



# Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária

doi: 10.5123/S1679-49742020000400011

COVID-19 health surveillance in Brazil: investigation of contacts by primary health care as a community protection strategy

Vigilancia de la salud COVID-19 en Brasil: investigación de contactos de atención primaria de salud como estrategia de protección comunitaria

Carolina Maia Martins Sales<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0002-2879-5621

Adriana Ilha da Silva<sup>2</sup> –  orcid.org/0000-0001-8698-5768

Ethel Leonor Noia Maciel<sup>1</sup> –  orcid.org/0000-0003-4826-3355

<sup>1</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Laboratório de Epidemiologia, Vitória, ES, Brasil

<sup>2</sup>Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Serviço Social, Vitória, ES, Brasil

## Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, declarou a COVID-19 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta desta organização –, e, em 11 de março de 2020, como uma pandemia.<sup>1</sup>

No Brasil, medidas foram adotadas antes de o primeiro caso ser confirmado. Em 22 de janeiro, iniciaram-se as ações do Centro de Operações de Emergência do Ministério da Saúde (MS), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). Nesse primeiro momento, as ações buscaram promover a informação e comunicação para a população, além de capacitação para os profissionais de saúde e a expansão da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente na atenção terciária, com o aumento de leitos de unidades de terapia intensiva (UTIs), respiradores, equipamentos de proteção individual, entre outras medidas.<sup>2</sup> Em 20 de março de 2020, o MS declarou a transmissão comunitária da COVID-19 e, assim, iniciou a adoção de medidas não farmacológicas para a diminuição de sua transmissão, como isolamento e distanciamento social, a fim de se evitarem aglomerações.<sup>3</sup>

Vários estudos focalizam o distanciamento físico como uma estratégia de controle da transmissão do novo coronavírus (SARS-CoV-2), causador da COVID-19, diante da sua dinâmica complexa e das suas características epidemiológicas ainda desconhecidas. Estudo realizado em Taiwan mostrou que o isolamento vertical de pessoas sintomáticas e de pessoas pertencentes aos grupos de risco não é uma medida tão eficaz para diminuir a transmissão do SARS-CoV-2, e que há necessidade de ações mais generalizadas, ou seja, para o conjunto da sociedade, a exemplo do isolamento horizontal, como medida de distanciamento social.<sup>4</sup> A China, com o *lockdown* na província de Wuhan, adotou medidas extremas de distanciamento social. Outros países tomaram ações semelhantes: fechamento de cidades ou comunidades inteiras, restrição de viagens internacionais e domésticas, controle de fronteiras com triagem de sintomas (barreiras sanitárias), implementação da quarentena, entre outras.<sup>4</sup> Na Escócia, o isolamento domiciliar foi efetivo para evitar a admissão nos serviços de saúde. Com a diminuição da presença de pessoas infectadas no serviço de saúde, houve interrupção na cadeia de transmissão.<sup>5</sup>

De acordo com as recomendações da OMS, para que a pandemia seja considerada controlada, o indicador de

## Endereço para correspondência:

Carolina Maia Martins Sales – Av. Marechal Campos, nº 1468, Vitória, ES, Brasil. CEP: 29041-295

E-mail: carolina.sales@outlook.com



velocidade de sua reprodução ou de transmissão (Rt) precisa estar abaixo de 1, nível ainda não alcançado pelos estados brasileiros. Outra preocupação é a interiorização da doença, que se espalha para locais com pouca infraestrutura de leitos hospitalares, que se encontram, em sua maioria, concentrados nas regiões metropolitanas.<sup>6</sup>

Esse contexto torna fundamentais a racionalização dos recursos e a estruturação de fluxos de atenção, que direcionem o acompanhamento dos casos com responsabilidade territorial e priorização do cuidado e do acompanhamento contínuo. Nesse sentido, propõe-se um fluxograma para auxiliar de maneira estratégica a organização da rede de serviços da atenção primária em saúde (APS), de base territorial, ampliando as intervenções, ao colocar o cotidiano da população como ponto central do cuidado em relação à COVID-19.

