



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 10, Issue, 05, pp. 36069-36074, May, 2020

<https://doi.org/10.37118/ijdr.18806.05.2020>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

## COMO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA PODE SER CONSIDERADA FERRAMENTA DE APOIO NO COMBATE AO COVID-19?

\*<sup>1</sup>Renato Barbosa Japiassu and <sup>2</sup>Chennyfer Dobbins Abi Rached

<sup>1</sup>Especialista em Saúde da Família – Unyleya - Brasília – Brasil; <sup>2</sup>Doutora em Saúde Coletiva; Mestre em Economia da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Docente do Programa de Mestrado Profissional em Gestão em Sistemas de Saúde – Universidade Nove de Julho – UNINOVE. São Paulo – Brasil

### ARTICLE INFO

#### Article History:

Received 17<sup>th</sup> February, 2020  
Received in revised form  
06<sup>th</sup> March, 2020  
Accepted 03<sup>rd</sup> April, 2020  
Published online 30<sup>th</sup> May, 2020

#### Key Words:

2019-nCoV. COVID-19.  
SARS-CoV-2.  
Family Health Strategy

#### \*Corresponding author:

Renato Barbosa Japiassu,

### ABSTRACT

**The objective** of this study is to describe the performance of FHS professionals in the face of the new epidemic (COVID-19). **Methodology:** it's an exploratory and narrative review of literature, with the purpose of gathering and synthesizing the published studies, enabling general conclusions on a given theme. **Results and Discussion:** COVID-19 is a single-stranded, ribonucleic acid virus, responsible for producing an influenza-like syndrome. It appeared in December 2019, in the Hubei region, China. This virus has spread throughout the world and today is a global pandemic, due to its rapid form of transmission and the worsening in predisposed people. The professionals of the Family Health Strategy will actively search the community for possible cases of flu syndrome and isolate them, according to manuals of national and international agencies, in addition to monitoring each case and the evolution. If necessary, the user will be referred to a COVID-19 reference center. **Conclusion:** Family health strategy professionals have the main function, in this current pandemic, of SARS-CoV-2, to track new cases of flu syndrome, suspected or positive cases for COVID-19, isolate these users at home, perform follow-up care and guidance to Family members and caregivers.

Copyright © 2020, Renato Barbosa Japiassu and Chennyfer Dobbins Abi Rached. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**Citation:** Renato Barbosa Japiassu and Chennyfer Dobbins Abi Rached. "Como a estratégia de saúde da família pode ser considerada ferramenta de apoio no combate ao Covid-19?". *International Journal of Development Research*, 10, (05), 36069-36074.

### INTRODUCTION

A estratégia de saúde da família (ESF) é o serviço de saúde que é responsável por captar as pessoas da comunidade e desenvolver ações integrais e resolutivas, como prevenção e promoção da saúde na sua área adstrita (Costa *et al.*, 2020).

Na ESF, a equipe é composta por: enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, médico e agentes comunitários de saúde, sendo o enfermeiro da ESF o profissional que desempenha atribuições específicas em nível assistencial, tais como realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes se necessário no domicílio e/ou outros espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, estratificação de risco e elaboração de plano de cuidados para as pessoas; realizar atividades em grupo; planejar, supervisionar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); implementar e manter atualizados as rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; exercer outras atribuições conforme legislação profissional e

que sejam de responsabilidade de sua área de atuação (Oliveira, 2020). A Atenção Primária em Saúde (APS)/ ESF é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Quando há surtos e epidemias, a APS/ESF tem papel fundamental na resposta global à doença em questão. A APS/ESF oferece atendimento resolutivo com grande potencial de identificação precoce de casos graves que devam ser encaminhados para serviços especializados (Ministério da Saúde, 2020a). Os trabalhadores que estão envolvidos nos cuidados em saúde, como os profissionais da ESF, sempre tiveram um aumento reconhecido no risco de desenvolver infecções presentes na comunidade, pois, são estes cuidadores, que, frequentemente, estão na linha de frente lidando com aqueles que estão doentes e no período mais infeccioso de uma patologia. Outros trabalhadores envolvidos na prestação de serviços ao público também podem estar em maior risco durante surtos específicos em que a transmissão ocorra por contato pessoal ou próximo. Uma análise recente nos Estados Unidos da América (EUA) estimou que 10% da força de trabalho são trabalhadores em que a exposição a doenças ou infecções ocorre por, pelo

