



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo

NOTA TÉCNICA Nº 11/2022-CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS

1. **ASSUNTO**

1.1. Trata-se de Nota Técnica para subsidiar a instituição de incentivo financeiro federal de custeio destinado aos municípios e ao Distrito Federal, em caráter excepcional e temporário, para apoiar as ações das equipes e os serviços de Atenção Primária à Saúde voltados ao cuidado às pessoas com condições pós-covid, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente do Sars-CoV-2.

2. **ANÁLISE**

2.1. A covid-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, descrita pela primeira vez em dezembro de 2019 e declarada pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020. Cerca de 5% dos pacientes diagnosticados necessitam de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 2,3% de Ventilação Artificial Invasiva (VAI). A mortalidade global varia de 0,5- 4% a 5-15% em pacientes internados e 22-62% em doentes críticos^{1,2}.

2.2. Um estudo da evolução tardia de pacientes que passaram por internação por SARS-CoV-2 demonstrou que, seis meses após a infecção aguda, 76% dos 1.733 pacientes avaliados apresentavam algum sintoma persistente. O cansaço e a fraqueza muscular foram os sintomas mais comuns, presentes em 63% dos casos, seguidos por dificuldade para dormir, ansiedade e depressão. Além disso, entre aqueles que desenvolveram casos graves da infecção, 56% desenvolveu algum tipo de alteração pulmonar significativa³.

2.3. Em outro estudo de acompanhamento de 767 pacientes após internação por SARS-CoV-2, 51,4% desses ainda se queixavam de sintomas após cerca de 80 dias do quadro agudo, mais comumente fadiga e dispneia aos esforços, e 30,5% ainda apresentavam consequências psicológicas pós-traumáticas. Difusão pulmonar prejudicada foi encontrada em 19%⁴.

2.4. Para efeitos da norma a ser publicada, entende-se por pessoa com "condições pós-covid" aquela que apresenta manifestações clínicas novas, recorrentes ou persistentes presentes após a infecção aguda por SARS-CoV-2, quando estas não são atribuídas a outras causas, conforme Nota Técnica nº 62/2021 SECOVID/GAB/SECOVID/MS⁵. Na literatura, essas manifestações clínicas também podem ser descritas como covid longa, síndrome pós covid, covid crônica, sequelas tardias e etc. As condições pós-covid podem manifestar-se de diferentes maneiras e dependem da extensão e gravidade da infecção, dos órgãos afetados e dos cuidados tomados durante a fase aguda da doença. Sabe-se que ainda surgirão muitos estudos sobre as consequências a longo prazo da covid-19. No entanto, os dados já apresentados permitem estimar que muitos pacientes apresentam sintomas persistentes ou novos decorrentes da infecção, o que deverá acarretar em um aumento na demanda por cuidados prolongados e posteriores à infecção aguda nos serviços de saúde, especialmente na APS, principal porta de entrada do Sistema Único e Saúde (SUS)^{2,6}.

2.5. Diante do cenário apresentado, diversos estudos têm apontado a APS como um ponto de atenção estruturante no cuidado de pessoas afetadas por condições pós-covid, visto que suas

características de ordenadora e coordenadora da rede permitem tratá-los de forma eficaz e oportuna. A APS deve, portanto, estar apta a: 1) manejar os problemas de maior frequência e relevância relacionados aos sintomas citados abaixo, 2) conter eventos adversos evitáveis, 3) detectar complicações precoces, 4) fornecer tratamento adequado e 5) realizar articulação dos diferentes níveis de atenção (atenção especializada ambulatorial e atenção especializada hospitalar), a fim de ofertar atenção integral à população. Assim, as medidas de saúde pública devem incluir ações de estruturação da APS que visem otimizar a qualidade do serviço multiprofissional prestado e alinhado, especialmente a questões de grande vulnerabilidade e desigualdade social⁶⁻⁸.