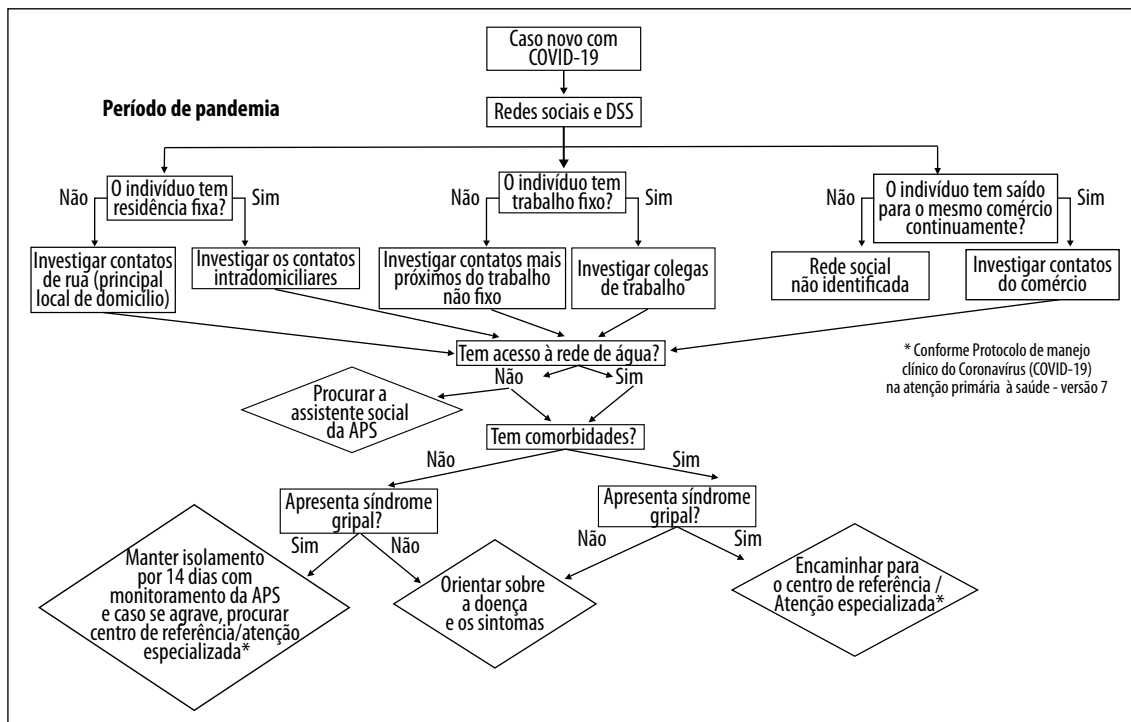
### Desenvolvimento do fluxograma

Em 2016, foi publicada uma proposta para a avaliação de contatos de pessoas com tuberculose.<sup>7</sup> Essa proposta resultou num fluxograma de vigilância territorial que teve como objetivo principal auxiliar a interrupção da cadeia de transmissão da doença. Considerou-se inicialmente

uma distância média de aproximadamente 2 mil metros de um mesmo aglomerado espacial, ou seja, um indivíduo com a doença e com determinado genótipo estaria a uma distância de aproximadamente 2 mil metros de outro indivíduo com o mesmo genótipo.<sup>8</sup> Em outras palavras, supõe-se transmissão entre pessoas com o mesmo material genético do microrganismo. Dessa forma, inferiu-se que tal distância seria a mínima para que uma pessoa não conseguisse transmitir a doença para outra.