menos, uma vez na semana. Além dos profissionais que desempenham a função de cuidar, há uma grande variedade de empregados que podem estar em risco de infecção respiratória pelo COVID-19, que são: funcionários de lojas, motoristas de ônibus, faxineiros, professores, bancários, entre outros, que terão uma interação frequente e estreita com muitas pessoas ao longo de um turno. Muitos tem contato físico com o público ou indireto por meio de troca de dinheiro. Também existem questões sociais complexas em torno de servidores de empresas públicas ou privadas que estão doentes, porém precisam trabalhar por razões econômicas ou outros motivos, aumentando os riscos para os colegas e o público alvo que será atendido (Semple *et al.*, 2020). Coronavírus são RNA vírus causadores de infecções respiratórias em uma variedade de animais, incluindo aves e mamíferos. Sete coronavírus são reconhecidos como patógenos em humanos. Eles estão associados as síndromes gripais. Nos últimos 20 anos, dois deles foram responsáveis pelas epidemias mais virulentas da síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Essa epidemia de SRAs emergiu em Hong Kong (China), em 2003, com letalidade de aproximadamente 10% e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) que emergiu na Arábia Saudita no ano de 2012 com uma letalidade de 30%. Ambos fazem parte da lista de doenças prioritárias para pesquisa e desenvolvimento no contexto de emergência (Lana *et al.*, 2020), (Croda *et al.*, 2020).

O novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, causador da doença COVID-19, foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Em 09 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação desse vírus. No dia seguinte, a primeira sequência do SARS-CoV-2 foi publicada pelos chineses. Em 16 de janeiro, foi notificado o primeiro caso importado no Japão. Em 21 de janeiro, os Estados Unidos relataram seu primeiro caso importado. Em 30 de janeiro, a OMS declarou que é uma epidemia de emergência internacional (PHEIC). No fim do mês de janeiro, diversos países já haviam confirmado importações de caso, incluindo Estados Unidos, Austrália e Canadá. No Brasil, em 7 de fevereiro, tinha nove casos sendo investigados, mas sem registros de confirmação (Lana *et al.*, 2020). O gerenciamento das vias aéreas representa um dos pontos mais críticos para o suporte a pacientes com COVID-19, e há sugestões de que é recomendável uma intervenção invasiva precoce para minimizar a transmissão adicional. No entanto, algumas técnicas de gerenciamento de vias aéreas representam um risco significativo de transmissão da doença aos profissionais da área de saúde (Sorbelli *et al.*, 2020). Embora que se tenha publicações regulares da OMS sobre a transmissão do COVID-19 e uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), a realidade observada é que esse surto em larga escala resultou em escassez de EPIs para os profissionais da saúde. Consequentemente, a equipe de saúde da linha de frente, enfermagem, médicos, entre outros profissionais, estão sendo alvos dessa infecção (Sorbelli *et al.*, 2020).

O interesse por esse estudo surgiu da necessidade dos pesquisadores em saber, nas bases de dados, informações sobre como será atuação dos profissionais da ESF frente a nova epidemia (COVID-19). A relevância deste trabalho está em aprofundar o conhecimento acerca de como os profissionais da ESF estão atuando frente a nova epidemia (COVID-19), de modo que os profissionais de saúde consigam prestar assistência de qualidade sem haver a necessidade de se afastar

do seu ambiente de trabalho. Diante disto, este trabalho aborda sobre a atuação dos profissionais da ESF frente a esta nova epidemia (COVID-19). Assim, com base em tais aspectos, o objetivo geral do presente trabalho é descrever a atuação dos profissionais da ESF frente a nova epidemia (COVID-19).

