

COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA

AS EXPERIÊNCIAS NOS TERRITÓRIOS
(REDE PROFSAÚDE)

ORGANIZADORES

Carla Pacheco Teixeira
Cesar Augusto Orazem Favoreto
Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Maria Eugênia Bresolin Pinto



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**COVID-19 E
ATENÇÃO PRIMÁRIA**
AS EXPERIÊNCIAS NOS TERRITÓRIOS
(REDE PROFSAÚDE)

ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS
2020

Revisão do texto

Mirna Juliana Santos Fonseca

Produção editorial

Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE

Editoração

Ana Paula Menezes Bragança dos Santos

Danielle Cristine Alves

Capa, projeto gráfico e editoração eletrônica

José Fialho de Oliveira Júnior

Catlogação na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

C873c COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE) / organizado por Carla Pacheco Teixeira [et al.]. -Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020. 142 p. ISBN: 978-65-88869-02-4 Inclui Bibliografia Site: <http://profsaude-abrasco.fiocruz.br>

1. Infecções por Coronavírus. 2. Atenção Primária à Saúde.
3. Territórios. I. Teixeira, Carla Pacheco (Org.). II. Favoreto, Cesar Augusto Orazem (Org.). III. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos (Org.). IV. Savassi, Leonardo Cançado Monteiro (Org.). V. Guilam, Maria Cristina Rodrigues (Org.). VI. Machado, Maria de Fátima Antero Sousa (Org.). VII. Pinto, Maria Eugênia Bresolin (Org.). VIII. Título.

CDD – 23.ed. – 616.2

Todos os direitos desta edição reservados ao
Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/FIOCRUZ
Avenida Brasil, 4036, sala 910 Maré - CEP: 21040-361- Pavilhão Expansão
Tel. (21) 3882-9027- e-mail: profsaude@fiocruz.br
<http://profsaude-abrasco.fiocruz.br>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 5

COVID-19 NO BRASIL: UM FLAGELO EM BUSCA DE SUA METÁFORA 8

PARTE I

COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E AS EXPERIÊNCIAS DO PROFSAÚDE NOS TERRITÓRIOS 12

Atenção Primária forte: elemento central no combate à pandemia de COVID-19..... 14

Organizando fluxos no contexto da COVID-19: vivências em uma equipe no norte do país..... 21

Estratégias de enfrentamento da COVID-19 na perspectiva da Atenção Primária de Saúde: relato de experiência da ESF Branca II28

APS no combate à pandemia: estratégias individual, familiar e comunitária em uma clínica da família do Rio de Janeiro.....34

COVID-19 e Atenção Primária à Saúde: contexto epidemiológico e respostas nos territórios.....40

COVID-19 e Atenção Primária à Saúde: contexto epidemiológico e as experiências do PROFSAÚDE nos territórios.....45

PARTE II

ATENÇÃO DOMICILIAR E COVID-19..... 50

Atenção Domiciliar em tempos de COVID-19: reflexões acerca da prática.....52

Relato de experiência: a odontologia no apoio ao monitoramento estratégico da COVID-19.....58

Atenção Domiciliar e COVID-19.....66

A (re)significação das visitas domiciliares em saúde mental na pandemia de COVID-1972

Serviço de Atenção Domiciliar seguro no contexto da COVID-19: um relato de experiência77

PARTE III
COVID E ARRANJOS PARA GARANTIR A SAÚDE DO TRABALHADOR.....83

Saúde do trabalhador na Atenção Básica em tempos de pandemia	85
Estratégia Saúde da Família 1º de maio no enfrentamento da pandemia de COVID-19.....	94
Relatos de experiência sobre Eldorado/SP - Vale do Ribeira: trabalhador da saúde em tempos de COVID-19	99
COVID-19 e arranjos para garantir a saúde do trabalhador: relato de experiência em São José dos Pinhais (PR)	102
Assistência à saúde do trabalhador usuário/profissional do SUS durante o enfrentamento ao COVID-19 no município de Eunápolis-BA.....	108

PARTE IV
O USO DA TELEMEDICINA NA APS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19 112

Telemedicina: ferramenta para um novo paradigma na APS.....	114
Ampliação do acesso através de ferramentas virtuais	119
“Anjos da Saúde”: o telemonitoramento de idosos como estratégia de enfrentamento à COVID-19.....	124
Criação de plataforma digital para teleatendimento médico voluntário em meio à pandemia de COVID-19	129
Teleconsultas de usuários com suspeita de COVID-19: uma experiência na Estratégia Saúde da Família	135
Terapia Comunitária Integrativa no enfrentamento à pandemia: uma rede <i>on-line</i> de apoio solidário.....	138

APRESENTAÇÃO

O Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) apresenta à comunidade científica e aos profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde este *e-book* intitulado: “COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE)”. Trata-se de um compilado dos trabalhos apresentados nas Sessões Temáticas do Programa, espaço que se propõe ser uma oportunidade para os mestrandos compartilharem suas experiências nos territórios com foco no enfrentamento da COVID-19.

O PROFSAÚDE é um curso ofertado em rede nacional e atualmente é constituído por 22 instituições de ensino superior, distribuídas nas diferentes regiões, capilarizando a formação profissional no Brasil.

Trata-se de uma estratégia importante de qualificação dos processos vinculados à Atenção Primária, que estão em consonância com a organização do sistema de saúde do país, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante do cenário da pandemia e da necessidade de formação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da COVID-19 nos seus respectivos espaços de atuação, o PROFSAÚDE traz a proposta das Sessões Temáticas como um espaço no qual os mestrandos têm oportunidade de apresentar suas experiências, bem como compartilhar conhecimentos. A obra foi organizada a partir das quatro Sessões Temáticas, a saber:

- COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E AS EXPERIÊNCIAS DO PROFSAÚDE NOS TERRITÓRIOS;
- ATENÇÃO DOMICILIAR E COVID-19;
- COVID E ARRANJOS PARA GARANTIR A SAÚDE DO TRABALHADOR;
- O USO DA TELEMEDICINA NA APS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19.

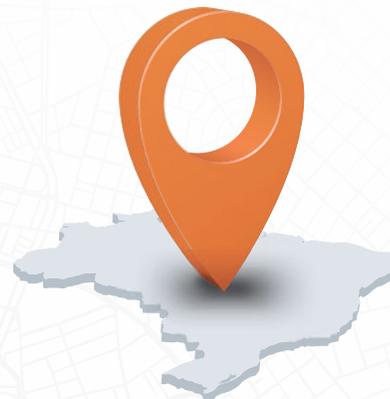
Docentes do PROFSAÚDE, coordenadores das Sessões Temáticas, trazem um texto que apresenta o conjunto de experiências dos mestrands na referida Sessão. O livro conta, ainda, com um capítulo de abertura intitulado, COVID-19 no Brasil: um flagelo em busca de sua metáfora, o qual faz uma referência a pandemia e os desafios no cenário nacional.

Com essa publicação, esperamos disseminar diversas experiências e o desejo de que suas potencialidades possam ser projetadas e desejadas em distintas realidades dos profissionais da atenção básica.

Boa leitura!

Os organizadores,

Carla Pacheco Teixeira
Cesar Augusto Orazem Favoreto
Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Leonardo Cançado Monteiro Savassi
Maria Cristina Rodrigues Guilam
Maria de Fátima Antero Sousa Machado
Maria Eugênia Bresolin Pinto



**COVID-19 NO BRASIL:
UM FLAGELO EM BUSCA
DE SUA METÁFORA**

COVID-19 NO BRASIL: UM FLAGELO EM BUSCA DE SUA METÁFORA

Rômulo Paes-Sousa¹

Há pouco mais de um século, a gripe espanhola varreu o mundo, matando de 30 a 50 milhões de pessoas, muito mais do que a Primeira Guerra Mundial, que estava no final. O Brasil a recebeu em 1919 sob os signos da inépcia e da negação. As autoridades das cidades litorâneas, que receberam os primeiros infectados, demoraram a tomar medidas de prevenção e mais tempo ainda para admitir a presença da pandemia, que já destroçava a Europa. Motivos variáveis, de forma conjugada, levaram à má condução de medidas sanitárias: cálculo político, temor quanto ao impacto econômico, expectativas vãs quanto ao calor dos trópicos para conter a propagação de doenças virais, penitência às entidades milagrosas, uso impróprio de medicamentos diversos para combater o mal. A influenza não se fez de rogada e saltou sobre os muros de crença, da esperteza política e do interesse econômico, para espalhar doença e morte, não poupando sequer o presidente Rodrigues Alves, que a ela sucumbiu, no ano de chegada da doença. Schwarcz e Starling (2020) resgataram uma das metáforas que a representa "A bailarina da morte": aquela que mata, enquanto rodopia.

Um século após, em 2020, uma doença respiratória viral gira o mundo e aporta no Brasil. Inépcia e negação estão novamente presentes para sabotar os esforços de promoção, prevenção e tratamento e reabilitação da doença. Estimativas do *Institute for Health Metrics and Evaluation* (2020) da Universidade de Washington apontam que em 2020 o Brasil terá 180 mil mortes devido à COVID-19. Contribuindo de forma decisiva para as 500 mil mortes que a doença tende a provocar na América Latina e Caribe, conforme projeções do instituto.

Já é possível se extrair lições da primeira onda da COVID-19 no Brasil. Em tese, o país possuía boas condições para o enfrentamento da pandemia, já que dispõe

de um sistema híbrido de saúde, no qual a combinação do sistema público com o subsistema privado permite um amplo acesso a serviços de saúde, de atenção primária, ofertados em todo o país, e consolidados programas de saúde, como HIV/AIDS e vacinação. Além disso, o país fez um investimento importante para combater a doença, que deverá elevar a dívida pública para além de 100% do PIB. Contudo, o país apresenta também desafios importantes: alta heterogeneidade na capacidade instalada dos municípios, grande desigualdade socioeconômica, redução do gasto social em função da política de austeridade fiscal. Além disso, o SUS possui déficits estruturais, como os indicados por Teixeira, Sousa e Paim (2014): restrita mobilização social pró-SUS; subfinanciamento; vulnerabilidade política da gestão; infraestrutura insuficiente (unidades, serviços, equipamentos e pessoal); dependência do setor privado na atenção de maior complexidade; distribuição desigual dos serviços de saúde; déficits de organização regional e nos diversos níveis de hierarquização; e baixa regulação dos subsistemas.

Logo, para que o país tivesse sucesso no enfrentamento da pandemia era necessário que soubesse mobilizar suas maiores capacidades e superar os déficits históricos. Apesar de parecer uma premissa óbvia, países com grande capacidade instalada, como os Estados Unidos da América, França e Reino Unido entre outros, fracassaram justamente por não conseguir organizar dentro do tempo e das formas necessárias suas iniciativas de combate para impedir a progressão da doença e o congestionamento de suas redes de serviços de saúde.

Em decorrência dos altos níveis de morbimortalidade apresentados, o Brasil se coloca entre os países que apresentaram os piores desempenhos no combate à doença. Alguns fatores aparecem com mais relevância nesse quadro de insucesso, como: a resposta lenta às medidas quarentenárias; ausência de coordenação entre os diversos níveis de gestão do SUS; comunicação confusa e mudanças constantes nos protocolos de prevenção; discordância entre os vários níveis sobre as estratégias de tratamento; politização na indicação das medidas de prevenção; e disputa na atribuição dos erros entre os principais atores políticos.

Desde o início da pandemia, as medidas de isolamento social amplo, como iniciativa fundamental de prevenção da doença, geraram polêmicas. Webster *et al* (2020) alertam que a adesão a essas medidas estão relacionadas à diversos fatores, como:

¹ Médico epidemiologista. Especialista em Avaliação de Políticas Públicas e em Medicina Social (UFMG), e PhD em Epidemiologia, pela Universidade de Londres. Pesquisador sênior da Fiocruz/MG. E-mail: romulo.paes@fiocruz.br

o conhecimento sobre a doença (em especial sobre sua forma de transmissão) e procedimentos quarentenários; as normas sociais, que facilitam ou atrapalham essa adesão; a percepção dos benefícios da quarentena e dos riscos relacionados à doença; aspectos práticos, como o abastecimento de alimentos e medicamentos; e as consequências da redução ou perda da atividade de trabalho. Ainda que o governo federal tenha efetivado um programa de auxílio emergencial com ampla cobertura (com valores majorados após debate no Congresso), essa iniciativa não foi articulada como incentivo de adesão às medidas de isolamento. Na verdade, o isolamento social foi sempre apresentado por setores políticos influentes como uma medida ruinosa para a economia nacional e para a renda das famílias. Alguns apoiadores dessa tese chegaram, inclusive, a disseminar estudos sobre desigualdade em saúde, apoiados em interpretações errôneas e maliciosas, para justificar que as consequências do isolamento social seriam piores do que a pandemia em si como causas de doenças e mortes evitáveis (PAES-SOUSA *et al*, 2020).

O outono no hemisfério norte apresentou uma segunda onda da COVID-19 para países de vários continentes. Embora, dessa vez, esta se apresente inicialmente de uma forma menos letal, indicando um melhor manejo terapêutico das formas mais graves da doença, também veio acompanhada de forte reação social contrária às medidas de redução da mobilidade. Após quase um ano de restrições, as populações dos países que primeiro enfrentaram a pandemia estão exaustas em viver sob um regime de restrição. Com exceção dos Estados Unidos da América e alguns outros países, a maioria vivenciou um aumento expressivo das várias formas da doença (e dos óbitos), seguido por um declínio acentuado. O retorno da doença traz consigo a memória recente do sofrimento por ela provocada.

No Brasil, é de se esperar também uma segunda onda, que deverá vir antes que alternativas vacinais estejam disponíveis, ainda que a primeira tenha se alongado excepcionalmente ao longo de todo o ano de 2020. Nosso desafio, é recompilar a institucionalidade do SUS, restituindo a abordagem coordenada que foi eficaz no enfrentamento de outras doenças respiratórias virais. Trata-se de começar a fazer o que recomendam as autoridades sanitárias internacionais e regionais. Do contrário, continuaremos a assistir o rodopio dessa nova bailarina em sua dança de morte.

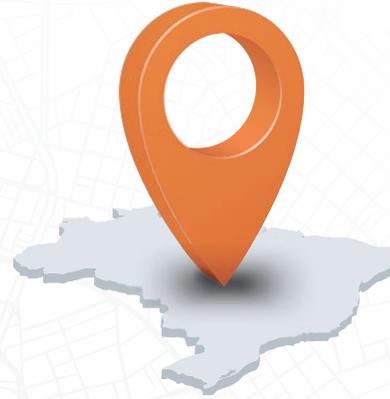
REFERÊNCIAS

PAES-SOUSA, R. *et al*. Science misuse and polarised political narratives in the COVID-19 response. **Lancet**, n. 20, p. S0140-6736, 32168-1, 2020.

SCHWARCZ, Lilia M.; STARLING, Heloisa M. **A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 121-138.

WEBSTER, R. K. *et al*. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. [S.l]: **Public Health**, 2020.



PARTE I

**COVID-19 E ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE:
CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO
E AS EXPERIÊNCIAS
DO PROFSAÚDE
NOS TERRITÓRIOS**

**ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE:
ELEMENTO CENTRAL NO
COMBATE À PANDEMIA
DE COVID-19**

ATENÇÃO PRIMÁRIA FORTE: ELEMENTO CENTRAL NO COMBATE À PANDEMIA DE COVID-19

Cesar Augusto Orazem Favoreto¹

No início da pandemia, as notícias vindas da China e dos países europeus sobre as características dessa infecção nos contavam sobre sua letalidade e alta transmissibilidade, assim como dos acometimentos respiratórios e a consequente necessidade de suporte ventilatório em um grande número de pacientes. Recebemos informações sobre grandes hospitais de campanha e estrangulamento do acesso a recursos de terapia intensiva para responder aos agravos causados por este novo vírus.

Em relação ao controle da transmissão da infecção, as estratégias mais adotadas nos países foram baseadas no isolamento social e a quarentena de grandes grupos populacionais de cidades e/ou países inteiros. Em seguida, alguns países desenvolveram estratégias de testagem e vigilância, além das orientações quanto às medidas de proteção individual dos profissionais de saúde e cuidados de higiene pessoal e ambiental.

Em fevereiro e março de 2020, observou-se no Brasil uma grande mobilização de gestores das diferentes esferas governamentais no sentido de responder às demandas da pandemia. Nessa mobilização, a maior ênfase recaiu sobre a organização das redes de atenção para atender os casos de insuficiência respiratória aguda (IRA), como a criação de hospitais de campanha, ampliação dos leitos de terapia intensiva, aquisição de equipamentos (respiradores artificiais e de proteção individual – EPI).

Essa ênfase inicial na atenção hospitalar era justificada pela elevada taxa de letalidade da infecção devido à IRA e complicações sistêmicas nesta, que foi denominada por Victor Tseng, como primeira onda da pandemia. Assim,

¹ Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Professor Associado do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitário. Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *E-mail*: cesarfavoreto@globocom

os esforços se caracterizaram por uma corrida para estruturar a assistência hospitalar, os serviços de urgência e de terapia intensiva dos municípios de médio e grande porte. Nesse processo, muitos municípios desmobilizaram unidades de atenção básica, deslocaram profissionais das equipes para polos de atendimento a vítimas da COVID-19 e redirecionaram recursos da atenção básica para a assistência hospitalar.

Esse direcionamento de recursos, naquele primeiro momento, ignorou, em muitas cidades e regiões, as possibilidades que poderiam ser criadas pelos recursos da Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido sua ampla cobertura assistencial em todos os municípios brasileiros e sua organização com base territorial.

Além das concepções que embasaram uma estratégia predominantemente hospitalar, as mudanças na política da atenção primária que vêm ocorrendo desde 2017 podem ter contribuído para esse enfraquecimento da atenção primária à saúde (APS) como locus de enfrentamento da pandemia. No Brasil, inicialmente vivenciamos com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) a flexibilização e descaracterização da ESF como modelo assistencial primordial da APS brasileira. Em seguida, houve a interrupção do Programa Mais Médicos, que reduziu a alocação de profissionais médicos nas equipes (particularmente nas regiões norte e nordeste) e, posteriormente, as mudanças nas formas de financiamento trazidas pelos programas Saúde na Hora e Previne Brasil, que apontam para a desvinculação da ESF dos seus atributos essenciais e derivados (em especial: integralidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária e familiar), enfraquecendo sua ligação e responsabilidade sanitária com os territórios.

Com o passar dos meses, foi sendo reconhecido que, além dessa primeira onda, provocada pela disseminação da pandemia, as demandas de saúde e sociais se acumulavam devido à desassistência a portadores de doenças crônicas, aos efeitos sociais e psicológicos do isolamento e à perda de renda, assim como a necessidade de ampliar o acesso e a vigilância de novos casos que, no Brasil, continuaram ocorrendo após o grande pico de incidência e de mortalidade nos meses de maio e junho de 2020.

No percurso desses 9 meses (março a novembro/2020), observou-se que a pandemia não é um processo homogêneo nos diferentes estados, municípios, bairros e territórios do país. Reconhecemos a forte relação da transmissão da infecção e suas consequências sobre grupos populacionais submetidos a situações de vulnerabilidade nos territórios. Tais situações impactavam, e ainda impactam, na organização do acesso à atenção aos sintomáticos, na coleta e contextualização das informações sobre casos e na busca dos comunicantes, na estruturação de ações de vigilância e educação em saúde capilarizadas e contextualizadas às realidades sociais, ambientais e culturais e, principalmente, no desenvolvimento de redes de proteção social e atenção à saúde mental factíveis nesses contextos de maior vulnerabilidade e de dificuldades de acesso à assistência à saúde e ao suporte social.

Foram emblemáticas as dificuldades vivenciadas por grupos mais vulneráveis em favelas no Rio de Janeiro e em São Paulo, assim como as vividas pelas populações ribeirinhas e comunidades indígenas no norte do país. Para esses grupos as medidas preventivas ou curativas se mostraram insuficientes e inadequadas às suas realidades. A importância da implementação e do ajuste contínuo das medidas de saúde pública e sociais são ressaltadas pelo relatório publicado em 4 de novembro de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nesse período da pandemia, evidenciou-se que a ampliação do acesso e a capacidade de desenvolver ações preventivas e de educação em saúde, culturalmente e socialmente apropriadas, dependem, diretamente, de uma APS forte. Percebe-se, nesse sentido, a relevância que assumem o trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe técnica no contato direto com as famílias e os territórios. A importância da realização de ações que, por um lado, se dirijam à mobilização de redes de apoio, de lideranças e de organizações, como igrejas, associações, comércio, transporte e mídias locais e, por outro, foquem no planejamento de fluxos e processos de trabalho nas unidades básicas, de modo a garantir maior acesso, segurança dos profissionais e dos usuários, continuidade e integralidade do cuidado.

As experiências trazidas neste *e-book* representam uma parcela mínima do esforço que as equipes de gestão locais/municipais e as equipes da ESF realizaram nesse período de incertezas, medo, insegurança e de sofrimento vivenciado país afora. As experiências apresentadas nesta publicação podem ser divididas entre aquelas

que têm como foco a reorganização da rede de atenção à saúde (RAS) para enfrentamento da pandemia, como são os casos de Toledo-PR e de Araguaína-TO e as que esmiúçam o esforço de unidades e equipes da ESF em se readequarem e ressignificarem suas ações nos seus territórios, como são os relatos do Rio de Janeiro-RJ, Atalaia-AL e Vilhena-RR.

Observa-se, nos casos de Toledo e Araguaína, que houve um esforço de readequação da rede de atenção para responder à pandemia. Nesses municípios, houve a necessidade de fechar unidades básicas e de redirecionar outras para se tornarem polos de atendimento e unidades sentinelas para a atenção dos pacientes sintomáticos respiratórios. Um aspecto ressaltado nesses municípios foi a realocação de profissionais de grupos de risco para COVID-19 para atividades mais seguras. O esforço para manter o monitoramento e a vigilância em saúde nos territórios foi transferido para atividades de teleorientação, telemonitoramento e teletriagem, nas quais foram realocados parte dos profissionais da APS local.

Os relatos sobre as ações nesses municípios identificaram que a reorganização da RAS causou desestruturação das unidades contempladas por equipes de ESF, pois “a rotina de serviços foi quebrada”. Em consequência, observaram o prejuízo no cuidado a pacientes crônicos, puericulturas e pré-natais, mesmo quando direcionados para telemonitoramento/teleconsulta, ou para atendimento em unidades de referência. Relatam que houve, nessas situações, a quebra na lógica de acompanhamento à saúde integrada aos territórios e nos vínculos dos pacientes com as unidades/equipes e, por conseguinte, um prejuízo no cuidado a esses grupos de pessoas, antes acompanhadas na ESF.

Por outro lado, os relatos das cidades de Atalaia, Rio de Janeiro e Vilhena mostram como as equipes conseguiram efetivar uma maior integração e abrangência da readequação das RAS com o planejamento e execução das medidas de isolamento social, atenção aos sintomáticos e a continuidade do cuidado a portadores de agravos crônicos e de saúde mental.

Essas equipes/unidades reorientaram seus fluxos e processos de trabalho, criaram barreiras sanitárias nas portas das unidades e espaços específicos para atendimento aos casos suspeitos, de modo a manter a segurança para o atendimento de pacientes

crônicos. Essas estratégias de garantir o acesso, associadas ao telemonitoramento e à vigilância de casos de COVID-19 no território, foram associadas à gestão do cuidado da população como um todo. Para tanto, foram adotadas planilhas de monitoramento de pacientes vulneráveis no território para realização de telemonitoramento/teleconsultas, visitas domiciliares e dispensação de medicamentos de uso contínuo, entre outras ações. Portanto, houve uma intensa busca por manter os vínculos com pacientes, famílias e comunidade, mesmo nesse cenário de crise sanitária, atuando sobre o que Savassi e cols. (2020) reconhecem como ondas contínuas que representam as demandas complexas da população que precisam ser respondidas pela APS.