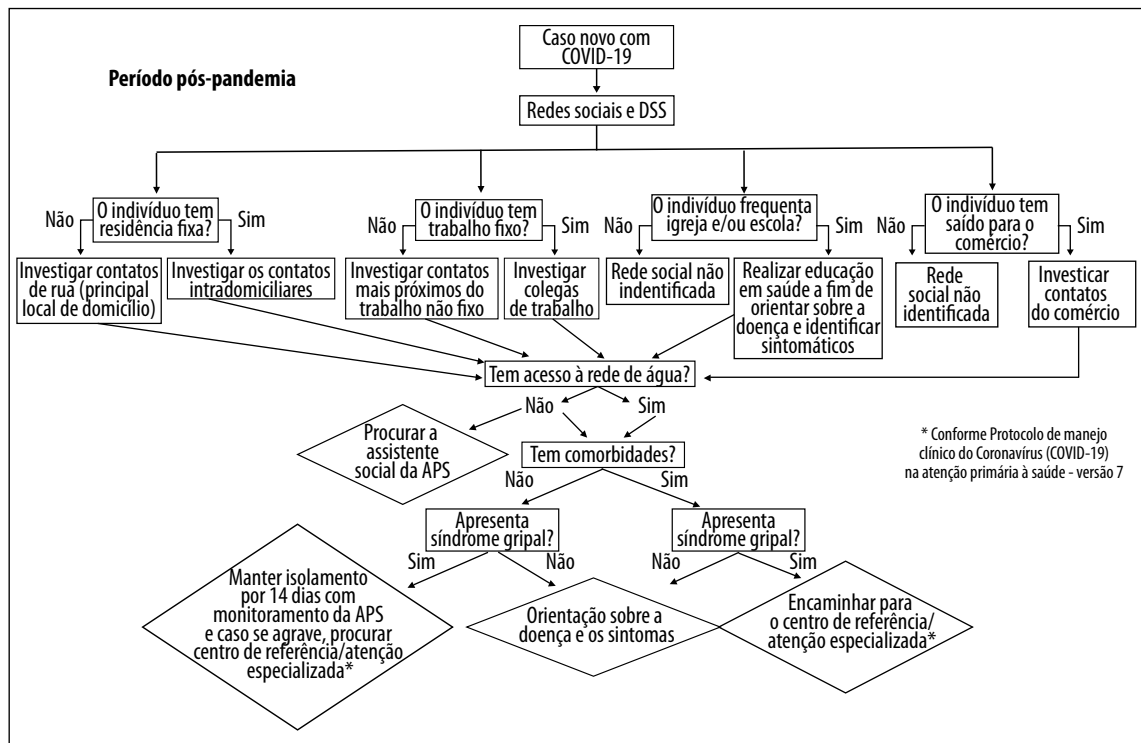
A tuberculose é uma doença cujos mecanismos de transmissão estão descritos, o tratamento é acessível e a vacina para prevenção de casos graves em crianças está disponível, o que não se observa para a COVID-19.<sup>9</sup> Além disso, por estarmos em período epidêmico do coronavírus, sua velocidade de transmissão é muito maior que a da tuberculose. Contudo, é importante ressaltar que, mesmo com toda a informação acerca da tuberculose, a transmissão comunitária permanece.

Ainda que não se conheçam todos os mecanismos de transmissão do SARS-CoV-2 e que existam pontos de discordância sobre o papel dos assintomáticos, como os mecanismos de transmissão de pessoa a pessoa são extremamente relevantes para a propagação de ambas as doenças, pode-se postular, com base na vigilância,



APS: Atenção primária em saúde.  
DSS: Determinantes sociais da saúde.

Figura 1 – Fluxograma de vigilância territorial para a busca de contatos de casos de COVID-19 no período pandêmico



APS: Atenção primária em saúde.  
DSS: Determinantes sociais da saúde.

**Figura 2 – Fluxograma de vigilância territorial para a busca de contatos de casos de COVID-19 no período pós-pandemia**

que a busca de casos pela APS, a organização da própria comunidade e o isolamento de pessoas sintomáticas e oligossintomáticas podem ter um papel crucial na interrupção ou diminuição da cadeia de transmissão do SARS-CoV-2. Assim, a identificação precoce, principalmente em comunidades vulneráveis, pode influenciar na velocidade de transmissão.<sup>10,11</sup>

Seria possível, portanto, inferir que o espaço de propagação do SARS-CoV-2 também estaria no círculo social, delimitado espacialmente. Partindo desse pressuposto, realizou-se uma adaptação da referida proposta para a realização da busca de casos da COVID-19 em um território mais abrangente, conforme demonstrado nos fluxogramas 1 e 2. Território aqui, conforme afirma Milton Santos,<sup>12</sup> define-se enquanto locus interdependente de modo de produção e formação socioeconômica onde ocorrem as relações e redes sociais dos indivíduos, não se restringindo apenas ao espaço geográfico.

Essa vigilância com base no território teria como objetivo principal mapear as redes de interação social de indivíduo-indivíduo e indivíduo-espaço com COVID-19, considerando alguns determinantes sociais da saúde (DSS). Além disso, propõe a realização de uma busca

ativa de novos casos da doença para, assim, manter-se o isolamento dos casos suspeitos e se controlar a cadeia de transmissão da doença. No fluxograma, considera-se 2 mil metros como a distância com potencial transmissão entre duas pessoas no domicílio, no trabalho ou no lazer.

O fluxograma de vigilância territorial da COVID-19 aborda a busca de casos de síndrome gripal (SG), a partir da identificação das relações sociais do indivíduo e dos DSS. Segundo o Ministério da Saúde, a SG é definida como: “Indivíduo com quadro respiratório agudo, caracterizado por sensação febril ou febre, mesmo que relatada, acompanhada de tosse OU dor de garganta OU coriza OU dificuldade respiratória.”<sup>13</sup>

Duas propostas de fluxograma são apresentadas, para os períodos pandêmico e pós-pandêmico, supondo-se que no segundo também haverá necessidade de busca de casos e de contatos.