2.6. Cerca de um terço dos pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2 apresenta ao menos uma condição pós-covid⁹⁻¹⁰. Considerando o número de casos confirmados até 15 de fevereiro de 2022 (27.659.052), esse valor representa 9.219.684 indivíduos que, provavelmente, apresentarão ao menos uma condição pós-covid¹. Os sintomas mais comuns* relacionados às condições pós-covid estão descritos no quadro 1.

Quadro 1 - Sintomas mais comuns relacionados às condições pós-covid.

Condições pós-covid	Prevalência	Tempo para resolução dos sintomas*
Sintomas físicos comuns		
Fadiga	15-87%	3 meses ou mais
Dispneia	10-71%	2 a 3 meses ou mais
Desconforto torácico	12-44%	2 a 3 meses
Tosse	17-34%	2 a 3 meses ou mais
Anosmia (disfunção olfativa)	10 -13%	1 mês, raramente mais
Sintomas físicos menos comuns		
Artralgia, mialgia, cefaleia, rinorreia, disgeusia (distúrbio gustativo), insônia, tonturas, vertigem, diarreia, alopecia, inapetência, sudorese.	<10%	Desconhecido (provavelmente semanas a meses)
Sintomas neuropsiquiátricos		
Transtorno do estresse pós-traumático	7-24%	6 semanas a 3 meses ou mais
Perda de memória	18-21%	semanas a meses
Redução da concentração	16%	semanas a meses
Ansiedade/depressão	22-23%	semanas a meses

* Informações sobre o tempo de recuperação dos pacientes e sintomas persistentes estão evoluindo e estes dados podem se modificar.

Fonte: Mikkelsen e Abramoff (2021)¹; Alkodaymi et al., (2022)¹².

2.7. A APS deve ser capaz de excluir complicações por meio de exame físico e laboratorial, e até a disponibilização de estudos de longo prazo, recomenda-se manejo pragmático com ênfase em suporte abrangente. O cuidado integral, de maneira geral, de um paciente com condições pós-covid na APS deve abordar¹³:

- Avaliação e manejo de comorbidades descompensadas, como diabetes, hipertensão, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, cardiopatia isquêmica, entre outras;
- Atenção aos cuidados integrais de saúde: alimentação saudável e equilibrada, evitar tabagismo e uso de álcool, praticar atividade física e qualidade do sono;
- Aumento gradual de exercício físico, conforme tolerado;
- Atenção à saúde mental: escuta qualificada e voltada às necessidades do paciente, avaliação e tratamento de problemas relacionados à saúde mental decorrentes dos sintomas persistentes em condições pós-covid.

2.8. O incentivo de custeio destinado pela presente portaria será de caráter excepcional e temporário, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia da covid-19. Deverá ser utilizado para apoio à gestão local na qualificação, reorganização e

adequação dos serviços da APS para o cuidado às pessoas com condições pós-covid, respeitando as necessidades epidemiológicas no território, por meio de:

- Contratação de profissionais qualificados;
- Reforma de ambientes (áreas para realização das ações necessárias);
- Aquisição de materiais de consumo necessário (colchonete, faixa elástica e bola suíça), por exemplo.

2.9. Para o estudo do impacto orçamentário foi elaborado um índice do perfil municipal. As variáveis utilizadas para a construção do índice foram as seguintes:

I – Quantitativo de equipes (Saúde da Família, Atenção Primária, Ribeirinha e Unidade Básica de Saúde Fluvial) custeadas pelo Ministério da Saúde na competência financeira de dezembro de 2021;

II – Índice de Vulnerabilidade Social (IVS);

III – Porte populacional; e

IV – Coeficiente de mortalidade por covid-19 por cem mil habitantes (15 de fevereiro de 2022).

2.10. A variável coeficiente de mortalidade por covid-19 foi adotada em detrimento da variável prevalência de casos, pois o registro dos óbitos é obrigatório, e, também, por compreender que o coeficiente de mortalidade é o indicador de maior gravidade comparado aos demais possíveis, como síndrome respiratória aguda grave ou notificação de casos, enquanto a testagem de casos depende da capacidade da gestão municipal e estadual.