Este trabalho teve como objetivos específicos:

- Explicar o surgimento do COVID-19;
- Conhecer as estratégias de atuação dos profissionais na ESF frente a nova epidemia (COVID-19);

## METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão exploratória e narrativa de literatura, sem definição de critérios específicos de seleção dos artigos. Esse trabalho visa responder a seguinte questão: como os profissionais da ESF poderiam atuar na comunidade frente a nova epidemia (COVID-19)? Foi utilizado os seguintes descritores: COVID-19; Coronavírus; ESF; Estratégia de saúde da família; COVID-19 e ESF. Os dados foram coletados através de manuais do Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, ANVISA, Organização Pan-americana da Saúde e artigos científicos das seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PUBMED e Google Acadêmico. A busca dos estudos ocorreu no mês de março e abril de 2020. Foram utilizados como filtro: recorte temporal dos meses de janeiro a abril de 2020 e os idiomas inglês, português e espanhol, textos disponíveis na íntegra, artigos originais, cartas ao editor, revisão sistemática, revisão integrativa ou notas do editor. A justificativa deste recorte temporal tem como marco o primeiro relato do surgimento da COVID-19 na China a partir de 31/12/2019. Foram critérios de inclusão: artigos que abordam o tema da atuação dos profissionais da ESF frente a nova epidemia (COVID-19). Foram critérios de exclusão: estudos que estejam relacionados a coronavírus/ COVID em animais.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O novo coronavírus, também denominado de 2019-nCoV, é um vírus de ácido ribonucleico de fita única e envolvido, responsável pela produção de uma síndrome semelhante à influenza. O vírus surgiu em dezembro de 2019 na região de Hubei, China, e levou a um surto exponencial em Wuhan. Devido à natureza dos sintomas pulmonares, esse vírus foi renomeado para coronavírus-2, relacionado a síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2) e a consequente doença denominada doença de coronavírus 2019 (COVID-19). A apresentação clínica após a infecção humana varia de uma infecção do trato respiratório superior, febre, tosse a até síndrome do desconforto respiratório agudo grave e sepse. As consequências podem ser letais para idosos ou pessoas com comorbidades, como hipertensão, diabetes e insuficiência cardíaca (Sorbelli *et al.*, 2020). Um relatório inicial sobre a epidemiologia do surto do COVID-19 incluiu a análise dos primeiros 425 casos detectados e confirmados em Wuhan até 22 de janeiro de 2020. Desde então, dinâmica temporal e disseminação espacial do COVID-19 mudaram, com 17% dos casos relatados fora de Hubei, na China continental a partir de 17 de fevereiro. Nas províncias fora de Hubei, essa epidemia é caracterizada por uma mistura de transmissão e importação local de casos de Hubei. Um relatório com base nos 44.672

casos detectados e confirmados na China continental até 11 de fevereiro de 2020, forneceu uma descrição das características desses casos para a China continental e em Hubei. Até agora havia poucas informações acerca da epidemiologia e dinâmica de transmissão desse vírus. Essas informações serão cruciais para traçar uma intervenção em tempo real, mas não apenas para a China, como também para outros países (Zhang *et al.*, 2020). No início da epidemia, os casos de COVID-19 foram observados em idosos. À medida em que a epidemia progredia, foi observado um aumento no número de casos entre pessoas com 65 anos ou mais, e um aumento entre os indivíduos mais jovens (<18 anos). Desde 28 de janeiro de 2020, a proporção de casos confirmados em menores de 18 anos é de apenas 5%, embora essa faixa etária apresente apenas 20% da população chinesa. A partir dos dados disponíveis, não é possível determinar se os mais jovens têm um risco reduzido de contrair a infecção ou maior propensão de ter um quadro viral mais leve. As escolas chinesas foram fechadas durante a maior parte da epidemia por causa dos feriados do Ano Novo Chinês em 2020; estudos mostraram que as crianças registram o maior número de contatos entre todas as faixas etárias em um dia útil da semana nas escolas, porém é possível que as crianças tenham sido menos expostas do que o normal nesse período. Ainda não está claro se as férias escolares em todo país contribuíram para a baixa proporção de casos desse vírus (Zhang *et al.*, 2020).