### Aplicação do fluxograma

O fluxograma deve ser utilizado na APS no momento da avaliação de um caso suspeito de COVID-19. A APS é uma das portas de entrada do SUS e deve reorganizar o

fluxo dos usuários, assumindo o protagonismo do serviço de saúde.<sup>14</sup> Os atendimentos dos casos de COVID-19 estão sendo realizados por médicos e enfermeiros nesse período de pandemia, entretanto, no pós-pandemia, o agente comunitário de saúde, profissional que é o elo de ligação entre a unidade de saúde e a comunidade,<sup>15</sup> pode atuar na identificação dos possíveis contatos.

No período pandêmico (Figura 1), o fluxograma orienta a identificação de cada contato de uma pessoa com diagnóstico da COVID-19, a observação das redes sociais e dos DSS e, a partir daí, segue-se para a busca dos locais de convívio do indivíduo, a fim de se identificarem novos casos de SG. Entretanto, antes da investigação clínica, observa-se um item importante dos DSS, que é o acesso a rede de água. Se o indivíduo não tem acesso, é encaminhado à assistência social para verificação das possibilidades de ajuda. A avaliação clínica é iniciada observando-se a presença de comorbidades e SG. Na presença de SG, o ideal é que seja feita a avaliação diagnóstica da COVID-19 com testagem e isolamento por 14 dias, caso não haja comorbidades, ou encaminhamento para o serviço de referência. Os indivíduos sem SG devem ser orientados sobre a doença e os sintomas.

Dessa forma, uma pessoa com COVID-19 põe em movimento a estratégia de controle de contatos, que se baseia na busca de SG em diferentes ambientes sociais, por exemplo, em casa, no trabalho, em abrigos, entre outros. Caso more sozinha, não tenha trabalho fixo ou não pratique atividades de lazer com outras pessoas, não há, especificamente, quem investigar (Figura 1).

Se os contatos tiverem ou relatarem febre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ), dispneia, mialgia e fadiga, e sintomas respiratórios superiores,<sup>13</sup> orienta-se que observem os sintomas e mantenham-se isolados. O monitoramento dessas pessoas, contudo, deve ser realizado até a alta do isolamento e, em caso de piora do quadro, elas devem ser orientadas a buscar o serviço de saúde de referência, urgência ou emergência mais próximo. Em locais de aglomeração nos quais uma pessoa com diagnóstico de COVID-19 tenha interagido com muitas pessoas, orienta-se que sejam realizadas ações de educação em saúde com os contatos, com o intuito de prevenir maior propagação da doença e alertar para os sintomas.

A identificação de doenças prévias dos casos e seus contatos pode ser considerada uma medida de orientação para marcadores de gravidade. O profissional de saúde deve perguntar por qualquer doença prévia, como

diabetes, hipertensão arterial, câncer, e outras doenças infecciosas recentes, como dengue e Chikungunya, entre outras. Nesse momento, qualquer informação de doença recente ou crônica é relevante, e deve ser considerada e reportada para a equipe de saúde.

No período pós-pandemia, as redes sociais do indivíduo tendem a aumentar, com o retorno ao funcionamento de locais fechados durante a pandemia, como igrejas e escolas. Assim, propõe-se uma estratégia coletiva de educação em saúde, na qual serão informados sinais e sintomas, e orientados os cuidados em saúde, para identificação das necessidades de cada agregado familiar. A investigação clínica segue os mesmos trâmites do fluxo individual, de acordo com as recomendações do MS (Figura 2).

### Considerações finais

Os fluxogramas apresentados para busca ativa de sintomáticos da COVID-19 na APS podem ser úteis para impedir a manutenção da cadeia de transmissão da doença e, assim, reduzir a demanda por leitos de UTIs, principalmente em locais onde existem poucos leitos hospitalares. Nesse sentido, identificar as pessoas com SG, realizar o teste diagnóstico e promover o isolamento de forma precoce podem barrar a transmissão para os indivíduos pertencentes a grupos com maior risco de desenvolver formas graves da COVID-19.

