



Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro  
Assessoria Parlamentar

OFÍCIO Nº 3882/2020/ASPAR/GM/MS

Brasília, 21 de julho de 2020.

A Sua Excelência a Senhora

**SORAYA SANTOS**

Deputada

Primeira-Secretária

Edifício Principal, sala 27

Câmara dos Deputados

70160-900 Brasília - DF

Assunto: **Requerimento de Informação nº 443/2020 - Esclarecimentos sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo Covid-19 nos profissionais de saúde.**

Senhora Primeira-Secretária,

Em resposta ao **Ofício 1ª Sec/RI/E/nº 1240/2020**, referente ao **Requerimento de Informação nº 443, de 10 de junho de 2020**, encaminho as informações prestadas pelas áreas técnicas deste Ministério.

Atenciosamente,

**EDUARDO PAZUELLO**  
Ministro de Estado da Saúde

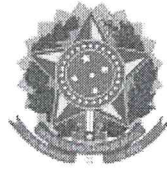


Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Pazuello, Ministro de Estado da Saúde, Interino**, em 23/07/2020, às 12:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0015849642** e o código CRC **A80A3F87**.





Ministério da Saúde  
Gabinete do Ministro  
Assessoria Parlamentar

## DESPACHO

ASPAR/GM/MS

Brasília, 21 de julho de 2020.

Ao Gabinete do Ministro

**Assunto: Requerimento de Informação nº 443/2020 - Esclarecimentos sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo Covid-19 nos profissionais de saúde.**

1. Trata-se de **Requerimento de Informação nº 443/2020** (0014740286), de autoria do Deputado Federal Célio Studart, por meio do qual solicita informações, ao Ministro de Estado da Saúde, sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo Covid-19 nos profissionais de saúde.
2. Em resposta, encaminhem-se, para ciência e atendimento à solicitação da Primeira Secretaria da Câmara dos Deputados (0015434587), o **Despacho SAPS/GAB/SAPS/MS** (0015593789), o **Despacho DAPES/SEAD/DAPES/SAPS/MS** (0014827119), e a **Nota Técnica nº 170/2020-CGGAP/DESF/SAPS/MS** (0014818140), elaborados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS; além do **Despacho SVS/MS** (0014900104), elaborado pela Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS.

**LEONARDO BATISTA SILVA**  
Chefe da Assessoria Parlamentar



Documento assinado eletronicamente por **Leonardo Batista Silva, Chefe da Assessoria Parlamentar**, em 23/07/2020, às 00:57, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0015849125** e o código CRC **FC37D8F5**.



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Gabinete

DESPACHO

SAPS/GAB/SAPS/MS

Brasília, 03 de julho de 2020.

**Interessado: Câmara dos Deputados - Deputado Federal Célio Studart.**

**Referência: Requerimento de Informação nº 443/2020 (0014740286).**

**Assunto: Informações sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo COVID-19 nos profissionais de saúde.**

Restituam-se os autos à **Assessoria Parlamentar – ASPAR**, após manifestações do Departamento de Saúde da Família - DESF, por meio da Nota Técnica 170 (0014818140) e do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES, por meio do Despacho SEAD/DAPES (0014827119), acerca do assunto em epígrafe.

Atenciosamente,

RAPHAEL CÂMARA MEDEIROS PARENTE  
Secretário de Atenção Primária à Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Raphael Camara Medeiros Parente, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 21/07/2020, às 08:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0015593789** e o código CRC **D033F09D**.





Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas  
Serviço de Apoio Administrativo

DESPACHO

DAPES/SEAD/DAPES/SAPS/MS

Brasília, 13 de maio de 2020.

**Referência:** Requerimento de Informação nº 443/2020 (0014759056).

**SEI nº:** 25000.063672/2020-17

**Interessado:** Câmara dos Deputados - Deputado Federal Célio Studart.

**Assunto:** Informações sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo COVID-19 nos profissionais de saúde.

1. Em atenção ao Despacho GAB/SAPS (0014759056), o qual encaminha o Requerimento de Informação nº 443/2020 (0014740286), de autoria do Deputado Célio Studart, que solicitada, ao Ministério da Saúde, informações sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo COVID-19 nos profissionais de saúde.
2. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (DAPES/SAPS/MS), diante do teor da matéria apresentada no referido ofício, cabe informa que é um departamento voltado para indução das Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde no Ciclos de Vida e Saúde Mental, tendo como missão coordenar a formulação, articular e induzir políticas de saúde nos Ciclos de Vida e Saúde Mental, orientadas para a população brasileira.
3. Portanto os dados solicitados não estão no escopo de atribuições desse departamento.
4. Nesse sentindo restitui-se ao **Gabinete da Secretaria de Atenção Primária à Saúde - GAB/SAPS**, para o devido prosseguimento do feito.