2.11. A fim de identificar os municípios que apresentavam maior gravidade dentro dos critérios utilizados, foi atribuído um peso a cada um e, assim, foi elaborado um índice de prioridade municipal. Os pesos atribuídos a cada critério estão em acordo com a importância da variável no cenário epidemiológico, seguindo valores adotados no Previne Brasil, sendo que pesos maiores foram atribuídos para faixas maiores. Diante disso, foi calculado o quartil de cada critério e seu peso correspondente, conforme descrição no quadro abaixo:

Tabela 1- Descrição das variáveis e pesos utilizados de acordo com as faixas de valores.

CRITÉRIO	VALOR	PESO
IVS	≤0,246	0,325
	>0,246 a ≤0,335	0,65
	>0,335 a ≤0,448	0,975
	>0,448	1,3
População estimada 2020	≤20.000	0,5
	>20.000 a ≤50.000	1
	>50.000 a ≤100.000	1,5
	>100.000	2
Nº de equipes	≤2	0,35
	>2 a ≤4	0,7
	>4 a ≤8	1,05
	>8	1,45
Coeficiente de mortalidade covid-19 (x100 mil)	≤142	0,5
	>142 a ≤216	1
	>216 a ≤309	1,5
	>309	2

*IVS = índice de vulnerabilidade social.

2.12. No valor final do índice, realizado por meio do somatório dos pesos alcançados nos quatro critérios considerados, os quartis foram avaliados para categorização do perfil do município obtendo-se:

- Perfil alto: > 4,3
- Perfil médio: > 3,0 a ≤ 4,3
- Perfil baixo: ≤ 3,0

2.13. Com aplicação dos pesos de cada indicador e avaliação dos quartis dos pesos, os municípios foram classificados em três categorias (perfil baixo, médio e alto). A distribuição do número de municípios em cada categoria pode ser visualizada na tabela 2.

Tabela 2- Número (Nº) e percentual (%) de municípios por categoria do índice de prioridade

PERFIL	Nº MUNICÍPIOS	%
Alto	1.373	24,6
Médio	2.679	48,1
Baixo	1.518	27,3

Texto; e

2.14. A distribuição dos municípios por Unidade Federativa (UF) e a visualização no mapa podem ser observados na tabela 05 e na figura 01, respectivamente.

Tabela 05 - Número de municípios total e por categorias de prioridade do índice, por Unidade Federativa.

REGIÃO / UNIDADE FEDERATIVA	PERFIL ALTO	PERFIL MÉDIO	PERFIL BAIXO	TOTAL	VALOR REPASSE
CENTRO-OESTE	119	244	104	467	R\$ 13.802.256,00
Distrito Federal	1			1	R\$ 43.632,00
Goiás	55	125	66	246	R\$ 6.995.664,00
Mato Grosso	36	84	21	141	R\$ 4.319.568,00
Mato Grosso do Sul	27	35	17	79	R\$ 2.443.392,00
NORDESTE	479	945	370	1.794	R\$ 53.769.168,00
Alagoas	23	60	19	102	R\$ 3.025.152,00
Bahia	114	239	64	417	R\$ 12.856.896,00
Ceará	102	78	4	184	R\$ 6.777.504,00
Maranhão	41	145	31	217	R\$ 6.457.536,00
Paraíba	39	105	79	223	R\$ 5.904.864,00
Pernambuco	79	90	16	185	R\$ 6.297.552,00
Piauí	33	97	94	224	R\$ 5.628.528,00
Rio Grande do Norte	23	89	55	167	R\$ 4.392.288,00
Sergipe	25	42	8	75	R\$ 2.428.848,00
NORTE	158	208	84	450	R\$ 14.165.856,00
Acre	6	12	4	22	R\$ 669.024,00
Amapá	4	5	7	16	R\$ 421.776,00
Amazonas	38	22	2	62	R\$ 2.327.040,00
Pará	72	64	8	144	R\$ 5.119.488,00
Rondônia	18	28	6	52	R\$ 1.687.104,00
Roraima	9	6		15	R\$ 567.216,00
Tocantins	11	71	57	139	R\$ 3.374.208,00
SUDESTE	418	739	511	1.668	R\$ 47.166.192,00
Espírito Santo	32	40	6	78	R\$ 2.647.008,00
Minas Gerais	129	371	353	853	R\$ 21.554.208,00
Rio de Janeiro	60	21	11	92	R\$ 3.388.752,00
São Paulo	197	307	141	645	R\$ 19.576.224,00
SUL	199	543	449	1.191	R\$ 31.007.808,00
Paraná	84	211	104	399	R\$ 11.315.232,00
Rio Grande do Sul	66	201	230	497	R\$ 12.071.520,00
Santa Catarina	49	131	115	295	R\$ 7.621.056,00
TOTAL	1.373	2.679	1.518	5.570	R\$ 159.911.280,00

