

4. AVALIAÇÃO HEMATOLÓGICA

Considere a necessidade de exames especializados como teste de capacidade cardiorespiratória, raio-X de tórax, ecocardiograma e TCAR do tórax conforme indicado.

5. AVALIAÇÃO PULMONAR E CARDÍACA

Considere a profilaxia estendida para trombofilia em pacientes de alto risco com base em tomada de decisão compartilhada.

6. AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES RENAIS

Acompanhamento precoce com nefrologistas após a alta será essencial em especial entre os pacientes internados por tempo prolongado.

RESUMO

POSSÍVEL ESTRATÉGIA PARA ATUAR FRENTE À SÍNDROME PÓS COVID-19

Pode ser necessário **pactuar com a região de saúde e/ou com o governo estadual** o aumento nas vagas para exames e consultas especializadas, é possível que estas sejam escalonadas ao longo de 4 a 12 semanas após o início dos sintomas, mas a coordenação do cuidado será necessária para garantir que o paciente tenha retorno para uma avaliação integrada. O início de terapia precoce, aos primeiros sintomas, pode evitar agravamento dos casos e sofrimento prolongado.

Apesar da idade e comorbidades serem fatores de risco para a Covid-19, sabe-se que no Brasil a **vulnerabilidade social representou o maior fator de impacto da pandemia** (Rocha *et al.*, 2021). As populações mais vulneráveis como **negros e negras, mulheres, deficientes, LGBTQIA+** e também comunidades com maior índice de vulnerabilidade social tem maior risco de desenvolver a síndrome pós Covid-19. Assim, há **necessidade de um olhar com recorte de raça, gênero e desigualdades sociais para o cuidado no pós-covid.**

1

Acompanhe os pacientes no pós Covid-19 por pelo menos 12 semanas

2

Desenvolva ações de Promoção da Saúde

3

Garanta acesso à avaliação neuropsicológica

4

Viabilize avaliação hematológica

5

Viabilize avaliação pulmonar e cardíaca

6

Viabilize avaliação das funções renais

DEMANDAS REPRIMIDAS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Logo no início da pandemia a mensagem mais divulgada era “fique em casa”. Epidemiologicamente, sabíamos que a única forma de conter o vírus que se espalhou rapidamente por todos os continentes era o distanciamento social. Rapidamente observou-se uma sobrecarga dos sistemas de saúde pelo mundo com falta de leitos, ausência de mão de obra qualificada e poucos insumos para teste e diagnóstico. Havia pouca informação de como o vírus se espalhava e a demanda por equipamentos de proteção individual foi maior do que a disponibilidade mundial. Esse cenário levou a dois entendimentos extremos e errados por parte da população. O primeiro foi o de que havia necessidade de manter os serviços de saúde vazios à espera das pessoas com COVID-19. Em muitos locais houve inclusive orientação para suspensão de consultas de acompanhamento e rotina e fechamento de serviços. O segundo entendimento errado foi o de que os hospitais ou serviços de saúde eram focos de contaminação da COVID-19.

Mesmo após a retomada dos atendimentos, estabelecidas prioridades das populações vulneráveis para manter o cuidado integral e longitudinal, e definidas áreas isoladas para pacientes com suspeita de COVID-19, já era tarde. A população estava com medo e manteve-se afastada dos serviços de saúde. Houve um crescimento das teleconsultas mas, na maioria dos casos, essas foram focadas no atendimento de suspeitos da COVID-19.

Entre 2019 e 2020 foi observada uma queda de 19,2% dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares (Rache et al., 2021). As cirurgias de baixa e média complexidade foram o grupo com maior redução (-44,7%), seguido das ações de rastreio (-32,9%), consultas médicas (-32,1%) e transplantes (-30,1%) (Rache et al., 2021). Estudo da população brasileira com 50 anos ou mais identificou que 17,2% das pessoas com cirurgias ou consultas marcadas tiveram seu agendamento cancelado devido a pandemia (Macinko et al., 2020). Mulheres e idosos com 3 ou mais doenças crônicas apresentaram maior probabilidade de cancelar atendimentos, assim como aqueles com maior escolaridade e na região sul do país (Macinko et al., 2020). Essa diferença de gênero no cancelamento do cuidado pode significar um aumento da morbidade das mulheres e até na mortalidade em doenças que requerem tratamento oportuno (Macinko *et al.*, 2020).

SAIBA MAIS

Clique [aqui](#) para acessar o Podcast “A COVID-19 na semana” para aprofundar sobre as demandas reprimidas no SUS em virtude do contexto pandêmico.

A limitação de acesso irá gerar uma pressão importante nos serviços de saúde pelos próximos meses e será necessário uma boa organização da APS para atender as demandas em tempo hábil, sem levar a maior agravamento, em especial das pessoas portadoras de doenças crônicas e mulheres.

Cada município precisará avaliar o número de procedimentos, exames, consultas e cirurgias cancelados, adiados ou não realizados. Essa avaliação pode ser feita com dados secundários, por meio de comparação do volume de procedimentos realizados por período, mas também é possível de ser feita com revisão de prontuários nos serviços. Esse diagnóstico deve ser feito em toda a rede de cuidados e grupos de trabalho podem ser criados para organizar busca ativa territorial, em parceria com a APS para retomar ou iniciar o cuidado daqueles que ficaram afastados dos serviços. A busca ativa pode ser realizada com visitas domiciliares e ou contato por telefone e aplicativos de mensagens, a depender das características de cada comunidade. A efetividade da busca ativa está também relacionada à atualização dos cadastros, assim, novamente há necessidade de investir nesta ação, o que será complementar às ações necessárias para o alcance das metas de cobertura vacinal.

É certo que o agendamento de cirurgias, exames, transplantes e outros precisam ser escalonados ao longo do ano, por isso, a equipe de regulação deve atuar definindo critérios para a priorização do agendamento. O trabalho da regulação pode ser otimizado com o uso de plataformas eletrônicas que permitem acesso a registros eletrônicos de saúde bem como análise de dados.

A APS, além de participar dos grupos de discussão dos cuidado temáticos, realizar revisão dos prontuários locais e coordenar as ações de busca ativa, deve também promover ações de prevenção em saúde nas comunidades, que apoiem a gestão do cuidado e, em especial foque nas ações de rastreamento que podem ser complementares aos exames necessários. As ações de rastreamento e de prevenção em saúde podem ainda ser pontos de coleta de informações para alimentar a priorização dos agendamentos. Os casos mais graves devem também ser acompanhados por equipe multidisciplinar, e ferramentas de gestão da clínica como a atendimento compartilhado e plano terapêutico singular podem ser um diferencial no cuidado.

POSSÍVEL ESTRATÉGIA PARA ATUAR
FRENTE A DEMANDA REPRIMIDA

1

Avalie a demanda reprimida

2

Realize revisão de prontuários

3

Crie grupos de trabalho multidisciplinares para discutir a coordenação do cuidado

4

Realize busca ativa

5

Possibilite a organização e fortalecimento da regulação

6

Viabilize ações de prevenção em saúde e rastreamento

7

Realize Gestão da Clínica - Plano terapêutico singular

AUMENTO DAS QUESTÕES RELACIONADAS À SAÚDE MENTAL

A quarentena, ou isolamento social, foi e é a principal medida não farmacológica para conter a pandemia. Acontece que a maioria de nós não estava preparada para o distanciamento social, convivência em apartamento ou solidão por um período tão longo.

O medo de se encontrar e contaminar pessoas próximas passou a ser uma constante na vida da maioria da população. A mudança para o trabalho remoto com pouca ou nenhuma estrutura e fechamento das escolas adicionou pressões antes não existentes. A diminuição da frequência de atividade física também foi um dos impactos da quarentena.

Somado a esse cenário, vivemos como sociedade em luto coletivo e muitos lutos individuais, sem muitas vezes a possibilidade de rituais de despedida culturais. Esse cenário trouxe um aumento de transtornos de saúde mental, seja um agravamento daqueles que já apresentavam algum diagnóstico, ou novas queixas entre pessoas que não haviam relatado sintomas antes.

Estudos brasileiros durante a pandemia encontraram uma média maior de sintomas de ansiedade, depressão e estresse principalmente em mulheres, pardos, pessoas solteiras, que não trabalham atualmente e já apresentavam algum sintoma de saúde mental anterior (Barbosa *et al.*, 2021; Souza *et al.*, 2021). Entre pessoas que não apresentavam sintomas ou diagnósticos psiquiátricos antes da pandemia relataram:

**Diagnóstico
de DEPRESSÃO**



**Diagnóstico
de ESTRESSE**



**Diagnóstico
de ANSIEDADE**



Outro estudo registrou que, durante a pandemia, taxas de prevalência de sinais e sintomas de estresse severo/extremo, ansiedade e depressão foram de:



DEPRESSÃO



ESTRESSE



ANSIEDADE

Por outro lado, estar empregado durante a quarentena e manter a atividade física foram considerados fatores protetores para estresse severo/extremo, ansiedade e depressão (Souza *et al.*, 2021). Brasileiros que relataram problemas de sono, piora das dores nas costas, depressão e pelo menos um sintoma de gripe durante a pandemia tiveram duas vezes mais chances de relatar piora da percepção do estado de saúde (Szwarcwald *et al.*, 2021).

SAIBA MAIS

Clique [aqui](#) para acessar o livro “Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na Covid” para aprofundar sobre o tema.

Para enfrentar esse cenário, coordene a APS com a Rede de Apoio Psicossocial (RAPS) do seu município, em especial para os casos de agravamento dos sintomas de diagnósticos psiquiátricos, bem como transtornos mentais não comuns. Já para os transtornos mentais comuns que permacecem em cuidado pela equipe de saúde da família, será importante o trabalho multidisciplinar, em parcerias especialmente com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Academia da Saúde e práticas integrativas e complementares do SUS. Estimular a atividade física e alimentação saudável, criar grupos de suporte e redes de apoio na comunidade, ações de promoção à saúde, espaços de escuta, práticas que aliviam o estresse e ansiedade como lian gong e auriculoterapia, e espaços de escuta como terapia comunitária. Se o seu município ainda não possui práticas integrativas e complementares esse pode ser o momento para investir nessas atividades.

SAIBA MAIS

Clique [aqui](#) para acessar o Caderno de Práticas Integrativas do Ministério da Saúde e conhecer mais sobre o tema.

POSSÍVEIS PARCEIROS PARA O MANEJO DO
AUMENTO DA DEMANDA EM CUIDADOS DE
SAÚDE MENTAL

- 1 Rede de Atenção Psicossocial
- 2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- 3 Academia da Saúde
- 4 Práticas Integrativas e Complementares do SUS

REFERÊNCIAS

Ahmed, H. et al. (2020). Long-term clinical outcomes in survivors of severe acute respiratory syndrome and Middle East respiratory syndrome coronavirus outbreaks after hospitalisation or ICU admission: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 52, jrm00063.

Barbosa, L. N. F. et al. (2021). Frequência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse em brasileiros na pandemia COVID-19. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 21(2), 5421-5428.

Boyce, M. R.; Katz, R. (2019). Community health workers and pandemic preparedness: Current and prospective roles. *Frontier Ppublic Health*, 7, 1-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. (2014). *Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ferigato, S. et al. (2020). The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *Lancet*, S0140-6736 (20), 32164.

Fernandes, L. da M. M.; Pacheco, R. A.; Fernandez, M. (2020). How a Primary Health Care Clinic in Brazil Faces Coronavirus Treatment within a Vulnerable Community: The Experience of The Morro da Conceição area in Recife. *NEJM Catalyst*.

Fernandez, M. V. et al. (2020). Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da. *Aps Em Revista*, 2, 114-121.

Fernandez, M; Pinto, H. (2020). Brazilian states'intergovernmental strategy of action: the Consórcio Nordeste and health policies in coping with Covid-19. *Revista Saúde em Redes*, 6 (Suplemento 2), 7-21.

Hui, D. S. et al. (2015). Impact of severe acute respiratory syndrome (SARS) on pulmonary function, functional capacity and quality of life in cohort of survivors. *Thorax*, 60, 401-409.

Kruk, M. E. et al. (2020). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*, 385 (9980), 1910-1912.



Macinko, J. et al. (2020). Procura por atendimento médico devido a sintomas relacionados à COVID-19 e cancelamento de consultas médicas em função da epidemia entre adultos brasileiros mais velhos: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cadernos De Saúde Pública*, 36, 1-13.

Mendes, E. V. (2020). O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. In *O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível*, p. 92-92.

Nalbandian, A. K. et al. (2021). Post-acute COVID-19 syndrome. *Nature medicine*, 27 (4), 601-615.

Nunes, L. (2021). Cobertura Vacinal do Brasil 2020.

Rache, B. et al. (2021). *Pressões Orçamentárias da Saúde para 2021 e além*. IESP, Nota Técnica 22.

Rocha, R. et al. (2021). Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *The Lancet Global Health*, 21, 1-11.

Silveira, M. F. et al. (2021). Missed childhood immunizations during the COVID-19 pandemic in Brazil: Analyses of routine statistics and of a national household survey. *Vaccine*, 39 (25), 3404-3409.

Souza, A. S. R. et al. (2021). Factors associated with stress, anxiety, and depression during social distancing in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 55 (Supl 1), 1-15.

Szwarcwald, C. L. et al. (2021). Factors affecting Brazilians self-rated health during the COVID-19 pandemic. *Cadernos de Saúde Pública*, 37 (3).

Tenforde, M. W. et al. (2020). Symptom duration and risk factors for delayed return to usual health among outpatients with COVID-19 in a multistate health care systems network - United States, March-June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69, 993-998.

World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2020). Role of primary care in the COVID-19 response. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific.



www.gpublicas.org.br

Co-Realização



Parceria Institucional



Apoio



Assessoria técnica