Documento assinado eletronicamente por **Simone Garcia de Araujo, Bolsista**, em 15/05/2020, às 00:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Maria Dilma Alves Teodoro, Diretor(a) do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Substituto(a)**, em 15/05/2020, às 16:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0014827119** e o código CRC **905E09F5**.





Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família  
Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária

NOTA TÉCNICA Nº 170/2020-CGGAP/DESF/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. **Informações sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo COVID-19 nos profissionais de saúde.**

2. **ANÁLISE**

2.1. Em atenção ao Despacho GAB/SAPS (0014759056), que solicita análise do pleito disposto no Requerimento de Informação nº 443/2020 (0014740286), de autoria do Deputado Célio Studart, por meio do qual são solicitadas, ao Ministério da Saúde, informações sobre a situação de contaminação e mortalidade pelo COVID-19 nos profissionais de saúde, esta Coordenação Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária tem a informar o que segue.

2.2. No que tange aos questionamentos **a**, **b** e **c**, informamos ser de solicitação de responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde o monitoramento e disponibilização dos dados, a que sugere-se o encaminhamento deste processo.

2.3. No que se refere ao questionamento **d**, quanto às medidas que estão sendo implementadas para recomposição dos quadros de servidores devido o afastamento dos afetados pela COVID-19, esclarecemos que esta Secretaria de Atenção Primária à Saúde, no âmbito de suas competências específicas, traçou várias ações para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o país, algumas das quais serão destacadas no presente documento.

2.4. Inicialmente, cumpre-nos informar que no final de 2019, após o surgimento de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, foi identificado o Novo Coronavírus (2019-nCoV). Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara a situação do surto do novo coronavírus (2019-nCoV) como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPI). No Brasil, em 22 de janeiro de 2020, é ativado o Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública (COE-COVID-19) do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de nortear a atuação do MS na resposta à emergência de saúde pública. Em 03 de fevereiro de 2020 o Ministério da Saúde, por meio da publicação da Portaria n.º 188, declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Em 06 de fevereiro, diante da relevância do surto e da Declaração da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, é sancionada a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Em março de 2020, a OMS declara a pandemia de COVID-19, diante da disseminação global do Novo Coronavírus. Ainda no mês de março, o Brasil declara a situação de transmissão comunitária em território nacional, a partir da publicação da portaria n.º 454, de 20 de março de 2020.

2.5. Portanto, diante da situação de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e Internacional, e da responsabilidade sanitária do Ministério da Saúde em estruturar respostas em tempo oportuno e baseadas nas melhores evidências científicas, o MS, ao passo em que fomenta e adota as medidas legais cabíveis em um momento de Emergência em Saúde Pública, articula um conjunto de



ações e medidas capazes de enfrentar o novo Coronavírus (SARS-CoV-2), em conjunto com estados e municípios.

2.6. A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), responsável da Pasta pela organização de diretrizes para o funcionamento do nível de atenção que possui como vocação habitual a promoção do acesso de primeiro contato às pessoas, sendo o serviço mais capilarizado da rede, responsável pela coordenação do cuidado e oferta integral de ações que resolvam pelo menos 80% dos problemas de saúde das pessoas, vem informar que, diante da pandemia de COVID-19, a APS representa o nível de atenção capaz de identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Novo Coronavírus, resolver pelo menos 80% dos casos da infecção que apresentam curso leve, e conter a ida desnecessária dessas pessoas a serviços de urgência e hospitais.

2.7. Desse modo, é o nível de atenção com capacidade de resolução de 80% dos casos, que são leves, identificar os casos suspeitos e implementar medidas de conforto farmacológico e não farmacológico, além de conter a circulação de pessoas que pode levar à disseminação concentrada do vírus e colapso do sistema de saúde. Sendo assim, considerando:

I - as diretrizes e normativas decorrentes do Pacto Federativo prescrito pela Constituição da República, as normas infraconstitucionais e infralegais que regulamentam a matéria, tais como a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990; a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017; e a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017;

II - que na busca por atender aos compromissos de melhoria e fortalecimento da APS, o nível de atenção que possui capacidade de resolver mais de 80% das intercorrências de saúde das pessoas, e que suas equipes devem realizar diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas de saúde agudos e crônicos, prevenção de doenças, promoção de saúde e coordenação do cuidado de saúde das pessoas e suas famílias, a APS tem a responsabilidade de ser o primeiro e principal contato das pessoas com o sistema, de modo responsivo às necessidades da população e, também, proativo, na medida em que deve ser responsável por buscar aquelas pessoas que ainda não tenham manifestado demanda pelo serviço.