Dois aspectos são muito relevantes e inovadores nas experiências do Rio de Janeiro e de Atalaia: a associação do planejamento estratégico das ações das unidades com a educação permanente dos profissionais, e a integração da mobilização comunitária com o desenvolvimento de intervenções de educação e de promoção à saúde. Essas equipes/unidades conseguiram fazer reuniões presenciais e virtuais para discutir seus processos de trabalho, apoiaram-se e aprenderam mutuamente sobre como reforçar a segurança no trabalho e, ao mesmo tempo, oferecer a atenção que a população adscrita necessitava. Por outro lado, ao envolverem lideranças e organizações locais nas intervenções de educação e promoção à saúde, produziram materiais culturais e socialmente referenciados, como cartilhas e vídeos sobre a prevenção da infecção e outros cuidados para a promoção da saúde física e mental. Além dos materiais, inovaram na mobilização comunitária e no apoio social e psicológico, ao utilizarem as mídias sociais, como grupos de WhatsApp e vídeo-chamadas.

Essas experiências trazidas pelos profissionais da ESF no enfrentamento da COVID-19 reafirmam a importância de que em um contexto como o da pandemia é preciso readequar e qualificar a APS. Apontam para a necessidade de que gestores e gerentes precisem reolhar as potencialidades de uma APS forte que desenvolve seus atributos essenciais e derivados. Nesse sentido, esses atores necessitam reconhecer o papel imprescindível da ESF como orientadora das RAS e sua plasticidade em se adequar aos diferentes contextos sanitários para promover uma atenção integral e equânime. Entretanto, além do reconhecimento, os gestores precisam rever as ações que têm desmobilizado e desqualificado essa importante estratégia de atenção primária desenvolvida no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde:** versão 9. Brasília, DF, maio 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/atencao-primaria-orientacoes-do-ministerio-da-saude-sobre-covid-19/>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19.** Interim guidance, 4 nov. 2020.

SAVASSI, L. C. M e cols. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, v. 12, e38, 2020.



ORGANIZANDO FLUXOS NO CONTEXTO DA COVID-19: VIVÊNCIAS EM UMA EQUIPE NO NORTE DO PAÍS

ORGANIZANDO FLUXOS NO CONTEXTO DA COVID-19: VIVÊNCIAS EM UMA EQUIPE NO NORTE DO PAÍS

Camila Pardo Dala Riva¹
Katia Fernanda Alves Moreira²
Edilson Alves da Silva³
José Aldo de Almeida Oliveira Neto⁴

INTRODUÇÃO

A atual pandemia da COVID-19 evidenciou uma necessidade significativa de operar novos processos de trabalho nas equipes de saúde da família, bem como a efetiva organização de fluxos e demandas das práticas colaborativas (D'AMOUR; FERRADA-VIDELA; SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, 2005), que sejam capazes de responder às necessidades em saúde, já existentes no cotidiano das equipes (GIOVANELLA, 2020) e que têm se intensificado no contexto sanitário atual. De maneira abrupta, fez-se necessário a construção de ações e estratégias para mitigar o colapso do sistema de saúde (REDE APS, 2020), especialmente significativa no campo dos cuidados primários à saúde, imprescindíveis à construção de uma resposta social adequada às condições crônicas e agudas.

Nesse contexto, foi urgente a organização efetiva em Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a construção de fluxos que atenuem a crise atual dos serviços de saúde, mediante a adoção das medidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) (MENDES, 2018). Por essa razão, conforme protocolos (CONASEMS; CONASS,

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNIR). Professora de Práticas Médicas no SUS na Unesc. Médica da Estratégia de Saúde da Família pelo Programa Mais Médicos e Tutora do programa de Planificação de Atenção à Saúde (SESAU). Vilhena-RO, Brasil. *E-mail:* camilamedisa@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNIR). Porto Velho-RO, Brasil. *E-mail:* katiounir@gmail.com

³ Mestre em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNIR). Tutor e preceptor da Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade. Professor do curso de Medicina da Unesc. Vilhena-RO, Brasil. *E-mail:* prof.edilsonuctacoal@unesnet.br

⁴ Médico. Discente da disciplina Práticas Médicas no SUS nos Cenários da Unidade Básica de Saúde. Técnico em Informática pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Alagoas. Vilhena-RO, Brasil. *E-mail:* josealdoneto00@hotmail.com

2020), todos os casos leves a moderados, suspeitos e confirmados, são manejados e monitorados nas unidades básicas no município de Vilhena-RO, abrangendo a integralidade e a longitudinalidade do cuidado.

Entre algumas ações, encontram-se a suspensão dos grupos de condições crônicas, que, até então, eram realizadas em espaços comunitários e apresentavam vários gargalos, como atividades meramente prescritivas, indicativos da fragmentação do cuidado em saúde (TIVERON; GUANAES-LORENZI, 2013). É evidente, portanto, a relevância disso diante da necessidade de mudanças significativas dos processos de trabalho em saúde nessa região, reivindicando o desenvolvimento de um novo perfil de equipes de saúde.

OBJETIVO

Relatar a adoção de ações e estratégias que fomentam o trabalho em equipe em tempos de pandemia, evidenciando práticas e construção de espaços fiéis aos princípios e diretrizes do SUS, de modo a efetivar o ideário da APS.

MÉTODOS

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Vilhena-RO, região Norte do Brasil. O relato de experiência refere-se à UBS Industrial, constituída por duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em relação aos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família, a Secretaria de Estado da Saúde (SESAU) acompanha o desenvolvimento da Planificação de Atenção à Saúde (PAS) no estado.

É válido compartilhar as experiências exitosas promovidas pela PAS: territorialização, autocuidado apoiado, estratificação de risco, capacitação em acolhimento e classificação de demandas na APS, circuito de atenção contínua e atividades fundamentadas no desenvolvimento de um novo perfil profissional. Atualmente, as ações estão sendo planejadas dentro do contexto epidemiológico

da COVID-19, por meio de um guia orientador ao enfrentamento da pandemia e idealizado com estratégias que visam o dimensionamento das populações-alvo em grupos de risco muito alto, alto, médio e baixo, e a oferta de serviços, como teleatendimento; assim como o manejo aos sintomáticos respiratórios (CONASEMS 2020).

RESULTADOS

Os usuários com sintomas respiratórios, casos suspeitos ou confirmados para COVID-19, são direcionados para o atendimento em consultório específico em um espaço separado do fluxo das demais demandas. Após acolhimento e triagem pelos profissionais, os usuários são direcionados com uma ficha contendo informações relevantes sobre sintomatologia, notificação e solicitação de exames para diagnóstico de COVID-19. Esses dados são registrados no prontuário eletrônico e essas fichas são entregues às respectivas equipes adscritas para posterior monitoramento. As duas equipes iniciam o monitoramento via teleatendimento ou aplicativo de mensagens a esses usuários, além de criarem planilhas para auxiliarem no dimensionamento das condições de saúde e critérios de alta clínica. Geralmente, o monitoramento é realizado pelo ACS de cada microárea, profissional da enfermagem e teleatendimento pelo profissional médico, conforme necessidade. Essa modalidade de atendimento tem sido adotada maciçamente e traz benefícios tangíveis na APS, permitindo a comodidade dos usuários, a potencialização da integralidade e a qualificação do monitoramento de portadores de doenças crônicas de suas respectivas eSF.

No que tange às demandas dos grupos de saúde mental, juntamente com todos os atores envolvidos, foram organizadas duas caixas por equipes, sendo uma para receitas a renovar (caixa 1) e outra com a receita a ser entregue ao usuário (caixa 2). Essas receitas são renovadas semanalmente aos usuários em cuidado continuado com eSF, adscritos ao território e em cuidado continuado com equipe: ACS, enfermeiro e médico. Este último preenche um protocolo com nome, equipe, ACS e dados acerca da medicação e posologia a serem renovadas. A recepção, por sua vez, após checar as informações, insere essa demanda na caixa 1. Ao longo da semana, o profissional médico analisa, por meio do prontuário eletrônico, os

dados e informações coletadas, reiterando a necessidade de avaliar o autocuidado apoiado (MENDES, 2012), vínculo com UBS e outras necessidades em saúde.

São critérios de inclusão para as estratégias das caixas: usuário pertencente ao território adscrito com dados cadastrais atualizados e vinculados à equipe; em cuidado continuado com médico da eSF e que apresentem dados registrados anteriormente no prontuário eletrônico. Os critérios de exclusão para renovação são os seguintes: usuários cujas demandas prescritivas divergem frente às informações referentes às receitas fornecidas em atendimento anterior e os usuários que não são acompanhados ou monitorados pela equipe, ou que pertençam a outros territórios. As receitas são registradas no prontuário eletrônico, assim como a quantidade fornecida e sua periodicidade. As solicitações oriundas dos usuários que não contemplam os critérios de inclusão são acolhidas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), por meio de teleconsulta ou presencialmente, a fim de identificar outras necessidades que justifiquem tal situação e promover o autocuidado apoiado. Recentemente, juntamente com a estratégia das caixas e na perspectiva do trabalho em equipe e colaborativo, são produzidos materiais abarcando a temática de educação em saúde a serem socializados com as receitas da caixa 2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As estratégias relatadas reduziram drasticamente as formas de contágio da COVID-19 na Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no contexto domiciliar e corroboraram com a construção de práticas que impactam significativamente na gestão do cuidado desses usuários, contribuindo para consolidação e efetivação da eSF, propiciando ações que perpassam as áreas de atenção, gestão e educação em saúde. Os usuários promovem autocuidado apoiado ao se responsabilizarem com suas receitas e pela oportunidade de atitudes mais acolhedoras e empáticas com demais profissionais, na perspectiva da interprofissionalidade. A estratégia das “caixas de receitas” propiciou um olhar ampliado às necessidades em saúde, possibilitando inclusive a construção de vínculo com equipe por meio da efetivação da territorialização e ao contato com a equipe a fim de identificar essas necessidades e construir planos de cuidados articulados e não meramente prescritivos.

A escuta qualificada pelos profissionais do NASF transforma as práticas e focalizam para a atenção centrada na pessoa (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016), assim como as práticas educativas quando socializadas de maneira a fomentar a aprendizagem interativa e as próprias relações interpessoais. A pandemia de COVID-19 trouxe um novo olhar para a APS, assumindo um protagonismo relevante e sempre presente em seus atributos e diretrizes que, no entanto, se distancia nos contextos da prática e na própria eSF, com cenários reais caóticos e fragilizados. As práticas colaborativas na UBS evidenciam melhor comunicação entre os atores e maior satisfação no desempenho das atividades, além de demonstrar a melhoria do acesso aos usuários do território adscrito e da qualidade na produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 2, p. 905-916, 2016.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS); CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2020.

D'AMOUR, D.; FERRADA-VIDELA, M.; SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. **A base conceitual da colaboração interprofissional**: conceitos fundamentais e marcos teóricos. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, n. 1, p. 116-131, 2005.

GIOVANELLA, L. **O SUS e a Atenção Primária à Saúde na rede de enfrentamento da pandemia**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2019. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/?q=node/1162>. Acesso em: 12 jul. 2020.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Opas, 2012.

MENDES, E. V. **Entrevista**: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 2, p. 431-435, 2018.

REDE APS. **A APS no SUS no enfrentamento da pandemia COVID-19**. Abrasco, 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/03/23/a-aps-no-sus-noenfrentamento-dapandemia-covid-19/>. Acesso em: 12 jul. 2020.

TIVERON, J. D. P.; GUANAES-LORENZI, C. **Tensões do trabalho com grupos na Estratégia Saúde da Família**. *Psico*, v. 44, n. 3, p. 391-401, 2013.



ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ESF BRANCA II

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DA ESF BRANCA II

Mara Gabriela Brasileiro de Lucena Ferreira¹
Tamires Correia dos Santos²
Romário Correia dos Santos³
Madhalena Lindha Ferreira de Lucena⁴
Cícero Filipe dos Santos⁵
Hozana Marta dos S. Silva Araújo⁶
Vera Lúcia Ávila da Silva⁷
Fernando M. M. de Almeida⁸
Divanise Suruagy Correia⁹

INTRODUÇÃO

A pandemia do novo coronavírus representa um dos maiores desafios sanitários em escala mundial deste século. Estima-se que 80% dos contaminados exibem um quadro leve ou moderado. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) torna-se fundamental para o cuidado integral desses indivíduos.

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFAL). Especialista em Enfermagem Dermatológica (UNIFIP). Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Atalaia-AL, Brasil. *E-mail:* mara_gabriela@hotmail.com

² Enfermeira. *E-mail:* barbosatamires@outlook.com

³ Cirurgião-dentista. Residente em Saúde Coletiva pelo Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ-PE). *E-mail:* romario.correia@outlook.com

⁴ Graduanda de Enfermagem (UNIT). *E-mail:* madalenaferreira@live.com

⁵ Agente comunitário de saúde. Graduado em Sistemas de Informação. SMS de Atalaia-AL, Brasil. *E-mail:* cfelipesantos@hotmail.com

⁶ Enfermeira. Técnica de Enfermagem da SMS de Atalaia-AL, Brasil. *E-mail:* martaembelese@hotmail.com

⁷ Especialista em Endodontia (UNICAMP). Cirurgiã-dentista. SMS de Atalaia-AL, Brasil. *E-mail:* veraavila@hotmail.com

⁸ Agente comunitário de saúde. SMS de Atalaia-AL, Brasil. *E-mail:* fernando.marcelo.martins72@gmail.com

⁹ Mestre em saúde da criança (UFAL). Mestre em Ciências da Saúde (UFS). Doutora em Ciências da Saúde (UFRN). Médica. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFAL). Maceió-AL, Brasil. *E-mail:* divanisesuruagy@gmail.com

OBJETIVO

Relatar a experiência de enfrentamento da COVID-19 na perspectiva da APS.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Unidade Básica Branca II, localizada no Distrito Branca, de Atalaia-AL.

Apoiou-se na abordagem multi e interdisciplinar da equipe, por meio da qual foram promovidas atuações significativas para combater a COVID-19, no sentido de minimizar seus impactos nos territórios, nas comunidades, nas famílias e nos indivíduos.

As ações desenvolvidas na área de abrangência da Unidades Básicas de Saúde (UBS) foram pensadas em 7 eixos centrais: comunicação; gestão do cuidado; educação permanente; educação em saúde; saúde mental; monitoramento e fortalecimento do vínculo; vigilância.

RESULTADOS E IMPACTOS

Em meados de maio, iniciamos uma barreira sanitária em nossa área de atuação. Foi uma ação integrada com a ESF Branca II, onde ficamos em dois pontos estratégicos do território, e contamos com a retaguarda de um carro de som que transitava nas ruas divulgando orientações à população, principalmente sobre medidas de biossegurança. A ação visava informar os principais sintomas da COVID-19, grupos de risco, e como agir se fosse um caso suspeito. Diante da efetividade dessa ação de educação em saúde, ainda se observou transeuntes sem máscaras semanas após semanas. Por esse motivo, a gestão decidiu deixar no distrito uma barreira sanitária fixa, funcionando de segunda a sábado, de 8h às 16h, porém, até às 13h aos sábados.

Utilizamos o ambiente virtual como ferramenta para interlocução dos planejamentos em saúde. As reuniões passaram a ser virtuais e em tempo real, após o horário de trabalho e com ótima produtividade e adesão multiprofissional.

Não obstante, realizamos nesse mesmo formato reuniões com as coordenações da vigilância epidemiológica, farmacêutica e unidade sentinela para adequação dos fluxos definidos. Os espaços virtuais também foram aproveitados para ações de educação permanente, estudando os conteúdos disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Reconhecendo a tecnologia virtual como importante no processo de qualificação dos profissionais de saúde, foi iniciada, no final de março, e segue até os dias atuais, uma proposta para todos os 17 profissionais da ESF: o curso da UNA-SUS, com "Orientações gerais ao paciente com COVID-19 na APS"; até o momento, obtivemos a participação de 17 profissionais, sendo 15 deles certificados.

Não obstante, houve ainda a realização de uma capacitação junto ao curso da ação estratégica. "O Brasil conta comigo" é uma ação que tem impacto direto na qualificação dos profissionais, gerando mudanças significativas no processo de trabalho de todos os envolvidos e, principalmente, na condução das ações pertinentes ao contexto da pandemia, mitigando as possibilidades de contágio e a disseminação do vírus.

Após esses momentos formativos, viu-se a necessidade de (re)estruturação da biossegurança na unidade, sendo solicitada à gestão equipamentos de proteção individuais (EPIs) necessários para a atuação dos profissionais nesse contexto. Desse modo, foi possível adequarmos nossos fluxos de atendimento, serviços e estrutura física.

Foi implementada uma sala de priorização e criadas estratégias para garantir a manutenção do distanciamento entre os usuários, com sinalização e elaboração de informes; disponibilizamos nossos contatos telefônicos para os agendamentos e teleatendimentos, solicitamos sanitização da estrutura física, *dispenser* de álcool em gel para a comunidade, bem como realizamos teste rápido para detecção de anticorpos IGM/IGG aos profissionais da equipe em meados de julho, com 23% destes testando IGG positivo.

Entendemos que um ponto fundamental a ser trabalhado na comunidade nessa pandemia seria, também, a educação em saúde com foco nas medidas de precaução para evitar a disseminação do vírus. Por isso, em 7 de maio,

implementamos a "*Blitz* da Saúde na Comunidade", com ações em todos os estabelecimentos comerciais de nossa área de abrangência, em consonância com a vigilância sanitária. A ação visou orientar os responsáveis quanto às medidas de precaução contra o COVID-19. Para tanto, produzimos panfletos e informes sobre o tema e disponibilizamos recipientes com álcool em gel para todos os estabelecimentos visitados e máscaras para quem não tinha.

Realizamos *blitz* no Instituto Ricardo Calheiros, uma organização não governamental que presta diversos serviços em prol da comunidade. Orientamos quanto às medidas de precaução, com entrega de informes e ajuda na organização da estrutura física e dos atendimentos prestados. O instituto disponibiliza uma ambulância que atende a população da UBS, o que foi fundamental para o treinamento com os motoristas sobre a paramentação e desparamentação dos EPIs, bem como o transporte dos pacientes nesse novo contexto de pandemia.

Em 2 de maio de 2020, Atalaia registrou seu primeiro caso confirmado, e no dia 18 do mesmo mês, começamos a notificar e a manter em isolamento domiciliar os casos suspeitos em nossa área, o que gerou em nossa equipe diversas inquietações inerentes à saúde mental de nossos usuários. Então, lançamos mão de alguns recursos didáticos para auxiliar os usuários em isolamento domiciliar, com base em uma cartilha para que eles pudessem colorir e descobrir estratégias de enfrentamento, passando por esse momento de forma mais leve e menos ociosa, direcionando sua atenção para outras ações, pensando e potencializando menos a doença.

Refletindo sobre estratégias para fortalecer o vínculo entre os usuários, que, mesmo em casa, sentiam-se sozinhos, pensamos e efetivamos o "Projeto 14 dias com você", que consiste no contato virtual por vídeo-chamadas diariamente, ou no máximo a cada 48h, entre o profissional e o paciente. Utilizamos também um impresso que remete dia após dia uma reflexão motivacional e de esperança para o enfrentamento da doença, por meio da qual os usuários, a partir de símbolos gráficos, expressavam sentimentos, como se identificou na maior parte do dia e quais os sintomas mais importantes que desejavam relatar. A utilização da cartilha para que eles pudessem colorir e em consonância com o "Projeto 14 dias com você" se tornaram ferramentas de fortalecimento de vínculo e acolhimento,

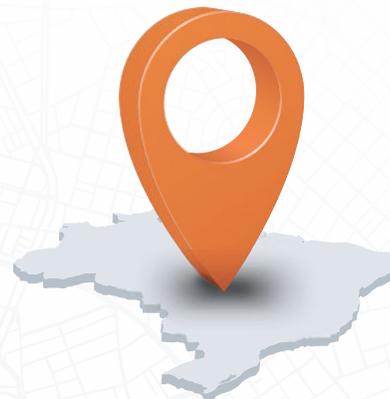
trazendo conforto, esperança e segurança, lembrando que, mesmo “sozinhos” (em isolamento domiciliar), nós estávamos sempre com eles.

Por fim, sentimos a necessidade de elaborar metodologias para o acompanhamento dos casos suspeitos com instrumentos facilitadores da assistência, bem como a implementação do nosso próprio boletim epidemiológico, evidenciando, de forma mais clara, nossa situação de saúde inerente à COVID-19, proporcionando ações nas microáreas específicas.

Diante de todo esse processo de (re)estruturação e reorganização dos processos de trabalho, foi essencial a participação e o empenho de todos rumo a uma construção coletiva, em que o efetivo empenho de todos, bem como ter uma gestão municipal empenhada e que trabalha em sinergia com as ESF, demonstrou ter impacto positivo em nossa comunidade, mitigando os inúmeros danos causados frente a esta pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas por toda a equipe da ESF Branca II foram e têm sido essenciais no enfrentamento da pandemia nos territórios mencionados. Uma vez que a atuação é centrada na comunidade, nas famílias e nos indivíduos, seguimos articulando forças, potencializando o autocuidado, a prevenção e a promoção de saúde.



APS NO COMBATE À PANDEMIA: ESTRATÉGIAS INDIVIDUAL, FAMILIAR E COMUNITÁRIA EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO RIO DE JANEIRO

APS NO COMBATE À PANDEMIA: ESTRATÉGIAS INDIVIDUAL, FAMILIAR E COMUNITÁRIA EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA DO RIO DE JANEIRO

Marcio Henrique de Mattos Silva¹
Brenda Freitas da Costa²
Lorena Mega Itaborahy³
Lívia Turrini Costa⁴
Eloisa Grossman⁵

INTRODUÇÃO

Este texto descreve o contexto, a organização e o processo de trabalho instituído em uma unidade de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como o fluxo de atendimento e telemonitoramento das pessoas com síndrome gripal durante a pandemia, as estratégias de cuidado familiar dos demais grupos prioritários e, ainda, as ações de abordagem comunitária.

DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

O presente relato situa-se em uma clínica da família, unidade de APS, localizada na zona norte do Rio de Janeiro, cujo território adscrito possui aproximadamente 21 mil pessoas, é heterogêneo, com áreas de comunidade e condomínios, grande vulnerabilidade e densidade populacional. Essa unidade possui seis equipes de Saúde da Família e recebe residentes de Medicina de Família e

Comunidade e de enfermagem. Além disso, passou por turbulenta mudança de modelo de gestão, visto que desde a inauguração da unidade, em 2011, a gestão era realizada por uma mesma organização social, tendo sido demitidos todos os funcionários e contratados alguns dos antigos profissionais e novos trabalhadores por uma empresa pública, a Riosauúde, há 10 dias da declaração de transmissão comunitária do novo coronavírus na cidade.

Nesse contexto, um grupo de trabalho composto pelos profissionais de saúde dessa unidade, desenvolveu, a partir revisão dos protocolos clínicos e organizacionais emitidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e do diagnóstico situacional local, um plano de ação, adaptando as orientações postuladas nesses documentos à realidade da unidade.

O fluxo de atendimento da unidade foi construído a partir do isolamento dos sintomáticos respiratórios no auditório da unidade, onde as pessoas eram avaliadas inicialmente e orientadas sobre as medidas higiênico-sanitárias de cuidado e profilaxia. Os pacientes com síndrome gripal eram notificados e avaliados em uma sala diferenciada, por profissional devidamente preparado para o atendimento. Todos esses pacientes são identificados em uma planilha no Google Drive®, com telefone, endereço, os sintomas iniciais, se apresentavam sinais de gravidade, fatores de risco e outras informações pertinentes. A partir desse atendimento na unidade, uma equipe de telemonitoramento inicia um protocolo de atendimento não presencial, por telefone, a cada 48h, a fim de orientar sobre os sinais de piora clínica e a necessidade de procurar a urgência. Nesse sentido, colocou-se em prática ações de telemonitoramento das pessoas com síndrome gripal.

