



SOCIEDADE DE INFECTOLOGIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Filiada à Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI)

Rio, 08 de abril de 2020

Ilmo Sr.

Assessor Especial da Atenção Primária à Saúde do Município do Rio de Janeiro
Dr. Leonardo Graever

Assunto: ORIENTAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO E MANEJO DA TRANSMISSÃO E INFECÇÃO PELO NOVO CORONAVÍRUS (SARS-CoV-2) E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

No último dia 02/04/2020, a Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro enviou uma nota técnica que está anexada no e-mail, orientando as clínicas da família em relação à prevenção, manejo e organização da atenção primária. Fiquei surpresa, ao ler o documento, que tem orientações e fluxograma para intubação orotraqueal em sequência rápida, como se fosse um procedimento muito natural para ser realizado na atenção primária. Entendo que a SMS-RJ tem que orientar os profissionais para um possível caso de insuficiência respiratória que chegue na unidade. Entretanto, os profissionais serão expostos de forma importante e ficarão ventilando o paciente no ambu até que chegue uma ambulância avançada para remoção. A porta de saída para estes pacientes é, na imensa maioria das vezes, uma UPA.

Um exemplo me foi relatado pela Dra Denise Cotrim da Cunha, infectologista, lotada no Centro de Saúde Escola que pertence à ENSP. Até o dia 07/04 atenderam cerca de 150 suspeitos de COVID-19 (em 3 semanas), dos quais 4 apresentavam quadro de SRAG. Conforme me informou, solicitaram ambulância para transferência na plataforma “vaga zero” que, como é de seu conhecimento, regula vagas para todo o município. Os 4 pacientes foram para UPAS. UPAS não têm condições de manter em isolamento este tipo de paciente e por esta razão outros pacientes e profissionais de saúde são expostos, até que consigam a transferência para um hospital ou que recebam alta.

Solicito considerar que:

- 1) O procedimento de intubação orotraqueal em si, ao ser realizado por profissionais sem experiência/expertise, em uma situação crítica, coloca em risco o paciente e os profissionais. O caso ainda é mais grave nas clínicas da família onde é grande a falta de pessoal.
- 2) A atenção primária não pode ser a porta de entrada para estes pacientes, em plena pandemia de uma doença extremamente infecto-contagiosa, com um R0 que chega a 6 pelos últimos trabalhos publicados.

3) A organização dos serviços de saúde nos países que estão enfrentando situações extremas como a Itália e a Espanha, demonstrou que a separação dos atendimentos de atenção primária e da Covid-19 é essencial. Orientam sobre construção de tendas, leitos para pacientes intermediários e graves, deixando a atenção primária com a função de orientação, atendimento aos pacientes hipertensos, diabéticos, imunização e de outros programas da APS, além de vigilância por telefone dos casos leves. Isso seria uma reformulação total em relação ao que o MS preconiza, basta olhar o material deles sobre atendimento da Covid-19 na APS;

4) O procedimento de intubação, mesmo sendo exitoso, gera uma quantidade absurda de aerossóis e nenhuma unidade de APS possui um ventilador mecânico, o que torna obrigatória a ventilação manual com ambu, por tempo indeterminado, até que chegue a remoção, aumentando ainda mais a exposição dos profissionais de saúde;

5) Não existe, até o momento, uma central de regulação somente para leitos de pacientes suspeitos de Covid-19. A regulação regula desde a erisipela até uma insuficiência respiratória, e dispõem de poucas ambulâncias em serviço. A Dra Denise Cotrim da Cunha, por exemplo, relata que já tiveram que esperar, algumas vezes, por uma ambulância até as 19h;

5) A porta de saída para estes pacientes, como dito anteriormente, são as UPAS, lotadas de pacientes com outras enfermidades e que estão trabalhando no limite de sua capacidade, tanto material quanto em recursos humanos;

Pelo contido, solicito que as providências devidas sejam implementadas.

Certa de sua atenção,



Tânia R. C. Vergara
Presidente da SIERJ