2.8. A APS, ao representar o nível de atenção prioritário para contenção da disseminação do Novo Coronavírus, adota e viabiliza as seguintes medidas:

I - Fortalecimento do acesso na APS, para que esse nível de atenção atenda às pessoas com sintomas respiratórios e casos suspeitos de infecção pelo COVID-19, considerando-se que 80% dos casos da infecção são de curso leve;

II - Ampliação da capacidade assistencial na APS, por meio do reforço das equipes com mais profissionais de saúde;

III - Fornecimento de suporte clínico para que as equipes possam dar o adequado manejo dos casos, implementando as medidas farmacológicas e não-farmacológicas recomendadas pelas melhores evidências científicas;

IV - Oferta de soluções tecnológicas para acesso remoto à assistência para casos leves de COVID-19.

## 2.9. **I - Fortalecimento do acesso na APS**

2.9.1. No eixo referente à ampliação do acesso da população, destacam-se três ações em processo de implementação: a implantação do Programa Previne Brasil; a ampliação de Programas e incentivo temporário para indução do funcionamento de todas as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família em horário ampliado; a ampliação de equipes de saúde da família e equipes de atenção primária..

2.9.2. O Programa Previne Brasil estabeleceu um novo modelo de financiamento de custeio da APS, que induz uma maior responsabilização das equipes pelos usuários, premia e reconhece o alcance de melhores resultados produzidos pelas equipes de saúde, e propicia maior liberdade para o gestor local

investir o recurso da APS nas demandas que forem mais importantes ao seu município. Com o programa, incentivou-se o repasse de recursos vinculado à materialização da responsabilidade das equipes de saúde da família e atenção primária pelo cadastro das pessoas, bem como pelo resultado e qualidade das ações de saúde realizadas.

2.9.3. Com isso, todas as equipes implantadas devem conhecer a população sob sua responsabilidade pelo nome, localidade onde moram, situação de saúde de cada indivíduo, e representam o ponto de referência para que as pessoas acessem sempre que tiverem um problema de saúde. Na mesma medida, devem realizar a busca ativa dessa população, sobretudo os grupos mais expostos e vulneráveis a certas situações de saúde.

2.9.4. Com o Previne Brasil, já foi possível identificar o aumento do cadastro da população (antes eram 80 milhões e, após a medida, já são 103 milhões de pessoas cadastradas), dando melhores condições para que as pessoas acessem as equipes, e para que as equipes realizem a busca ativa aos grupos mais vulneráveis a quadros mais graves nos casos de infecção pelo Novo Coronavírus. Além disso, o Previne Brasil representa um aumento de cerca de 2 bilhões ao ano no financiamento da APS, e um aumento de R\$ 400 milhões de reais nas transferências mensais. Com maior conhecimento das condições de saúde da população sob sua responsabilidade, mais recursos e maior flexibilidade para aplicação dos recursos, o gestor local poderá aplicar melhor e mais agilmente os recursos para o enfrentamento do Coronavírus dentro de seu território nas medidas que forem necessárias.

2.9.5. O Programa Saúde na Hora já realizava, desde meados de 2019, o repasse de incentivo financeiro para as unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde que funcionavam em horário ampliado: 60 horas semanais (12 horas diárias ininterruptas e/ou aos fins de semana); ou 75 horas semanais (15 horas diárias ininterruptas e/ou aos fins de semana). Contudo, o programa, que já conta com 1.987 unidades aderidas para funcionarem em horário ampliado, restringia-se às unidades que possuíam pelo menos 3 equipes de saúde da família implantadas, deixando de fora boa parte do total de unidades que possuem entre 1 e duas equipes de saúde da família.

2.9.6. Com a pandemia, o programa lançou mais uma modalidade de incentivo para que os municípios mantenham as unidades de saúde funcionando em horário ampliado: o Saúde na Hora 2.0 ou 60 horas simplificado. Nesta nova modalidade, mais 5.000 unidades de saúde poderão funcionar por, pelo menos, mais 4 horas diárias e no horário de almoço. Com isso, somando-se às 1.987 unidades que já estavam participando do programa, o total de 6.000 unidades básicas de saúde poderão ficar abertas e disponíveis para o manejo dos casos, evitando-se a circulação de casos suspeitos em unidades de pronto atendimento ou hospitais. Com a medida, cerca de 17.000 equipes de saúde da família e atenção primária (40% do total das equipes) estarão disponíveis para identificar precocemente os sintomas, estabilizar e encaminhar de modo responsável os casos graves, e implementar medidas de conforto farmacológico e medidas não-farmacológicas, como o isolamento domiciliar.

2.9.7. Em março foi publicada, ainda, a Portaria Nº 430, de 19 de março de 2020, que instituiu incentivo financeiro excepcional e temporário para que todas as unidades não contempladas com alguma das modalidades previstas pelo Saúde na Hora façam o atendimento em horário ampliado entre março e setembro de 2020. A medida foi intitulada “Saúde na Hora Emergencial contra o Coronavírus”, e prevê o repasse financeiro para as unidades que realizarem consultas em horário ampliado, independentemente de adesão. Ou seja, com a medida, todas as outras unidades de saúde que ainda não atendem em horário ampliado, sem necessidade de adesão, farão jus ao incentivo financeiro durante a epidemia. Para tanto, basta que as Unidades Básicas de Saúde que possuem pelo menos uma equipe de saúde da família ou equipe de atenção primária funcionem por 12 ou 15 horas diárias e/ou aos fins de semana, e ofereçam consultas médicas e de enfermagem durante todos os turnos de funcionamento.