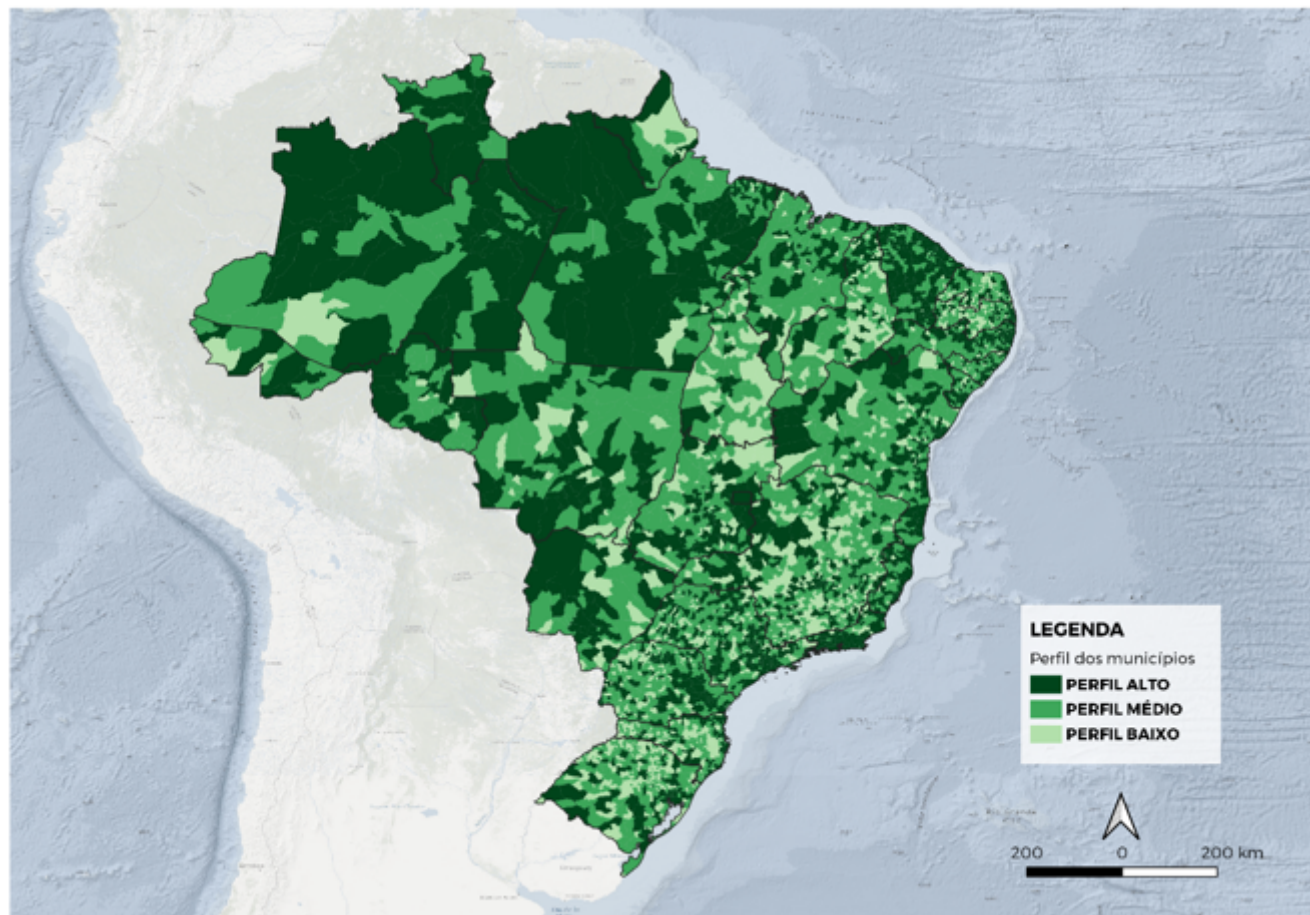


Figura 1. Distribuição dos municípios de acordo com a prioridade do índice.

2.15. Feita a definição e distribuição do índice de perfil municipal, realizou-se o cálculo para determinar o valor a ser repassado a cada município, com o valor base de **R\$ 1.212,00**. Assim, os municípios do perfil alto tiveram seus valores multiplicado por 3, do perfil médio multiplicados por 2 e o perfil baixo multiplicados por 1, conforme descrito na fórmula de cálculo abaixo:

- Perfil Alto: R\$ 1.212,00 x 12 (meses) x 3 (peso do grupo de municípios), perfazendo um repasse único de R\$ 43.632,00 por município;
- Perfil Médio: R\$ 1.212,00 x 12 (meses) x 2 (peso do grupo de municípios), perfazendo um repasse único de R\$ 29.088,00 por município; e
- Perfil Baixo: R\$ 1.212,00 x 12 (meses) x 1 (peso do grupo de municípios), perfazendo um repasse de R\$ 14.544,00 por município.

2.16. Assim, o total de recurso seria R\$ 159.911.280,00, visto o número de municípios em cada perfil, conforme a tabela abaixo.

PERFIL	MUNICÍPIOS	VALOR REPASSE
ALTO	1.373	R\$ 59.906.736,00
MÉDIO	2.679	R\$ 77.926.752,00
BAIXO	1.518	R\$ 22.077.792,00
TOTAL	5.570	R\$ 159.911.280,00

2.17. Em relação à transferência do incentivo de custeio, ocorrerá na modalidade de Fundo a Fundo, de forma automática e em parcela única, pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde.