No início dessa epidemia, a maior parte dos casos era do sexo masculino. Em 17 de fevereiro de 2020, foi observado que ocorria o mesmo número de casos para ambos os sexos (51% dos casos eram masculinos). Essa descoberta sugere que a exposição diferencial por sexo ocorre no início da epidemia (a maioria dos casos relatou uma possível exposição a ir ao mercado, por serem donos do estabelecimento, por trabalharem ou para ir ao mercado fazer compras) (Zhang *et al.*, 2020). A avaliação da gravidade desse vírus é crucial para determinar a adequação das estratégias de mitigação e para permitir o planejamento das necessidades dos cuidados de saúde à medida que a epidemia se desenvolve. No entanto, as taxas de fatalidade de casos brutos obtidas pela divisão do número de mortes pelo número de casos podem ser enganosas. Primeiro, pode ter um período de duas a três semanas entre uma pessoa e outra desenvolvendo sintomas, ou o caso sendo posteriormente detectado e relatado. Durante uma epidemia crescente, o resultado clínico final da maioria dos casos relatados é geralmente desconhecido. A simples divisão do número acumulado de mortes relatadas pelo número acumulado de casos relatados subestimar a verdadeira taxa de fatalidade de casos no início de uma epidemia. Esse efeito foi observado em epidemias passadas de patógenos respiratórios, incluindo síndrome respiratória aguda grave e a gripe H1N1 e, como tal, é amplamente reconhecido. Assim, muitas das estimativas da taxa de fatalidade de casos que foram obtidas até o momento para o COVID-19 estão corretas para esse efeito. Além disso, durante a fase de crescimento exponencial de uma epidemia, o tempo observado entre o início dos sintomas e o resultado (recuperação ou morte) é censurado, e estimativas ingênuas dos tempos observados desde o início dos sintomas até o resultado fornecem estimativas tendenciosas das distribuições. Ignorar esse efeito tende a influenciar a taxa estimada de fatalidade de casos para baixo durante a fase inicial de crescimento de uma epidemia (Verity *et al.*, 2020). A vigilância de um patógeno recém-emergido é tipicamente tendenciosa para a detecção de casos clinicamente graves, especialmente no início de uma epidemia quando a capacidade

de diagnóstico é baixa. Assim, as estimativas da taxa de mortalidade de casos podem ser enviesadas para cima até que a extensão da doença clinicamente mais leve seja determinada. Os dados do epicentro do surto em Wuhan foram obtidos principalmente por meio da vigilância hospitalar e, portanto, provavelmente representam pacientes com doença moderada ou grave, com pneumonia atípica ou dificuldade respiratória aguda sendo usada para definir casos suspeitos elegíveis para teste. Nesses indivíduos, os resultados clínicos provavelmente serão mais graves, logo, qualquer estimativa da taxa de mortalidade de casos será maior. Em outras partes da China continental e do resto do mundo, foram alertados para o risco de a infecção ser importada por meio de viagens, instituindo inicialmente a vigilância do COVID-19 com um conjunto mais amplo de critérios clínicos para definir um caso suspeito. Esses critérios geralmente incluíam uma combinação de sintomas (por exemplo, tosse e febre) combinados com o histórico recente de viagens para a região afetada (província de Wuhan ou Hubei). É provável que essa vigilância detecte casos clinicamente leves, mas, ao restringir inicialmente os testes a pessoas com histórico ou vínculo de viagem, pode ter perdido muitos outros casos sintomáticos (Verity *et al.*, 2020).

As Diretrizes da OMS relativas à prevenção e controle do surto de COVID-19 recomendam a higienização das mãos e vias respiratórias, uso de EPIs apropriados para os profissionais da saúde. Os pacientes com suspeita de infecção pelo COVID-19 devem receber uma máscara cirúrgica. Com relação as medidas de higiene respiratória, o uso de máscaras faciais com higiene adequada das mãos é considerado uma medida eficaz contra a transmissão do vírus, embora a OMS não recomende o seu uso em ambientes comunitários (Wu *et al.*, 2020). Existem quatro medidas que devem ser tomadas para tentar diminuir o contágio deste vírus: lavagem frequente e completa das mãos; manter um distanciamento social de pelo menos dois metros; evitar tocar na boca, nariz e olhos; praticar boa higiene respiratória em termos de cobrir o nariz e a boca ao tossir ou espirrar. Este conselho está sendo baseado na probabilidade de o vírus ser transmitido através de grandes gotículas transportadas pelo ar e/ou contaminação superficial e dérmica dessas gotículas (Semple *et al.*, 2020). O manejo clínico da síndrome gripal na APS/ESF difere frente a gravidade dos casos. Os casos leves, são feitas medidas de conforto e suporte, isolamento domiciliar e monitoramento até a alta do isolamento. Para casos graves, inclui a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte a centros de referências ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares (Ministério da Saúde, 2020a). Após a identificação precoce na recepção da Unidade Básica de Saúde (UBS) de casos suspeitos de Síndrome Gripal (SG), deve-se fornecer máscara cirúrgica aos pacientes logo após reconhecimento pelo Agente Comunitário de Saúde ou outro profissional responsável pela triagem, enquanto aguardam o atendimento da enfermagem e do médico. Preferencialmente, em localidades onde isso é possível, a pessoa deve ser conduzida para uma área separada ou para uma sala específica visando o isolamento respiratório. A sala deve ser mantida com a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado. Caso não haja sala disponível na UBS para isolamento, propiciar área externa com conforto para pacientes com Síndrome Gripal, que deverão ser atendidos o mais rápido possível. Todo profissional que atender os pacientes com suspeita de SG deve usar EPIs e adotar as medidas para evitar contágio, conforme tabela 1 (Ministério da Saúde, 2020a).