2.9.8. Diante da pandemia, é importante que todas as unidades básicas de saúde fiquem de portas abertas para a atenção às pessoas com sinais e sintomas de síndrome gripal (febre, tosse, coriza, entre outros). Com a medida, além das 6.000 unidades que já podem funcionar com horário ampliado, as demais 36.000 unidades poderão se organizar para funcionarem em horário ampliado para a população.

2.9.9. Sobre a ampliação do número de Equipes de Saúde da Família (ESF), informa-se que o Ministério da Saúde está aumentando o acesso da população à atenção primária a partir do



credenciamento de mais equipes de saúde da família e atenção primária que atuam nas Unidades de Saúde da Família. É meta do governo federal a implantação de 50 mil até 2022, alcançando-se a cobertura de 70% da população. A expectativa é que somente nesse ano sejam credenciadas e implantadas entre 46 e 48 mil equipes de atenção primária, de forma desburocratizada. Diante do atual cenário causado pelo novo agente coronavírus (2019-nCoV), a SAPS está reforçando, junto aos gestores de saúde, o total de equipes implantadas.

2.9.10. Contamos atualmente com 44.386 (quarenta e quatro mil trezentos e oitenta e seis) ESF para combater a Covid-19 e 1.127 (mil cento e vinte e sete) Equipes de Atenção Primária – EAP aptas, que atuam nas Unidades Básicas de Saúde. As Equipes de Saúde da Família são compostas minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde, os quais devem ter uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes. As equipes de atenção primária são compostas minimamente por médicos e enfermeiros, cumprindo jornada de trabalho individual de 20 ou 30 horas semanais.

## 2.10. **II - Ampliação da Capacidade Assistencial das Equipes**

2.10.1. Para reforçar a capacidade assistencial da APS, a primeira medida implementada para enfrentamento da epidemia foi o reforço de profissionais para as equipes. Considerando-se que, das vagas previstas pelo Programa Mais Médicos, 5.811 encontravam-se desocupadas, foi aberto edital de adesão – Edital n.º 5 de 12 de março – para médicos com CRM ou diploma revalidado no Brasil passarem a ocupar os postos de trabalho nas equipes pelo período de um ano, e com a possibilidade de realizarem plantão dentro da carga horária prevista de 40 horas semanais. A inscrição para o programa encerrou-se em 22/03 e totalizou 9.412 inscrições para 5.811 vagas, representando uma procura de 1,36 candidato por vaga. Entre as próximas etapas estão previstas a escolha da localidade de atuação, e a previsão é que tais médicos iniciem suas atividades na primeira quinzena de abril.

2.10.2. Ademais, também foi publicado o **EDITAL nº 7, de 25 de março de 2020** - que **prorroga a adesão** dos médicos formados em Instituições de Educação Superior brasileiras e estrangeiras, participantes do Projeto Mais Médicos Para o Brasil, na chamada regida pelo Edital SGTES/MS nº 19, de 10 de novembro de 2016 - 13º ciclo. Além disso, houve a publicação do **EDITAL nº 9, de 26 de março de 2020 (20º ciclo)** - Chamamento público de médicos intercambistas, oriundos da cooperação internacional, para reincorporação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do art. 23-A da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, acrescido pelo art. 34 da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Os editais podem ser acessados neste endereço eletrônico: <http://maismedicos.gov.br/editais-abertos-anteriores>

2.10.3. A SAPS implantou também, no mês de março de 2020, um sistema de credenciamento para financiar residências médicas em saúde da família/medicina, a fim de propiciar o fortalecimento desse tipo de programa, que garante importante impacto na qualidade da APS. Importante frisar que a médio e longo prazo o fato gerará uma maior capacidade dos municípios no enfrentamento da pandemia pelo coronavírus, uma vez que fortalece uma dinâmica de constituição de equipe comprovadamente eficiente.

2.10.4. Além disso, a estrutura do novo programa de provimento médico (Médicos pelo Brasil – MPB) incorpora essa mesma estratégia, mantendo o profissional em formação nos dois primeiros anos sob supervisão de um médico especialista em medicina de família e comunidade.

2.10.5. Além disso, foi publicado o Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, que institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - Adaps. Com o Decreto, as medidas para implantação da agência poderão ser implementadas e, consequentemente, a seleção dos médicos do MPB – com vínculo CLT, com vagas melhor dimensionadas, e modelo de carreira que conta com avaliação de desempenho e gratificação para atuação em áreas remotas –, poderá acontecer antecipadamente.