O fluxo de atendimento dos demais pacientes, que não possuíam sintomas respiratórios, foi mantido para casos inadiáveis. Para os portadores de condições crônicas, gestantes, crianças menores de 1 ano, pacientes com tuberculose, pessoas com HIV, pessoas com transtorno mental grave, situação de violência, ou mesmo cuidados paliativos, realizou-se, em visitas domiciliares, um plano de cuidado familiar com orientações pertinentes ao cuidado integral e à redução do risco de transmissão do coronavírus.

¹ Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Pós-Graduação UERJ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail:* marciohenrique.ms13@gmail.com

² Pós-Graduação UERJ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail:* brendacostamfc@gmail.com

³ Pós-Graduação UERJ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail:* loitaborahy@gmail.com

⁴ Pós-Graduação UERJ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail:* livia.turrini8@gmail.com

⁵ Doutora em Ciências pelo Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). Professora Permanente do Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail:* lologrossman@gmail.com

Dessa forma, as equipes se basearam nas listas de grupos prioritários para gestão do risco e da vulnerabilidade, bem como para intensificação e organização de visitas domiciliares, segundo os parâmetros de prioridade estabelecidos, atingindo a família desses pacientes com índices de maior risco, com base em orientações sobre medidas de profilaxia da transmissão do coronavírus.

Outro fator relevante desse plano de ação foi a articulação com os dispositivos comunitários do território, como associação de moradores, projetos sociais, igrejas e lideranças comunitárias, a fim de aumentar o alcance das orientações em saúde. Nesse sentido, a partir do diagnóstico situacional e da percepção territorial, foram realizadas algumas ações de divulgação junto às lideranças comunitárias, como presidente da associação de moradores, lideranças religiosas, trabalhadores de projetos sociais que atuam no território, entre outros, utilizando também as mídias sociais da unidade e dos trabalhadores para divulgar a importância das medidas de profilaxia contra a transmissão do novo coronavírus. A fim de atingir o maior número de pessoas possíveis, esclarecendo a população adscrita sobre os riscos da pandemia, foram realizadas ações, como: gravação de vídeos, produção e distribuição de material informativo virtual, teleconferências, orientações por telefone e WhatsApp.

Outro recurso utilizado no plano de combate à pandemia no território foi georreferenciamento dos casos de síndrome gripal, utilizando a ferramenta do Google Maps®, bem como o monitoramento das informações de atendimento na unidade, utilizando o Google Data Studios®, para orientar os profissionais sobre as equipes com maior número de casos atendidos, a faixa etária mais acometida, os sintomas mais prevalentes e a distribuição dos casos no território.

Com essas ferramentas associadas ao diagnóstico comunitário das equipes, foram elaborados materiais informativos sobre aspectos relacionados à transmissão do novo coronavírus e também sobre outros problemas em saúde, como a contracepção, os cuidados com os pés de diabéticos, a violência contra a mulher, a prevenção do suicídio, o funcionamento da unidade, a importância da atividade física, entre outras orientações.

Vale ressaltar, também, o monitoramento constante do número de casos atendidos na unidade, do afastamento de profissionais da clínica por sintomas respiratórios e a devolutiva desses dados aos profissionais da unidade, reforçando as medidas de proteção individual e reorientando, constantemente, os fluxos de atendimento a partir das informações locais.

Por fim, foram realizadas atividades de cuidado voltadas para os trabalhadores da unidade, como ginástica laboral e auriculoterapia, em área aberta da unidade e com os cuidados de proteção individual e coletiva, possibilitando um autocuidado dos profissionais para o enfrentamento dos desafios inerentes à pandemia.

RESULTADOS

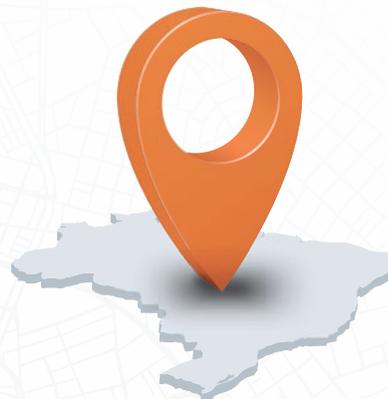
A adaptação dos protocolos para o funcionamento da unidade realizada a partir do grupo de trabalho participativo permitiu uma atuação permanente dos profissionais no enfrentamento da pandemia.

Dessa forma, o grupo de trabalho possibilitou a adaptação do fluxo de atendimento e telemonitoramento dos sintomáticos respiratórios, a implementação de salas de isolamento e de atendimento a esses casos, seguindo as normas específicas, bem como o gerenciamento das listas de pessoas com condições crônicas e grupos de risco, a manutenção do atendimento dos casos prioritários e inadiáveis, utilizando estratégias como as visitas domiciliares, as mídias virtuais e telefone que possivelmente foram importantes para o combate à pandemia. Além disso, o desenvolvimento de ações comunitárias junto às lideranças e dispositivos intersetoriais do território, com gravação de vídeos educativos e teleconferências, por exemplo. Essas ações possivelmente reduziram a transmissão da epidemia no território, como indicaram os gráficos de monitoramento do número de casos notificados, reavaliados semanalmente. Outro aspecto relevante foi o constante monitoramento do número de casos de sintomáticos respiratórios e síndromes gripais diários e semanais, bem como a disponibilização desses dados para a equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia trouxe desafios sem precedentes à UBS analisada. Nesse sentido, os grupos de trabalho locais foram fundamentais para a plasticidade do serviço e para a adaptação do funcionamento da unidade, a partir das propostas de mudanças na organização e no fluxo da unidade.

Além disso, o cuidado familiar, o diagnóstico comunitário, o uso de tecnologias, como mídias virtuais, gravação de vídeos, telemonitoramento, manutenção das visitas domiciliares conforme a gestão das listas de pessoas prioritárias, monitoramento constante do número de casos atendidos, georreferenciamento, entre outras medidas, foram fundamentais para o enfrentamento da pandemia, construindo-se um plano de cuidado nos níveis individual, familiar e comunitário. Finalmente, espera-se que esta experiência possa apoiar outros cenários de cuidado e demonstrar a importância, a flexibilidade e a resolutividade da APS no enfrentamento da pandemia.



COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E RESPOSTAS NOS TERRITÓRIOS

COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E RESPOSTAS NOS TERRITÓRIOS

Joele Layana Fernandes Costa¹
Eliane Patricia Lino Pereira Franchi²

OBJETIVO

Trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira que atua na atenção básica no município de Araguaína-TO, e tem como objetivo descrever o contexto epidemiológico e ações no território frente à pandemia de COVID-19.

DESENVOLVIMENTO

O município de Araguaína é o segundo maior do estado do Tocantins, situado na região Médio-Norte Araguaia, com 180.470 habitantes, e é referência em saúde para cidades próximas e de outros estados (Pará e Maranhão).

Desde a confirmação do primeiro caso da doença, em 27 de março de 2020, a Secretaria Municipal da Saúde do município vem monitorando os casos e reestruturando a rede de atenção local. A Atenção Básica conta com 20 Unidades Saúde da Família (USF), nas quais trabalham 46 Equipes de Saúde da Família (eSF), sendo que 4 USF foram adaptadas para atendimento exclusivo aos usuários com sintomas gripais e casos leves da doença; as demais USF seguiram com os atendimentos somente para pacientes em cuidados continuados.

Em relação às pessoas dos territórios das USF que se tornaram exclusivas para sintomas gripais, estas foram direcionadas às unidades mais próximas de seu território. Para os casos mais graves, foi estruturado um setor exclusivo na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), assim como um posto de coleta de teste para COVID-19 (RT-PCR e testes rápidos).

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFT). Enfermeira. Araguaína-TO, Brasil. *E-mail:* joelelayana@gmail.com

² Doutora em doenças tropicais, Universidade Federal do Tocantins (UFT). Palmas-TO, Brasil. *E-mail:* fliane24@yahoo.com.br

Após o atendimento nas UBS de referências e/ou UPA, o paciente é encaminhado para o posto de coleta que funciona todos os dias da semana, das 7 às 19 horas. Além da coleta no local, ocorre a aferição de sinais vitais pela equipe, que é composta por dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem. Um Hospital Municipal de Campanha (HMC) para o COVID-19 foi construído no município, com 60 leitos de internação clínica (casos moderados a graves), para atender a população de Araguaína e dos municípios de Goiatins, Campos Lindos, Colinas e Wanderlândia. Os hospitais da cidade (unidade estadual, federal e privadas com leitos SUS) dispõem de 36 leitos de unidade de terapias.

A Coordenação da Vigilância em Saúde municipal designou, verticalmente, uma Equipe de Resposta Rápida (ERR) para monitoramento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, bem como seus contatos domiciliares, sendo dividida em: Equipe de coleta de notificações, Equipe de análise e digitação de notificações, Equipe de monitoramento, Equipe de investigação e Equipe de coleta de testes para a COVID-19.

A Equipe de coleta de notificações realiza a coleta das notificações em todos os locais de atendimento ao paciente com síndrome gripal, suspeito e confirmado de COVID-19. Durante esse processo, é realizada a análise das fichas, observando os campos em abertos, requerendo adequações e capacitando os profissionais para o preenchimento correto das notificações. Em seguida, as notificações são entregues para a Equipe de análises e digitação das notificações, que realiza a digitação/tabulação dos dados e análises estatísticas para construção do boletim epidemiológico municipal.

A Equipe de monitoramento realiza o monitoramento por via telefônica de todos os pacientes confirmados para COVID-19, juntamente com seus contatos domiciliares. Já a Equipe de investigação realiza busca ativa através da visita domiciliar na zona urbana e rural aos pacientes confirmados, com quem não foi possível realizar o primeiro contato via telefone, para a entrega do resultado de exame e em casos suspeitos que necessitam de investigação prévia sobre o histórico de contato com a doença. Essa equipe também atende outras demandas passadas por outras equipes, como: orientações sobre a doença, isolamento social, isolamento domiciliar, ações sanitárias, preenchimento de notificação de contatos

sintomáticos e/ou assintomáticos. A Equipe de coleta de testes para o COVID-19 está alocada em uma USF com área física exclusiva para seu funcionamento, e dispondo de equipamentos e dois carros exclusivos para seu trabalho, que visa realizar coletas domiciliares em pacientes suspeitos do COVID-19 ou contatos.

O município também dispõe do TELECOVID, com objetivo de orientar e monitorar via teleatendimento os casos de síndrome gripal na APS, incluindo os casos de COVID-19 e, assim, oferecer agilidade e segurança para as equipes e reduzir o fluxo de pacientes nas USF e na UPA. Contam com o reforço da faculdade ITPAC, com o internato de medicina e acadêmicos de enfermagem. Esse atendimento ocorre através de uma combinação de WhatsApp e ferramentas G Suite. Durante o contato com os operadores, o paciente é orientado sobre o funcionamento do serviço de teleatendimento e, em seguida, é agendado para atendimento direto com o médico disponível. Os pacientes que entram no tratamento medicamentoso, conforme protocolo, são avaliados diariamente pelo TELECOVID.

O LACEN-TO é responsável por analisar as amostras de *swab* (RT-PCR) coletadas nas unidades de referência em pacientes que apresentam sintomas de 3 a 5 dias. Nas USF de referência, os pacientes com casos leves recebem um *kit* com medicações para tratamento da COVID-19, conforme protocolos do Ministério da Saúde. Devem assinar um termo de responsabilidade livre e esclarecido sobre riscos e benefícios do tratamento, além do termo de compromisso de isolamento domiciliar, sendo monitorados pela equipe do município via ligações telefônicas. Todo serviço de vigilância dos casos de COVID-19, bem como seus contatos ficam sob a responsabilidade da Equipe de Resposta Rápida, designada pelo município. As eSF ficaram com a responsabilidade de realizar vigilância de casos de influenza.

RESULTADOS

Até o início da segunda quinzena de outubro de 2020, Araguaína registrou 15.653 casos confirmados de COVID-19, sendo 308 casos ativos, 15.125 casos recuperados e 220 óbitos. O município representa 21,44 % dos casos confirmados no estado, conforme dados da vigilância epidemiológica estadual e municipal. Possui taxa de incidência de 8625,81, taxa de letalidade de 1,43%, ocupação

hospitalar em leitos clínicos de 19% e taxa de ocupação de leitos de UTI de 45%. Em relação ao gênero, 7.250 casos confirmados são do sexo masculino e 8.317, do sexo feminino, porém o registro de óbitos é maior em pacientes do sexo masculino (144) do que do feminino (78). Em relação à proporção de casos por faixa etária, percebe-se que os maiores números estão entre 30 a 39 anos (25,5%) e entre 20 a 29 anos (24,1%). Em relação ao número de óbitos de casos confirmados por comorbidade, 22,3% não apresentavam nenhuma comorbidade; 13,7% tinham hipertensão arterial sistêmica; 12,2% tinham hipertensão e diabetes *mellitus*; 9,4% tinham doença cardíaca crônica. Considerando que a pandemia estabeleceu uma situação de extrema anormalidade, inicialmente, o município enfrentou dificuldades na aquisição e abastecimento de equipamentos de proteção individuais (EPIs).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Araguaína vem trabalhando arduamente no enfrentamento da pandemia de COVID-19, com ações integradas e articuladas entre os diversos setores: saúde, comércio, empresariado, segurança pública, educação, entre outros, buscando qualificar o atendimento aos pacientes infectados e conter a transmissão da doença. Entretanto, algumas ações merecem reflexões sobre suas concepções e resultados. O papel da Atenção Básica no SUS que, diante da pandemia, foi enfraquecido e subestimado, devido à substituição de suas ações de vigilância e acompanhamento por uma equipe externa e verticalizada, pois a equipe externa não integrava a rede de atenção à saúde municipal antes da crise sanitária. Outro aspecto a ser analisado é a necessidade de construção de um hospital apenas para atendimento dos casos de COVID-19, que agora, devido à diminuição de casos, está vazio.



COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E AS EXPERIÊNCIAS DO PROFSAUDE NOS TERRITÓRIOS

COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO E AS EXPERIÊNCIAS DO PROFSAUDE NOS TERRITÓRIOS

Fabio Oliveira de Freitas¹
Deivisson Vianna Dantas dos Santos²

OBJETIVO

O presente relato de experiência tem como objetivo demonstrar como ocorreu a reorganização da Atenção Primária em Saúde e o impacto que teve até agora, frente à pandemia de COVID-19, no município de Toledo, interior do Paraná.

DESENVOLVIMENTO

A cidade de Toledo está localizada no oeste do Paraná e possui aproximadamente 140.635 habitantes (estimativa IBGE, 2019) Em 2010, seu índice de desenvolvimento humano foi de 0,768; sua economia é baseada na agropecuária e indústria; possui cobertura de Atenção Primária de 63,82% da população do município, sendo por volta de 40% com Estratégia Saúde da Família (ESF), constituindo, com isso, 18 equipes de ESF, segundo último Plano Municipal de Saúde.

Outra característica importante da cidade, é a grande quantidade de trabalhadores em indústrias, como a BRF S.A., frigorífico com mais de 6.000 funcionários, e a Prati-Donaduzzi, farmacêutica com aproximadamente 4.000 colaboradores em suas linhas de produção. Essas são as maiores indústrias da

¹ Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Médico de Família e Comunidade. Professor Auxiliar UFPR – *Campus* Toledo-PR, Brasil. *E-mail*: f.freitasmsn@hotmail.com

² Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP com sanduíche na Université de Montréal. Médico. Psiquiatra. Coordenador do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: profsaudeufpr@gmail.com

cidade, às quais se somam empresas de médio e pequeno porte, resultando em uma grande aglomeração de trabalhadores em atividade industrial, aumentando o desafio para o enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Cursando com um quadro clínico que varia de casos completamente assintomáticos, os mais comuns, até inúmeros desfechos de óbito por motivos que variam de uma síndrome respiratória aguda grave a complicações em patologias preexistentes, a doença causada pelo SARS-Cov2 trouxe uma enorme preocupação e o surgimento de medidas por parte da comunidade científica e dos governos, para tentar conter a disseminação do vírus.

Sendo assim, o aparecimento da COVID-19 e a declaração de “Emergência em saúde pública de importância internacional”, pela OMS, em 30 de janeiro de 2020 e, logo depois, em 3 de fevereiro 2020, como “Emergência em saúde pública de importância nacional” motivaram inúmeras ações no país, não sendo diferente no município de Toledo, que criou o Centro de Operação de Emergências (COE) em 9 de março de 2020 para poder lidar com a nova patologia.

Além disso, em 11 de março de 2020, a cidade decretou estado de emergência em saúde e, entre as diversas ações realizadas, uma das mais impactantes foi a reorganização da Atenção Primária em Saúde (APS). Com isso, houve modificações no processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que passaram a seguir os protocolos para COVID-19, baseados nas orientações do Ministério da Saúde e da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, com adaptações para o município e também a cursar com o remanejamento de recursos humanos.

Por conta disso, o município que tem no total dez UBS, fechou seis, transformando, *a priori*, quatro destas em unidades sentinelas para sintomáticos respiratórios e cinco para atendimento da população em geral, com outras condições de saúde. Também ocorreu a transformação da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que atende mais 17 municípios do entorno, em local para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios e o Pronto Atendimento Municipal passou a atender não sintomáticos respiratórios. Houve, também, a centralização de atendimentos de pré-natal e puericultura em uma UBS para toda a cidade.

Outras alterações realizadas foram: remanejamento de servidores municipais pertencentes a grupos de risco para COVID-19 para funções administrativas e fora do contato direto com pacientes; aumento do horário de funcionamento das UBS para 12 horas diárias (7h às 19h); simplificação na dispensação e aumento da quantidade de medicamentos fornecidos aos pacientes nas farmácias do município; realização de teste rápido e RT-PCR nas unidades sentinelas; e fechamento parcial da central de especialidades (nível secundário).

Também tivemos a criação de uma central de telefones na Secretaria Municipal de Saúde, para a realização de teleorientação, telemonitoramento e teletriagem de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 e esclarecimentos para a população em geral, tendo o funcionamento todos os dias da semana e a participação de médicos e odontólogos de grupos de risco ou provenientes da central de especialidades que inicialmente manteve apenas o funcionamento das seguintes especialidades: cardiologia, oncologia e nefrologia.

Prosseguindo, como parte das medidas de reorganização, também houve a estruturação de um Hospital de Campanha Municipal, que não chegou a entrar em funcionamento, mas que surgiu como possibilidade para ajudar na retaguarda, caso houvesse um colapso no serviço de saúde, principalmente no que tange às internações hospitalares em unidades de tratamento intensivo (UTI).

RESULTADOS

O município de Toledo teve o registro do primeiro caso de COVID-19 em 7 de abril de 2020 e o primeiro óbito em 31 de maio 2020, sendo que cursa com mais óbitos na população idosa, em concordância com a literatura mundial. Atualmente, em 27 de setembro de 2020, são 5.599 casos da doença entre os Toledanos e 59 óbitos confirmados, além de uma ocupação de leitos de UTI de 57,89%.

Apesar desses números, a cidade segue com a maior parte dos estabelecimentos comerciais abertos, seguindo as normas de distanciamento social, uso de máscaras e de álcool em gel. Além de a saúde pública permanecer organizada

de uma forma ainda muito parecida como no início da pandemia, uma das unidades sentinelas foi fechada, devido o menor fluxo de pacientes. Houve a reabertura de duas UBS que estavam fechadas para atendimento geral, assim como a retomada de atendimentos em algumas especialidades focais na atenção secundária.

Vendo de forma mais detalhada a Atenção Primária, observamos que houve uma desestruturação das unidades contempladas por equipes de Estratégia Saúde da Família, pois a rotina de serviços foi quebrada, mesmo permanecendo as visitas domiciliares por parte dos agentes comunitários. Os atendimentos domiciliares por médicos(as) e enfermeiros(as) foi cancelada, as agendas de atendimento a pacientes crônicos foi fechada e a lógica de acompanhamento à saúde, dividida por territórios, foi paralisada, deixando de existir os vínculos dos pacientes com as unidades; as puericulturas e pré-natais foram centralizados em uma única UBS, sendo uma barreira para o acesso de alguns pacientes; os grupos deixaram de ser realizados, desmotivando a participação ativa da comunidade.

Também tivemos como resultado das ações implantadas uma redução do acompanhamento dos usuários com condições crônicas de saúde, inclusive daqueles restritos aos leitos de suas casas, além do cancelamento de todas as consultas agendadas, assim como diminuição das coberturas vacinais e de realização de curativos. A renovação de receitas se tornou muito mais frequente do que a real avaliação do paciente.

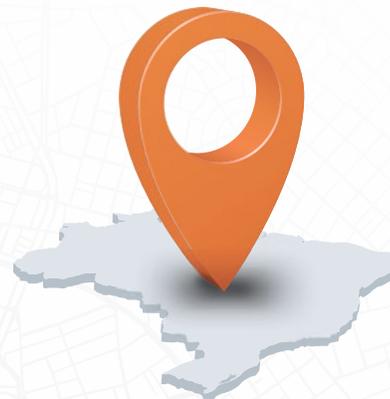
CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível que as ações de reorganização tenham ajudado a salvar mais vidas, porém acreditamos que todo o potencial de ações e resoluções da atenção primária, que sempre tiveram um forte aspecto social com a participação comunitária, foi eclipsado pelas ações desenvolvidas para o combate à pandemia, fazendo-nos refletir se o pós-pandemia conseguirá trazer de volta o que já foi ou poderia ter sido realizado pelas Equipes de saúde da família, se haverá a restituição da qualidade do acesso e da assistência para todas as pessoas no município ou até mesmo do país.

REFERÊNCIA

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2019**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2019/estimativa_dou_2019.pdf

PARTE II
ATENÇÃO DOMICILIAR
E COVID-19



ATENÇÃO DOMICILIAR
EM TEMPOS DE COVID-19:
REFLEXÕES ACERCA
DA PRÁTICA

ATENÇÃO DOMICILIAR EM TEMPOS DE COVID-19: REFLEXÕES ACERCA DA PRÁTICA

Leonardo Cançado Monteiro Savassi¹
Mariana Borges Dias²

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 representa o maior desafio organizativo dos sistemas de saúde, demandando renovação de práticas, integração dos sistemas de saúde, financeiro e político, e protagonismo dos profissionais da linha de frente (WHO, 2020).

Ao declarar a pandemia como problema de saúde pública nacional (BRASIL, 2020a), passou-se a recomendar o distanciamento social, principalmente para grupos de risco. Apesar da expansão da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito hospitalar, a demanda por cuidados de pessoas com doenças crônicas agudizadas se manteve. Visando evitar sobrecarga e aglomerações nas portas das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Atenção Domiciliar (AD) se apresentou como estratégia viável (BRASIL, 2020b).

Numa pandemia, mesmo que o foco seja em leitos hospitalares e terapia intensiva, os cuidados domiciliares abrangerão parcela significativa da população, geralmente aquela em restrição da mobilidade por preencher critérios de risco. Sob esse aspecto, equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), notadamente de Saúde da Família (eSF), e Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) ampliaram sua relevância, apoiadas respectivamente pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Equipes Multiprofissionais de Apoio a AD (EMAP).