2.18. O monitoramento da execução das ações previstas será realizado por meio do número de atendimentos registrados como “condição de saúde posterior à covid-19” no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID) vigente e orientações especificadas no documento instrutivo disponibilizado pelo Ministério da Saúde no seguinte endereço eletrônico: aps.saude.gov.br.

2.19. Cabe ressaltar que a inobservância da realização dos registros no Sisab no ano de execução do incentivo financeiro acarretará devolução dos recursos financeiros recebidos pelos municípios e Distrito Federal em razão desta Portaria, após o último quadrimestre de avaliação.

2.20. Ressalta-se que, em reporte ao Parecer nº 00122/2022/CONJUR-MS/CGU/AGU (0025366140), o qual requereu avaliação acerca da forma de monitoramento, não há métrica estabelecida por série histórica para definição de um número mínimo de atendimentos (ou percentual) considerado adequado para acompanhamento do uso do recurso, uma vez que a condição pós-covid teve sua definição recentemente pactuada e não havia registro padronizado no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica até meados de 2021. Desse modo, a execução das ações previstas no art. 3º da Portaria será monitorada por meio do número total de atendimentos registrados como condição pós-covid no ano de execução do recurso e a inobservância da realização de registro implicará na devolução dos recursos financeiros recebidos pelos municípios e pelo Distrito Federal em razão desta Portaria.