## 2.11. **III - Fornecimento de suporte clínico para que as equipes possam dar o adequado manejo dos casos implementando as medidas farmacológicas e não-farmacológicas recomendadas pelas melhores evidências científicas.**

2.11.1. Como medida de suporte clínico para atuação das equipes, o Ministério da Saúde ampliou a oferta de teleconsultoria por serviço de 0800 para auxiliar o manejo dos casos suspeitos e confirmados de infecção pelo Novo Coronavírus pelas equipes de atenção primária. O serviço disponibiliza consultorias gratuitas por telefone de médico para médico e de enfermeiro para enfermeiro, para os profissionais de todo o Brasil, esclarecendo dúvidas sobre diagnóstico e tratamento do Novo Coronavírus, baseados nas melhores evidências científicas.

2.11.2. **IV - Oferta de soluções tecnológicas para acesso remoto à assistência para casos leves de COVID-19**

2.11.3. Para assistência aos casos leves de COVID-19, a APS apresenta propostas de acesso à assistência via remota. Diante da possibilidade do sistema de atendimento presencial sofrer esgotamento, com o aumento crescente da demanda devido ao momento epidemiológico, estratégias alternativas, mediadas por soluções tecnológicas, estão sendo consideradas e estruturadas.

2.11.4. Entre as soluções digitais disponibilizadas com o intuito de oferecer assistência à distância à população, a fim de preservar a capacidade de atendimento presencial das unidades de saúde, diminuindo a circulação de pessoas com suspeita de infecção pelos serviços de saúde e evitando a exposição dos profissionais de saúde ao Novo Coronavírus, tem-se: a disponibilização de serviço automatizado de busca ativa para identificação precoce de casos suspeitos (acessado via polo ativo de tecnologia que enviará notificação à população, sobretudo aos grupos mais vulneráveis); a disponibilização de serviço de orientação e identificação de casos suspeitos para a população (acessado via polo passivo de soluções tecnológicas pelo acesso a aplicativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde e por linha telefônica de acesso gratuito); a disponibilização de serviço de atendimento pré-clínico; a realização de monitoramento remoto de casos em tratamento domiciliar; e a realização de consultas virtuais com profissionais de nível superior, isto é, teleconsultas médicas, de enfermagem e multiprofissionais.

2.11.5. Salientamos que, para a segurança do trabalho de profissionais de saúde e outros segmentos essenciais, e também para o acompanhamento mais específico de grupos mais vulneráveis, o Ministério da Saúde recebeu o quantitativo de 5 milhões de testes para esses públicos, que está sendo entregue em diferentes etapas.

2.12. Ressaltamos, ainda, que estão sendo disponibilizados aos estados Equipamentos de Proteção Individual (EPI), conforme pode ser acompanhado diariamente no link: <https://covid-insumos.saude.gov.br/paineis/insumos/painel.php>, e que o CONASEMS já foi comunicado sobre o envio dos testes e sobre os critérios para definição do quantitativo para cada município.

2.13. Com a disponibilização das soluções pretende-se, concomitantemente, ampliar o acesso da população à assistência, e conter a circulação desnecessária de pessoas com sintomas leves pelas unidades básicas de saúde e outros serviços, reduzindo ainda mais a circulação do vírus, as chances de exposição e adoecimento dos profissionais de saúde pelo COVID-19. Outro aspecto fundamental é a realização de telemonitoramento periódico das pessoas em tratamento domiciliar, possibilitando a tutela pela saúde dessas pessoas em tempo oportuno e periódico, identificando precocemente possíveis agravamentos ou remissão da condição.

2.14. Adicionalmente, cumpre-nos informar que foram publicadas as portarias nº 480, de 23 de março de 2020, que estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, a ser disponibilizado aos estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus – COVID 19; e nº 774, de 9 de abril de 2020, a qual estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde - Grupos do Piso de Atenção Básica-PAB e de Atenção de Média e Alta Complexidade-MAC, a ser disponibilizado aos Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados ao custeio de ações e serviços relacionados à atenção primária à saúde e à assistência ambulatorial e hospitalar decorrente do coronavírus - COVID 19. Os valores repassados a cada município podem ser acessados por meio do link: <http://conass.org.br/pdf/PORTARIA-N-774-09-04-20.pdf>

2.15. Ademais, informamos a publicação das Portarias Nº 1.444, de 29 de maio de 2020, que institui os Centros Comunitários de Referência para enfrentamento à Covid-19, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e estabelece incentivo para custeio dos Centros Comunitário de Referência para



enfrentamento à covid-19 e incentivo financeiro federal adicional per capita, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional; e Nº 1.445, de 29 de maio de 2020, que institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19).