¹ Doutor em Educação em Saúde. Médico de Família e Comunidade. Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFOP) e da Colaboração da Universidade Aberta SUS pela Universidade Federal de Ouro Preto-MG. Professor. Pediatra de Atenção Domiciliar da Unimed BH, Diretor de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, gestão 2020-2022. Ouro Preto-MG, Brasil. E-mail: savassi@ufop.edu.br

² Especialista em Clínica Médica e em Gestão de Políticas de Saúde informadas por evidências. Referência em Atenção Domiciliar na Coordenação Geral de Atenção Domiciliar e Hospitalar do Ministério da Saúde. Brasília-DF, Brasil. E-mail: mariana.borges@saude.gov.br

Durante a pandemia, o Programa Melhor em Casa (PMC) focou na desospitalização precoce e manutenção no domicílio de pacientes já acompanhados, minimizando o risco de contaminação, especificamente para os idosos, que representam até 70% da faixa etária sob os cuidados do programa (BRASIL, 2020c).

DESENVOLVIMENTO

Essas discussões são fruto das “Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: recomendações do GT-AD SBMFC e ABRASAD” (SAVASSI *et al*, 2020), e das discussões estabelecidas na 2ª sessão temática do PROFSAÚDE sobre COVID-19: “Atenção Domiciliar e COVID-19” (FIOCRUZ, 2020).

RESULTADOS E/OU IMPACTOS

No início da pandemia, a demanda por visitas domiciliares (VD) iniciou-se baixa pelo temor de contaminação, mas ampliou-se gradativamente pela necessidade de cuidados continuados e manutenção do isolamento social.

Equipes de APS se reinventaram de acordo com seus protocolos de cuidados, capacidade de organização e estrutura física das UBS. O estabelecimento de duas portas de atendimento – uma para sintomáticos respiratórios e outra para pacientes com outras queixas – foram insuficientes para assistir pessoas com queixas agudas não respiratórias ou condições crônicas. Usuários passaram a demandar cuidados em casa, através do contato dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e VD, realizadas pelas eSF.

Com foco na minimização do risco de contágio tanto das equipes quanto dos pacientes, as EMAD e EMAP diversificaram a atuação, de acordo com a demanda dos serviços. Alguns profissionais passaram a trabalhar em hospitais de pequeno e médio porte pela expertise com pacientes em ventilação mecânica, havendo a demanda de articulação e cessão de profissionais para outros pontos da RAS.

Como exemplos de integração e compartilhamento do cuidado, houve o acionamento das EMAD e EMAP na vacinação para influenza em acamados, em João Pessoa-PB; busca ativa de casos de COVID-19 em localidades ribeirinhas remotas, incluindo testagem e atendimento em Pacajá-PA; testagem por RT-PCR de *swab* nasal, a partir de casos suspeitos indicados pela APS, em Belo Horizonte-MG e Contagem-MG.

Equipes passaram a ter um papel fundamental no estabelecimento de protocolos de cuidados para COVID-19, na estimativa de volume de equipamentos de proteção individual (EPIs) e na percepção de seu papel dentro da RAS.

A telessaúde apareceu também na APS e no Serviço de Atenção Domiciliar, integrando equipes para favorecer o compartilhamento do cuidado. A integração entre telemonitoramento, AD presencial e monitoramento pelos ACS demonstrou que alguns pacientes, notadamente crônicos, com demandas de VD mais frequentes, tiveram sua estabilidade garantida ao se mesclarem essas formas de cuidados e o compartilhamento destes entre as equipes.

No campo da saúde mental, pacientes com COVID-19 apresentaram o medo de morte iminente, devido à dispneia, mas também temor e incerteza quanto ao desfecho possível. Outros não puderam elaborar o luto da perda de familiares, havendo, ainda, o impacto econômico e social da pandemia. Isso impactará a demanda de usuários por cuidados em saúde mental, sobrecarregando a APS.

Por outro lado, entendeu-se com maior clareza os benefícios da morte no domicílio, favorecendo cuidados paliativos. Especial atenção deverá ser dada para as sequelas respiratórias, musculares, psíquicas da COVID-19. E para uma reversão progressiva do isolamento social, focada em sua saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia demonstrou à população a relevância dos serviços ambulatoriais e os problemas do hospitalocentrismo, e esta passou a entender o real papel do hospital no cuidado a quadros graves, mas como possível fonte de contaminação. Da mesma maneira, ampliou-se a percepção da importância do SUS como direito, mas principalmente como questão de soberania nacional.

A telessaúde é uma estratégia que deve perenizar, avançando no telemonitoramento, na prescrição à distância, nas estratégias de educação à distância, na integração das equipes em diferentes pontos da RAS, no aprimoramento de sua comunicação efetiva virtual, o que possibilita segunda opinião formativa e melhoria na regulação.

A preocupação com os EPIs, com a limpeza dos ambientes, com os veículos que transportam a equipe e com os resíduos sólidos domiciliares se renovou, tornando mais seguras as práticas domiciliares. Espera-se, também, uma mudança no comportamento de profissionais frente ao desafio do cuidado em casa.

Por fim, a pandemia demonstrou a plasticidade das equipes de AD da APS e do PMC, que, de forma maleável, criaram alternativas dentro da RAS e fortaleceram as possibilidades do cuidado domiciliar e sua consolidação como modalidade fundamental de assistência no SUS.

REFERÊNCIAS

FIOCRUZ. **Atenção Domiciliar e COVID-19** Online. Sessão temática. [S.l.:s.n], 10 set.2020 (2h20min). Publicado pelo canal FIOCRUZ. Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qKK2jN2Gcyg>. Acesso em: 14 nov. 2020

BRASIL. Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 fev. 2020a. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção a pessoas com doenças crônicas na APS diante da situação de pandemia de COVID-19 (coronavírus)**. Brasília, DF, 2020b. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096507/atenccao_pessoa_com_doencas_cronicas_-_aps_covid-19.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD): Programa Melhor em Casa na pandemia do coronavírus (COVID-19)**. Brasília, DF, 2020c. Disponível em: <https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/20/doc-nota-tecnica-covid19---1-.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2020.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. **Revi Bras Med Família Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2611, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611). Acesso em: 13 nov. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005)**: Emergency Committee regarding outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [S. l.: s.n], 30 jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 13 nov. 2020.



RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ODONTOLOGIA NO APOIO AO MONITORAMENTO ESTRATÉGICO DA COVID-19

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A ODONTOLOGIA NO APOIO AO MONITORAMENTO ESTRATÉGICO DA COVID-19

Sabryna Maria Brêtas¹
Maria Cristina Rodrigues Guilam²

INTRODUÇÃO

Desde que a declaração da OMS elevou ao estado de pandemia a contaminação da COVID-19, diversos setores da saúde vêm atravessando uma sobrecarga nos serviços de urgência e emergência (WHO, 2020). A mudança de classificação não se deve à gravidade da doença, mas à rápida disseminação geográfica do vírus SARS-CoV-2. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge com um compromisso de readaptar os papéis dos profissionais da saúde, no sentido de estabelecer uma linha de cuidado específica contra a COVID-19 (ABRASCO, 2020; BARRETO, 2020; BRASIL, 2020d, 2020e; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020), destacando seu apoio à Atenção Domiciliar (AD).

A AD é uma forma de atenção à saúde, oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado (BRASIL, 2020a; ENGSTROM, s/d). Através do monitoramento de casos confirmados e suspeitos da COVID-19, a AD possui uma função estratégica no sentido de evitar hospitalizações desnecessárias, melhorar a gestão dos leitos hospitalares e diminuir a superlotação de serviços de saúde (BRASIL, 2013).

A APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia e precisa estar preparada para detectar precocemente pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, elaborando ações de controle que evitem sua propagação (BRASIL,

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/RJ). Especialista em Atenção Primária FAESA-ES. Cirurgiã-dentista. Serra-ES, Brasil. *E-mail*: sabretas2@gmail.com

² Mestrado e Doutorado (IMS/UERJ). Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Tecnologista em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Coordenadora Acadêmica Nacional do PROFSAÚDE. Médica (UERJ). Experiência na área de educação e gestão da Pós-graduação. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail*: cristina.guilam@fiocruz.br

2020d). No contexto da efetividade das ações, a comunicação interprofissional colaborativa é um dos principais métodos para melhorar os resultados das práticas de saúde (DOW *et al*, 2017). Em relação ao monitoramento estratégico da doença, o vínculo entre os profissionais e destes com a população contribui para a integralidade do cuidado e eficiência nos resultados para controle e combate ao novo coronavírus (FLEISCHMANN *et al*, 2016).

A disseminação do SARS-CoV-2 pode ocorrer através do contato entre as pessoas ou com superfícies contaminadas pelo vírus, principalmente através de secreções oriundas das cavidades nasal e bucal. Sendo assim, os procedimentos odontológicos podem contribuir para propagação do novo coronavírus, através dos aerossóis formados durante as manobras do tratamento, que espalham fluidos contaminados no ambiente. No contexto da epidemia no país, os atendimentos odontológicos eletivos foram suspensos, sendo mantidos os serviços de urgência (BRASIL, 2020b, 2020c). Dessa forma, os cirurgiões-dentistas conseguiram o espaço de tempo necessário para apoiar a AD, auxiliando ações de controle e combate contra a COVID-19 (ESPÍRITO SANTO, 2020).

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é apresentar um relato sobre a contribuição dos cirurgiões-dentistas à AD, através do monitoramento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19. O monitoramento tem como função traçar o perfil epidemiológico da doença, fornecer dados que auxiliem estratégias para enfrentamento do vírus SARS-CoV-2, impedir o colapso dos serviços de saúde e realizar o acompanhamento do quadro clínico das pessoas contaminadas, buscando evitar o óbito.

MÉTODO

O método descrito foi o monitoramento estratégico ao vírus, realizado pelos cirurgiões-dentistas na Unidade Regional de Saúde (URS) de Jacaraípe, no município de Serra-ES. Nessa perspectiva, esses profissionais foram inseridos em equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros e assistente social para auxiliar no combate à COVID-19.

A partir da declaração de estado de emergência em saúde, devido à COVID-19, o governo do estado do Espírito Santo elaborou um Plano Estadual de Prevenção e Controle do SARS-CoV-2 19 (ESPÍRITO SANTO, 2020), com o objetivo de traçar o perfil epidemiológico da doença nos territórios, diminuir a velocidade de propagação e dar suporte à capacidade hospitalar. Desde então, foram lançados critérios para instalação do monitoramento de casos suspeitos e confirmados da COVID-19 nos municípios e a identificação passou a ser realizada através da notificação dos casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG). Em caso de realização de teste laboratorial diagnóstico da COVID-19 (RT-qPCR ou sorológico), o resultado deve ser registrado e o processamento da base de dados garante a identificação única do paciente.

As notificações dos casos suspeitos e confirmados da COVID-19 foram realizadas através da plataforma do e-SUS Vigilância em Saúde (VS), sendo uma inovação do governo do estado do Espírito Santo, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Essa ação melhorou a gestão do monitoramento, aumentando a velocidade com que as informações passaram a ser transmitidas aos profissionais de saúde, secretaria municipal e ao governo federal.

O monitoramento de casos suspeitos e confirmados da COVID-19 pela equipe multiprofissional da URS de Jacaraípe foi realizado através de ligações telefônicas diárias, com questionamentos sobre os sinais e sintomas de saúde apresentados pelo paciente, além de reforçar a importância das medidas de isolamento e práticas de higiene corporal e superfícies de contato (SERRA, 2020). O contato telefônico foi realizado ao longo de 14 dias, podendo estender esse prazo, caso os sinais e sintomas persistissem. Em piora do quadro clínico, os pacientes foram orientados procurar os órgãos de referência de urgência e emergência. Todos os dados coletados durante o monitoramento foram registrados no prontuário eletrônico do cidadão no sistema e-SUS e relatórios diários sobre a evolução, cura e possíveis óbitos foram transmitidos à Vigilância Epidemiológica do Município (WHO, 2020).

Durante a execução das atividades de monitoramento, houve agendamento de reuniões entre os profissionais com função de manter e estimular práticas colaborativas, objetivando a eficácia das ações na equipe.

RESULTADOS

Através da análise do conteúdo das ligações telefônicas, os resultados do monitoramento estratégico ao vírus SARS-CoV-2 demonstraram grande colaboração da população ao responder com detalhes os questionamentos sobre seu quadro clínico de saúde. As reuniões colaborativas da equipe multiprofissional ampliaram o vínculo entre os profissionais e destes com a população, potencializando as práticas da ação do monitoramento dos casos suspeitos e positivos da COVID-19. Houve certa dificuldade em relação ao registro de alguns números telefônicos, os quais foram fornecidos erroneamente ou sem atualização pelos pacientes.

Na análise do número de casos monitorados entre os meses de março até agosto de 2020, no município de Serra, verificamos que até junho, houve um aumento progressivo no número de pessoas contaminadas pelo SARS-CoV-2, concomitante com o número de pessoas curadas. A partir do mês de julho, em que temos o melhor índice de pessoas curadas, o número de casos de contaminação começa a diminuir, seguindo essa tendência até o final do mês de agosto. Esses dados podem sugerir uma melhora nas medidas de controle e combate contra a COVID-19, evitando o colapso do sistema de saúde no município e a redução de óbitos na população.

O monitoramento estratégico da COVID-19, através da participação dos cirurgiões-dentistas, contribuiu para fortalecer a acuidade da vigilância epidemiológica, identificar e proteger indivíduos e grupos vulneráveis à doença e fornecer dados para auxiliar em estratégias para enfrentamento do vírus SARS-CoV-2.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O monitoramento de casos suspeitos e confirmados da COVID-19 mantém a integração das ações da Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde, aprimorando o planejamento assistencial, a fim de proporcionar melhor efetividade e qualidade das ações para o enfrentamento da COVID-19.

O suporte ao monitoramento de pacientes suspeitos e confirmados ao vírus, através da participação dos cirurgiões-dentistas, propiciou um indispensável apoio à AD, ampliando a captação dos dados epidemiológicos da doença, servindo de fonte de informação para impedir o colapso nos serviços de saúde e elaboração de ações estratégicas para enfrentamento da COVID-19. As práticas interprofissionais de comunicação colaborativa, assim como o vínculo da equipe de saúde com a população, garantem a efetividade dessa ação, a integralidade do cuidado e a melhora da qualidade de vida na população.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Desafios da APS no SUS no enfrentamento da COVID-19.**

Relatório: Seminário Virtual Rede APS/ABRASCO. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1-4, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html. Acesso em: 13 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção domiciliar**. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/melhor-em-casa-servico-de-atencao-domiciliar/atencao-domiciliar>. Acesso em: 13 set. 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 9/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS**. Atendimento Odontológico no SUS. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 04/2020 GVIMS/GGTES/ANVISA**. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus. Brasília, DF, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (COVID-19)**. Brasília, DF: Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, 2020e. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020e.

DOW, A. W., *et al.* Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. **J Interprof Care**, ano 31, n.6, p. 677-678, nov. 2017.

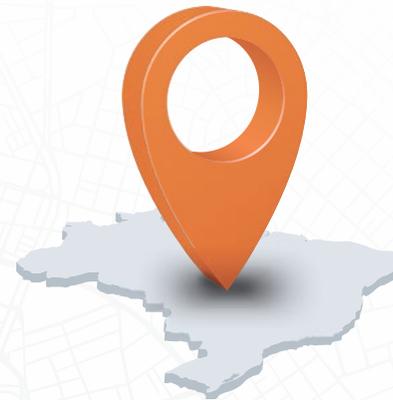
ENGSTROM, E. *et al.* **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19**. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: 13 set. 2020.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde (SESA). **Plano Estadual de Prevenção e Controle de SARS CoV-2 (COVID-19)**. Vitória, 2020. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/coronavirus/Plano%20Estadual%20de%20Prevencao%20e%20Controle%20da%20COVID-19.27.6.2020.pdf>. Acesso em: 13 set. 2020.

FLEISCHMANN, N. *et al.* Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. **BMC Fam Pract**, n. 123, p. 1-13, 2016.

SERRA. Secretaria de Saúde (Sesa). **Plano Estadual de Prevenção e Controle de SARSCoV-2 (COVID-19)**. Prefeitura municipal, 2020. Disponível em: <http://www4.serra.es.gov.br/secretaria/COVID-19>. Acesso em: 13 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Infection prevention and control during health care when Covid-19 is suspected**. Interim guidance, 19 mar. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-duringhealth-care-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected-20200125](https://www.who.int/publications-detail/infection-prevention-and-control-duringhealth-care-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected-20200125). Acessado em: 13 set. 2020.



ATENÇÃO DOMICILIAR E COVID-19

ATENÇÃO DOMICILIAR E COVID-19

Idania Julio Ribeiro¹

Eda Schwartz²

Ana Paula Rodrigues Alves Palmera³

INTRODUÇÃO

As visitas domiciliares são uma importante ferramenta de acompanhamento e aproximação do profissional de saúde com a família e comunidade, que envolve diferentes profissionais da equipe, de maneira individual ou compartilhada (BRASIL, 2013). Em tempos de pandemia de COVID-19, essa ferramenta mostra-se relevante no acompanhamento e vigilância de casos suspeitos ou confirmados, assim como também para o monitoramento dos grupos de risco, para os quais o distanciamento social é recomendado. (SAVASSI *et al.*, 2020) Este texto apresenta um relato de experiência sobre a atenção domiciliar em tempos de pandemia de COVID-19, no município de Fraiburgo-SC, durante os meses de março a setembro de 2020, e tem como objetivo apresentar a experiência das equipes de saúde da família (eSF), evidenciadas pelas autoras na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Miguel.

DESENVOLVIMENTO

O município de Fraiburgo-SC, também conhecido como “terra da maçã”, pois sua principal atividade econômica é a fruticultura, localiza-se na região meio-oeste catarinense, aproximadamente a 341 km da capital, e tem uma população estimada de 36.584 habitantes. Conta com 8 eSF e uma equivalente, com

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPeL). Médica da Estratégia de Saúde da Família em Fraiburgo-SC. Professora da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP). Fraiburgo-SC. E-mail: idania_ribeiro@hotmail.com

² Mestra e Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Professora nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPeL) e no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Oncológica. Pelotas-RS. E-mail: edaschwa@gmail.com

³ Especialização em Estratégia de Saúde da Família/UFSC e em Oncologia em Sistemas de Rede/UFSC. Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família em Fraiburgo-SC. Fraiburgo-SC. E-mail: anapaulalpalmera@yahoo.com.br

uma cobertura populacional por eSF de 99,19%. O atendimento em saúde é ofertado nas seguintes estruturas: 6 UBS, 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 1 Hospital Geral, 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo I, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e 1 Polo da Academia de Saúde. (FRAIBURGO, 2017) A UBS São Miguel, objeto deste relato de experiência, é composta por 3 eSF, e atende a uma população aproximada de 11.500 pessoas.

Com o advento da pandemia de COVID-19, os serviços de saúde passaram por um processo de readequação dos fluxos de trabalho no município, separando os locais e as equipes para atendimento aos sintomáticos respiratórios e para as demais demandas de saúde. Nessa UBS, a estrutura física permitiu a divisão em dois pisos: o piso inferior para atendimento de casos suspeitos de COVID-19 e o piso superior para os demais atendimentos e rotinas, como vacinas, consultas de pré-natal, consultas a outras queixas gerais, entre outros. A equipe responsável pelo atendimento aos não sintomáticos respiratórios ficou responsável pelas visitas domiciliares (VD).

As VD por profissional médico e de enfermagem foram mantidas em toda a evolução da pandemia, para pacientes sem sintomas respiratórios, tendo em vista principalmente a realização de procedimentos, como curativos, assim como para: consultas a usuários de grupos de risco, acamados e domiciliados com queixas não respiratórias; seguimento de doenças crônicas; consultas ao puerpério imediato e ao recém-nascido; entre outras. O agendamento das VD acontecia pelo contato do usuário ou familiar via telefone, presencialmente na UBS, ou pela solicitação do profissional de saúde, sendo realizada uma triagem das queixas apresentadas. A maioria das visitas foi realizada de maneira compartilhada por um profissional da equipe de enfermagem, um(a) médico(a), e uma agente comunitária de saúde (ACS), sendo que todos os integrantes da equipe faziam uso de equipamentos de proteção individual (EPIs), como máscaras, avental, touca e luvas em caso de procedimentos.

Uma preocupação da equipe era realizar a higienização dos equipamentos utilizados após cada procedimento, visto o contato próximo com o usuário e o atendimento de mais de um usuário por período. Esse contato certamente

é um dos fatores que mais gerou preocupação ao decidir manter as visitas domiciliares, pois existia o receio de a equipe servir como um vetor de transmissão, uma vez que muitos casos poderiam ser assintomáticos.

As visitas domiciliares realizadas pelas ACS foram suspensas logo no início da pandemia, sendo estas designadas a auxiliar nos fluxos na própria UBS. Posteriormente, as atividades das ACS foram retomadas, porém com orientações específicas, restringindo o contato ao portão ou entrada do domicílio, e mantendo o distanciamento físico. Um dos focos principais do retorno das atividades das ACS foi o monitoramento dos usuários e contatos, suspeitos ou confirmados para COVID-19, tendo impactado positivamente nesse acompanhamento.

RESULTADOS

De março até setembro, foram confirmados aproximadamente 400 casos de COVID-19 no município de Fraiburgo, com desfecho de 8 óbitos decorrentes da doença, tendo sido monitorados aproximadamente 2.259 casos suspeitos e cerca de 5.000 contatos. Na área de abrangência da UBS São Miguel, foram monitorados 77 casos confirmados de COVID-19, assim como todos os seus contatos intradomiciliares, no período estudado.

Inicialmente, esse monitoramento era realizado apenas via contato telefônico, porém, havia falhas na compreensão das orientações por parte dos usuários. Com a retomada das visitas domiciliares, as ACS verificavam se os contatos intradomiciliares informados condiziam com a realidade e se estavam sendo cumpridas as medidas de isolamento; reforçavam as recomendações de cuidados, além de verificar se algum contato desenvolveu sintomas e precisava ser atendido presencialmente na UBS. Atualmente, o município não realiza o atendimento de sintomáticos respiratórios no domicílio. Caso seja necessário, o usuário é orientado a buscar uma unidade de saúde habilitada para esse tipo de atendimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observamos uma boa aceitação da população com a prática de visitas domiciliares, tanto pela equipe médica e de enfermagem, quanto pelas ACS, transmitindo à comunidade uma maior percepção de cuidado, resultando em diminuição das denúncias de pessoas burlando as medidas de isolamento e mesmo maior satisfação com o serviço prestado.

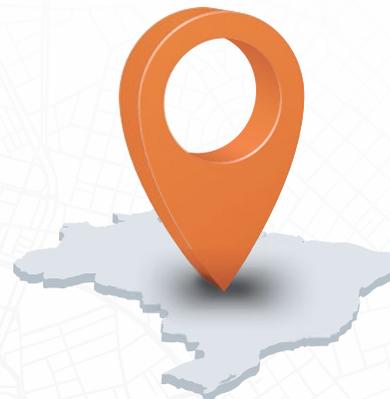
Em tempos difíceis e incertos, nos quais as mudanças ocorreram de modo rápido e sem precedentes, não sabemos dizer, com certeza, qual o melhor modo de atuar nas medidas de enfrentamento, porém, foi necessário agir, e o processo avaliativo nos trará os elementos para a melhoria das práticas e o planejamento de adaptações necessárias no decorrer da pandemia de COVID-19 e nos tempos vindouros, sendo as visitas domiciliares uma ferramenta relevante neste processo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013. v. 2.

FRAIBURGO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. 2017. Disponível em: <https://fraiburgo.sc.gov.br/site/CMS/Media/docs/Fraiburgo/OrgaosMunicipais/Secretarias/Saude/Menu/LinksUteis/Plano%20Municipal%20de%20Sa%C3%BAde%202018-2021.pdf>. Acesso em: 01 out. 2020.