**Tabela 1. Medidas para evitar contágio por vírus da SG nas unidades da ESF e UBS**

Medidas de controle precoce	
Profissionais da saúde	Usuários
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contenção respiratória;</li> <li>- Máscara cirúrgica;</li> <li>- Uso de luvas, óculos ou protetor facial e aventais descartáveis;</li> <li>- Lavar as mãos com frequência;</li> <li>- Limpar e desinfetar objetos e superfícies tocadas com frequência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer máscaras cirúrgicas;</li> <li>- Isolamento com precaução de contato em sala isolada e bem arejada.</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde, 2020a.

**Tabela 2. Medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos para o diagnóstico de SG**

Cuidados domésticos do paciente em isolamento domiciliar por 14 dias desde a data de início dos sintomas de SG		
Sempre reportar à equipe de saúde que acompanha o caso o surgimento de algum novo sintoma ou piora dos sintomas já presentes		
Isolamento do usuário	Precauções do cuidador	Precauções gerais
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanecer em quarto isolado e bem ventilado;</li> <li>- Caso não seja possível isolar o usuário em quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. Dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando e devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como lavagem das mãos constantes);</li> <li>- Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) deverão estar bem ventilados;</li> <li>- Utilizar máscara cirúrgica todo o tempo. Caso o usuário não tolere ficar muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara cirúrgica sempre que estiver úmida ou danificada;</li> <li>- Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara;</li> <li>- Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro;</li> <li>- Sem visitas ao doente;</li> <li>- O usuário só poderá sair de casa em casos emergenciais. Caso necessário, sair de máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O cuidador deve utilizar uma máscara (descartável) quando estiver perto do usuário. Caso a máscara fique úmida ou apresente secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. Após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos;</li> <li>- Deve ser realizada a lavagem das mãos toda vez que elas estiverem sujas, antes/depois do contato com o usuário, antes/depois de ir ao banheiro, antes/depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas;</li> <li>- Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocar toda vez que estiver úmida;</li> <li>- Caso alguém do domicílio apresentar SG, iniciar os mesmos cuidados de precaução para usuários e solicitar atendimento na UBS. Realizar atendimento domiciliar dos contactantes sempre que possível.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que estiver úmida;</li> <li>- Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. Lavar as mãos e jogar fora as máscaras após o uso;</li> <li>- Evitar contato com as secreções dos usuários; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis;</li> <li>- Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia), as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes;</li> <li>- Lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do usuário com água e sabão comum e água entre 60-90°C, deixe secar.</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde, 2020a.