2.16. Os Centros de Atendimento para enfrentamento da Covid-19 vão atuar como o ponto de referência da APS dentro da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma estratégia que busca ampliar diagnósticos e atendimentos dos casos de síndrome gripal, proporcionando maior resolutividade da assistência a pessoas com sintomas leves relacionados à Covid-19. Esses estabelecimentos vão possibilitar que os demais serviços feitos nas unidades de saúde da APS, ações essenciais, como os atendimentos de puericultura, pré-natal, cuidado continuado de pessoas com condições crônicas, entre outras, sejam mantidas ou retornem à rotina habitual. O credenciamento estará disponível para todos os municípios. Serão classificados em três tipologias: tipo 1 para municípios de até 70 mil habitantes; tipo 2 para municípios de 70.001 a 300.000 habitantes; e tipo 3 para municípios acima de 300 mil habitantes. O incentivo financeiro para os municípios e Distrito Federal terá os seguintes valores mensais:

- a) R\$ 60 mil para os Centros de Atendimento Tipo 1;
- b) R\$ 80 mil para os Centros de Atendimento Tipo 2; e
- c) R\$ 100 mil para os Centros de Atendimento Tipo 3.

2.17. Já os Centros Comunitários são serviços do âmbito da APS com credenciamento exclusivo para os municípios que têm comunidades e favelas, conforme definição feita em 2010 de áreas caracterizadas como aglomerado subnormal pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). De acordo com essa classificação, 51 municípios podem solicitar o recurso. Outra diferença é no incentivo financeiro de custeio mensal e adicional per capita para incentivar a atualização do cadastro de pessoas que vivem em áreas de comunidades e favelas, principalmente as que integram grupos de risco. Além de subsidiar com dados para busca ativa e monitoramento remoto, a ação vai fortalecer a atuação das equipes de Saúde da Família e Atenção Primária no território. Serão classificados em duas tipologias: tipo 1 para comunidades e favelas que tenham população entre quatro e 20 mil pessoas; e tipo 2 para comunidades e favelas que tenham população maior de 20 mil pessoas. O incentivo financeiro ao Distrito Federal e municípios que implantarem os Centros Comunitários de Referência para Enfrentamento da Covid-19 terá os seguintes valores mensais:

- a) R\$ 60 mil para tipo 1;
- b) R\$ 80 mil para tipo 2.

2.18. Uma das missões da SAPS é fortalecer o sistema público de saúde, garantindo acesso, com qualidade, eficiência e de acordo com parâmetros internacionais de excelência. Nesse sentido, os serviços a serem contratados são de natureza altamente especializada, que demanda metodologia específica com o apoio de recursos humanos de alto valor intelectual.

### 3. CONCLUSÃO

3.1. Ante o exposto, atualmente estas são as medidas adotadas até o momento no âmbito de atuação da SAPS, realizadas com o objetivo de minimizar os impactos da Pandemia da Covid-19. Na oportunidade, aproveitamos o ensejo para informar que esta Secretaria continua empreendendo todos os esforços em busca de melhores formas que possam contribuir ainda mais com a erradicação do Covid-19.

3.2. Informamos que documentos contendo orientações para o manejo da COVID-19 produzidos por este Ministério da Saúde podem ser acessados em <https://coronavirus.saude.gov.br/>. Considerando que estes podem ser modificados a qualquer momento, tendo em vista o curso da pandemia por COVID-19 e a publicação de novas estratégias por parte do Ministério da Saúde, recomendamos que sejam acessados com regularidade para conhecimento das atualizações.

3.3. **Encaminhe-se ao GAB/SAPS, para posterior encaminhamento à Secretaria de Vigilância em Saúde, para análise e providências, no que couber.**



Documento assinado eletronicamente por **Ana Cláudia Cardozo Chaves, Coordenador(a)-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária, Substituto(a)**, em 02/07/2020, às 19:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Renata Maria de Oliveira Costa, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família, Substituto(a)**, em 03/07/2020, às 11:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0014818140** e o código CRC **A7671D99**.

Referência: Processo nº 25000.063672/2020-17

SEI nº 0014818140

Coordenação-Geral de Garantia dos Atributos da Atenção Primária - CGGAP  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900  
Site - [saude.gov.br](http://saude.gov.br)





Ministério da Saúde  
Secretaria de Vigilância em Saúde

DESPACHO

SVS/MS

Brasília, 19 de maio de 2020.