SAVASSI, L. C. M. *et al.* Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2611, 2020.



A (RE)SIGNIFICAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA DE COVID-19

A (RE)SIGNIFICAÇÃO DAS VISITAS DOMICILIARES EM SAÚDE MENTAL NA PANDEMIA DE COVID-19

Laura Regia Oliveira Cordeiro¹
Iara Carla Rodrigues Soares²
Lina Faria³

INTRODUÇÃO

No modelo de atenção psicossocial, o cuidado propõe um itinerário terapêutico que leve em conta a construção histórica do sujeito e sua relação com o território, além de práticas de cuidado integral (SARACENO, 2001). Nesse contexto, o acesso aos serviços de saúde e as visitas domiciliares constituem instrumentos facilitadores no cuidado em saúde mental. Segundo Magno *et al.* (2011), a visita domiciliar se apresenta como instrumento potente para o planejamento das ações de saúde, além da reorientação das práticas. A visita é uma atuação terapêutica pela qual a equipe realiza ações de promoção, prevenção e de educação em saúde de maneira mais singularizada (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007). Com a pandemia do Sars-CoV-2, essa intervenção necessita de reconfiguração para manutenção de uma assistência adequada no contexto de crise sanitária.

OBJETIVO

Este relato de experiência teve por objetivo apresentar as estratégias traçadas por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para a manutenção da assistência domiciliar em Saúde Mental no contexto da pandemia do Sars-CoV-2, analisando

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFSB). Professora do curso de Medicina da Universidade Federal da Bahia e da Faculdade Santo Agostinho de Vitória da Conquista-BA, Brasil. E-mail: lauraregai08@yahoo.com.br

² Graduada em Psicologia. Servidora efetiva da prefeitura municipal de Vitória da Conquista-BA, na função de Psicóloga no Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPSia). Vitória da Conquista-BA, Brasil. E-mail: iaracrlarodrigues@yahoo.com.br

³ Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFSB). Professora Associada da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Porto Seguro-BA, Brasil. E-mail: lina@ufsb.edu.br

os sentidos atribuídos ao cuidado aos usuários e as reorientações das práticas no serviço, tendo como base o construcionismo social, segundo a Psicologia Social de Mary Jane Spink (SPINK; MEDRADO, 2013).

DESENVOLVIMENTO

Os serviços de atenção biopsicossocial tiveram que se reinventar na oferta e manutenção da assistência e, também, em ações de prevenção de contaminação pela doença, por profissionais e usuários. Nesse sentido, o acompanhamento dos usuários ocorreu por meio de monitoramento telefônico das famílias expostas a situações de vulnerabilidades sociais e, em casos específicos, em visitas presenciais. O monitoramento tem proporcionado uma proximidade dos técnicos de referências das famílias e se mostrado (re)significativa nos projetos terapêuticos a partir de demandas identificadas no cotidiano dos sujeitos, permitindo a presença do serviço, mesmo que virtual, nos espaços comunitários e nas rotinas individuais das famílias assistidas, sendo avaliada como um ganho para o serviço enquanto prática de cuidado em saúde. As visitas domiciliares presenciais foram vistas com certo receio pelos profissionais, mas realizadas a partir das necessidades de cuidado, direcionadas no sentido de promover assistência em casos graves de sofrimento mental, uma vez que para esses usuários o deslocamento aos serviços os expõe ainda mais a riscos de contaminação.

RESULTADOS

Em um primeiro momento, a equipe buscou a (re)estruturação do modelo de assistência como protocolos e ações nos territórios. Os primeiros entraves envolveram a superação dos “imaginários sociais” a respeito dos riscos de contaminação/adoecimento/morte, além das novas rotinas com atividades de *home office* e telemedicina aos familiares, em função das medidas de isolamento social. Nesse sentido, foi importante reconhecer que os profissionais, assim como os usuários, sentem medos e angústias que precisam ser entendidas no intuito de promover um trabalho significativo e que traga bem-estar para toda a equipe. Além disso, esse cenário permitiu (re)pensar o cuidado em equipe,

potencializando a ferramenta de “Técnicos em Saúde Mental”, processo este que tem proporcionado a desmistificação do cuidado com foco na assistência biomédica, ainda muito presente nas práticas em saúde.

Nesse cenário, as visitas presenciais ganham “uma cara nova” e permitem um (re)pensar sobre a prática da visita. Com a perspectiva da triagem para as visitas no período de pandemia e distanciamento social, estas têm sido planejadas a partir das demandas dos sujeitos, assumindo assim, a função da abordagem domiciliar enquanto ferramenta de cuidado em saúde – voltada para a resolução de situações problemas agravantes e abrangendo longitudinalmente o cuidado dos sujeitos em seus espaços de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atuar nessas vertentes tem possibilitado práticas de cuidado integral e significativas para os atores sociais envolvidos neste cenário de desafios. Assistir ao próximo em seus espaços de vida, em um momento de incertezas e riscos permitiu a equipe refletir os sentimentos/emoções despertados nas práticas cotidianas – “[...] e conforme deixamos nossa própria luz brilhar, inconscientemente damos às outras pessoas, permissão para fazer o mesmo. E conforme nos libertamos do nosso medo, nossa presença, automaticamente, liberta os outros.” (Nelson Mandela). Dessa forma, tanto o processo de monitoramento quanto as visitas presenciais estão permitindo à equipe o fortalecimento de laços com a comunidade nesse momento de vulnerabilidade biopsicossocial para todos os sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L.; LAGRANGE, V. A visita domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz, 2007. p. 151-171.
- MAGNO, C. C. S. *et al.* Visita domiciliar na atenção à saúde mental. **Cienc. enferm.**, v. 17, n. 3, p. 125-136, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300011>. Acesso em: 10 nov. 2020.
- SARACENO B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 2001.
- SPINK, M. J.; MEDRADO, B. **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013.



SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR SEGURO NO CONTEXTO DA COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR SEGURO NO CONTEXTO DA COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Laís Cristina da Silva Remocri¹
Herberto José Chong Neto²

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 mostrou-se capaz de atingir grandes proporções em alta velocidade, levando à necessidade de se tomar decisões enérgicas e rápidas, principalmente com relação às medidas de proteção aos indivíduos pertencentes ao grupo de risco.

O município de Corbélia-PR possui cerca de 17 mil habitantes, dos quais 193 são acamados e/ou domiciliados, os quais necessitam de acompanhamento domiciliar. Esses indivíduos fazem parte do grupo de risco para a COVID-19, sendo necessário zelar por sua proteção sem os abster das ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como reabilitação.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a), a Atenção Domiciliar (AD) é um modelo de atenção à saúde que substitui e/ou complementa a assistência já desenvolvida, englobando ações, prestadas no domicílio do paciente, de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, bem como atividades voltadas à reabilitação, com garantia da continuidade dos cuidados e integração às redes de atenção à saúde.

A Atenção Domiciliar é organizada em três níveis:

- AD1: destina-se aos usuários com problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, sendo de responsabilidade

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Especialista em Gestão da Vigilância em Saúde – Escola de Saúde Pública do Paraná. Especialista em Farmacologia Clínica – Universidade Paranaense. Enfermeira. Corbélia-PR. *E-mail:* laisremocri88@gmail.com

² Mestre em Ciências da Saúde pela PUC-PR. Doutor em Medicina Interna pela UFPR. Pós-doutor em Saúde da Criança e do Adolescente na UFPR. Médico. Pediatria. Especialização em Alergia Pediátrica. Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Curitiba-PR. *E-mail:* h.chong@uol.com.br

das equipes de Atenção Básica, equipes de Saúde da Família, por meio de visitas mensais regulares em domicílio;

- AD2: destina-se aos usuários com problemas de saúde e dificuldade/impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos;
- AD3: destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo, bem como uso de equipamentos.

A assistência diferenciada para os indivíduos com perfil para AD2 e AD3 do município é realizada pelo Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), implantado no município em meados de 2018 sem credenciamento/habilitação ao programa “Melhor em Casa”, já que a população do município não alcança o mínimo para credenciamento ao programa em questão.

Desde sua implantação, o SAD vem mostrando eficiência no que diz respeito à promoção de uma melhor qualidade de vida aos usuários acompanhados por meio do atendimento humanizado e personalizado, o que favorece a redução de episódios de agudização de doenças crônicas, bem como queda na frequência de hospitalizações.

A implementação de ações que primam pela diminuição dos riscos de exposição/infecção por SARS-CoV-2 nos pacientes acamados/domiciliados, em acompanhamento pelo SAD AD2 e AD3, foi o principal objetivo das adequações realizadas nos processos de trabalho dos profissionais da equipe em questão.

DESENVOLVIMENTO

Em março de 2020, paralela à instauração da pandemia de COVID-19, surgiu a preocupação com a transmissão desse vírus para os pacientes que recebem Atenção Domiciliar, visto que são indivíduos já fragilizados com grandes chances de complicações e agravamento diante de uma infecção, com maior possibilidade de evolução a óbito.

Foram necessárias algumas adequações nos processos de trabalho com a finalidade de garantir o desenvolvimento de atendimento seguro tanto para os profissionais, quanto para os pacientes acompanhados, sendo todos comunicados previamente a respeito das iniciativas e mudanças que viriam a ocorrer. Além disso, foram orientados sobre maneiras de prevenção do contágio pelo coronavírus.

As atividades assistenciais nos domicílios de pacientes AD II foram reduzidas. Para os pacientes mais complexos, perfil AD 3, a frequência de visitas foi adequada com intuito de reduzir os riscos de contaminação. O monitoramento dos pacientes, bem como avaliação médica por meio de contato telefônico, telemonitoramento e telemedicina foram ampliadas, sendo essa tecnologia utilizada como canal de comunicação entre pacientes/cuidadores e equipe SAD, para esclarecimento de dúvidas e acompanhamento de agravos não urgentes/emergentes.

Antes da realização da visita, tornou-se rotina o contato telefônico para investigação de possíveis sinais/sintomas respiratórios apresentados pelos pacientes e/ou cuidador(es) e, nos casos em que houve necessidade de se realizar a visita, o contato físico com o paciente foi restrito ao essencial para assistência adequada e eficaz, sendo que para atendimento aos pacientes com sintomas respiratórios, os profissionais utilizaram *kits* de equipamentos de proteção individuais (EPIs) específicos, estabelecidos no protocolo do Ministério da Saúde.

As orientações de higienização das mãos, utilização de álcool em gel 70% e uso adequado dos EPIs foram intensificadas, dando ênfase à atenção aos momentos de higienização das mãos: ao chegar na residência, ao manipular o paciente, ou mediante o contato com superfícies.

Caso algum profissional da equipe do SAD apresentasse sintomas respiratórios, deveria realizar a coleta de RT-PCR, manter isolamento por 14 dias, ou até expedição de resultado negativo para SARS-CoV-2. Em caso de resultado positivo, o profissional precisava continuar o isolamento, bem como aguardar 72 horas após o desaparecimento dos sintomas para, então, retornar às atividades de rotina, sendo substituído conforme necessidade.

RESULTADOS

As demandas, solicitações, procedimentos e intervenções aos pacientes em acompanhamento pelo SAD foram, em sua totalidade, atendidas e desenvolvidas em domicílio, não havendo registros e/ou necessidade de hospitalização dos usuários para tanto.

No período de março até 15 de outubro de 2020, apenas a enfermeira da equipe SAD apresentou sintomas sugestivos para COVID-19. Ela foi imediatamente substituída e permaneceu em isolamento, mesmo testando negativo, até o desaparecimento dos sintomas, quando retornou às referidas atividades laborais. Dos 193 pacientes acompanhados pelo SAD, apenas um apresentou sintomas sugestivos para COVID-19 e foi atendido e manejado conforme protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde; no entanto, testou negativo para SARS-CoV-2.

Nesse período, ocorreram quatro óbitos de pacientes AD3, sendo dois em domicílio e outros dois no pronto atendimento médico, após acionamento do SAMU por parte dos familiares; os quatro evoluíram por causas naturais, excluindo-se a possibilidade de infecção por SARS-CoV-2.

A análise dos resultados sugere eficiência em relação às medidas de precaução para COVID-19 adotadas no âmbito da Atenção Domiciliar, podendo expandi-las aos demais pontos de atenção da rede municipal de saúde, visando uma atenção segura e de qualidade aos demais usuários dos serviços de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do atual cenário “pandêmico”, a Atenção Domiciliar é uma importante ferramenta no desafio contra o coronavírus quanto à proteção aos grupos de risco, pois quando acompanhado em casa, evita-se o deslocamento do usuário até o serviço de saúde, bem como sua exposição desnecessária aos riscos de contaminação e consequente adoecimento. Contudo, a população acompanhada pelo SAD não contempla a totalidade dos indivíduos que, nesse momento, necessitam ser acompanhados em domicílio, por não serem necessariamente acamados/domiciliados.

Durante a pandemia, somar forças para prevenção e proteção dos pacientes fragilizados é de suma importância, cabendo aos profissionais de saúde assumir uma postura de disseminadores de informações seguras e boas práticas relacionadas ao manejo desses pacientes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo do Melhor em Casa: a segurança do hospital no conforto do seu lar.** Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 28 out. 2011b. Seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 963/2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 28 maio 2013a. Seção 1, p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília, DF, 2013b. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016: redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 26 abr. 2016. Seção 1, p. 33-38.

PARTE III

COVID E ARRANJOS PARA GARANTIR A SAÚDE DO TRABALHADOR



SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA EM TEMPOS DE PANDEMIA

SAÚDE DO TRABALHADOR NA ATENÇÃO BÁSICA EM TEMPOS DE PANDEMIA

Deivisson Vianna Dantas dos Santos¹
Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque²
Vinícius Paiva Schiavon³
Sabrina Stefanello⁴

O Brasil destaca-se pelas altas taxas de mortalidade pela COVID-19 entre a população, em geral, e os profissionais de saúde, em particular (OMS, 2020). A altíssima morbimortalidade causada por essa doença relaciona-se diretamente à subordinação da saúde e da própria vida às necessidades e interesses do capital em um país da periferia da economia capitalista.

Nos serviços de saúde, pela imposição do contato com os portadores do vírus, as condições são marcadas também pela falta ou baixa qualidade de equipamentos de proteção, pelo número insuficiente de trabalhadores, pelas altas jornadas de trabalho, pela improvisação das estruturas, pela exposição/imposição ao vírus de grupos de risco, como profissionais idosos. Além disso, os profissionais estão submetidos a enorme estresse, ao atender esses pacientes (TEIXEIRA, 2020).

Não apenas a saúde física, portanto, é afetada, mas também a saúde mental. Há um grande aumento do grau de sofrimento dos trabalhadores da saúde devido a diversos fatores: seja pelo temor e proximidade da morte, falta de segurança no trabalho, redução da rede social significativa devido ao distanciamento social e maior carga de trabalho em todas as dimensões – seja profissional ou doméstica (ORNELL, 2020).

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela UNICAMP. Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Médico Psiquiatra. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail:* profsaudeufpr@gmail.com

² Doutor em Educação pela UFPR. Professor Adjunto do Departamento de Saúde Coletiva da UFPR. Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Médico Pediatra, Curitiba-PR, Brasil. *E-mail:* profsaudeufpr@gmail.com

³ Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Médico da Prefeitura Municipal de Almirante Tamandaré-PR. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail:* profsaudeufpr@gmail.com

⁴ Doutora em Ciências Médicas. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP e Pós-doutorado no Departamento de Artes e Ciências Sociais da Universidade de Montreal. Médica Psiquiatra. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail:* profsaudeufpr@gmail.com

Além disso, o crônico subfinanciamento do nosso sistema de saúde, a desinformação com base em *fake news* sobre a pandemia, a piora da renda no círculo familiar de diversos trabalhadores da saúde, somam-se como fatores potenciadores para o sofrimento dos trabalhadores.

Outro ponto que devemos atentar é a desestruturação ou reestruturação do processo de trabalho que alguns serviços podem viver durante a pandemia. Há uma tendência que espaços coletivos, como reuniões de equipe e a própria socialização entre os trabalhadores sejam reduzidas, com a justificativa de prezarem pela maior segurança dos trabalhadores, mas que na realidade visam aumento da produtividade para a maior oferta de ações de saúde. A transformação dos processos de trabalho, na busca permanente pelo aumento da produtividade, afeta diretamente a saúde do trabalhador (DEJOURS, 2004). O trabalho e suas consequências afetivas repercutem para além do ambiente circunscrito no qual as atividades laborais são realizadas. O trabalho mobiliza completamente a personalidade do(a) trabalhador(a), pois “trabalhar não é somente produzir; é, também, transformar a si mesmo” (DEJOURS, 2004, p 30). Portanto, uma equipe submetida à maior carga de exigências, com dificuldades de comunicação, afastamentos entre pares e frágeis normativas de trabalho pode experimentar, num ambiente já tenso de trabalho, a destituição de um coletivo coeso, favorecendo ao adoecimento do(a) trabalhador(a).

Pensar, então, o cuidado à saúde do trabalhador na conjuntura que ora vivenciamos, exige não só a identificação dos diversos comportamentos a serem assumidos pelos trabalhadores ou dos diversos aspectos inadequados a serem corrigidos no ambiente de trabalho, mas a compreensão e a intervenção nos processos mais gerais de determinação das circunstâncias indesejáveis.

No enfrentamento dessa questão há, de partida, a necessidade de um posicionamento não somente técnico, mas político-ideológico. As diversas formas de estruturar o cuidado da saúde dos trabalhadores carregam consigo diversos interesses e objetivos.

O olhar da medicina do trabalho poderá contribuir para a seleção dos trabalhadores mais resistentes e a exclusão daqueles portadores de características que os tornem mais suscetíveis ao adoecimento no contato

com o vírus, por meio dos exames admissionais, assim como para o monitoramento da condição de saúde, através de exames periódicos e o tratamento tempestivo daqueles que adoecerem, na busca pelo retorno à normalidade do corpo do trabalhador e sua recomposição como força de trabalho. Os idosos, ou portadores de morbidades que constituam fatores de risco para o adoecimento e para a apresentação de formas graves da doença, serão afastados do trabalho.

Tais medidas, obviamente importantes, deixam intocados os ambientes de trabalho, cujas características estão na gênese do adoecimento. A origem e a solução para os problemas não se encontram no corpo de trabalhador envolvido no processo de trabalho que o expõe ao vírus. A intervenção médica limitada ao corpo, portanto, será absolutamente insuficiente para a solução do problema (MENDES, 1991).

O recurso à saúde ocupacional permitirá o olhar multiprofissional para o ambiente de trabalho, buscando identificar os diversos fatores de risco ali existentes, a dosagem destes, o estabelecimento de limites de exposição, ou de patamares de exposição segura, e de equipamentos de proteção individual e coletiva. Movida pela concepção ecológica de saúde, a saúde ocupacional naturaliza, no entanto, o processo de trabalho, organizado para a máxima produtividade, subordinando todos os demais aspectos a isso. Contribui, indubitavelmente, para a saúde do trabalhador, mas absolutamente dentro dos limites que preservem a exploração de sua força de trabalho.

Assim, a saúde ocupacional buscará proteger a saúde dos trabalhadores, da melhor forma possível, adotando medidas que não prejudiquem a máxima produtividade. Estabelecerá o número máximo de trabalhadores por setor, a carga horária semanal, a distância a ser respeitada entre eles, os equipamentos de proteção necessários. O pressuposto, no entanto, é a máxima produtividade. Todo o resto, inclusive a saúde e a própria vida, estarão subordinadas a esse desígnio. Os exemplos de definições de exposição segura, limites aceitáveis, entre outros, que não se sustentam cientificamente, ou que se desrespeitam, em face do interesse econômico, são frequentes, senão constantes.

A priorização do cuidado à vida, acima dos interesses mercantis, exige o recurso à perspectiva da saúde do trabalhador. Isso significa incorporar as contribuições da medicina do trabalho e da saúde ocupacional, mas priorizar a proteção da saúde, da vida e do trabalho enquanto atividade produtora da condição de humanidade. Os trabalhadores deverão ser chamados para a construção conjunta de processos de trabalho produtores de vida e de mercadorias que atendam às necessidades humanas. Processos de trabalho planejados para a produção de valores de uso, não para a extração de mais-valia, não para a exploração máxima da força de trabalho, condição incompatível com a preservação da saúde, a máxima realização da condição de humanidade em cada trabalhador.

A proteção radical, real, efetiva, da saúde dos trabalhadores exige o questionamento dos mecanismos mais gerais de organização e funcionamento de nossa sociedade, determinantes, em última instância, dos modos de vida dos diversos grupos sociais e de sua expressão como saúde ou doença nos corpos singulares dos trabalhadores (BREILH, 2006).

Em oposição a esta direção, a resposta dada e pensada às questões de piora da saúde do trabalhador durante a pandemia tem sido realizada do ponto de vista individual. Voltemos a utilizar como exemplo, o caso da saúde mental desses trabalhadores. Saídas sugeridas têm como principal foco o diagnóstico precoce de transtornos mentais e o estabelecimento de ações de apoio psicológico aos trabalhadores (ORNELL, 2020).

Por mais que tais ações sejam importantes, não podemos reduzir a questão do sofrimento do trabalhador em seu ambiente de trabalho somente ao problema mental. Podemos até extrapolar e denominar esse fenômeno de localizar diagnósticos psiquiátricos em diversos sofrimentos humanos de medicalização social. O conceito de medicalização social foi definido por Tesser (2006, p.62) como "a expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos." O termo foi criado por Illich (1975) e, segundo o autor, as culturas antigas atribuíam ao próprio indivíduo a responsabilidade de interpretar e curar o seu sofrimento, a fim de torná-lo suportável.

A expansão do saber médico e do atendimento de saúde teve como consequência a delegação da responsabilidade por interpretar e remediar o sofrimento a terceiros (os profissionais de saúde), o que diminuiu a capacidade de reagir autonomamente frente a um problema e a tornou uma demanda por atenção médica. O autor sugere que essa situação chegou a ponto de gerar um decréscimo geral no que chamou de índice de boa saúde: a capacidade de manter, intervir e transformar, de forma autônoma e socialmente compartilhada, a própria vida e o meio em que se vive, com vistas a preservar ou aumentar o grau de "liberdade vivida". Assim, como diminuir nossa capacidade de identificar outros fatores que possam estar influenciando nosso maior grau de sofrimento, por exemplo, à medida que circunscrevemos ser isto, apenas, o produto de um diagnóstico, ocultando a determinação social da agressão à saúde.

Principalmente no caso da saúde mental, para a qual as "doenças" são construtos diagnósticos que envolvem coletâneas de sintomas, percebemos que esse fenômeno encontrou campo fértil de expansão. Diversos estudos (MARAGNO *et al*, 2006; ROBERTS, 1998; ROBINS; REGIER, 1991) revelam que o aparecimento da sintomatologia "considerada da área da saúde mental" possui relação explícita com os fatores socioeconômicos, ambientais e organizacionais. Existe também uma dificuldade na diferenciação entre sintomas e diagnósticos. É comum a existência de sintomas isolados sem compor com demais um diagnóstico validado. A presença de sintomas, como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas podem ocorrer sem delinear de fato um transtorno mental.

Devemos, então, ampliar o olhar para as lógicas organizacionais que afetam os trabalhadores, nos dias de hoje, e que foram amplificadas com a pandemia de COVID-19. Se não expandirmos esse olhar, as ações visando à saúde serão sempre de acomodação, de alívio, dentro dos limites que o capital permita agir, absolutamente inferiores às possibilidades de realização da vida que a humanidade já produziu.

Os processos de trabalho na sociedade capitalista são, e precisam ser, acima de tudo, processos de exploração máxima da força de trabalho para a valorização do capital, subordinando tudo, inclusive a saúde e a vida, a essa necessidade. A ação eficiente de cuidado da saúde exige que essa questão seja enfrentada.

