



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

GUILHERME MOUTINHO PAES

ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA MONITORIZAÇÃO DE PACIENTES E
CONTROLE DOS BACKLOGS DURANTE A PANDEMIA/SINDEMIA PELO COVID19?

SÃO PAULO
2021

GUILHERME MOUTINHO PAES

ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS PARA MONITORIZAÇÃO DE PACIENTES E
CONTROLE DOS BACKLOGS DURANTE A PANDEMIA/SINDEMIA PELO COVID19?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: GISELE LOPES DA SILVA MANTOVANI

SÃO PAULO
2021

Resumo

A COVID19 deflagrou no mundo uma pandemia/sindemia que implicou em transtornos tanto na saúde quanto na economia de diversos países. E, como o aprendizado acerca da situação pelo COVID19 vem acontecendo concomitante com as ondas promovidas por ele. Isto tem implicado em alterações entrópicas em planejamento previamente bem estabelecidos de pacientes crônicos, absenteísmos elevado em consultas e no trabalho, falências de empresas, insolvências de pessoas entre outros problemas. Mas, um imbróglio que vem se mostrando como um "paciente invisível", seria a terceira onda, decorrente das pendências de estratégias, tratamentos, consultas, procedimentos(diagnósticos ou terapêuticos), internações, etc - este problema são os backlogs de projeto terapêutico. A COVID19 por ser uma doença sindêmica(isto é, agrava e, às vezes, é letal por exacerbar doenças pré-existentes em pacientes latentes, crônicos descompensados, crônicos compensados, imunossupriidos transitórios, entre outros) e, que afeta grupos vulneráveis de forma bastante diferenciada, em termos de morbidade, mortalidade e letalidade. Por conta disso, faz-se necessária a adoção de estratégias para monitorizar estes pacientes e, os pacientes de rotina para promoção de saúde sem aumentar a exposição ao risco de contaminação pelo COVID19. E, para este fim são necessárias ferramentas de gestão de escala, gestão de fluxo de pessoas, gestão de agenda e ferramentas tecnológicas - como a telemedicina e o prontuário eletrônico e a receita digital com QR Code -, para tornar mais acessível e menos exposto aos pacientes o acesso aos serviços em saúde que precisam com celeridade, segurança e qualidade.

Palavra-chave

Saúde Pública. Serviços de Saúde. Política de Saúde. Planejamento Estratégico. Organização e Administração. Atenção Primária à Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

Problema

Como gerenciar o manejo e fluxo dos pacientes vulneráveis (crônicos ou não) na atenção primária à saúde e, na rede de atenção da saúde, diante da sindemia pelo COVID 19?

Objetivos Gerais: Manter a qualidade das ações de saúde na gestão dos pacientes vulneráveis (crônicos ou não), reduzindo ao máximo a exposição ao risco de contaminação pelo COVID 19?

Objetivos Específicos:

- * *Como diante do colapso da rede de atenção à saúde (seja pela escassez de vagas, insumos ou vacina) prevenir a sindemia nos pacientes sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde?*
- * *Como fazer o controle da convalescença dos pacientes crônicos afetados pelo COVID 19, e não hospitalizados?*
- * *Como fazer uma ponte entre a atenção primária à saúde e os serviços de maior complexidade da rede de atenção à saúde, nos casos hospitalizados?*
- * *Como conduzir os eventuais efeitos sequelares de COVID 19, seja como pandemia, seja como sindemia nos pacientes recuperados da condição de portador de COVID 19?*
- * *Como otimizar o atendimento dos pacientes nos diversos níveis de atenção, sem expor os mesmos, a aglomerações desnecessárias?*
- * *Como protocolar e organizar os dados dos pacientes vítimas da terceira onda, num contexto sistêmico ante a sindemia, de modo a permitir que instâncias gerenciais dos diversos setores do governo, possam a partir de sua ciência elaborar ações disruptivas a crise e, sinérgicas em si, em prol da sociedade desta taba global colapsada pelo COVID 19?*