À: Assessoria Parlamentar - ASPAR/GM/MS

Assunto: **Requerimento de Informação nº 443/2020.**

1. Cuida-se de Requerimento de Informação nº 443/2020, de interesse do Deputado Federal Célio Studart, que solicita informações sobre a contaminação e mortalidade pelo Covid-19 nos profissionais de saúde.
2. Inicialmente, cumpre destacar que a infecção humana provocada pelo SARS-CoV-2 é uma zoonose. O vírus é classificado como um beta Coronavírus do mesmo subgênero da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), porém de outro subtipo.
3. A transmissão do SARS-CoV-2 de humanos para humanos foi confirmada na China e nos EUA e ocorre principalmente com o contato de gotículas respiratórias oriundas de pacientes doentes e sintomáticos.
4. A transmissão do vírus por indivíduos assintomáticos segue em controvérsia até o presente momento. Em média, o período de incubação é estimado em de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias.
5. O paciente com a doença COVID-19 apresenta geralmente os seguintes sintomas e sinais:
  - a) Febre ( $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ );
  - b) Tosse;
  - c) Dispneia;
  - d) Mialgia e fadiga;
  - e) Sintomas respiratórios superiores;
  - f) Sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros).
6. As definições de caso e critérios clínicos para a avaliação diagnóstica ainda não são consenso entre os especialistas. Entretanto, pode-se avaliar o quadro da COVID-19 de maneira clínica e laboratorial.
7. O quadro clínico inicial da doença é caracterizado como Síndrome Gripal, avaliado pelos sinais e sintomas. O diagnóstico sindrômico depende da investigação clínico-epidemiológica e do exame físico. Conduta uniforme é sugerida para todos os casos de Síndrome Gripal no contexto da APS/ESF, dada a impossibilidade de atestar com 100% de segurança se a Síndrome Gripal é causada pelo SARS-CoV-2 ou por outro vírus.



8. Já o diagnóstico laboratorial para identificação do vírus SARS-CoV-2 é realizado por meio das técnicas de RT-PCR em tempo real ou teste rápido sorológico validado pelas instituições de referência.
9. O diagnóstico laboratorial considerado padrão ouro para a identificação do novo coronavírus (2019-nCoV), agora denominado SARS-CoV-2, continua sendo a RT-PCR em tempo real (qRT-PCR).
10. Com relação aos testes sorológicos (testes rápidos), estes visam detectar anticorpo específico produzido pelo corpo humano contra o vírus SARS-CoV-2 ou detectar antígeno desse vírus. Para isso, os métodos sorológicos são desenvolvidos para detecção de anticorpos IgG e IgM ou detecção de antígenos específicos do vírus, alguns por ensaios imunoenzimáticos (ELISA) e imunocromatográficos (teste rápido) e outros por imunofluorescência.
11. Destacamos, também, a Portaria nº 467, de 20 de Março de 2020, que 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 decorrente da epidemia de COVID-19. Por meio dessa portaria, ficam autorizadas, em caráter excepcional e temporário, ações de Telemedicina, de interação à distância. Elas podem contemplar atendimento pré-clínico, suporte assistencial, consultas, monitoramento e diagnóstico, realizados por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS.
12. Os atendimentos deverão garantir a integridade, segurança e o sigilo das informações. Deverão também ser registrados em prontuário clínico, com as seguintes informações: I - Dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchidos em cada contato com o paciente; II - Data, hora, tecnologia da informação e comunicação utilizada para o atendimento; e III - Número do Conselho Regional Profissional e sua unidade da federação.
13. Como uma estratégia no enfrentamento da COVID-19, o Ministério da Saúde também criou o TeleSUS, um serviço de atendimento pré-clínico de saúde, que visa amplo esclarecimento da população sobre a doença e quando procurar atendimento presencial.
14. A estratégia citada tem o papel de favorecer o isolamento domiciliar da população potencialmente contaminada ou do grupo de risco (que não possua sinais de gravidade) e de evitar ao máximo o esgotamento dos serviços presenciais de saúde.
15. Os canais de acesso ao TeleSUS são:
  - a) Aplicativo Coronavírus - SUS, disponível para download gratuito nas principais lojas de aplicativos;
  - b) Chat online, que pode ser acessado pelo site <https://coronavirus.saude.gov.br/>;
  - c) WhatsApp, enviando um oi para o número (61) 9938 - 0031;
  - d) Ligação gratuita para o telefone 136.
16. Todas as pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal deverão realizar isolamento domiciliar, portanto faz-se necessário o fornecimento de atestado médico, até o fim do período de isolamento, isto é, 14 dias a partir do início dos sintomas.
17. São recomendações para profissional de saúde com sintomas de Síndrome Gripal:
  - a) se realizou teste (RT-PCR ou sorológico) , com resultado positivo, manter-se afastado por 14 dias, a contar do início dos sintomas;
  - b) se não realizou teste, o profissional de saúde deverá se afastar por 7 dias, a contar do início dos sintomas do caso. O retorno ao trabalho dar-se-á após 7 dias, se permanecer assintomático.
18. Se o teste realizado pelo profissional apontar negativo, o retorno do profissional deverá ser imediato, desde que assintomático.
19. São condições para o profissional de saúde retornar imediatamente ao trabalho:
  - a) se estiver disponível o teste (RT-PCR ou sorológico) e apontar negativo, desde que tenha sido realizado a partir do oitavo dia de início dos sintomas e tenha ao menos 72 horas de período assintomático, antes

da realização do teste, para que seja reduzido o grau de transmissibilidade, mesmo na eventualidade de resultado falso-negativo.

b) se não dispor de teste, é condição para o profissional de saúde retornar ao trabalho, a permanência por pelo menos 72 horas assintomáticas e, por 7 dias após o início dos sintomas.