É evidente que os processos de trabalho têm que buscar a máxima eficiência para atender às necessidades humanas. Não é o caso da situação que vivenciamos na atualidade. As crises capitalistas são de superprodução (MARX, 1983), que levam ao descarte de mercadorias, inclusive alimentos, mesmo diante da existência de um exército de famélicos. A exploração desordenada dos recursos naturais, voltada à produção de mercadorias, não atende prioritariamente às necessidades da vida, mas às necessidades do capital. A solução da pandemia da COVID-19 será seguida pelo surgimento de novas mazelas conseqüentes à destruição que alimenta a máquina capitalista. O cuidado efetivo da saúde de toda a humanidade exige a superação desse modo de produção. Para o capital, o surgimento de novas doenças significa a ampliação da necessidade de mercadorias; para os trabalhadores, uma ameaça concreta à sobrevivência e um obstáculo à plena realização de suas potencialidades. Aos profissionais da saúde não cabe acomodar a vida aos interesses do capital, mas evidenciar a necessidade de superação do atual modo de produção e substituição por outro que priorize a vida e potencialize o desenvolvimento pleno das potencialidades humanas.

Cientes do risco da acomodação da vida aos limites impostos pelo capital, elencamos alguns relatos de experiências que nos apresentam formas de organização do processo de trabalho durante a pandemia, que tentam, dialeticamente, preservar a vida e minimizar o sofrimento dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora e Interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, dez. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2020.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

MARAGNO, L. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política. O processo de produção do capital**. 8. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. v. 1.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 nov. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). **Folha Informativa – COVID 19**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 5 nov. 2020.

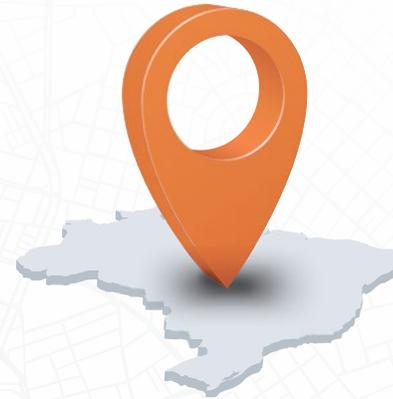
ORNELL, F. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, e00063520, 2020.

ROBERTS, F. *et al.* The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program: historical context, major objectives, and study population characteristics. **Arch Gen Psychiatry**, v. 41, n. 10, p. 934-941, out. 1998.

ROBINS, C. L. N.; REGIER, D. A. (eds.). **Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study**. New York: Maxwell Macmillan International, 1991.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020.

TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, p. 67, 2006.



ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 1º DE MAIO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 1º DE MAIO NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Cristina Pinto de Souza Paulo¹
Katlin Darlen Maia²

A Unidade de Saúde da Família 1º de Maio fica no bairro da Madame Machado, em Petrópolis, região serrana do Rio de Janeiro. É um bairro afastado do centro da cidade. A comunidade foi formada, em sua maioria, por uma ocupação que aconteceu em 1º de maio de 1987.

Por causa da pandemia de COVID-19, estratégias de organização dentro da equipe e na unidade de saúde foram tomadas de acordo com orientações preestabelecidas. Estruturalmente, a sala de espera foi transferida para a área externa da unidade, as cadeiras foram intercaladas para que permanecesse o afastamento social; a escuta inicial passou a ser realizada do lado de fora do posto e o usuário só entra no consultório para consulta no momento necessário. Apenas pessoas com máscaras são atendidas e quem está sem máscara é orientado a se paramentar, não só para frequentar o posto, mas sempre que sair de casa. Todo paciente que entra na unidade recebe um pouco de álcool em gel para higienizar as mãos; os profissionais permanecem todo o tempo de máscara e, além do revezamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na unidade, há o revezamento no horário de almoço dos profissionais que estão trabalhando, objetivando evitar aglomeração. A equipe técnica continua trabalhando todos os dias sem escala; a enfermeira fez capacitação do auxiliar de serviços gerais para que os protocolos de higiene fossem cumpridos e para aumentar a frequência da limpeza.

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Cirurgiã dentista. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail:* cre_psp@yahoo.com.br

² Mestra e Doutora em Odontologia Social (UFF). Graduação em Odontologia (UFF). Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *E-mail:* kdarlen@gmail.com

Logo no início da pandemia, foi observado pelos profissionais de saúde, em especial pelos ACS, que a população não estava cumprindo os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. Os casos na comunidade começaram a surgir e foi realizado um mapeamento dos casos de síndrome gripal e COVID-19. Esse projeto objetiva monitorar as áreas atingidas, realizar projetos de educação em saúde, proteção da população e da equipe.

Em consonância com o conselho local de saúde e com o fórum Itaboraí (Fiocruz) foi elaborado um processo de georreferenciamento para realizar as identificações dos casos suspeitos e confirmados de síndrome gripal e COVID-19, tendo como base o mapa construído pelo Fórum Itaboraí, no desenvolvimento do diagnóstico rápido participativo da comunidade. No início da pandemia, os testes de confirmação eram aplicados somente em pacientes em estado grave e internados em hospital; por esse motivo, os casos suspeitos eram apenas descritos como síndrome gripal. As ACS, durante a realização do seu trabalho começaram a identificar os casos e o mapa foi sendo pontuado de acordo com legendas previamente estabelecidas para facilitar a leitura dos dados. Rapidamente, foi possível visualizar com mais clareza a distribuição de casos e as áreas com maior incidência, norteadas ações da equipe. Outra conduta realizada foi a aplicação da avaliação do território, a travessia. O território foi percorrido e um questionário semiestruturado com perguntas abertas foi aplicado, objetivando uma escuta qualificada e posterior análise das informações para uma compreensão mais real do entendimento da população sobre as questões que envolvem a pandemia de COVID-19.

Após análise das respostas, foi observado que, no geral, a população não sabia dos casos no próprio território e, com isso, acreditavam que na comunidade não havia a contaminação e, por isso, não precisavam se proteger. Além disso, as pessoas, claramente não entendiam o que é uma pandemia, como se estabelece a via de transmissão do vírus e, portanto, não compreendiam a importância e as necessidades das medidas de prevenção e cuidado. Dessa maneira, a comunidade foi ficando cada vez mais exposta e, por consequência, os profissionais de saúde, que apesar de todos os cuidados, também se tornaram cada vez mais expostos à contaminação.

Esse trabalho foi realizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), em conjunto com o conselho local de saúde, membros da comunidade, equipamentos de saúde presentes no território (Núcleo de Apoio a Saúde da Família e do Centro de Referência de Assistência Social) e apoiado pela Fiocruz/Petrópolis e ocorreu durante os meses de abril e maio. Posteriormente às travessias, eram realizadas reuniões devolutivas para discussão dos resultados e novos direcionamentos no processo de trabalho para o enfrentamento da COVID-19, tais como visitas domiciliares e teleacompanhamento de todos os casos suspeitos e/ou confirmados de síndrome gripal ou COVID-19. Tais ações visavam orientações, diminuição de risco de transmissibilidade, encaminhamentos em tempo oportuno para pacientes que apresentavam qualquer sinal de gravidade da doença; mutirão nas áreas mais atingidas para realizar orientações e educação em saúde (algumas vezes dispendo do mapa em tamanho menor para mostrar a disseminação da doença); visitas de orientação a todo o comércio local; vídeos informativos criados por adolescentes da comunidade com o objetivo de explorar uma linguagem própria para melhor aceitação e compreensão do público-alvo; identificação de empreendedorismo na comunidade durante a pandemia para a construção futura de um mapa de potencialidades; proposta de reunião com líderes religiosos para discussão das medidas preventivas dentro dos templos e igrejas; proposta de criação de pequenos protocolos com linguagem popular, objetivando diminuição de risco de transmissibilidade; proposta das igrejas criarem grupos de autoajuda através de ferramentas tecnológicas diante do aumento de casos relacionados à saúde mental, agravados pela pandemia.

Além disso, como se percebeu a descrença da população com relação à contaminação comunitária, foi criado um mapa que fica exposto na entrada da unidade e é atualizado todo dia com a evolução dos casos de internados, contaminados e óbitos na comunidade. Dessa maneira, cada pessoa que frequenta o posto pode se informar como está a evolução dentro da própria comunidade, procurar se proteger e dissipar as informações para que outras pessoas possam também tomar mais cuidado e medidas de prevenção.

As orientações foram se modificando com o passar do tempo, testes passaram a ser realizados com mais frequência, houve um maior número de casos confirmados de COVID-19 e a confirmação de óbitos por causa da doença. Mais

casos foram identificados no território, o georreferenciamento foi se tornando mais complexo. A unidade de Saúde da Família passou a confrontar os dados levantados no território com os enviados pela vigilância epidemiológica do município. Dessa forma, as notificações são realizadas em tempo oportuno, conforme os casos foram sendo identificados.

Foi observada uma diminuição da realização de campeonatos, além de maior cuidado nos locais que geram aglomerações e mais pessoas se protegendo. Porém, o trabalho de monitoramento e conscientização é um trabalho contínuo, que deve permanecer evidente ao longo da pandemia para que melhores resultados sejam alcançados.

O mapa de georreferenciamento ainda está em construção. O propósito é que consigamos ter a evolução do mapa por um ano. Além de proporcionar conhecimento dos casos ao longo da pandemia, o mapa favoreceu a visualização das regiões mais afetadas, que são aquelas com os fatores condicionantes de saúde mais precários. Por esse motivo, os profissionais de saúde tomaram conhecimento das áreas que precisavam/precisam de maior atenção, monitoramento e educação em saúde.

Podemos observar a importância da vigilância popular em saúde no conhecimento precoce dos casos suspeitos ou confirmados para a intervenção em tempo oportuno, diminuindo assim, os impactos da pandemia no território e, conseqüentemente, para a ESF. O trabalho confirma a importância da Atenção Primária como principal porta de entrada das Redes de Atenção à Saúde, assim como seu papel primordial e insubstituível na vigilância, promoção de saúde e prevenção de doenças.



RELATOS DE EXPERIÊNCIA SOBRE ELDORADO/SP - VALE DO RIBEIRA: TRABALHADOR DA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

RELATOS DE EXPERIÊNCIA SOBRE ELDORADO/ SP - VALE DO RIBEIRA: TRABALHADOR DA SAÚDE EM TEMPOS DE COVID-19

Elza Domingues de Lima¹
Fernando Sfair Kinker²

RESUMO

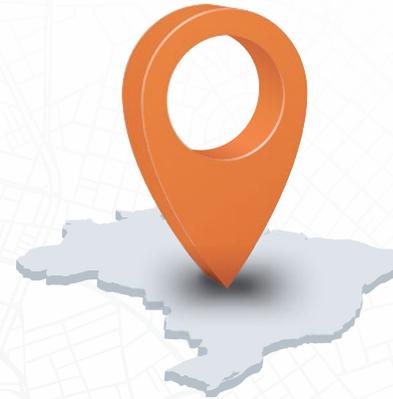
No início do ano de 2020, com a chegada da pandemia de COVID-19 no Brasil, estados e municípios se organizaram para o enfrentamento ao vírus e, nesse contexto estava a garantia da saúde do trabalhador, profissionais essenciais na linha de frente da assistência, chamando a atenção para a importância de políticas públicas para esse público-alvo. Em Eldorado-SP, município com cerca de 15 mil habitantes, povoado por comunidades ribeirinhas, quilombolas e indígenas, o enfrentamento ao COVID-19 começou no mês de março. Na Atenção Básica (AB), foram criados, para os trabalhadores essenciais, espaços de escuta, acolhimento, assistência, informação e orientação que possibilitasse e garantisse suporte em meio a essa nova realidade. O município conseguiu ofertar cuidado ao trabalhador e tal ferramenta tornou-se uma experiência valiosa na Atenção Básica. Foram criados fluxos na porta de entrada da AB e através de um serviço de comunicação com um *link* direto com o trabalhador, priorizando a assistência seguindo protocolos da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, adaptados à realidade do município, reforçado pelo comitê gestor e o plano de contingência municipal.

Ao procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF), o trabalhador recebe orientações, assistência e a continuidade do cuidado é mantida de forma presencial ou por *home office*. Os espaços de escuta e

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNIFESP). Enfermeira. Prefeitura Municipal de Eldorado/SP, na Atenção Básica. São Paulo-SP, Brasil. *E-mail:* elzaonpi@hotmail.com

² Universidade Federal de São Paulo. Professor do Curso de Terapia Ocupacional e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UNIFESP). Pró-reitor Adjunto de Graduação da Unifesp. Santos-SP, Brasil. *E-mail:* fernando.kinker@unifesp.br

acolhimento proporcionaram ao trabalhador reforço emocional, confiança em executar sua função e segurança em relação ao meio social e familiar. A organização da rede de forma articulada proporcionou maior alcance das informações através dos canais virtuais e das mídias audiovisuais, dando suporte a toda a população eldoradense. Com a efetivação dessas estratégias de cuidado, o trabalhador pode encontrar suporte demonstrando que a Atenção Básica, como ordenadora da rede, tem papel fundamental frente à prestação de serviços e infinitas possibilidades de adaptação, mesmo em um cenário tão inesperado.



**COVID-19 E ARRANJOS
PARA GARANTIR
A SAÚDE DO
TRABALHADOR:
RELATO DE EXPERIÊNCIA
EM SÃO JOSÉ DOS
PINHAIS (PR)**

COVID-19 E ARRANJOS PARA GARANTIR A SAÚDE DO TRABALHADOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM SÃO JOSÉ DOS PINHAIS (PR)

Adolfo Oscar Giggberger Bareiro¹
Alessandro Albini²
Márcia Daniele Seima³
Paulo Poli Neto⁴

INTRODUÇÃO

A Carta Constituinte (BRASIL, 1988) apresenta parâmetros legais bem constituídos no que diz respeito à saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), no artigo 200: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: [...] [inciso] II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.”

No dia 23 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a infecção pela COVID-19 como sendo uma pandemia, sendo considerada uma emergência sanitária.

O município de São José dos Pinhais (SJP) está situado na região metropolitana de Curitiba-PR e, conforme estimativa do IBGE de 2019, a população são joseense é conta com 323.340 habitantes. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de SJP possui 840 funcionários, que trabalham na Atenção Primária à Saúde, lotados em 26 unidades de saúde, 15 urbanas e 11 rurais. São 59 equipes de saúde compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de

¹ Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Residência em Medicina de Família e Comunidade. Médico de Família do município de São José dos Pinhais-PR, Brasil. *E-mail:* adolfo@lucem.org

² Mestre em Enfermagem. Enfermeiro. Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais - Secretaria Municipal de Saúde / Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais. São José dos Pinhais-PR, Brasil. *E-mail:* alessandro.albini@sjp.pr.gov.br

³ Doutora em Enfermagem. Enfermeira. Escola de Saúde Pública de São José dos Pinhais. São José dos Pinhais-PR, Brasil. *E-mail:* marcia.seima@sjp.pr.gov.br

⁴ Doutor em Ciências Humanas. Médico. Departamento de Saúde Coletiva (UFPR). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail:* ppolineto@gmail.com

enfermagem, cirurgiões-dentistas e auxiliares de saúde bucal. Dessas unidades, 40 são da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 180 agentes comunitários de saúde. As demais 18 equipes são voltadas à Atenção Básica (AB) e contam com médicos generalistas que atuam nos moldes do Ministério da Saúde, no que refere à ESF. A cobertura da ESF é de 42,68%. Atualmente o município possui duas equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Desde o início da pandemia, o prefeito, em conjunto com a SMS, publicou a portaria nº 129/2020, a qual decreta:

[...] ficam dispensados das atividades laborais os servidores e empregados públicos lotados na Secretaria Municipal de Saúde que pertencem aos grupos mais vulneráveis à COVID-19, abaixo elencados, pelo período de 14 (quatorze) dias, a partir da publicação desta Portaria, podendo ser prorrogado como medida de prevenção e proteção aos profissionais pertencentes ao grupo de risco a critério da Administração Municipal:

- I. Gestantes e Lactantes;
- II. Servidores e Empregados Públicos acima de 60 anos;
- III. Imunodeprimidos;
- IV. Servidores com doença respiratória crônica, devidamente comprovada através de atestado médico com a indicação do CID. (Diário Oficial do Município, 26 de março de 2020).

O total de trabalhadores na APS do município é de 840, dos quais 82 foram afastados por causa do decreto municipal, sendo que 259 apresentaram sintomas respiratórios desde o início da pandemia. Na tentativa de recomposição do quadro de funcionários, foram contratados 8 enfermeiros, 2 técnicos de enfermagem e 11 médicos.

DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um relato de experiência ocorrida entre março a setembro de 2020. A coleta de informações foi realizada por meio do portal da prefeitura de SJP, do Departamento de Recursos Humanos e Departamento de Atenção a Saúde.

A campanha de vacinação contra gripe para o público-alvo e nas Unidades de Saúde da Família (USF) teve uma cobertura de 100% dos trabalhadores da saúde.

Realizado o fornecimento de EPI, álcool 70%, aventais impermeáveis e descartáveis e máscaras (cirúrgica, *face shield* e N95), criação de protocolos e normativas técnicas (atendimento, máscara, luva, transporte, EPI, encaminhamento, uso do álcool 70%, desinfecção de superfícies, desinfecção das mãos) para todos os funcionários da APS.

No que diz respeito às atividades odontológicas, ficaram suspensas aquelas que não fossem comprovadamente de urgência e emergência, sendo adquirido EPI específico para o atendimento de urgência e emergência, assim como desenvolvimento do protocolo de atendimento odontológico de urgência e emergência.

O Núcleo de Saúde Mental (NSM) redirecionou os(as) psicólogos(as) para as USF com a finalidade de realizarem intervenções psicológicas “protetivas” no ambiente de trabalho e, assim, proporcionar uma escuta qualificada e de acolhimento aos trabalhadores da saúde. Os psicólogos do município foram distribuídos nas 26 unidades de saúde, realizaram reuniões com os trabalhadores com o intuito de abrir o espaço para uma “escuta qualificada”, compartilhar as angústias e medos dos que voluntariamente quisessem se expressar. Entre as dificuldades que surgiram para a realização dessas reuniões, cita-se o fato destas ocorrerem no horário de trabalho e a não adesão de alguns trabalhadores para essa proposta. Houve uma estruturação de atendimento de telepsicologia aos municípios e funcionários que apresentaram sofrimento mental, além da realização de grupos de apoio no local de trabalho, como citado anteriormente.

RESULTADOS

Após a publicação desse decreto municipal, foram afastados 82 funcionários, até o mês de setembro de 2020, e um total de outros 259 funcionários foram afastados temporariamente, por apresentarem sintomas relacionados à COVID-19, não sendo registrado nenhum óbito entre os servidores da APS.

O afastamento, seja por decreto ou por sintomatologia, fez com que muitas USF ficassem praticamente com um terço do total de funcionários trabalhando no período da pandemia. Isto acarretou uma sobrecarga de trabalho naqueles que não tiveram afastamento, principalmente nas unidades com maior fluxo de pacientes.

A contratação dos novos profissionais de saúde para o enfrentamento da COVID-19, na tentativa de recompor o quadro de funcionários, não foi suficiente diante da dificuldade para tanto, já que também outras prefeituras tentavam a contratação dos mesmos profissionais.

A distribuição dos EPIs foi adequada em todas as USF durante a pandemia, não havendo falta de nenhum item, seja para atendimento na unidade de saúde ou para a realização de visitas domiciliares.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O decreto municipal foi efetivo para os trabalhadores que fazem parte do grupo de risco, porém, acarretou uma sobrecarga importante nos trabalhadores não afastados, principalmente naquelas unidades de porte maior e que atendem as maiores áreas do município.

As ações promovidas pelo NSM foram de extrema ajuda para aliviar a sobrecarga e pressão enfrentados pelos trabalhadores nesse período de pandemia. A maioria dos trabalhadores que fizeram parte das rodas de conversa se sentiu valorizada, ajudando, dessa maneira, a diminuir o sofrimento tanto pelo momento de pandemia, quanto por situações familiares adversas sofridas.

As abordagens realizadas pelo NSM poderiam ser estendidas de maneira constante, contínua e independentemente de estar ou não em período de pandemia ao longo do ano.

Os gestores municipais devem atentar para as dificuldades que os trabalhadores da linha de frente atravessam para que a saúde mental deles seja preservada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988. Disponível em: https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON_1988.asp. Acesso em: 17 set. 2020.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. http://servicos.sjp.pr.gov.br/servicos/anexos/doe/20200326_170635_12526.pdf. Acesso em 19/09/2020.

SÃO JOSÉ DOS PINHAIS. <http://www.sjp.pr.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/1%C2%BA-RDQA-2020-SEMS-SJP-27.05.2020.pdf>. Acesso em: 26 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005)**: Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-healthregulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-healthregulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 3 set. 2020.



ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR USUÁRIO/PROFISSIONAL DO SUS DURANTE O ENFRENTAMENTO AO COVID-19 NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS-BA

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO TRABALHADOR USUÁRIO/PROFISSIONAL DO SUS DURANTE O ENFRENTAMENTO AO COVID-19 NO MUNICÍPIO DE EUNÁPOLIS-BA

Maria Eugênia Chaves Franca¹
Rocio Elizabeth Chavez Alvarez²

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora compreende, entre outras diretrizes, a integralidade do cuidado à saúde com articulações nos serviços de saúde, almejando a promoção, proteção da saúde e diminuição da morbimortalidade relacionada aos processos laborais, o apoio a estudos e pesquisas, e a capacitação de recursos humanos para realização dessas ações. Na Atenção Primária à Saúde (APS), o processo de trabalho em saúde compreende os sujeitos, trabalhadores, gestores e empregadores, as ferramentas e competências envolvidas na produção/consumo do cuidado e ações de saúde, a organização e atividade do trabalho e os usuários.

Com o advento da pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2) no final do ano de 2019, que se alastrou pelo mundo, redefiniu-se a necessidade de arranjos nos serviços de saúde, a fim de manter a saúde do trabalhador junto aos cuidados e ações de saúde para a população. Este relato de experiência tem por objetivo compartilhar as ações desenvolvidas no contexto da pandemia de COVID-19, no intuito de garantir a manutenção da saúde dos trabalhadores, usuários e profissionais, a partir da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Eunápolis-BA, com foco para a APS.

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFSB). Eunápolis-BA. *E-mail*: mjambof@gmail.com

² Pós-Doutorado em Saúde Coletiva com Bolsa CNPq. Doutora em Ciências da Saúde (EEUSP). Mestre em Enfermagem Pediátrica (USP). Professora Permanente do Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFSB). Porto Seguro-BA, Brasil. *E-mail*: chioliz2014@gmail.com

DESENVOLVIMENTO

Entre as ações desenvolvidas na SMS de Eunápolis, promoveu-se a abertura do Centro Municipal de Testagem e Atendimento Ambulatorial COVID-19, com funcionamento diário e aos finais de semana, das 7h às 19h, no intuito de reduzir a demanda de pacientes sintomáticos respiratórios nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que, assim, poderiam reorganizar as outras demandas de saúde na APS. Ampliou-se também o horário de atendimento nas UBSs com mais de uma equipe, nos moldes do “Programa Saúde na Hora”, e com o revezamento de equipes nos turnos matutino e vespertino, inclusive em alguns sábados. Com essa estratégia, existia a possibilidade de horários alternativos para os usuários do SUS e redução à exposição dos trabalhadores de saúde, que teriam menos turnos de atendimento e quantidade menor para paramentação e desparamentação dos equipamentos de proteção individual (EPIs).