Justificativa

A Atenção Primária à Saúde é agente importante e potente na promoção da equidade ante as iniquidades em saúde e, deve portanto ser empoderada e, estruturada como um dos principais responsáveis do setor saúde à epidemia, dado sua elevada capilaridade no território nacional e acessando parcelas significativas da população exposta a riscos elevados pelas condições de vida e, por eventuais comorbidades dos quais são portadores eventuais, sazonais ou crônicos. Pandemias/Sindemias tal qual o COVID 19 mostram que não se trata de uma crise sanitária exclusivamente, mas possui vínculo estreito com os campos político, social e econômico, que exigem diversas medidas sinérgicas que transcendem a imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus. Logo, na grande taba global cada vez mais entropica e extemporânea, aventa-se o desafio de que modelo social e sistema de saúde se almeja para proteger e manter à saúde, à vida, sobremaneira dos grupos mais suscetíveis, frágeis?...Pondo em xeque percepções sob a redução do tamanho do

Estado, redução de investimentos em ciência, tecnologia e ensino, bem como precarização dos serviços públicos de saúde.

Hipótese

O protagonismo da Atenção Primária à Saúde como organizador do cuidado no SUS faz-se mister. Sendo algumas ações como reorganização de fluxos de usuários nos serviços de saúde, adoção qualificada (por infra-estrutura operacional e capital humano) da tele-saúde (incluindo tele consultas) podem e devem ser tomadas de imediato. Melhorias de estrutura física, não devem fugir do vislumbre no horizonte, mas sabidamente levarão período maior para serem implementadas. Doravante, é fundamental focar a APS na agenda do Ministério da Saúde, vide a asfixia vivida pelo SUS em decorrência dos seus ínfimos recursos, por emendas constitucionais e, beligerância política que os contingenciam. Segundo Jones (2020) "ênfatisa que em situações conforme esta, perante uma pandemia/síndemia de tamanho vulto, realça realidades outrora pouco evidentes. E, por conta disso não se pode dar margem a ideias que coloque a vida humana em segundo plano". Logo, sistemas públicos e universais de saúde alicerçados em atenção primária a saúde resolutiva, abrangente, acessível e robusta sob orientação social são um dos pilares de sociedades que respeitam os direitos mais elementares das pessoas.

ESTUDO DA LITERATURA

A epidemia causada pela nova cepa viral da família *Coronaviridae*(SARS-CoV-2) e que provoca a doença Covid-19 vem se disseminando em ritmo alarmante por todos os continentes. Seu começo ocorreu na província de Hubei, na China. E, cerca de 3 meses depois, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde(OMS, 2020) declarou estado de pandemia da doença. E, a forma ubíqua como o vírus se expandiu entre países de diferentes condições sócio-econômicas e, entre pessoas de diferentes situações sociais e, econômicas e, dos mais distintos matizes de biotipo. Este curso e a gravidade da epidemia implicou na ação de muitos governos numa intervenção de grande intensidade, como a a estratégia do *lockdown*, almejando conter a infecção de novos indivíduos e reduzir a sobrecarga social da doença, sua mortalidade e letalidade e, o colapso dos respectivos sistemas de saúde. Tais medidas, implicaram em abrupta e radical mudança na vida das pessoas e da sociedade como um todo, segundo Parmet(2020). Transcendendo o contexto sanitário, o impacto da epidemia na dinâmica do tecido social, político, econômico e cultural da população mundial, pondo em xeque e a prova a governança dos países, das agências internacionais, evidenciando os limites claros da globalização. Todavia, faz-se mister discutir-se a Atenção Primária á Saúde no enfrentamento desta pandemia/sindemia, vide que os estudos evidenciam que aproximadamente 80% dos casos são leves e grande parte dos moderados procuram a rede básica como primeiro acesso na busca de cuidado, segundo Dunlop(2020).Destarte, tendo em vista as peculiaridades do Sistema de Saúde brasileiro, é conveniente a discussão dos aspectos relativos a atenção primária á saúde e seu papel diante dos desafios impostos pela Covid-19 ao Brasil. Doravante, é conveniente fazer a recapitulação sobre alguns conceitos fundamentais para o desenlace fluido da proposta neste projeto de saúde territorial, quíça como referência, quíça como utopia. Logo, conveniente se faz responder algumas perguntas:

1)Qual a diferença entre surto, epidemia, endemia, pandemia e sindemia? A grosso modo:

- * *Surto*: Aumento inesperado do número de casos de certa doença em uma região específica.
- * *Epidemia*: Acontece, mediante há ocorrência de surtos em várias regiões. Logo, em nível municipal é quando afeta vários bairros, em nível estadual, quando afeta diversas cidades e, em nível nacional, quando a doença ocorrem em variadas regiões do país.
- * *Endemia*: Não faz alusão a questões quantitativas. E, sim ao fato de uma doença manifestar-se com frequência e, somente em determinada região, de causa local. Por exemplo, Malária, na região norte do Brasil.
- * *Pandemia*: *Em quesito de gravidade, configura a pior perspectiva. Decorre quando epidemia se estende globaliza, espalhando-se por diversas todo planeta. Como acontece agora, com o COVID-19 que em 11 de março de 2020 passou de epidemia a pandemia, havendo registro de casos nos seis continentes.*
- * *Sindemia*(Singer, 1994): *Ocorre quando duas ou mais doenças interagem de tal maneira que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças. Esta situação é observada no mundo atual, vide que com a pandemia por COVID 19 e a implementação dos protocolos de segurança, doenças pré-existentes foram agravadas e tratamentos paralisados.Logo, o COVID-19 é uma pandemia/sindemia.O conceito de sindemia implica na*

* *sinergia que significa dois ou mais agentes que trabalham para determinar um efeito maior que a soma de cada um deles operando isoladamente. Não constitui simplesmente um sistema de comorbidade; mais que isso, significa um sistema de trans morbidade pois envolve interações entre diferentes condições de saúde que são mais prováveis de ocorrerem em ambientes de desigualdade em saúde determinadas por pobreza, estresse, violência estrutural e estigmatização. Logo, exige-se compreender que ela não será solucionada somente com modelos de intervenção provenientes exclusivamente do campo biomédico(Singer, 2017)(Singer 2009)*

A pademia/sindemia do COVID-19 assim como outras pandemias que lhe precederam(peste negra, gripe espanhola, entre outras) são um elemento não apenas biomédico, mas também social e antropológico. As epidemias e as pandemias são distintos por sua manifestação coletiva(atingindo grupos de indivíduos, mudança a forma de "andar a vida") e singular(evento único na unidade de espaço tempo em que acontece). As práticas de intervenção adotadas para o combate das mesmas refletem, o conhecimento que se tem desta condição patológica e de outro lado, as formas de atuação do Estado em cada período histórico em que a mesma acontece.As epidemias sempre estiveram presentes na história da humanidade, intensificando-se nos momentos em que ocorrerão na transição entre modos de produção e nos momentos de crise social. Entretanto, á despeito de inúmeros relatos desde a antiguidade até a idade média, foi no período de transição entre o modo de produção feudal para o modo de produção mercantilista que as mesmas assumiram proporções devastadoras. Foucault(1977) menciona que "Nem toda constituição é epidemia, mas a epidemia é uma constituição da tessitura mais compacta dos fenômenos constantes e homogêneos.". Logo, a singularidade de uma epidemia é a especificidade do contexto em que a mesma ocorre e não só a essência da doença em questão. Snow(1967) cita que Virchow(1847)mediante seu estudo da epidemia de tifo na Silésia concluiu que as causas das epidemias eram sociais, políticas e econômicas; mais do que biológicas ou físicas. Sendo uma manifestação do desajustamento social. Sendo a doença uma expressão da vida individual sob condições desfavoráveis, a epidemia deve ser indicativa de distúrbios em maior escala da vida da massa. Rosen(1979) cita que "a história mostrou mais de uma vez como os destinos dos maiores impérios foram decididos pela saúde de seu povo e de ser exército; não havendo dúvida de a história das crengas epidêmicas é inseparável da história cultural da humanidade. Sendo as grandes epidemias grandes sinais de alerta que apresentam ao verdadeiro estadista que um distúrbio ocorreu no desenvolvimento do seu povo, que nem mesmo uma política caracterizada pelo desinteresse pode negar".

Mendes(2020) em seu texto diz que "O tempo da pandemia implica em respostas que sejam tomadas de forma rápida em função do avanço avassalador do vírus. Nele, manifesta-se um claro desequilíbrio entre o avanço da doença que se dá de forma exponencial e as capacidades de respostas das organizações que ocorrem em escala aritmética.". Harari(2020) diz que "A humanidade enfrenta uma crise global. Muitas medidas de emergência de curto prazo se tornarão hábitos de vida. Essa é a natureza das emergências. Os processos históricos avançam rapidamente. Decisões que em tempos

normais levam anos de deliberação se aprovam em questões de horas. Entram em serviços tecnológicos imaturas e inclusive perigosas porque os riscos de não fazer nada são maiores. Países inteiros servem como cobaias em experimentos sociais de grande escala. O que acontece quando todos trabalham em casa e se comunicam somente à distância? O que acontece quando escolas e universidades operam apenas online? "

O COVID-19 não se restringe como uma doença infecciosa a ser combatida somente por meio de intervenções que almejem cortar as linhas de transmissão do vírus para controlar sua propagação. Em decorrência deste entendimento as decisões tem sido guiadas por modelos epidemiológicos e por lógica das doenças infecciosas produtoras de emergências sanitárias. Todavia, o enfoque biomédico de pandemia é insuficiente para o enfrentamento da complexidade da COVID-19 que envolve relações complexas entre a COVID-19 e outras condições agudas e crônicas(Horton, 2020).

A elevada contagiosidade do vírus, a vultosa disseminação da doença em espaços fechados, como hospitais, serviços de urgência, alguns serviços ambulatoriais, e a necessidade de evitar-se uma busca massiva por serviços nas fases iniciais da pandemia, mostraram que os serviços de telessaúde seria uma estratégia fundamental no cuidar, possibilitando aos usuários acesso a informações qualificada em tempo adequado de como atuar em nível individual. Segundo Greenhalgh(2020) aponta os serviços de atendimento online são ferramentas para situações de pessoas com sintomas sugestivos de COVID-19 brandos ou com gravidade moderada e, para pessoas com níveis elevados de ansiedade. Este contexto levou a mudanças do arcabouço legal que rege a prática de telessaúde no Brasil, levando o Conselho Federal de Medicina(2020) a reconhecer o uso de ferramentas de telemedicina por profissionais médicos objetivando orientar, encaminhar e monitorar pessoas suspeitas ou positivas para COVID 19(2020). E, após esta ação, o Ministério da Saúde regulamentou o uso de telemedicina, excepcionalmente para o contexto da epidemia de COVID-19(Ministério da Saúde, 2020,) findando abordagem pré-clínica, suporte assistencial, consulta, monitoramento e diagnóstico em todo sistema de saúde brasileiro. Passo este fundamental para o teleatendimento tornar-se elemento protocolar nacional no manejo clínico no local da atenção primária à saúde, como componente essencial de primeiro contato das pessoas com a rede de atenção à saúde. Porém, para isto tornar-se uma realidade em nível de atenção primária em saúde, e no SUS, faz-se mister o investimento em larga escala do Ministério da Saúde, tanto na garantia de acesso a internet com qualidade nas unidades de saúde, como na obtenção de telefones, computadores, certificados digitais, entre outros recursos fundamentais para o estabelecimento de uma comunicação de bom resultado. E, importante também é fazer com que profissionais de saúde confiem nesta ferramenta, otimização do prontuário eletrônico que tenha interface com o e-SUS, integração do PEC do e-SUS não só dentro da UBS, mas dentro do Município, mas do Estado e da União. E, mediar a possibilidade de emissão de receitas assinadas eletronicamente e reconhecidas, elementos que ainda são obstáculos a serem superados, acrescentando a necessidade urgente de marcos legais mais abrangentes como sustentação para a prática da telemedicina no Brasil.

Emma A(2020) são múltiplas as condições crônicas que constituem importantes fatores de risco à COVID 19, como doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças renais, fragilidade dos idosos, doenças respiratórias, doenças oncológicas entre outras. Numa metanálise demonstrou-se que as pessoas hospitalizadas por COVID-19 as prevalências de

outras condições foram: Hipertensão Arterial(16,37%), Doenças Cardiovasculares(12,11%),Diabetes(7,87%) Tabagismo(7,63%).Num inquérito de soroprevalência da COVID-10 pelo Grupo de Mapeamento do SARS-CoV-2(2020) no município de São Paulo observou-se os seguintes resultados:Prevalência total no município: 26,2%; Prevalência distritos censitários mais pobres: 36,0%; Prevalência nos distritos censitários mais ricos: 17,0%; Prevalência entre brancos: 20,9%; Prevalência entre pardos ou negros: 31,6%; Prevalência entre pessoas com estudo até ensino fundamental: 31,6%; Prevalência em pessoas com estudo até o nível superior: 16,0%.

A pandemia/sindemia pelo COVID-19 vem se apresentando em ondas(Walker PGT, 2020), sendo a primeira onda correspondente ao início da epidemia e sua expansão autossustentada por meio da transmissão comunitária e pode ser controlada por meio de estratégias de mitigação ou supressão. A existência de um repique ou segunda onda em referência a primeira onda imputa-se ao risco de ressurgimento de casos quando as intervenções supressoras não farmacológicas são relaxadas por políticas de retomadas das atividades sociais e econômicas e que levam a comportamentos "normais" por parte da população. A terceira onda(Lee TH, 2020)consiste no COVID-19 atingir pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não-COVID19 durante o período da pandemia. Sendo esta uma consequência da redução ou eliminação do cuidado a outras condições de saúde não COVID-19, em função do estresse que a pandemia causa no sistema de atenção à saúde. Sendo várias atividades na atenção à saúde descontinuadas ou paralisadas em detrimento da priorização das intervenções relativas ao COVID-19. Esta terceira onda tem sido apelidada de "paciente invisível" pois o choque de demanda promovido pela pandemia tornou invisíveis para os sistemas de atenção à saúde as necessidades das pessoas com condições de saúde não COVID-19. Song(2020) durante a onda inicial os recursos foram direcionados para atender ao choque de demanda que se estabeleceu.Em função da escassez de recursos ou por receio de infecções ou por normas governamentais entre outros os profissionais de saúde e as pessoas usuárias protelam ou cancelam consultas não urgentes, avaliações diagnósticas, cirurgias entre outros procedimentos terapêuticos. Afetando, "pacientes invisíveis", ainda que não tendo contraído o vírus, profundamente pela desassistência. Resultando na redução de serviços desnecessários ou adiáveis, e concomitantemente causando perigoso adiamento de serviços necessários que requererão atenção mais complexa e mais cara ou quiça, mortes evitáveis.Estes adiamentos, inclusive implicam em backlogs(pendências) devido aos cancelamentos e adiamentos levando a um impacto econômico significativo sobre os sistemas de saúde.Cronin(2020) a redução da mobilidade e da atividade econômica assentada no ensejo de reduzir o risco de se infectar em combinados a respostas privadas e políticas públicas mudou a maneira como as pessoas usam o sistema de saúde no que tange a condições não COVID-19. Mayo Clinic(2020) contexto adicional relacionado a terceira onda manifestou-se em pessoas que tiveram a COVID-19, foram tratadas e tiveram alta, mas que apresentaram consequências de curto, médio e longo prazos(transtornos mentais, transtornos neurológicos, síndrome de fadiga crônica, distúrbios renais, sarcopenia, entre outros). Hanna(2020)em metanálise que incluiu 34 estudos publicados entre janeiro/2000 e abril/2020 para 17 indicações de tratamentos que envolveu 1272681 pessoas e relacionadas a intervenções cirúrgicas, quimioterapias e radioterapias em pessoas com os 7 tipos de cânceres mais comuns.este estudo evidenciou aumento da mortalidade foi de 13 das 17 indicações; um atraso de 4 semanas estaria associado no aumento da mortalidade em cirurgias de 6 para 8%, um atraso de 8 semanas no tratamento cirúrgico de câncer de mama

aumento o risco de morte para 17% e de 12 semanas elevaria esse para 26%; Em números, 12 semanas em todas as pessoas com cânceres de mama, implicaria numa aumento anual de mortes de 1400 para 6100. A terceira onda no SUS poderão levar a backlog dos eventos agudos não COVID-19 e das condições crônicas com aumento das filas e impactos na morbidade. O orçamento do Ministério da Saúde tem quase 40 bilhões a menos que a dotação atual de 2020, com perdas significativas de recursos para alta e média complexidade e para atenção primária à saúde. (Medici, 2020). Logo, isso implica num acúmulo que implicará no aumento das filas por procedimentos, em comparação a já existente antes da pandemia, um desequilíbrio entre oferta e demanda de serviços. Implicando na necessidade imperiosa de planejar bem para a retomada dos serviços que foram postergados durante este período agudo da pandemia.

AÇÕES

Considerando-se que o Brasil possui uma dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, alicerçado em sua extensa rede de atenção primária em saúde (APS), porém rede está refém dos perniciosos problemas crônicos de gestão, financiamento, estruturação do serviço e provisionamento de profissionais, segundo Mendonça (2018). Logo, para responder com qualidade a situações de emergência pública como a decorrente da COVID-19, não é trivial, preparar um robusto sistema de Unidades Básicas de Saúde. Entretanto, mesmo estas entraves, a atenção primária em saúde brasileira tem alcançado bons resultados, com destaque em nível internacional. Por isso, a APS que tem como alma, o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento dos casos suspeitos e leves, é estratégia fundamental para a contenção da pandemia/sindemia e para o não agravamento das pessoas com COVID 19.

A APS terá a responsabilidade de abordar problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas ilações são de previsão difícil, obrigando a adotar cuidados integrados longitudinais. E, afora o prévio exposto, somam-se o conjunto de problemas já vivenciados pelas pessoas e que se apresentam no cotidiano dos serviços. Para este fim, são necessários planejamento baseado em dados, reorganização dos serviços de acordo com as características da pandemia em cada território, bairro, cidade, estado, região e país. Mas, no microcosmo da UBS e da APS, conforme territórios de abrangência. Em conformidade também com os dados obtidos, e sob perspectiva de equidade organizar a alocação de recursos financeiros e estratégias de ação específica para o enfrentamento da pandemia/sindemia vigentes, tais quais: 1) Profissionais de saúde capacitados para responder com qualidade às demandas das pessoas, conforme as já realizadas pelo Ministério da Saúde (2020); 2) Testes diagnósticos em grande número (e, usados de forma adequada), caso se decida testagem em massa; 3) Estrutura para solicitação de exames complementares com resultados em tempo adequado; 4) Espaço físico adequado e, em separado para acolher casos suspeitos que cheguem aos serviços, sem expor usuários dos serviços de saúde, sem suspeita de quadro respiratório (sendo no presente momento, preocupação maior o COVID -19); 5) Estoque de medicamentos; 6) Fluxos e Protocolos bem definidos - tais quais os desenvolvidos e, em constante atualização pelo Ministério da Saúde (2020) com acesso prioritário a outros níveis e serviços de saúde, potencializando a coordenação do cuidado exercido pela APS; 7) Apoio diagnóstico e de cuidado compartilhado com a equipe de saúde; 8) Profissionais atuantes na saúde (inclusos os ACS, para vigilância ambiental - comunitário e domiciliar); 9) EPIs (Equipamentos de Proteção Individual) adequados e, em número suficiente para os profissionais de saúde e, indivíduos sintomáticos; 10. Organização dos processos de trabalho articulados com as metodologias de acesso ao serviço, assistência às pessoas e produção de informações que retroalimentem o serviço e o sistema da melhor maneira possível.

Implantar das tecnologias de telessaúde eleva a capacidade de atendimento do sistema de saúde, facilitando o acesso das pessoas com orientação proficiente, reduz aglomeração de pessoas, contribui na redução da sobrecarga da atenção primária em saúde e outros níveis de atenção, e auxilia no ordenamento do fluxo das pessoas no sistema. Ademais, considerando a grande probabilidade de elevação dos afastamentos

laborais de profissionais de saúde na vigência da pandemia, a telessaúde mostra-se como uma possibilidade destes trabalhadores atuarem remotamente. Entretanto, estes recursos não deveriam operar exclusivamente como serviço adicional da rede de atenção ou apenas neste período de enfrentamento ao COVID-10. Os proveitos da telessaúde para o sistema evidenciam que a mesma seja colocada de forma mais abrangente na rede de atenção em saúde no sistema de saúde brasileiro, o SUS(Sistema Universal de Saúde), especialmente, integrando-se à atenção primária em saúde. E, esta ferramenta se adequadamente implantada neste nível de atenção à saúde, pode conduzir a resultados positivos em termos de integralidade, resolubilidade, abrangência de cuidados, acesso e comodidade para as pessoas e qualificação do monitoramento dos portadores de doenças crônicas que já são acompanhados nas unidades. E, num futuro breve, mediante o acesso mais universal a internet e, acesso com entendimento de tecnologia, das acesso a toda população, não somente ao atendimento via telessaúde, mas algumas monitorações de rotina e, renovações de alguns documentos ou trâmites burocráticos outros, possam ser realizados mesmo à distância.

RESULTADOS ESPERADOS

Para a efetivação da proposta, faz-se mister que algumas coisas se concatenem. Faz-se necessário que se entenda que a solução dos problemas acumulados pela terceira onda vai além da reabertura dos serviços de atenção primária de saúde e oferta dos serviços que foram engessados. Faz-se necessário convencer os usuários acerca da segurança em ir às unidades de saúde. Logo, deve haver comunicação clara de reagendamento e os seus prazos. Informar da disponibilidade de protocolos de testes da COVID-19 e capacidade de realizá-los com prontidão. Assegurando o distanciamento físico, higienizando os espaços físicos de cuidado e dando confiança de que os profissionais de saúde usam os equipamentos de proteção individual.

A adesão das pessoas a um reagendamento sob escopo de reduzir os potenciais picos de demanda reprimida futuros nas unidades de emergência e nos leitos para pessoas com condições não-COVID-19, depende de suas percepções de risco em três níveis:

Primeiro nível: Ações sobre a percepção individual como políticas públicas com normas de conduta, punição em caso de descumprimento. A grande mídia, as atitudes proativa e bom exemplo de pessoas reconhecidamente formadoras de opinião como referência;

Segundo nível na percepção de quem está no entorno como pais, amigos, colegas e conhecidos e como estes se comportam diante do risco em si;

Terceiro nível seria a decisão individual envolvendo conhecimento pessoal sobre assunto e depende significativamente do nível socioeducacional de cada um além de seu acesso a informações de fontes confiáveis. Portanto, na intenção de prevenir a terceira onda faz-se importante desenvolver o monitoramento das pessoas portadoras de condições crônicas complexas (idosos frágeis, diabéticos com controle metabólico ruim, hipertensos de alto risco, etc).

Para este fim, pode-se usar estratégias de racionalização da retomada como:

Adoção da metodologia do sistema lean para racionalização dos fluxos

assistenciais (estritamente técnicas e, menor beligerância política); e

Estratégias de logística concentrando o atendimento das condições não-COVID-19 num único local sentinela dedicado conforme a realidade territorial a ser considerada; e

Desenvolver uma rede de cuidados continuados para receber pessoas com alta de condições não COVID-19 e com COVID-19, conferindo maior turnover (giro) dos leitos hospitalares; e

Designação de áreas de quarentena para pessoas que ainda esperam os resultados dos testes; e

Capacitação regular dos profissionais de saúde conforme atualização de fluxo, conduta ou sistemas ocorram para dinamizar o atendimento; e

Definição de Protocolos via Telessaúde para monitorização em crônicos (incluindo orientações acerca de mudança de estilo de vida, cuidados em geral, posologia conforme resultados

laboratoriais e, em conformidade com monitorização de parâmetros em domicílio como

glicemia capilar e pressão arterial (considerando-se que os pacientes e/ou seus familiares tenham aprendido de forma técnica correto como fazer e, anotar conforme recomendado)

usando-se de abordagem multidisciplinar à distância e, presencial célere e imediata quando sinais de alerta forem evidenciados.

REFERÊNCIAS

- Jones DS. History in a crisis - lessons for Covid-19. N Engl J Med . 2020 Mar. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004361> . Acesso em 17 Dez. 2020.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019): . Genebra: World Health Organization; 2020 May. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2 . Acesso em 17 Dez. 2020.
- Parment WE, Sinha MS. Covid-19 - the law and limits of quarantine. N Engl J Med. 2020 Apr. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004211> Acesso em 18 Dez. 2020.
- Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. BJGP Open. 2020 Jan .Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041> . Acesso em 18 Dez. 2020.
- Singer M(1994). AIDS and the health crisis of U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. Soc Sci Med 39:931-48
- Singer M. Introduction to syndemics: a critical systems approach to public and community health. San Francisco Jossey Bass, 2009
- Singer M Syndemics and biosocial conception of health. Lancet, 2017 - 389; 941-950
- Emma A Prevalence of underlying disease in hospitalized patients with COVID 19: a systematic review and meta-analysis. Arch Acad Emerg Med, 2020
- Grupo de Mapeamento do SARS-CoV-2. São Paulo, 2020
- Walker PGT - The impact of COVID-10 and strategies for mitigation and supression in low-middle-income conuntries, 2020
- Lee TH - The invisible patient: caring for those without COVID19 - In: NEJM Catalyst Covid-19: managing the surge - Waltham . NEJM Catalyst Collection, 2020
- Song H - How hospitals can meet the needs of non-Covid during pandemia - Harvard Business Review, 2020
- Cronin CJ - Private precaution and public restrictions: What drives social distancing and industry foot traffic in the Covid-19 era? Birmingham: National Bureau of Economic Research, 2020
- Mayo Clinic - Covid-19: long-term effects, 2020
- Hanna TP - Mortality due to cancer delay: systematic review and meta-analysis , 2020
- Medici A - Os hospitais e o financiamento de saúde pós-pandemia - 3 workshop do projeto lean nas emergências - 2020
- Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. Atenção primária à saúde

no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.

Ministério da Saúde (BR). Universidade Aberta do SUS. Atualização: orientações gerais ao paciente com COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; [2020 Abril. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46168> Acesso em 18 Dez. 2020.

Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde . Brasília: Ministério da Saúde; 2020 Abril. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf> Acesso em 18 Dez. 2020.

Greenhalgh T, Wherton J, Shaw S, Morrison C. Video consultations for covid-19. BMJ. 2020 Mar;368:m998. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.m998> Acesso em 18 Dez. 2020.

Snow, John - Sobre a maneira de transmissão de cólera - Rio de Janeiro, USAID, 1967

Rosen, George - Da polícia médica á medicina social - Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979

Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda ou o "paciente invisível", 2020

Harari YN. La epidemia de coronavirus. CPAL Social, 2020

Horton R. Covid-10 is not a pandemic. Lancet. 2020; 369:874

Conselho Federal de Medicina (BR). Ofício CFM nº 1756/2020 – COJUR [Internet]. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2020 Março. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf Acesso em 17 Dez. 2020.

Foucault, Michel - O Nascimento da Clínica - Rio de Janeiro - Ed. Forense Universitária, 1977

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020 mar 23;Seção 1:Extra. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996> Acesso em 18 Dez. 2020.