20. Destaco que os profissionais assintomáticos deverão retornar com uso da máscara, mantendo o seu uso por 14 dias do início dos sintomas.

21. Também é recomendado o afastamento do profissional de saúde que encontra-se em grupo de risco, ou seja, profissionais com: idade igual ou superior a 60 anos; cardiopatas graves ou descompensados; pneumopatas graves ou descompensados; imunodepressivos; doentes renais crônicos em estágio avançado; diabéticos mellitus; pessoas com doenças cromossômicas e com fragilidade imunológica; gestantes; doentes hepáticos em estágio avançado e obesos.

22. Para os citados casos, a recomendação do Ministério da Saúde é para o afastamento desses profissionais, que deverão realizar assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal. Preferencialmente deverão ser mantidos em atividades de gestão, suporte, assistência nas áreas onde não são atendidos pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal.

23. Casos classificados como graves devem ser estabilizados e encaminhados aos serviços de urgência ou hospitalares de acordo com a organização da Rede de Atenção à Saúde local. É importante que o paciente procure informações junto à Secretaria de Saúde de seu município acerca dos serviços de urgência e/ou hospitalares que foram definidos como Centros de Referência para a COVID-19 em sua região.

24. O encaminhamento será de responsabilidade da equipe da atenção primária onde ocorreu a classificação do caso. Deve-se articular na rede local de saúde a necessidade de recepcionamento priorizado desse cidadão, garantindo transporte sanitário adequado.

25. É importante ressaltar, que o Ministério da Saúde vem divulgando sua estratégia progressiva de realização de testes sorológicos de detecção do SARS-Cov-2.

26. Inclusive, até maio de 2020, já foram distribuídos pelo Ministério da Saúde 2 milhões de testes rápidos, com a previsão de que mais 7 milhões sejam distribuídos até o fim do mês de maio.

27. Além disso, foi aberto chamamento público para a compra de mais 12 milhões de testes rápidos a serem distribuídos a estados e municípios.

28. A lista de distribuição de testes está disponível em <https://covid.saude.gov.br/>.

29. Como a maior oferta de testes aos Estados e municípios, o Ministério da Saúde recomenda que sejam progressivamente incluídos na rotina de testagem de pessoas sintomáticas os seguintes grupos da população:

- a) Profissionais de saúde e segurança pública em atividade, seja da assistência ou da gestão;
- b) Pessoa que resida no mesmo domicílio de um profissional de saúde e segurança pública em atividade;
- c) Pessoa com idade igual ou superior a 60 anos;
- d) Portadores de condições de risco para complicações da COVID-19;
- e) População economicamente ativa.

30. Ressalto que em maio de 2020, já foram identificados 199.768 profissionais de saúde com suspeita de covid-19. Destes, 31.790 foram confirmados e 114.301 estão em investigação. Outros 53.677 descartados. Do total dos casos suspeitos, as modalidades mais atingidas são técnicos ou auxiliares de enfermagem (34,2%), enfermeiro (16,9%), médico (13,3%), recepcionista (4,3%).

31. No Brasil a média de aumento diário dos casos de covid-19 foi de 7,3%. Na Região Nordeste, os estados com maior velocidade de disseminação do vírus são a Paraíba, com 10,4%; e Maranhão, 8,9%. Na Região Norte, os de maior intensidade de aumento da epidemia são Pará (10,4%) e Amazonas (9,1%). No Sudeste, os estados com evolução mais rápida da pandemia são Rio de Janeiro (

6,4%) e São Paulo (6,1%). No Sul, Rio Grande do Sul (5,8%) e Santa Catarina (5,1%). E no Centro-Oeste, Mato Grosso (7,2%) e Distrito Federal (6,8%).

32. Por fim, relevante que seja atendido o despacho GAB/SE (0014763448), que ressalta o disposto no Ofício-Circular nº 37/2020/SE/GAB/SE/MS (0014141852), de 27/03/2020, que identifica qual é a atuação do COE-COVID-19 e esclarece que a instrução processual, "no que tange ao levantamento de informações e demais análises dos pedidos de providências, permanece afeta às competências de cada Secretaria Finalística".

Atenciosamente,

Eduardo Marques Macário  
Secretário Substituto  
Secretaria de Vigilância em Saúde



Documento assinado eletronicamente por **Eduardo Marques Macário, Secretário(a) de Vigilância em Saúde, Substituto(a)**, em 20/05/2020, às 01:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0014900104** e o código CRC **FF2CEFD6**.

Referência: Processo nº 25000.063672/2020-17

SEI nº 0014900104