Os trabalhadores de saúde com fatores de risco para a COVID-19 (gestantes, portadores de comorbidades e pessoas acima de 60 anos), foram afastados do atendimento direto e, quando possível, remanejados para o trabalho remoto. Uma experiência em particular foi a estruturação da sala de teleatendimento, na qual os médicos afastados devido a fatores de risco puderam se revezar, monitorando pacientes com suspeita de COVID-19 e apoiando, de modo remoto, as Equipes de Saúde da Família que porventura estivessem sem médico naquele turno. Foram utilizados os *fast tracks* de teleatendimento sugeridos pelo Ministério da Saúde para manejo clínico da COVID-19, de modo que através da equipe o médico tivesse acesso aos dados vitais e história clínica do paciente para decisão sobre suspeita diagnóstica de infecção pelo coronavírus, necessidade de testagem, necessidade de encaminhamento para urgência hospitalar ou acompanhamento ambulatorial, dispensação de atestados para isolamento dos casos suspeitos e residentes domiciliares e receitas de medicações (por exemplo: analgésicos e anti-inflamatórios), bem como o monitoramento a cada 48h diretamente com os pacientes suspeitos ou positivos para COVID-19 de áreas descobertas, sinalizadas pelas equipes.

Como barreira enfrentada, pode-se relatar um quantitativo significativo de pacientes em áreas descobertas (sem Agente Comunitário de Saúde), a falta de equipamentos adequados (celulares) para a realização do trabalho remoto – que fez com que os profissionais disponibilizassem seus aparelhos pessoais para isso. Havia um profissional do administrativo para auxiliá-los na organização de planilhas de atendimento e digitalização dos documentos a serem enviados às UBS; em outros momentos, os impressos eram levados pelo motorista vinculado à SMS. Com o objetivo de assistir as UBSs com profissional médico afastado, foi articulado rodízio de profissionais das demais unidades. Para contemplar a saúde mental, foi desenvolvido o Núcleo de Apoio Psicológico para enfrentamento da COVID-19 de Eunápolis e construção de cartilha contendo reações, sensações e comportamentos frequentes em período de pandemia, informações sobre ansiedade, e estratégias para cuidados psíquicos.

Diante da sobrecarga de trabalho e exaustão vivenciadas no contexto de pandemia, a princípio, as profissionais psicólogas foram remanejadas para atendimento psicológico de pacientes, familiares e trabalhadores do Hospital Regional de Eunápolis. Em seguida, foram priorizados atendimentos voltados aos trabalhadores do SUS na Policlínica Municipal de Eunápolis e, recentemente, são desenvolvidas ações coletivas, espaços de escuta com os trabalhadores da APS e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

RESULTADOS

Diante desse “novo normal”, no processo de trabalho na APS foi observado um grande desafio relacionado ao financiamento e escassez de recursos humanos e materiais, fragilidade preexistente e amplificada pelos afastamentos devido à pandemia, assim como dificuldade em organizar e cumprir escalas e vínculos empregatícios para pagamentos. A abertura de novos serviços e mudanças de horário de funcionamento da UBS possibilitaram horários alternativos que beneficiam também a assistência ao usuário trabalhador e reduziu a exposição dos profissionais de saúde, ao passo que preocupa quanto à perda do vínculo por território, característico da APS.

Em contexto de e para além da pandemia, fica clara a relevância da abordagem da saúde mental para promoção e prevenção de saúde dos trabalhadores e usuários do SUS. Entre os trabalhadores, a síndrome de Burnout – caracterizada por exaustão emocional

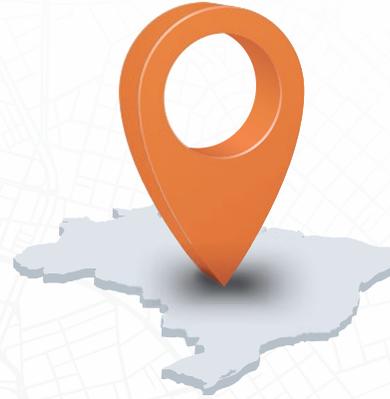
e baixa realização profissional, consequente a um estresse laboral prolongado – tem sido relatada pela literatura com frequência, o que revela a crescente necessidade de incorporar estratégias de capacitação e de educação permanente na APS quanto à saúde do trabalhador. Durante as consultas, foi possível presenciar relatos que evidenciam o impacto da pandemia na saúde do usuário trabalhador, como: “Acabei de entrar nesse emprego, não quero pegar atestado”; “Trabalho para mim mesmo, não posso parar”; “Minha empresa exige exame negativo para retornar”; “Não quero pegar mais de 15 dias de afastamento por conta do INSS”, cabendo também aos profissionais de saúde a tarefa de advogar por seus pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As modificações efetivadas e descritas neste relato de experiência almejavam impactar de modo positivo os trabalhadores da saúde, uma tentativa de redução de danos em contexto de pandemia, mantendo-os em ambiente e processos de trabalho minimamente seguros, saudáveis física e mentalmente, estando aptos para manter a continuidade dos cuidados e ações em saúde. Para os trabalhadores usuários do SUS, a melhoria do acesso foi fundamental.

O contexto de pandemia e da saúde pública em si, constitui ambiente dinâmico e complexo, o trabalho e modo de vida é um dos determinantes centrais de qualidade de vida de um indivíduo, de modo que, cabe à APS o papel central para a implementação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, Política de Educação Permanente em Saúde e a Política de Humanização no SUS, no sentido de efetivar a APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado do usuário na Rede de Atenção à Saúde, ainda mais em contexto de pandemia.

Faz-se necessário atentar para as relações de trabalho-saúde-doença no ambiente e território de atuação e analisar os arranjos possíveis para manter a integridade física e mental dos trabalhadores e usuários do SUS, ao mesmo tempo. Fica o aprendizado de que é necessário pautar permanentemente a saúde do trabalhador nos processos de planejamento e educação em saúde com todos os atores envolvidos para que seja alcançada uma gestão participativa, democrática, com protagonismo dos sujeitos envolvidos e corresponsabilidades.



PARTE IV

**O USO DA
TELEMEDICINA
NA APS NO
ENFRENTAMENTO
DA COVID-19**

**TELEMEDICINA:
FERRAMENTA PARA UM
NOVO PARADIGMA NA APS**

TELEMEDICINA: FERRAMENTA PARA UM NOVO PARADIGMA NA APS

Maria Eugênia Bresolin Pinto¹

No ano de 2020, a pandemia de COVID-19 trouxe luz sobre algumas práticas de enfrentamento utilizadas há mais de 100 anos, como a higiene das mãos, o distanciamento social e o uso de proteção ao falar (máscaras). Em contraponto, a inovação e o uso da tecnologia também estão sendo fundamentais para esse enfrentamento, principalmente ao aproximar o atendimento médico e das equipes de saúde junto aos seus pacientes e familiares.

A partir da portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020a), e da lei nº 13.989 de 15 de abril de 2020 (BRASIL, 2020b), que dispõem sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), regulamentando e operacionalizando a sua utilização, cria-se um marco e um avanço da medicina brasileira, mesmo que de forma emergencial e provocada pela necessidade de proporcionar atenção médica com segurança à população brasileira.

A Atenção Primária a Saúde (APS), pelo seu papel de porta de entrada do sistema de saúde e de coordenação do cuidado, tem função essencial na estratégia de enfrentamento da pandemia. O entendimento do território e da população aos quais estamos proporcionando o cuidado é um auxiliar no direcionamento da atuação para as necessidades locais, quer seja por precisar informações sobre a COVID-19, por ter assistência médica, ou pelo monitoramento da COVID-19 e de doenças crônicas. O que fica claro é que durante a pandemia de COVID-19, a APS cresceu o seu leque de ferramentas de apoio ao cuidado e a segurança dos pacientes e da equipe (SARTI, 2020).

Em setembro deste ano, a Academia Americana de Médicos de Família lançou orientações sobre como implementar serviços de telemedicina durante

¹ Professora Adjunta do Departamento de Saúde Coletiva. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFCSPA) e do Mestrado Acadêmico em Tecnologias da Informação e Gestão em Saúde da UFCSPA. Coordenadora de Educação do Hospital Moinhos de Vento. Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: eugenia@ufcspa.edu.br

a pandemia, que visem o telemonitoramento, as orientações associadas à COVID-19, a assistência de pacientes com doenças crônicas, com questões de saúde mental e com doenças agudas de baixa complexidade, além de crianças, gestantes e pacientes da terceira idade (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS, 2020). Essas ações pretendem agir na redução da desassistência na APS que ocorreu durante a pandemia, causada pela necessidade de isolamento social e pelo medo da população em buscar os serviços de saúde.

Existem algumas mudanças do conteúdo entre as consultas presenciais e as de telemedicina na APS (ALEXANDER *et al.*, 2020), até porque ainda há uma necessidade de evolução maior no uso dos recursos diagnósticos remotos e o desenvolvimento de algumas competências nos profissionais para atuarem nesse cenário de assistência e apoio virtual.

Os trabalhos apresentados a seguir são excelentes exemplos de como a telemedicina foi testada como ferramenta de apoio na APS durante a pandemia, em diferentes cenários e portes de cidades. Existe uma variedade de aplicações da telemedicina e do uso dos diversos meios digitais de comunicação:

- O desenvolvimento de uma plataforma para esclarecimento de dúvidas relacionadas à COVID-19 em João Pessoa, que aproxima médicos voluntários a pessoas em busca de atendimento e informações confiáveis;
- Aproximar ensino e serviços de saúde em Curitiba, através do telemonitoramento de idosos, como estratégia de enfrentamento à COVID-19, o futuro médico que nasceu conectado e digital com os pacientes aparentemente analógicos;
- Num município do interior do Rio de Janeiro, o uso dos encontros virtuais para implementar a terapia comunitária integrativa, que proporcionou uma rede *on-line* de apoio solidário e ajudou no enfrentamento do sofrimento psíquico provocado pela pandemia;
- O relato da experiência da utilização da teleconsulta em Crato-CE, como estratégia de acesso à avaliação médica de usuários suspeitos de COVID-19 no âmbito da Estratégia Saúde da Família;

- Em Belo Horizonte, o uso do WhatsApp para comunicação a distância da equipe com a comunidade, com a utilização de listas de transmissão de informações para grupos especiais de pacientes, até o acolhimento dos usuários, proporcionando uma escuta qualificada.

A porta foi aberta para a telemedicina e para a utilização das ferramentas de comunicação no cotidiano do médico e dos usuários da APS. Elas já estão sendo testadas na vida real, durante uma pandemia, embora precisem de uma regulação, ampliação dos cuidados com a segurança das informações e muita discussão sobre implementação. Não devemos fechar essa porta e retornar para o escuro.

É fundamental que a APS assuma o protagonismo da coordenação do cuidado, não apenas durante o enfrentamento da pandemia, mas na organização do cuidado pós-pandemia na APS. Essa pode ser uma oportunidade de reorganização dos processos de trabalho nas equipes da APS e também de incorporação de ferramentas que podem auxiliar na qualificação da assistência e do acesso aos serviços de saúde do SUS, como a telemedicina pode fazer, ao encurtar as distâncias e melhorar a comunicação.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS (AAFP). **A toolkit for building and growing a sustainable telehealth program in your practice**. Manatt Health, 2020. Disponível em: https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/practice_management/telehealth/2020-AAFP-Telehealth-Toolkit.pdf. Acesso em: 15 nov. 2020.

ALEXANDER, GC; TAJANLANGIT, M; HEYWARD, J; MANSOUR, O; QATO, DM; STAFFORD, RS. **Primary care office-based vs telemedicine care visits during COVID-19 pandemic**. JAMA Netw Open; 3(10): e2021476, 2020 10 01.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 467, de 20 de março de 2020**. 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 previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19 [Internet]. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 23 mar. 2020. Seção 1, Extra.

BRASIL. Poder executivo. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 15 abr. 2020. Edição 73, Seção 1, p. 1.

SARTI, TD, LAZARINI, WS; FONTENELLE, LF; ALMEIDA, APSC. **What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic?** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 29, n. 2, e 2020 166, 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024> . Acessos em: 18 nov. 2020.



AMPLIAÇÃO DO ACESSO ATRAVÉS DE FERRAMENTAS VIRTUAIS

AMPLIAÇÃO DO ACESSO ATRAVÉS DE FERRAMENTAS VIRTUAIS

Artur Oliveira Mendes¹
Gabriela Sales de Castro Campanha²
Christina dos Santos Silva³
Henrique Medeiros⁴

INTRODUÇÃO

O acesso oportuno segue como um dos principais atributos para uma Atenção Primária à Saúde de qualidade. Os pacientes, acometidos por diversos problemas, por vezes apresentam dificuldade em seu itinerário e, se não tiverem como estabelecer contato com uma equipe gestora de cuidados, podem ser envolvidos em percursos assistenciais danosos ou passar por conluíus de anonimatos e negligências de diversas naturezas. Formatos de acesso diferentes são discutidos atualmente pelos pesquisadores, suscitando debates sobre efetividade de cada um e refletindo como organizar o fluxo das pessoas que chegam às unidades básicas de saúde para o atendimento.

Durante a pandemia de COVID-19, no ano de 2020, de modo a evitar aglomerações nas unidades de saúde, os atendimentos ambulatoriais foram reduzidos em todo Brasil, o que teve potencial impacto negativo na gestão do cuidado nas comunidades. O presente trabalho tem como objetivo apresentar a experiência de organização do processo de trabalho realizado pela Equipe de Saúde da Família 1 do Centro de Saúde Marco Antônio de Menezes, em Belo Horizonte-MG, para ampliar e retomar o acesso dos usuários aos profissionais de saúde e à coordenação de cuidados. O trabalho objetiva também compreender os erros e acertos nas estratégias adotadas e refletir sobre o futuro destas.

¹ Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFOP). Médico de Família da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil. *E-mail*: gorutubano@yahoo.com.br

² Pós-graduada em Gestão de Serviços de Saúde pela Santa Casa de Belo Horizonte. Enfermeira da ESF da Prefeitura de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil. *E-mail*: gabrieladesalescastro@gmail.com

³ Assistente Social da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil. *E-mail*: christinadsilva29@yahoo.com.br

⁴ Educador Físico do NASF da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Belo Horizonte-MG, Brasil. *E-mail*: henriquesm13@gmail.com

DESENVOLVIMENTO

Uma vez que a população foi orientada a não se deslocar para as unidades de saúde (salvo por motivos de agravamento de sua condição) durante a pandemia de COVID-19, muitas deixaram de ter acesso ao serviço, evitando recorrer a este. Embora essa orientação estivesse respalda em rotinas adotadas mundialmente para enfrentamento da situação, o risco de descompensação dos problemas de saúde e agravamento de outros (como no caso da depressão) foi ficando evidente para os trabalhadores da saúde e foi motivo de grande preocupação para todos. Pensando nisso, inicialmente a Equipe 1 experimentou fazer contato telefônico com diversos usuários cujas consultas haviam sido canceladas devido à pandemia. Esses usuários foram selecionados pela própria equipe, já que esta conhecia essas pessoas e compreendia quais estavam submetidas a maior risco para desorganização dos cuidados.

Durante o contato era discutido se existiam dúvidas sobre a pandemia e como se precaver, bem como sobre a condição crônica de saúde da pessoa. A experiência foi positiva, mas limitada a conversas sobre uso dos medicamentos e dúvidas pontuais. Entendendo que era preciso avançar na proposta de garantir o acesso e contato, a equipe disponibilizou endereço de *e-mail*, divulgando esse contato para os usuários através dos agentes de saúde. Essa estratégia não logrou êxito, uma vez que, como se percebeu, as pessoas já não usam essa ferramenta há algum tempo. Em função disso, foi criada uma conta em aplicativo de mensagens instantâneas (WhatsApp) para comunicação a distância com a comunidade. Foram criadas também listas de transmissão (com grupos de risco, nas quais os usuários eram alocados a partir de sua condição de saúde) e muito da escuta qualificada (acolhimento) que a equipe fazia presencialmente (antes da pandemia) passou a ser realizada por esse mecanismo. Inicialmente tímida, a ferramenta demonstrou grande potência ao permitir retomar interlocução da equipe com o conjunto dos usuários, além de ampliá-la.

Esse trabalho foi coordenado pela enfermeira da equipe, todos os dias avaliando e respondendo mais de 30 mensagens de usuários. Ao mesmo tempo, foram criados conteúdos em vídeo pelos profissionais do NASF para encaminhamento aos usuários (de acordo com seu perfil de risco, buscando maior adequabilidade

das orientações a respeito de alimentação saudável, cuidados com a voz, promoção da saúde e manuseio de medicamentos). Demandas gerais seguiram sendo compartilhadas com assistente social e gerência da unidade através desse mecanismo, retomando agilidade na resolução de trâmites diversos. Foram também organizados grupos virtuais para conversas sobre temas diversos (adolescência, cuidados com o idoso, entre outros), mas esse modelo não teve o sucesso esperado (provavelmente devido à dificuldade em acordar com as pessoas um horário comum a todos de acesso à plataforma). Ao mesmo tempo, com pacientes selecionados pela enfermeira, ou mediante demanda dos agentes de saúde e técnica de enfermagem da equipe, foi aberta agenda para atendimento de telemedicina pelo médico. Todos os pacientes atendidos nesse modelo eram já conhecidos pela equipe, com prontuário na unidade, e a coordenação de cuidados pôde seguir com mais efetividade. Antes do atendimento propriamente dito, o usuário recebe uma mensagem com termo de aceite (elaborado pela gerente da unidade).

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte organizou também orientações gerais sobre o uso de mídias e ferramentas de vídeo-chamadas durante a pandemia e agora a Equipe 1 conta com um telefone com aplicativo de WhatsApp (usado apenas para mensagens) e agenda de consultas virtual. Pacientes que ainda têm receio de vir à unidade ou dificuldade para deslocamento têm se beneficiado destas ferramentas. As pessoas têm evitado se aglomerar na unidade também, uma vez que conseguem resolver boa parte de suas demandas virtualmente.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS

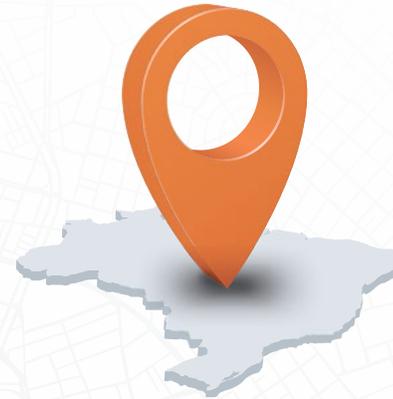
A Equipe 1 atende 3.838 usuários, dos quais, segundo cadastro da unidade, 1.155 (30%) possuem aparelho de celular e 809 (21%) declaram utilizar aplicativo de mensagens instantâneas (tipo WhatsApp) rotineiramente.

Os usuários demonstraram satisfação com a implementação das ferramentas, já que facilitou o acesso aos profissionais (considerando que este quase foi abolido durante as medidas de isolamento social impostas pela pandemia de COVID-19). A equipe conseguiu retomar a coordenação de cuidados com usuários que

estavam sem contato e conheceu outros mais, que preferiam essa opção para não se deslocar até a unidade básica de saúde. O uso da telemedicina e do WhatsApp teve mais aceitação do que o esperado, talvez porque a ferramenta já é amplamente conhecida pelas pessoas e o uso de *smartphones* (necessários para o uso dessas ferramentas, além do acesso à internet) encontra-se bastante difundido, mesmo nas classes sociais mais baixas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia adotada com o uso de mídias para contato virtual facilitou o acesso. Após a pandemia, muito da experiência atual deve permanecer como rotina da equipe, já que os usuários aprovaram os instrumentos e foi observada a facilitação do acesso. O teleatendimento não substitui as consultas presenciais, mas segue como potente ferramenta para ajudar na coordenação de cuidados. Apesar do exposto, há de se considerar que existe ainda uma parcela da população que é excluída digitalmente (em especial os idosos). Para eles, os modelos tradicionais para contato e consulta seguem importantes para evitar desorganização de seu cuidado.



“ANJOS DA SAÚDE”: O TELEMONTORAMENTO DE IDOSOS COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19

“ANJOS DA SAÚDE”: O TELEMONTORAMENTO DE IDOSOS COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO À COVID-19

Douglas Thayná Vieira de Souza¹
Sabrina Stefanello²

INTRODUÇÃO

Com a eclosão da pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19), os serviços de saúde e as instituições de ensino tiveram que adaptar seus processos de trabalho com o intuito de restringir a disseminação da doença. A suspensão das atividades presenciais nas universidades trouxe dificuldades na organização curricular, especialmente para os estudantes dos últimos períodos que, em geral, na área da saúde, são majoritariamente práticos. As aglomerações em pontos de atendimento de saúde à população também foram uma grande preocupação, considerando o fato de grande parte das demandas das unidades de saúde constituírem-se de consultas “administrativas”, para renovação de receitas e solicitação de exames complementares de rotina.

Nesse sentido, estabeleceu-se uma parceria entre a Secretaria de Saúde de Curitiba e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR), na qual atuou como preceptor do internato em Medicina de Família e Comunidade – um estágio voltado à Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvido no ambiente das unidades de saúde do município –, para que fosse realizado o telemonitoramento da população de idosos vulneráveis das áreas de abrangência das unidades de saúde, além daqueles vivendo em instituições de longa permanência (ILPI), objetivando-se reduzir sua exposição ao vírus e desafogar os pontos de atendimento. Essa parceria foi denominada “Anjos da Saúde” e se estendeu de abril a agosto de 2020.

¹ Mestrando em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: dtvsouza@gmail.com

² Doutora em Ciências Médicas. Pós-doutorado em Saúde Coletiva pela UNICAMP e Pós-doutorado no Departamento de Artes e Ciências Sociais da Universidade de Montreal. Médica Psiquiatra. Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPR). Curitiba-PR, Brasil. *E-mail*: profsaudeufpr@gmail.com

DESENVOLVIMENTO

Em meados de abril de 2020, iniciou-se o diálogo entre a universidade e a secretaria de saúde, por meio do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) e, no decorrer de algumas reuniões, foi pactuada a parceria de telemonitoramento. Foram selecionados inicialmente quatro distritos sanitários de Curitiba, nos quais há grande concentração de pessoas idosas e de ILPI, para que fizessem parte do projeto. As autoridades sanitárias locais das unidades de saúde compilaram listas das ILPI pertencentes à sua área e de pacientes idosos em situação de vulnerabilidade (presença de múltiplas comorbidades, restrição de locomoção ou restrição ao leito, morar sozinho ou com outra pessoa idosa, ausência de passagem pela unidade de saúde nos últimos 6 meses, morar em área de vulnerabilidade social, etc.) e, a partir dessas listas, iniciaram-se os contatos.

O monitoramento era realizado por meio de vídeo-chamadas e ligações telefônicas feitas por acadêmicos do último ano do curso de medicina, com supervisão constante dos preceptores da disciplina de Medicina de Família e Comunidade. A atividade era desenvolvida em unidades de saúde que se encontravam fechadas para atendimento ou nos espaços-sede de alguns distritos sanitários, para evitar o agrupamento de pessoas. O contato era feito com os próprios idosos e/ou seus familiares e, nas ILPI, com os cuidadores ou responsáveis pela instituição.

Nesses atendimentos eram analisados aspectos clínicos (avaliação de comorbidades, solicitação e avaliação de exames complementares de seguimento com coleta domiciliar, renovação de receitas, entrega de medicamentos em domicílio, entre outras ações), questões de saúde mental e rastreamento de sintomas respiratórios. Os atendimentos, orientações e intervenções eram registrados no prontuário eletrônico do município. Quando havia necessidade (p. ex.: troca de sonda vesical), articulávamo-nos com as autoridades sanitárias locais para a realização de visitas domiciliares e intervenções pertinentes pelas equipes das unidades de saúde.