3. CONCLUSÃO

3.1. Diante do exposto, a proposta de incentivo financeiro às ações de cuidado às pessoas com condições pós-covid na APS, no contexto da pandemia do SARS-CoV-2, poderá contribuir para melhores resultados em prevenção e manejo de complicações crônicas. Considerando o protagonismo da APS na prevenção de agravos e na redução de morbidade e mortalidade, as ações aqui propostas visam intensificar as medidas de manejo clínico a serem adotadas para pessoas com condições pós-covid, demanda que deve ser incorporada à APS, buscando, sobretudo, a melhoria da atenção integral à saúde da população.

4. REFERÊNCIAS

1. DATASUS D de I do S. TabNet Win32 3.0: Mortalidade - Brasil. Published 2020. Accessed October 9, 2020. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>
2. Soriano JB, Kendrick PJ, Paulson KR, et al. Prevalence and attributable health burden of chronic respiratory diseases, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Respir Med.* 2020;8(6):585-596. doi:10.1016/S2213-2600(20)30105-3
3. Huang C, Huang L, Wang Y, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *The Lancet.* 2021;397(10270):220-232. doi:10.1016/S0140-6736(20)32656-8
4. Venturelli S, Benatti SV, Casati M, et al. Surviving COVID-19 in Bergamo province: a post-acute outpatient re-evaluation. *Epidemiol Infect.* 2021;149:e32. doi:10.1017/S0950268821000145
5. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 62/2021 SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 25 de novembro de 2021.
6. Berger Z, Altiery De Jesus V, Assoumou SA, Greenhalgh T. Long COVID and Health Inequities: The Role of Primary Care. *Milbank Q.* 2021;99(2):519-541. doi:10.1111/1468-0009.12505
7. Mendelson M, Nel J, Blumberg L, et al. Long-COVID: An evolving problem with an extensive impact. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskde.* 2020;111(1):10-12. doi:10.7196/SAMJ.2020.v111i1.15433
8. Sisó-Almirall A, Brito-Zerón P, Conangla Ferrín L, et al. Long Covid-19: Proposed Primary Care Clinical Guidelines for Diagnosis and Disease Management. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(8):4350. doi:10.3390/ijerph18084350
9. Pavli A, Theodoridou M, Maltezou HC. Post-COVID syndrome: Incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals. *Arch Med Res.* Published online May 4, 2021:S0188-4409(21)00081-3. doi:10.1016/j.arcmed.2021.03.010
10. National Institutes of Health. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): treatment guidelines. Bethesda (MD), 21 Apr. 2021. Disponível em: <https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>.
11. Mikkelsen ME, Abramoff B. COVID-19: evaluation and management of adults following acute viral illness. Waltham (MA): UpToDate, 26 Apr. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/coronavirus-disease-2019-covid-19-evaluation-and-management-of-persistent-symptoms-in-adults-following-acute-viral-illness>.
12. Alkodaymi MS, Omrani OA, Fawzy NA, Shaar BA, Almamlouk R, Riaz M, Obeidat M, Obeidat Y, Gerberi D, Taha RM, Kashour Z, Kashour T, Berbari EF, Alkattan K, Tleyjeh IM. Prevalence of post-

acute COVID-19 syndrome symptoms at different follow-up periods: A systematic review and meta-analysis. Clin Microbiol Infect. 2022 3:S1198-743X(22)00038-6.

13. Gemeli Against COVID-19 post-acute care study group. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. Aging Clinical and Experimental Research, Milano, v. 32, n. 8, p. 1613-1620, 2020. Doi 10.1007/s40520-020-01616-x.



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia Lisboa Izetti Ribeiro, Coordenador(a)-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo**, em 17/02/2022, às 16:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Juliana Rezende Melo da Silva, Diretor(a) do Departamento de Promoção da Saúde**, em 17/02/2022, às 16:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); 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, informando o código verificador **0025421775** e o código CRC **60D12875**.

Referência: Processo nº 25000.148495/2021-11

SEI nº 0025421775

Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo - CGCTAB
Esplanada dos Ministérios, Bloco G - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70058-900
Site - saude.gov.br