

A pandemia da COVID19 tem permitido várias reflexões até então pouco percebidas pelas sociedades em geral, e tampouco pela brasileira. O surto virótico instaurado pelo mundo sem tratamento, sem vacinação e sem proteção, deixou todos em situação de exposição, vulnerabilidade e risco. Nos impõe a uma reflexão raramente despertada, sobre nossos padrões de saúde, sobre o direito a saúde, sobre a garantida de saúde pública, e sobretudo acerca dos tipos de sistemas de saúde e como esses sistemas implicam na resposta dos países e suas população em casos de crise.

Foram confirmados no mundo 972.640 casos de COVID-19 e 50.325 mortes, com uma taxa de letalidade de 5,6% até 3 de abril de 2020.¹ Cabe esclarecer que existem sete coronavírus humanos (HCoVs) identificados, dentre eles o SARS-CoV-2 causador da virose ainda pouco conhecida, COVID-19. Em janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui até então uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional.² Na China, a letalidade foi de 3,0%, no Brasil essa taxa está em 4% de acordo com o informe epidemiológico 06 do Ministério da Saúde de 03 de abril. Tem como complicação mais comum a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).¹

No tocante a sistemas de saúde, me permito a um breve esclarecimento; existe uma tipologia específica para sistemas de saúde e cada país adota o seu, conformando teoricamente num modelo assistencial que responda as necessidades de seu povo de forma a protegê-lo; bom, ao menos deveria ser assim. No que tange o nosso Sistema Único de Saúde (SUS) por vezes questionado, discriminado, repreendido, passou nos tempos de hoje a ter defensores de todas as partes e formas. De fato o público se tornou do povo, e se fez valer pelo seu real valor “o de proteger a saúde da população”, no nosso caso, a do Brasil.

Na luta pela sobrevivência à COVID19, muitos países com sistemas de saúde fragilizados, e com políticas públicas que pouco coadunam às reais necessidades de seus comunitários, sem dar reconhecimento às iniquidades, passaram a ter que conviver com uma realidade de morbimortalidade jamais idealizada. Com componentes timidamente delimitados, sem logística operacional efetiva e sustentável, estadistas e gestores

de várias partes do mundo precisaram em tempo oportuno pensar em medidas eficazes de seus sistemas de saúde para a contenção e oferta de cuidados ao bombardeio viral instaurado. Cabe salientar que sistemas de saúde com cobertura universal como o caso do Brasil, será sempre a opção mais humanizada e mais digna de acesso a saúde.³ Esse tipo de sistema que tem como princípio doutrinário a cobertura estendida a todos os cidadãos, geralmente se organiza a partir de um nível assistencial denominado atenção primária a saúde, onde se garante de forma ampla e aberta acesso para todas as pessoas aos serviços e ações de promoção e proteção a saúde, e de prevenção de doenças, tão essenciais para o bem-estar do homem e para o desenvolvimento econômico e social sustentável de um país.

A Atenção Primária a Saúde (APS) está posta ao SUS como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, organizando as demandas individuais e coletivas dentro dos cenários específicos de cada comunidade.⁴ Nos cabe aqui discorrer sobre essa forma de trabalho que representa a linha de frente e porta de entrada do sistema, que diante a um potencial surto epidemiológico precisa mais do que nunca ser fortalecida e foco das medidas governamentais para a contenção da disseminação. É preciso pensar em formas de acesso as unidades básicas de saúde que garantam segurança as pessoas, e organização de demandas evitando a contaminação cruzada entre as já instituídas e as novas instauradas. A APS desde 2017 com a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vem perdendo força de trabalho, qualidade e capacidade de enfrentamento às demandas postas a ela. Na contramão do fortalecimento e valorização estamos há 3 anos imaginando o que seria no futuro, e agora o futuro chegou com uma severa pandemia viral.⁴

Precisamos de leitos hospitalares? Sim, afinal com uma desigualdade social tão pronunciada como é a do Brasil pelo menos o valor mínimo de leitos gerais preconizado pela OMS já deveríamos ter garantido que é de 3 leitos/1000 habitantes, contudo a realidade é de 1,98 leitos/1000 habitantes, considerando leitos de longa permanência.⁵ Se não temos leitos suficientes é preciso investir na diminuição de internações hospitalares, um dos objetivos específicos da APS e das Equipes de Saúde da Família (eSF) que possuem um modo diferenciado de produção de saúde, apresentando uma leitura aprofun-

dada de todas as comunidades, um controle demográfico e sócio epidemiológico dos moradores de seus territórios, que também são delimitados. Essa logística de organização e análise territorial determina um impacto positivo às demandas que chegam até as unidades de saúde. Essa equipe composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e agentes comunitários de saúde fazem o acompanhamento das pessoas, sendo capaz de considerar diferentes modos de viver dos grupos populacionais como nenhum outro dispositivo conseguiu fazer até então. Essas equipes estão recebendo os suspeitos do novo Coronavírus e necessitam de condições dignas para realização desse trabalho. Precisam de investimento financeiro, estrutural, tecnológico e de insumos nesse momento de enfrentamento epidemiológico. É imperativo que os governos de forma articulada nas diferentes instâncias que os compete, instaurem medidas de contingência imediatas e urgentes que garantam segurança e capacidade de respostas à contenção do novo coronavírus.

São necessárias medidas na força de trabalho da APS que seriam: aumento da contratação de profissionais para equipes volantes de apoio, para atuar tanto na visita domiciliar quanto para novos atendimentos na comunidade evitando contaminação cruzada, instituir protocolos de atuação aos diferentes cenários sociais, assegurar insumos necessários ao aumento dos atendimentos sobretudo de equipamentos de proteção individual (EPIs), orientar o fluxo de outras ações das unidades de saúde como vacinação, atendimento de gestantes e hipertensos, garantir treinamento de parâmetros e desparâmetros a todos os profissionais da equipe e recepção e cobrir transporte sanitário a quem dele precisar.

E para terminar, garantir o incentivo financeiro segundo Nota Técnica nº 467/20 do Ministério da Saúde, com adesão facilitada aos municípios para o incremento e fortalecimento da APS considerando o tempo certo para o enfrentamento da atual conjuntura de emergência de saúde pública e de relevância internacional decorrente da pandemia do novo coronavírus no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações em Emergências em Saúde Pública. Boletim Epidemiológico 06. Brasília: Centro de Operações em Emergências em Saúde Pública; 2020.
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). [citado em 2020 Apr 01]. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
3. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial da saúde 2013: pesquisa para a cobertura universal de saúde. Geneva: OMS; 2014.

4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria 2.426: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2017.

5. Ministério da Saúde. Instituto de Comunicação e Informação Científica e tecnológica em Saúde. Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2019.

✉ **Simone Barbosa**

Campus Universitário, rua São Paulo, 745,
Centro, Governador Valadares, Minas
Gerais
CEP: 35010-180
✉ simone.pinho@ufff.edu.br