RESULTADOS E IMPACTOS

Foram atendidos mais de 500 idosos que vivem nas ILPI e nas áreas adscritas às unidades de saúde. No monitoramento das ILPI houve inicialmente certa resistência, devido a uma ideia de que o monitoramento seria uma espécie de “fiscalização” das instituições. Com o tempo e o vínculo adquirido com as ligações, essa resistência diminuiu. A população atendida relatava que o monitoramento tinha efeitos benéficos com relação à saúde mental, e que a presença constante dos estudantes e profissionais, mesmo que de forma virtual, ajudava a aliviar os impactos do distanciamento social. No início, houve algumas dificuldades relacionadas ao uso da tecnologia por parte dos idosos, mas com o auxílio de familiares esses empecilhos foram vencidos e os monitoramentos transcorreram sem maiores problemas.

Para os estudantes, realizou-se avaliação formativa na qual foi verificado que, apesar da frustração em não se poder realizar o estágio presencial nas unidades de saúde, o monitoramento permitiu uma oportunidade de aproximar-se da população e de discutir e revisar questões clínicas com os preceptores. Além da oportunidade de acompanhar os pacientes idosos, essa atividade contribuiu para a compensação de carga horária para que os estudantes atingissem o número de horas em estágio necessário para poderem se formar.

A partir deste projeto, conseguiu-se reduzir a quantidade de consultas “administrativas” com base nos pré-agendamentos (no momento, a taxa de redução dos agendamentos está em análise), o que permitiu aumentar a disponibilidade de atendimento na Atenção Primária às pessoas com queixas respiratórias e suspeita de COVID-19 e reduzir a exposição de pessoas de maior risco à infecção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa foi uma experiência desafiadora e nova, em que os atores envolvidos foram aprimorando as ações conforme os resultados obtidos. As trocas entre as chefias dos distritos sanitários, os preceptores e os alunos foram muito ricas e permitiram maior integração entre ensino e saúde. Com o retorno das atividades presenciais da universidade, o monitoramento passou a ser realizado por profissionais dos próprios distritos sanitários, conforme as possibilidades regionais, mas foi possível ver um impacto positivo das ações realizadas, mesmo em um curto espaço de tempo.



CRIAÇÃO DE PLATAFORMA DIGITAL PARA TELEATENDIMENTO MÉDICO VOLUNTÁRIO EM MEIO À PANDEMIA DE COVID-19

CRIAÇÃO DE PLATAFORMA DIGITAL PARA TELEATENDIMENTO MÉDICO VOLUNTÁRIO EM MEIO À PANDEMIA DE COVID-19

Heloisa Moreira Estrela Diniz Ramos¹
André Luis Bonifácio de Carvalho²

A COVID-19 é uma doença causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2), que apresenta um quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) pode ser assintomática e cerca de 20% dos casos podem requerer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória e aproximadamente 5% desses casos podem necessitar de suporte para o tratamento de insuficiência respiratória com suporte ventilatório.

Sendo assim, em 2020, com a pandemia de COVID-19, tendo o papel da medicina de família e comunidade bem estabelecido, como porta de entrada no acesso aos serviços de saúde, estando consciente da importância da tecnologia da informação sendo utilizada de maneira a nortear as tomadas de decisões e o planejamento de políticas públicas para a contenção dos danos causados pela gravidade do evento de saúde atual, além da necessidade de isolamento da população, colocando-a fora dos serviços de saúde para evitar a propagação da doença e proteção do grupo de risco, o teleatendimento passou a ser um grande aliado na atual conjuntura do país e do mundo.

Em determinado momento, para o usuário, o processo de acesso ao cuidado e ao atendimento médico foi prejudicado pelo fato de que os usuários foram orientados a não se dirigirem aos hospitais e centros de saúde nos casos de baixa e média gravidade, sendo assim, o uso de atendimento pré-clínico

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPB). João Pessoa-PB, Brasil. *E-mail:* heloisaestrela86@gmail.com

² Mestre em Ciência da Informação (UFPB). Doutor em Ciências da Saúde (UnB). Professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UFPB). João Pessoa-PB, Brasil. *E-mail:* andreIBC4@gmail.com

através de teleatendimento. Telemedicina, em sentido amplo, pode ser usada como uma maneira de viabilizar a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde (ampliação da atenção e da cobertura), especialmente nos casos em que a distância é um fator crítico. Acesso, equidade, qualidade e custo são os principais problemas enfrentados pelos sistemas universais de saúde em todo o mundo, em uma realidade na qual a população se apresenta crescentemente longeva e com mudanças nas características de saúde e doença, com particular prevalência de doenças crônicas.

A telessaúde (anteriormente telemedicina) – uso de telecomunicações para fornecer informações e cuidados de saúde à distância – ressurgiu recentemente como uma maneira potencialmente eficaz de fornecer serviços de saúde gerais e especializados e parece pronta para entrar na prestação de serviços de saúde convencionais. Como a telessaúde pode se tornar uma parte significativa do futuro dos cuidados de saúde, é fundamental para todas as profissões que seja definida amplamente.

Nos países em desenvolvimento, a telemedicina tem o potencial de solucionar grandes desafios da saúde, nomeadamente na ampliação do acesso a serviços médicos especializados a locais que não os apresentam, na melhoria da qualidade da atenção à saúde, na redução do tempo gasto entre o diagnóstico e a terapia, na racionalização de custos e no apoio à vigilância epidemiológica, auxiliando na identificação e rastreamento de problemas de saúde pública. No Brasil, do ponto de vista da saúde, a telemedicina tem o potencial de promover uma maior integração do sistema de saúde, superando a fragmentação ainda presente e deletéria para a efetivação do direito integral à saúde.

O cenário mundial diante de uma pandemia jamais vista antes na humanidade, atrelada a uma necessidade de isolamento social imposta pelos governos federal, estadual e municipal, bem como ao avanço tecnológico em que a maioria das pessoas dispõe de aparelho ou dispositivo de comunicação através da internet, foi pensado e executado a Central Corona.

A plataforma Central Corona é um *site*/aplicativo fundado, entre outros, pela aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, Heloísa Estrela.

Este possibilita que qualquer usuário, em qualquer lugar do país, possa se comunicar com um médico voluntário, durante 24 horas ao dia, através de aplicativos que já são amplamente difundidos e utilizados pela população em geral, como o WhatsApp e o Telegram.

O presente trabalho trata-se da entrega de um produto tecnológico que se enquadra na categoria de produto de intervenção com um papel importante para a contenção da pandemia causada pelo coronavírus e cumpre um papel social de fornecer à população atendimento médico voluntário, rápido, fácil e seguro. Um dos objetivos primordiais da plataforma é o de aproximar o usuário ao atendimento médico sem que este precise se dirigir ao atendimento presencial, pondo em risco sua saúde e de seus familiares. Através da plataforma, o usuário pode ter acesso fácil, seguro e sem custos a um médico voluntário que poderá prestar atendimento médico de qualidade de maneira cômoda e de acordo com a sua disponibilidade.

O grande motivador do trabalho de criação e execução dos fundadores e da equipe envolvida foi a possibilidade de realizar uma ação emergencial que tivesse um impacto social importante na saúde das pessoas. A plataforma de telemedicina Central Corona une tecnologia e inteligência artificial a favor da sociedade e traz benefícios tanto para o cidadão comum, quanto para os médicos, reforçando a prática do isolamento social, reduzindo a exposição aos riscos de contaminação, aliviando o estrangulamento do sistema de saúde convencional e minimizando a grande barreira das diferenças sociais do Brasil.

No dia 22 de março de 2020, a Central Corona deu início aos atendimentos. Os passos usados para a viabilização dessa ferramenta foram, em primeiro lugar: definir o protocolo de atendimento inicial, no qual o usuário conversa com um computador que faz perguntas sobre seu estado geral e, nessa triagem, define o atendimento pelo médico. Em seguida, foi necessário o recrutamento de uma equipe de voluntários de vários ramos da tecnologia para que a plataforma pudesse ser executada adequadamente. Como terceiro passo, foi realizado o convite e cadastro dos médicos voluntários que preenchiam um cadastro e a equipe de suporte fazia a validação junto aos conselhos regionais e federal de medicina, de modo a garantir que os inscritos tivessem Conselho

Regional de Medicina (CRM) ativo e sem restrições de funcionamento. Por fim, foi realizada a divulgação da plataforma para que mais pessoas tivessem acesso ao cuidado. Em 30 dias de atendimentos, chegamos ao marco de mais de 800 consultas e mais de 30 médicos voluntários cadastrados na plataforma.

A Central Corona esteve em funcionamento durante nove meses e encerrou suas atividades no dia 29 de setembro de 2020, após a realização de mais de 2.500 atendimentos e a participação de mais de 30 médicos voluntários.

REFERÊNCIA

MALDONADO, J. M. S. V.; MARQUES, A. B.; CRUZ, A. Telemedicina: desafios para a disseminação no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, supl. 2, e00155615, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-011X2016001402005&lng=en&nrm=iso>. acesso em 24 de novembro de 2020. Epub em 03 de novembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-011X00155615>.



TELECONSULTAS DE USUÁRIOS COM SUSPEITA DE COVID-19: UMA EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

TELECONSULTAS DE USUÁRIOS COM SUSPEITA DE COVID-19: UMA EXPERIÊNCIA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Natália Campos Parente¹
Marina Feitosa Solano Silva Rodrigues da Matta²
Milenna Alencar Brasil³
Maria Rosilene Cândido Moreira⁴
Maria de Fátima Antero de Sousa Machado⁵

OBJETIVO

Relatar a experiência da teleconsulta como estratégia de acesso a avaliação médica de usuários suspeitos de COVID-19 no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODO

Relato de experiência do serviço de teleconsulta na Estratégia Saúde da Família (ESF) Vila São Francisco, no Crato-CE, utilizando relatório com dados agregados sobre o monitoramento dos casos suspeitos de COVID-19, fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Os dados foram coletados nos meses de abril a setembro de 2020, período no qual o serviço foi ofertado. Foram analisadas as variáveis sexo, ser profissional de saúde, resultado do teste para COVID-19, sinais e sintomas iniciais e desfecho, com auxílio do programa SPSS (versão 23.0), por estatística descritiva.

RESULTADOS

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/CE). Secretaria Municipal de Saúde do Crato-CE. Universidade Federal do Cariri. Crato-CE, Brasil. *E-mail:* nataliaparentemfc@gmail.com

² Graduanda em enfermagem. Crato. *E-mail:* marinafeitosasaude2@gmail.com

³ Especialista em Saúde Pública. Crato. *E-mail:* milenabrasil1@gmail.com

⁴ Secretaria Municipal de Saúde do Crato. Crato-CE, Brasil. *E-mail:* rosilene.moreira@ufca.edu.br

⁵ Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-FIOCRUZ/CE) e da Rede Nordeste em Saúde da Família – RENASF (FIOCRUZ CE). Pesquisadora na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ensino na Saúde. Eusébio-CE, Brasil. *E-mail:* fatimaantero@uol.com.br

Com o aumento do número de casos da pandemia no município, a SMS optou pela implantação do serviço de teleconsulta, fornecendo aos munícipes a opção de atendimento à distância. Ao apresentarem sintomas respiratórios, os usuários entravam em contato com o serviço por meio do número de telefone disponibilizado pela SMS, que poderia ser realizado por chamada de áudio ou vídeo e, após avaliação clínica, o usuário era cadastrado para acompanhamento ambulatorial, ou encaminhado para internação hospitalar. Foram registradas 115 consultas remotas no período investigado, sendo 65,2% de mulheres e 34,8% de homens. Profissionais de saúde somaram 6,1% dos casos. Testaram positivo 67,8% dos sintomáticos, nos quais a tosse foi a queixa mais frequente (54,8%), seguida de coriza (48,7%), congestão nasal (38,3%) e fadiga (38,3%). Até a data da coleta de dados, a maioria dos acompanhamentos (97,4%) havia sido encerrada por alta médica e três óbitos foram registrados entre as pessoas cadastradas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consulta remota se mostrou uma ferramenta oportuna, proporcionando o acompanhamento diário dos pacientes com COVID-19, contribuindo para realização da atenção integral à saúde das pessoas no território, e manutenção dos atributos essenciais da ESF. Sob outro enfoque, com a redução da média móvel de casos no município e com a retomada gradual das atividades econômicas, o serviço de teleconsulta foi encerrado, disponibilizando apenas a consulta presencial.



TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA: UMA REDE ON-LINE DE APOIO SOLIDÁRIO

TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO ENFRENTAMENTO À PANDEMIA: UMA REDE ON-LINE DE APOIO SOLIDÁRIO

Sílvia Mello dos Santos¹
Darlene da Silva dos Reis²
Carmen Rosimar Cabral de Souza³
Vanja Maria Moreira da Cunha⁴
Ana Cláudia Santos Chazan⁵

INTRODUÇÃO

A pandemia de COVID-19 trouxe a necessidade do isolamento social como forma de prevenção e proteção das pessoas e suas famílias. Em abril de 2020, no território da Estratégia Saúde da Família (ESF) Biquinha, localizada em Valença-RJ, observou-se além da descompensação de doenças crônicas, um aumento da incidência dos transtornos psíquicos, aliados aos problemas sociais e familiares, reflexos da mudança do modo e estilo de vida das pessoas. Era preciso uma abordagem abrangente, e a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) poderia ajudar.

A TCI é uma das Práticas Integrativas e Complementares reconhecidas pelo Ministério da Saúde, que tem como objetivo ser espaço de acolhimento e partilha para se falar das dores, dos problemas e das potencialidades das pessoas e das comunidades. Foi idealizada por Adalberto Barreto em 1987, na comunidade de Pirambu, em Fortaleza-CE. Segundo ele, o arsenal de medicamentos de que dispunha como psiquiatra não eram suficientes para combater o sofrimento advindo das desigualdades sociais.

¹ Mestranda em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Médica de Família e Comunidade (MFC). Terapeuta Comunitária. Centro Universitário de Valença (UNIFAA). Valença-RJ, Brasil. *E-mail*: silviamello30@hotmail.com

² Assistente Social. Volta Redonda- RJ, Brasil. *E-mail*: darlenereis@yahoo.com.br

³ Terapeuta Comunitária. Secretaria Municipal de Saúde de Volta Redonda. Volta Redonda- RJ, Brasil. *E-mail*: carmemrosimar@gmail.com

⁴ Terapeuta Comunitária. Volta Redonda- RJ, Brasil. *E-mail*: vanjacunha@gmail.com

⁵ Professora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UERJ). Professora Adjunta do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da FCM/UERJ. Mestre em Medicina (Endocrinologia). Doutora em Ciências - Curso de Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela AMB/SBMFC. Rio de Janeiro. *E-mail*: anachazan@gmail.com

A TCI possui pilares teóricos que sustentam sua prática em momentos de calamidades, como o atual. Um dos pilares é o **pensamento sistêmico**, em que estão integrados os aspectos psíquico, físico, social e espiritual do ser humano. Na pandemia, ficou clara a interligação dessas questões e as consequências da desigualdade na saúde das pessoas. Tudo está conectado, cada parte influencia na outra. A **teoria da comunicação**, o segundo pilar, é o elo entre as pessoas – não apenas a verbalizada, mas aquela observada atrás das máscaras. A **antropologia cultural** é o terceiro alicerce, que corresponde às origens de cada pessoa, suas tradições e crenças, que definem sua personalidade. A **pedagogia de Paulo Freire** coloca o educador como aprendiz e condutor de um processo horizontal de compartilhamento de saberes. Por último, a **resiliência**, capacidade de mobilizar recursos para o fortalecimento interno e busca de um caminho para a superação das crises.

Neste momento de instabilidade no país, a Associação Brasileira de Terapia Comunitária Integrativa (ABRATECOM) começou a testar as rodas para assumirem um novo formato no ambiente virtual, utilizando, para tanto, diversas plataformas. Esse relato tem como objetivos descrever a TCI *on-line* como ferramenta no apoio à saúde mental durante a pandemia de COVID-19 e mostrar uma alternativa segura de cuidado grupal em saúde mental com grande alcance e baixo custo para a Atenção Primária à Saúde.

DESENVOLVIMENTO

O desafio da assistência em um panorama de medo e insegurança estava posto enquanto uma nova rotina de equipamentos e medidas de segurança eram implementadas. As queixas físicas que a população trazia eram acompanhadas de questões que interferiam diretamente no processo de saúde e adoecimento, como o medo da contaminação, o afastamento das pessoas de seus familiares, entre outras. Como realizar uma abordagem centrada na pessoa com distanciamento e máscaras? Como dar conta da saúde mental das pessoas? Era necessário um cuidado mais amplo, como o que a TCI proporcionava. Foi então que surgiu a ideia de três terapeutas

comunitárias se unirem, de forma solidária, para a construção de uma rede virtual de TCI para oferecer, de forma voluntária, esse cuidado para fortalecer e ajudar as pessoas em sofrimento.

Primeiramente foi criado um grupo de WhatsApp com os usuários que participavam da roda antes da pandemia, e que demonstravam interesse na modalidade *on-line*. Durante as consultas médicas, pacientes que, de alguma forma, poderiam se beneficiar da roda, eram convidados a participar do grupo terapêutico.

Depois organizar o público, foi preciso pensar na plataforma. A ABRATECOM utilizava o Zoom, mas a experiência não foi satisfatória, pois o acesso era difícil para os participantes. Depois de vários testes, optou-se pelo Messenger do Facebook, pois a maioria tinha esse aplicativo no telefone, facilitando o desenvolvimento do processo. Assim, no dia e hora agendados, era enviado o *link* de acesso à reunião pelo grupo de WhatsApp, sendo permitido o convite a outras pessoas, fora dos limites geográficos da ESF. Os recursos materiais necessários para a participação eram um computador ou telefone celular com acesso à internet.

A TCI acontecia com todas as suas etapas, adaptadas para essa nova versão digital: acolhimento, escolha da inquietação, contextualização, problematização, encerramento e apreciação. Deixava-se claro, logo no início da atividade, que se utilizava uma plataforma pública de compartilhamento de dados, e também que, como se tratava de uma atividade grupal, segredos não deveriam ser expostos.

RESULTADOS E/OU IMPACTOS

A rede de TCI acontecia semanalmente aos domingos, com duração de uma hora aproximadamente. As terapeutas se revezavam de modo a ter sempre uma dupla conduzindo o encontro. Foram realizadas mais de 25 rodas desde o início do projeto até novembro de 2020. Os principais temas abordados foram: o medo da contaminação, a solidão do isolamento, a sobrecarga de trabalho aos que permaneciam em serviços essenciais, a tristeza pelo desemprego, a ansiedade e o luto diante das mortes.

Para a Medicina de Família e Comunidade (MFC), foi possível estreitar vínculos, reconhecer seus pacientes por trás das máscaras, mediar o cuidado compartilhado das pessoas e favorecer com segurança, a orientação comunitária baseada na troca de vivências e exemplos de superação entre as pessoas.

Além disso, a liberdade do uso do celular levou a terapia para outros espaços além do domicílio, já que alguns participantes acessavam a roda de seus locais de trabalho – inclusive ambientes hospitalares –, permitindo a continuidade do acompanhamento, independente do lugar de acesso. A cada roda realizada, se comemoravam altas de amigos e familiares e vitórias diante das dificuldades enfrentadas.

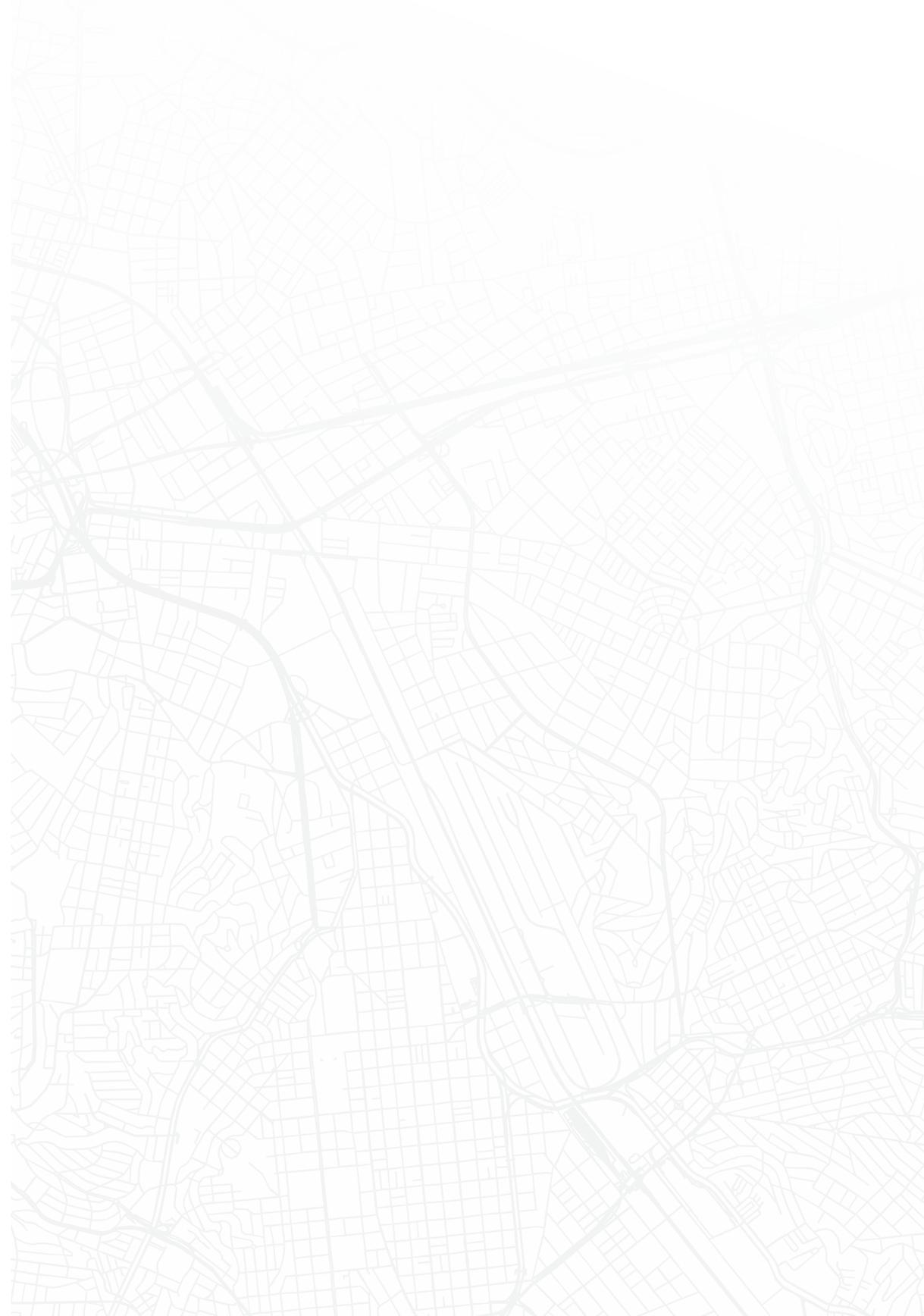
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa iniciativa, percebemos que momentos de calamidades requerem das equipes adaptações para garantir que os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária não se dissolvam. Ainda se enfrentam obstáculos como a cultura digital, necessária para o uso das tecnologias, trazendo os impactos da desigualdade na assistência. No entanto, a rede facilitou o alcance das experiências de vida para além de um território ou região, expandindo uma pequena roda para uma rede virtual não mensurável.

Assim, foi possível cuidar com segurança, tendo em mãos poucos recursos e muita solidariedade. Através dessa iniciativa, espera-se que mais grupos iguais a esse possam ser criados, fortalecendo redes e empoderando as pessoas nesse momento crítico da saúde em nosso país.

REFERENCIAS

BARRETO, A. P. **Terapia comunitária: passo a passo**: 4. ed. Fortaleza: Editora LCR, 2008.



DISQUE SAÚDE **136**

Apoio:

