

Pontos-chave para Gestão do SUS na Resposta à Pandemia COVID-19

Adriano Massuda, Ana Maria Malik, Walter Cintra Ferreira Junior, Gonzalo Vecina Neto, Miguel Lago e Renato Tasca*

Introdução

A pandemia provocada pelo vírus SARS-CoV 2 (causador da COVID-19) representa um enorme teste de força para a saúde global, em particular para os sistemas de saúde. Mesmo países com sistemas de saúde bem estruturados têm colapsado diante da sobrecarga de demanda para tratamento de pacientes gravemente enfermos em unidades de terapia intensiva (UTI). Diante desse cenário desafiador, é essencial adotar medidas para ampliar a resiliência dos sistemas de saúde, em conjunto com a implementação de ações de contenção para reduzir o impacto da doença sobre as populações.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) é o responsável pela coordenação de respostas a Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 02 de fevereiro de 2020, logo após a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarar situação de Emergência Internacional pela COVID-19, o MS decretou situação de ESPIN. Após registro de casos em todo o território nacional, em 20 de março o MS reconheceu a ocorrência de transmissão comunitária do vírus no país.

O plano de contingência nacional para enfrentamento da COVID-19 [1] e demais protocolos apresentados pelo MS têm servido de orientação para gestores do SUS em estados e municípios. Entretanto, a grande heterogeneidade na infraestrutura assistencial [2] e na capacidade de gestão do SUS entre regiões do país pode ser um entrave para ocorrer uma resposta nacional à pandemia. Dessa maneira, além de ampliar recursos físicos e financeiros para resposta à pandemia pela COVID-19 [3], é preciso fortalecer a capacidade de gestão do SUS, em âmbito regional e local.

Nesta nota técnica buscamos sistematizar, de maneira breve e objetiva, recomendações e práticas observadas em experiências nacionais e internacionais com o objetivo de destacar pontos chave para auxiliar gestores do SUS em âmbito local/regional na resposta à pandemia provocada pelo coronavírus. Entre eles:

1 Estabelecer estrutura de governança e coordenação da resposta à crise

- Ativar **gabinete de gestão de crise** para monitoramento de informações com comando único, bus-

cando avaliar permanentemente o panorama epidemiológico e de coordenação de ações de resposta em âmbito local/regional.

- Definir **um responsável pela coordenação** do gabinete de gestão de crise em articulação com as instâncias de gestão do SUS (Secretarias Municipal e Estadual e Ministério da Saúde).
- Emanar **normas que aumentem a abrangência e a autonomia** das ações do gestor público de saúde necessárias para enfrentar a epidemia.

2 Programar ações para diferentes fases da epidemia

- Estabelecer **planos de ação** de acordo com as **fases da epidemia** em âmbito local/regional que sigam o seguinte fluxo: *primeiros casos* → *aumento no número de casos* → *aumento exponencial de casos* → *redução de danos*.
- Construir e atualizar constantemente **cenários possíveis de propagação da epidemia**, no nível nacional, regional e local, que deverão representar o referencial principal das ações preparatórias e a base para a formulação dos planos de resposta.
- **Identificar áreas no território e grupos populacionais de maior vulnerabilidade** (alta prevalência de população idosa, doenças crônicas, SUS-dependência) para reforçar ações de contenção, mitigatórias e assistenciais.
- Manter **mapeamento atualizado da capacidade instalada** disponível em âmbito local/regional, incluindo serviços públicos e privados: recursos humanos e físicos na rede de atenção básica, urgência, hospitalar e saúde mental.

3 Financiamento do sistema de saúde para dar suporte à resposta

- Alocar recursos extraordinários para garantir a **ampliação de infraestrutura assistencial e da operação de serviços** durante o período de crise.
- Estabelecer um **plano emergencial de investimento e custeio** das ações relacionadas ao plano de resposta.

* Esta nota técnica foi elaborada em parceria com a FGVsaúde - Centro de Estudos em Planejamento e Gestão da Saúde da FGV-EAESP.



4 Gestão da informação e comunicação de risco

- Compreender **em tempo real** a propagação da COVID-19 no local/região.
- Fortalecer ou criar **Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde (CIEVS)** para centralizar informações sobre a epidemiologia local e regional, articulado ao Ministério da Saúde.
- **Aprimorar a informação de número de casos e óbitos** por coronavírus.
 - *Sugere-se incorporar critérios clínicos para registro de casos, em particular em localidades com baixa disponibilidade para realização de testes laboratoriais.*
- Estabelecer **rotina de divulgação de informações epidemiológicas e de prevenção** para controle da doença.
- Realizar monitoramento de **redes sociais** para esclarecer rumores, boatos e informações equivocadas.
- Criação de um **canal de comunicação direta** entre governos locais e os cidadãos para esclarecer dúvidas e dar encaminhamentos para o atendimento adequado.

5 Gestão de profissionais de saúde

- Reforçar a **segurança dos profissionais** de saúde, em razão da sobrecarga de trabalho, do estresse emocional e do alto percentual de infecção pelo coronavírus, como tem sido observado em outros países.
- Oferecer **treinamento** para profissionais de saúde realizarem atendimento, com proteção e em segurança, aos pacientes de COVID-19 e aos demais.
- Garantir **disponibilidade de EPIs** e reforçar o treinamento para a sua utilização adequada.
- Enfatizar continuamente a relevância e as técnicas para a **higienização de mãos**, garantindo insumos para sua execução.
- Criar **ambientes adequados** para atendimento, com ventilação apropriada, serviços de limpeza, etc.
- Identificar e recrutar contingente de profissionais de saúde para **reposição nas equipes de atenção** que apresentarem desfalque pela contaminação e afastamento de seus componentes.
- Oferecer **serviços de saúde mental** para profissionais de saúde e construir **propostas para enfrentar o burn-out** dos trabalhadores de saúde: centrais de escuta com voluntários treinados, técnicas simplificadas de meditação, entre outros.
- **Evitar improvisação** na disponibilidade de profissionais sem capacitação adequada, principalmente nas atividades tecnicamente mais complexas.

- Estimular, como verificado em outros países, a **adesão de voluntários** para atividades não consideradas técnicas (transporte de pessoal e familiares, por exemplo).
- Oferecer opções de **alojamento aos profissionais** de saúde para que não exponham seus familiares.

6 Abastecimento e gestão de insumos estratégicos

- **Realizar preferencialmente compras centralizadas pelo Ministério da Saúde ou compras conjuntas entre secretarias estaduais e municipais** de produtos estratégicos (Ex.: EPI, respiradores, testes laboratoriais, etc) para aumento de escala e da margem de negociação de preços.
- *Serviço de limpeza*
 - Dispor de **serviço especializado** para garantir limpeza correta do ambiente em unidades que atendam pacientes com a COVID-19.
- *EPI – Equipamentos de Proteção Individual*
 - Estabelecer um **sistema de distribuição confiável e seguro**, evitando a falta de material e desvios como a criação de estoques informais por desconfiança em relação ao sistema de distribuição.
 - Criar **protocolos** para a correta utilização de EPIs usando critérios para sua distribuição: tipo de estabelecimento de atenção à saúde, número de profissionais em atendimento e volume da atenção prestada. Os protocolos também ajudam a realizar as **previsões de compra**.
 - Analisar possibilidade de esterilizar máscaras N95 para **reuso** e disseminar o uso de máscaras cirúrgicas.
- *Equipamentos de monitoramento e de suporte à vida*
 - Manter **cadastro atualizado** de equipamentos de monitorização e suporte à vida.
 - Estabelecer **padronização e especificação** dos equipamentos para fins de aquisição.
 - Constituir **unidade de gestão de equipamentos clínicos** responsável pela manutenção de cadastro atualizado, padronização e especificação para fins de **aquisição e criação de equipes técnicas** de engenharia clínica para **instalação e manutenção** destes equipamentos, além de prestar **suporte técnico e treinamento** às equipes assistenciais no seu manejo.
 - Dispor de **reserva técnica** destes equipamentos para sua rápida substituição em caso da ocorrência de defeitos e mau funcionamento.



7 Ações de contenção para reduzir a transmissão

- Reforçar o **distanciamento social e higienização** enquanto não há testes laboratoriais em massa para avaliação populacional, para reduzir sobrecarga ao sistema de saúde.
- Iniciar preparação de **pesquisa em âmbito regional e nacional** para estimar a prevalência da epidemia, por meio de teste rápido.
- Recomendar o uso de **máscaras de tecido pela população** em seus deslocamentos necessários ao longo do dia.

8 Coordenação da rede de atenção à saúde

- Definir **linha de cuidado para pacientes da COVID-19**, estabelecendo **fluxos para acesso de pacientes suspeitos ou infectados nos diferentes níveis da rede de atenção** do sistema de saúde.
- Realizar **separação física** para atendimento de sintomáticos respiratórios dos demais pacientes.
- Orientar serviços públicos e privados a realizarem **teste diagnóstico** para pacientes sintomáticos respiratórios e/ou manter em observação pacientes, evitando alta precoce.
- Criar ou ampliar substancialmente o uso de serviços de **consulta telefônica ou telemedicina** em âmbito regional ou local para minimizar a necessidade de consultas presenciais.
- Definir **sistema de transporte para deslocamento de pacientes** entre municípios na região de saúde.

Regulação assistencial

- Criar ou fortalecer **centrais de regulação de urgência e central de regulação de leitos** para coordenação de ações de SAMU, UPA e ocupação de leitos hospitalares e de UTI.
- Manter **mapeamento permanente e em tempo real** da ocupação de leitos hospitalares e de UTI.
- Criar/implementar NIR – **Núcleo Interno de Regulação** para coordenar e monitorar a ocupação de leitos em cada hospital.
- Utilizar mecanismos de gestão da clínica para acompanhar a evolução dos casos em UTI.
- Monitorar a **utilização de respiradores**, possibilitando a criação de um sistema de intercâmbio de aparelhos entre hospitais.

Atenção Primária em Saúde

- Enfatizar a **análise territorial** para identificar localidades e grupos populacionais de risco para a COVID-19 e **monitoramento ativo** de grupos de risco, principalmente populações idosas e moradores em instituições asilares.

- **Monitorar ativamente** áreas carentes, remotas ou isoladas que não tenham condições de isolamento seguro, incluindo favelas, população de rua, população privada de liberdade, área indígena, etc.
- **Criar alternativas** para minimizar o atendimento presencial de pacientes sintomáticos respiratórios nas unidades de APS:
 - Usar massivamente **telemedicina** para reduzir a necessidade de a população ir até a unidade de saúde: *call-centers* para público em geral e tele-consultas para pacientes.
 - Realizar, quando estritamente necessário, **atendimento domiciliar** de pacientes suspeitos de COVID-19 na APS, por meio de equipes treinadas e com proteção adequada.
 - Estabelecer **polos avançados** para atendimento de pacientes COVID na APS por equipes treinadas e com garantias de proteção, incluindo o distanciamento entre as pessoas.
 - Manter **distanciamento nas filas de espera** e não misturar fluxos de pacientes COVID.
- Implementar medidas para separar pacientes com síndrome gripal dos demais usuários, criando estruturas de triagem externas à unidade, limitando ao mínimo a circulação de pessoas na unidade **quando for inevitável o contato presencial na UBS**.
 - **Proteger os profissionais** de saúde e **dividir as equipes** em dois grupos, COVID e não-COVID.

Urgência e Emergência

- **Definir unidades de emergência COVID**, para atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios e unidades não-COVID para atendimento das demais emergências.
- Realizar o transporte de pacientes **infectados ou suspeitos de infecção** em **veículos equipados para proteção** contra contaminação pelo coronavírus.

Atenção Hospitalar

- **Definir perfil de hospitais – COVID e não-COVID**
 - *Alocar em hospitais não-COVID serviços essenciais que não podem ser interrompidos: maternidade, unidade coronariana, câncer, etc.*
- **Mapear e monitorar a ocupação** de leitos de UTI, semi-intensiva, retaguarda e baixa complexidade, bem como de aparelhos de respiração assistida, invasiva e não invasiva, disponíveis na região, incluindo da rede privada.
- Organizar **leitos de retaguarda** para atendimento de pacientes que tiverem sobrevivido à UTI mas que ainda precisem de cuidados.
- Ampliar o número de **leitos de retaguarda e de UTI** na região, incluindo negociações com o setor privado para aliviar o impacto sobre o SUS.



- Para ampliação rápida do número de leitos, recomenda-se **implementar leitos de baixa complexidade** e contratar equipes para atuação em unidades construídas emergencialmente ou em hotéis desativados. Com isso, leitos de baixa complexidade poderão ser transformados em novos leitos de UTI - com pessoal do próprio hospital acrescido equipe complementar.
- Sobre **hospitais de campanha**, a experiência internacional realça a dificuldade em oferecer cuidado adequado nessas construções emergenciais. Recomenda-se, sempre que possível, criar leitos de baixa complexidade em edifícios já existentes e remodelar leitos hospitalares para funcionar como UTI e unidade semintensiva.
- Nos hospitais com **uma ala COVID**, a recuperação pós-anestésica pode servir para o pós-cirúrgico e UTI para os não-infectados.
- Estabelecer **câmara-técnica composta por reguladores do sistema e coordenadores de UTI** nos hospitais do local/região para discutir e implementar diretrizes de fluxo assistencial no sistema de saúde e protocolos clínicos.
- Estabelecer **critérios objetivos para o uso de CPAP** e cateter de oxigênio, evitando o uso de intubação com o objetivo de diminuir aerossóis e de disponibilizar os respiradores para os casos que realmente tiverem necessidade
- Estabelecer protocolos para **comunicação com familiares dos pacientes internados por meio de centrais de escuta operadas como um call-center**.

Pacientes em isolamento que não precisam de hospitalização

- Dispor de **abrigos** para pacientes infectados e que não precisam de hospitalização, mas que não tenham condições de ficar isolado em casa.
 - *Recomenda-se utilizar **hotéis desativados** durante a crise de ocupação, edifícios que estavam em operação antes da epidemia, para diminuir os problemas de infraestrutura elétrica, hidráulica e de conforto térmico.*

Saúde Mental

- **Criar estrutura de apoio à saúde mental** (CAPS, equipes de NASF, serviços de psicologia, etc) para suporte psicossocial à população, principalmente familiares em situação de luto e população em isolamento social.

9 Gestão de cadáveres

- **Criar fluxo** junto ao IML e em particular com os serviços de verificação de óbitos e serviços de funerária para liberação de corpos.

- Estabelecer **rotinas para definição de causa mortis** para casos sem confirmação diagnóstica, em particular para óbitos ocorridos fora das unidades.
- Estabelecer **protocolo** para o manejo seguro dos cadáveres, incluindo sepultamento e/ou cremação.
- Normatizar os **serviços funerários** para cadáveres com diagnóstico de COVID, garantindo a segurança dos profissionais e da comunidade.
- Estabelecer canal de **comunicação e acolhimento dos familiares** dos falecidos para esclarecimentos das normas e cuidados a serem adotados nos sepultamentos.

10 Mitigar consequências econômicas, sociais e psicológicas

- Estabelecer mecanismos para lidar com os **impactos econômicos, sociais e psicológicos** da pandemia e do distanciamento social sobre as populações mais vulneráveis no local/região (Ex.: asilos, famílias de baixa renda, populações com insegurança alimentar, inscritos no bolsa-família, dependentes de programas de merenda escolar, etc).
- Articular instituições comunitárias a **identificação de populações mais vulneráveis e implantação de ações de apoio** (Ex.: Associação de Moradores de bairro, comunidades eclesiais, igrejas, etc).

Agradecimentos

Francesco Ripa, Ardigó Martino, Daniel Soranz, Sergio Minué, Marcia Amaral.

Referências

- [1] Ministério da Saúde. Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19 centro de operações de emergências em saúde pública | COE-COVID-19, 03 2020.
- [2] Rache B.; Rocha R.; Nunes L.; Spinola P.; Malik A. M.; Massuda A. Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: Leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. Technical Report 3, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020.
- [3] Rocha R.; Nunes L.; Rache B.; Massuda A. Estimação de custos de hospitalizações em UTI por COVID-19 no SUS: Limite inferior por cenários populacionais de infecção. Technical Report 2, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde, 2020.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Massuda, A.; Malik, A. M.; Ferreira Junior, W. C.; Vecina Neto, G.; Lago, M.; Tasca, R. (2020). Pontos chave para gestão do SUS na resposta à pandemia COVID-19. *Nota Técnica* n. 6. IEPS: São Paulo.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br