Todas as pessoas que têm o diagnóstico de SG deverão realizar isolamento domiciliar, sendo necessário o fornecimento de atestado médico até o fim do período de isolamento, isto é, 14 dias a partir do início dos sintomas. Quanto ao cuidado doméstico do paciente, as condutas seguidas serão as que estão descritas na tabela 2 (Ministério da Saúde, 2020a). Os contatos domiciliares de paciente com a SG confirmada também deverão realizar isolamento domiciliar por 14 dias seguindo as condutas, conforme tabela 2. Caso seja necessário, os contatos receberão atestado médico pelo período dos 14 dias. Caso o contato inicie com sintomas e seja confirmada SG, deverão ser iniciadas as precauções de isolamento para ele, o caso notificado e o período de 14 dias deverão ser reiniciados. Os contatos que se mantiveram assintomáticos por 14 dias não reiniciam o isolamento, mesmo que outra pessoa da casa inicie com sintomas durante o período (Ministério da Saúde, 2020a). O isolamento de casos e contatos já é utilizado há muito tempo como estratégia na luta de doenças infecciosas. O estudo de Joel Hellewell e colegas explorou qualitativamente os parâmetros que determinam se o isolamento de casos e contatos pode ter sucesso com o surto da COVID-19 após a importação de casos relacionados a viagens e as transmissões iniciais (Niu *et al.*, 2020). O tamanho inicial do surto estava entre os principais determinantes para o sucesso do isolamento. Há dois meses, o mundo não sabia quase nada sobre o COVID-19, e Wuhan, o epicentro do surto, não detectava nem respondia precocemente. Desafiada pela realidade de oportunidades perdidas anteriormente, a China lançou uma resposta onerosa à saúde pública em Wuhan, que envolveu

algumas táticas, além do isolamento de casos e contatos, incluindo bloqueio da cidade e quarentena em massa, mandatos de distanciamento social, fechamento de escolas e intensa busca de casos e rastreamento de contatos pelos profissionais médicos e da saúde pública que foram mobilizados em todo o país para ir a Wuhan. A abordagem nesta cidade e nas próximas da província de Hubei tomou medidas excepcionais em resposta ao surto, pois havia evidências de transmissão comunitária de alto nível e infecções nosocomiais generalizadas. Em 11 de fevereiro de 2020, foram feitas 3019 notificações de casos de COVID-19 entre profissionais de saúde, com pelo menos cinco mortes (Niu *et al.*, 2020). No modelo de Hellewell e colegas, a transmissão antes dos sintomas, mesmo quando a porcentagem é moderada, entre 15% a 30%, teve um efeito marcante na probabilidade do controle. Ao contrário do vírus da síndrome respiratória aguda grave, em que quase todas as transmissões posteriores ocorrem após o início dos sintomas, agora sabe-se que a transmissão do COVID-19 pode ocorrer antes do início dos sintomas. Na quinta versão das diretrizes chinesas que regem o rastreamento de contatos, definiu contatos próximos como “aqueles que estiveram contato próximo desde dois dias antes do início dos sintomas em casos suspeitos e confirmados ou dois dias antes de um caso confirmado assintomático”, que reflete o entendimento atual de que a transmissão secundária do vírus é possível pelo menos dois dias antes do início dos sintomas. No entanto, a eficiência da transmissão ainda permanece incerta. A transmissão por pessoas sem sintomas ou com sintomas leves pode diminuir o poder da estratégia de isolamento, devido à menor probabilidade de isolar todos os casos e

**Tabela 3. Monitoramento de usuários com SG pela APS/ESF**

O acompanhamento do usuário será feito a cada 48 horas, até 14 dias após o início dos sintomas, preferencialmente por telefone, solicitando consulta presencial se houver piora do quadro. Nesse caso, preferencialmente realizar visita domiciliar com medidas de precaução de contato e EPIs conforme protocolo.
Normativa de acompanhamento do usuário em isolamento domiciliar via telefone: - Anotar em prontuário, o número de telefone do paciente e de algum acompanhante (de preferência o cuidador que ficará responsável pelo paciente), durante a primeira avaliação na ESF; - A ligação deve ser realizada pelo profissional de saúde da ESF a cada 48 horas para o acompanhamento da evolução do quadro clínico; - Não há a necessidade de gravar a conversa; - Anotar informações sobre a conversa telefônica no prontuário, como quadro clínico autorreferido do paciente, autoavaliação da necessidade de ir algum profissional à residência do paciente ou consulta presencial na UBS com o paciente em uso de máscara, horário da ligação e queixas.

Fonte: Ministério da Saúde, 2020a.

rastrear todos os contatos. A identificação e o teste de casos em potencial devem ser tão extensos quanto é permitido pelos serviços de saúde e capacidade de testes diagnóstico, incluindo a identificação, o teste e o isolamento de casos suspeitos sem ou com doença leve (por exemplo, doença semelhante à influenza) (Niu *et al.*, 2020). Para o COVID-19, a OMS recomenda apenas as precauções padrão e de gotículas para o atendimento ao usuário, com isolamento, se possível. A máscara N95 apenas para procedimentos que poderão gerar aerossóis; caso contrário, as máscaras cirúrgicas são consideradas EPIs adequados para os profissionais da saúde (Brosseau, 2020). As máscaras faciais, especialmente as N95, são os equipamentos de proteção essenciais para os profissionais de saúde durante um surto de doença infecciosa. Para os casos suspeitos ou diagnosticados dessa infecção, é recomendado que se use uma máscara para minimizar a transmissão do vírus. Numerosos estudos relataram os efeitos do uso de máscaras faciais na restrição da transmissão do vírus, como uma redução de três a quatro vezes nos vírus associados a aerossóis e uma menor taxa de transmissão entre seus contatos. Para manter um suprimento estável dessas máscaras (especialmente a N95), com prioridade aos profissionais da saúde e pessoas infectadas, é crucial para o controle de surtos. Em algumas regiões do leste asiático, usar máscara facial em público durante as estações de gripe e surtos de doenças, é considerado uma medida para restringir a transmissão assintomática nas comunidades e uma norma de responsabilidade social para o controle de surtos. No entanto, o uso universal de máscaras não foi recomendado pela OMS. Estudos anteriores descobriram que a eficácia do uso de máscaras deve ser aliada com a higienização das mãos, que tem como função reduzir a exposição ao vírus da influenza em aerossol em seis vezes (Wu *et al.*, 2020).

A Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomenda que os usuários sejam tratados em salas de isolamento aéreo seguido de precauções padrão, contato e aéreas para poder incluir a ocular. Os profissionais de saúde devem usar proteção respiratória, sendo, no mínimo, uma máscara N95. O CDC adverte contra o uso de procedimentos de geração de aerossóis, devendo ser realizadas em salas de isolamento aéreo com número limitado da equipe, usando, pelos menos, uma N95 (Brosseau, 2020). A máscara cirúrgica deve ser utilizada para que se evite a contaminação da boca e nariz do profissional por gotículas respiratórias, quando ele atuar a uma distância inferior a um metro do usuário suspeito ou confirmado de infecção pelo COVID-19. Já a máscara N95 serve para o profissional atuar em procedimentos com risco de geração de aerossol nos usuários com infecção suspeita ou confirmada pelo vírus, com eficácia mínima de filtração de 95% de partículas de até 0,3. A máscara deverá estar devidamente ajustada à face e nunca deve ser compartilhada entre profissionais.

A forma de uso, manipulação e armazenamento deve seguir as recomendações do fabricante (Ministério da Saúde, 2020b). O monitoramento clínico dos pacientes com a SG em acompanhamento ambulatorial na APS/ESF deve permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias a contar da data de início dos sintomas. O monitoramento deve ser realizado a cada 48 horas, preferencialmente por telefone, conforme tabela 3, solicitando consulta presencial, caso necessário. Todos os membros da casa devem ser considerados como contactantes e também deverão ser afastados por 14 dias e acompanhados pela APS/ESF, além de serem estratificados de maneira apropriada, caso iniciem com sintomas. Se houver piora dos sintomas, será necessário que se encaminhe o usuário a outros níveis de cuidado do SUS (algum centro de referência, sendo a UBS responsável pelo encaminhamento do usuário) (Ministério da Saúde, 2020a). Quanto a medidas de prevenção comunitária, o Ministério da Saúde, em ressonância com as diretrizes mundiais, preconiza como medidas de prevenção à população: realizar lavagem frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel, especialmente após contato direto com pessoas doentes; utilizar lenço descartável para higiene nasal; cobrir nariz e boca quando espirrar ou tossir; evitar tocar mucosas de olhos, nariz e boca; higienizar as mãos após tossir ou espirrar; não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, pratos, copos ou garrafas; manter os ambientes bem ventilados; evitar contato com pessoas que apresentam sinais ou sintomas da doença (Ministério da Saúde, 2020a). É importante deixar claro que há a necessidade da busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal na comunidade, sendo necessário treinamento dos profissionais para o reconhecimento de sinais e sintomas clínicos da SG na APS. Além disso, políticas públicas que visam ao esclarecimento da população a respeito das informações acerca do Novo Coronavírus são essenciais no combate à doença. (Ministério da Saúde, 2020a).

### Considerações finais

Atualmente, o mundo está passando pelos estágios iniciais de uma pandemia global, porém, alguns países, já estão em estágios bem avançados e graves desta patologia. Embora a China tenha conseguido conter esse vírus, eles ainda têm um receio de uma nova contaminação através de estrangeiros. Não são todos os países que poderão utilizar essa estratégia que os chineses utilizaram para a contenção do vírus, com isolamento social e a limpeza da rua com um desinfetante especial. Assim, grande parte do mundo poderá experimentar um aumento de casos exponencial de COVID-19 nas próximas semanas e meses. As estimativas da taxa de mortalidade em cada país serão diferentes, onde, pela avaliação de efeitos de saúde, cada local tomará decisões sobre as condutas que adotarão. As recomendações das autoridades internacionais e nacionais estão alinhadas, onde, a principal ideia é que as pessoas

tenham alguns cuidados na higiene pessoal e uso de máscaras quando em contato com alguém suspeito de uma SG ou diagnosticado com COVID-19. Portanto, o papel dos profissionais da estratégia de saúde da família será na busca ativa de novos casos de SG e isolamento deles e familiares, para avaliar durante 14 dias. A cada 2 dias, estar ligando para o usuário para saber como está e, caso necessário, visita domiciliar com enfermeiro e médico especialistas em saúde da família, fazendo uso de EPIs apropriados; e, caso houver piora do quadro clínico, o paciente será encaminhado a um centro de referência ao COVID-19.

## REFERÊNCIAS

- Brosseau LM. Are powered air purifying respirators a solution for protecting healthcare workers from emerging aerosol-transmissible diseases? *Annals of work exposures and health*, wxaa024; 2020 Mar: 1-3. Doi: <https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa024>
- Costa AAC, Lenza NFB, Souza CBL, Oliveira ISB. Saúde do homem: ações de prevenção na estratégia de saúde da família. *Atenas Higeia*. 2020; 2 (1): 49-55. Português.
- Croda JHR, Garcia LP. Resposta imediata da vigilância em saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiol serv saúde*. 2020; 29 (1):1-3. Português. Doi: 10.5123/S1679-49742020000100021.
- Lana RM, Coelho FC, Costa Gomes MF, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM, Codeço CT. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad saúde pública*. 2020; 36 (6): 1-5. Português. Doi: 10.1590/0102-311X00019620.
- Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Brasília: Secretaria de atenção primária à saúde; 2020a.
- Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus (2019-nCoV). Brasília: Ministério da Saúde; 2020b.
- Niu Y, Xu F. Deciphering the power of isolation in controlling COVID-19 outbreaks. *The lancet: Global Health*. 2020 apr. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30085-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30085-1)
- Oliveira LFA. Avaliação da qualidade da estratégia de saúde da família pelos enfermeiros de um município Mineiro [dissertação]. Alfenas (MG): Universidade Federal de Alfenas, 2020.
- Semple S, Cherrie JW. COVID-19: protecting worker health. *Annals of work exposures and health*, wxaa033; 2020 Mar: 1-4. Doi: <https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa033>
- Sorbello M, El-Boghdadly K, Di Giacinto I, Cataldo R, Esposito C, Falcetta S *et al*. The Italian coronavirus disease 2019 outbreak: recommendations from clinical practice. *Association of Anaesthetists*. 2020 Mar:1-6. Doi: 10.1111/anae.15049
- Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, *et al*. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *The lancet: infectious diseases*. 2020 Mar 30. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)
- Wu H, Huang J, Zhang CJP, He Z, Ming W. Facemask shortage and the novel coronavirus disease (COVID-19) outbreak: reflections on public health measures. *EClinicalMedicine*. 2020 Apr 02; 9 (53):1-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100329>
- Zhang J, Litinova M, Wang W, Wang Y, Deng X, Chen X *et al*. Evolving epidemiology and transmission dynamics of coronavirus disease 2019 outside Hubei province, China: a descriptive and modelling study. *The lancet: infectious diseases*. 2020 Apr 02. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30230-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30230-9)

\*\*\*\*\*