A educação em saúde, realizada com linguagem, informações e orientações acessíveis à população, se torna altamente necessária, para evitar o efeito negativo de mensagens falsas (*fake news*) que circulam na internet, além de atingir um maior número de pessoas que, uma vez orientadas, podem tornar-se multiplicadoras da informação de qualidade.<sup>16</sup>

O acompanhamento dos casos considerados mais leves e o monitoramento de sua evolução, com adequado direcionamento, quando necessário, à rede de serviços clínicos e assistenciais, poderá garantir a assistência à saúde de maneira mais imediata aos indivíduos sintomáticos e criar condições para o isolamento daqueles em condições de vulnerabilidade, conforme recomendações da OMS.<sup>13</sup>

Os fluxogramas apresentados podem e devem ser adaptados para a vigilância concomitante de outras doenças endêmicas e epidêmicas do Brasil, pois a COVID-19 soma-se às doenças preexistentes no país, reforçando a necessidade de reorganização dos serviços de saúde, visto que a pandemia alterou o modo de trabalho da APS.

Em conclusão, acredita-se que as ações propostas podem ser um grande avanço na vigilância em saúde da COVID-19, uma vez que essa abordagem considera a transmissão na comunidade e em seus espaços sociais, com a busca dos contatos, orientação adequada e educação em saúde. Dessa forma, a implementação dos fluxogramas poderá auxiliar na organização dos serviços da APS, com benefícios tanto para as pessoas afetadas quanto para toda a comunidade.

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde - PAHO. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2020 [citado 2020 jul 9]. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875)
2. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, Garcia LP. Como o Brasil pode deter a COVID-19. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 abr [citado 2020 jul 9];29(2):e2020044. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-4974202000200023>
3. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 maio 2]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional>
4. Cheng H, Jian S, Liu D, Ng TC, Huang WT, Lin HH, et al. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2020 May [cited 2020 Jul 9]:e202020. Available from: <https://dx.doi.org/10.1001%2Fjamainternmed.2020.2020>
5. Kate M, Katie S, Janet S, Christine E, Duncan M, Lorna W, et al. Coronavirus disease (COVID-19) Community Testing Team in Scotland: a 14-day review, 6 to 20 February 2020. *Euro Surveill* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Jul 9];25(12):pii=2000217. Available from: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.12.2000217>
6. Gomes CC, Cerutti Junior C, Zandonade E, Maciel ELN, Alencar FEC, Almada GL, et al. A population-based study of the prevalence of COVID-19 infection in Espírito Santo, Brazil: methodology and results of the first stage, 2020. *MedRxiv preprint* [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://doi.org/10.1101/2020.06.13.20130559>
7. Maciel ELN, Sales CMM. A vigilância epidemiológica da tuberculose no Brasil: como é possível avançar mais? *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2016 jan-mar [citado 2020 jul 9];25(1):175-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000100018>
8. Ribeiro FK, Pan W, Bertolde A, Vinhas SA, Peres RL, Riley L, et al. Genotypic and spatial analysis of Mycobacterium tuberculosis transmission in a high-incidence urban setting. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2015 Sep [cited 2020 Jul 9];61(5):758-66. Available from: <https://doi.org/10.1093/cid/civ365>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [citado 2020 jul 9]. 364 p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil\\_2\\_ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf)
10. Resende PC, Delatorre E, Gräf T, Mir D, Motta FC, Appolinario LR, et al. Genomic surveillance of SARS-CoV-2 reveals community transmission of a major lineage during the early pandemic phase in Brazil. *bioRxiv* [Internet]. 2020 Jun [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://virological.org/t/genomic-surveillance-of-sars-cov-2-reveals-community-transmission-of-a-major-lineage-during-the-early-pandemic-phase-in-brazil/514/1>
11. World Health Organization - WHO. COVID-19 strategy update – 14 april 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Jul 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/covid-19-strategy-update---14-april-2020>

## Contribuição das autoras

Maciel ELN contribuiu na concepção do estudo. Maciel ELN e Sales CMM contribuíram no delineamento e redação do estudo. Da Silva AI contribuiu com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito. Todas as autoras aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os seus aspectos, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

12. Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec; 1996.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde: versão 7 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2020 Jul 9]. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/normas/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude-versao-7/>
14. Sarti TS, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2020 abr [citado 2020 jul 9];29(2):e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
15. Quirino TRL, Silva NRB, Machado MF, Souza CDF, Lima LFS, Azevedo CC. O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia do COVID-19. *Rev Port Saúde Sociedade* [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 9];5(1):1299-1314. Disponível em: <http://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/download/10406/7481>
16. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Saúde lança serviço de combate à Fake News [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado 2020 jul 9]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44139-ministerio-da-saude-lanca-servico-de-combate-a-fake-news>

Editora associada: Bárbara Reis-Santos -  [orcid.org/0000-0001-6952-0352](https://orcid.org/0000-0001-6952-0352)