DOI: 10.22278/2318-2660.2023.v47.n4.a3976

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CENÁRIO DE PANDEMIA PELA COVID-19

Patricia Nascimento Rotondano[a]
https://orcid.org/0000-0002-3361-1954
Ângela Cristina Fagundes Góes[b]
https://orcid.org/0000-0002-0667-0545

Resumo

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a covid-19 como uma emergência em Saúde Pública, sendo posteriormente, em março do mesmo ano, reconhecida como pandemia. O Brasil registrou o primeiro caso em fevereiro de 2020. Esse novo cenário epidemiológico exigiria da Atenção Primária à Saúde a reorganização do processo de trabalho e dos fluxos assistenciais para o enfrentamento do problema e garantia do acesso da população aos serviços. Assim, este trabalho relata a estratégia de reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família em município baiano diante do cenário de pandemia pela covid-19 entre março de 2020 a março de 2021. **É** um estudo observacional descritivo do tipo relato de experiência. O processo de trabalho foi reorganizado incorporando tecnologias de cuidado, como a teleconsulta, telemonitoramento, implantação do acolhimento com classificação de risco, readequação do ambiente físico e intensificação da utilização de Equipamentos de Proteção Individual. A Atenção Primária **à** Saúde exerce papel estratégico nas ações de combate à covid-19 no território, e as estratégias utilizadas pela Unidade de Saúde da Família possibilitaram o acesso da população ao serviço, mesmo diante da restrição de algumas atividades de rotina. Contudo, foram observados prejuízos no cuidado longitudinal dos usuários e no processo formativo de alunos da graduação e da pós-graduação, devido à interrupção dos estágios na Atenção Primária à Saúde como medida de segurança.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Covid-19. Fluxo de trabalho.

[a] *Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: enfa.patriciarotondano@gmail.com*
[b] *Enfermeira. Mestre em Família na Sociedade Contemporânea. Professora Assistente do Departamento de Ciências da Vida – Campus I. Universidade do Estado da Bahia (Salvador). Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: agoes@uneb.br*
Endereço para correspondência: Rua Santa Veruza, n. 19, Pernambués. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41120-000. E-mail: enfa.patriciarotondano@gmail.com

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Abstract

On January 2020, the World Health Organization (WHO) declared the COVID-19 as a public health emergency, and in March of the same year, the new disease was recognized as a pandemic. Brazil registered its first case in February 2020. This new epidemiological scenario required Primary Health Care (PHC) to reorganize its care process and workflows to address the issue and ensure the population's access to services. Thus, this descriptive observational report presents the work process of health professionals at a Family Health Unit in a municipality from Bahia, Brazil, during the pandemic. Reorganization of the work process included incorporating care technologies such as teleconsultation, telemonitoring, user embracement with risk classification, readjustment of the physical environment and intensification of Personal Protective Equipment (PPE) use. Primary Health Care plays a strategic role in actions to combat the COVID-19 in the territory and the FHU strategies adopted allowed the population to access services even in the face of restriction. However, user longitudinal care and the training process of undergraduate and graduate students suffered losses due to the interruption of internships in Primary Health Care as a safety measure.

Keywords: Primary Health Care, COVID-19, Workflow

EL PROCESO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR EN EL ESCENARIO DE LA PANDEMIA DE LA COVID-19

Resumen

En enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud declaró como emergencia de salud pública a la covid-19 y, posteriormente, en marzo del mismo año, la reconoció como pandemia. Brasil registró el primer caso en febrero de 2020. Este nuevo escenario epidemiológico requirió de la atención primaria de salud (APS) una reorganización del proceso de trabajo y de los flujos de atención para enfrentar el problema y asegurar el acceso de la población a los servicios. Este trabajo busca informar la estrategia respecto a la reorganización del proceso de trabajo de los profesionales de la salud en una Unidad de Salud Familiar en un municipio de Bahía (Brasil) frente a la pandemia de la covid-19 en el período comprendido entre marzo de 2020 y marzo de 2021. Este es un estudio observacional descriptivo, de tipo reporte de experiencia. Se reorganizó el proceso de trabajo incorporando tecnologías de cuidado,

como teleconsulta, telemonitoreo, implementación de clasificación de riesgo, readecuación del ambiente físico y mayor uso de equipos de protección personal (EPP). La atención primaria de salud juega un papel estratégico en las acciones de enfrentamiento al covid-19 en el territorio y las estrategias utilizadas por las Unidades de Salud Familiar permitieron a la población acceder al servicio, incluso frente a la restricción en algunas actividades rutinarias. Sin embargo, se observaron perjuicios en la atención longitudinal de los usuarios y en el proceso de formación de los estudiantes de grado y posgrado debido a la interrupción de las pasantías en la atención primaria como medida de seguridad.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, Covid-19, Flujo de trabajo

INTRODUÇÃO

No final do mês de dezembro de 2019, foi identificado, na cidade de Wuhan (China), um novo vírus denominado por coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), agente causador de uma doença potencialmente fatal com alta taxa de transmissibilidade que se tornou um grande problema de saúde pública global, denominada *coronavirus disease* (covid-19). Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) confirmaram a circulação do novo coronavírus e decretaram Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (Espii). Diante do aumento exponencial de casos da covid-19 e da rápida disseminação global, foi declarada situação de pandemia pela OMS em 11 de março de 2020[1]. No Brasil, o primeiro caso confirmado foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo[2].

A covid-19 apresenta um espectro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros de insuficiência respiratória aguda grave, podendo levar a óbito rapidamente. Cerca de 80% dos casos são considerados leves ou moderados, não necessitando de internação hospitalar e sendo acompanhados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse contexto, a APS deve assumir papel resolutivo frente aos casos leves, identificação precoce com encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos[3]. Dessa forma, a APS exerce um papel central no enfrentamento da covid-19, uma vez que está ancorada nos princípios de proteção e promoção da saúde, na prevenção e controle de doenças, sendo capaz de colaborar estrategicamente com a redução do risco de transmissão da doença a partir do diagnóstico precoce e monitoramento individual e da familia[4].

De acordo com o Ministério da Saúde, o processo de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) é caracterizado por: trabalho interdisciplinar e em equipe; valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral, resolutiva; e acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho[5]. A reorganização do processo de trabalho passa pela qualificação da força de trabalho dos profissionais, sua integração na assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto ofertado[6].

Diante do exposto, este relato tem como premissa que ocorreram mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da família em decorrência da pandemia de covid-19. Nessa perspectiva, o estudo tem o objetivo de relatar e analisar o processo de trabalho dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família de um município baiano diante do cenário pandêmico.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo observacional descritivo com abordagem qualitativa, caracterizando-se como um relato de experiência acerca do processo de trabalho dos profissionais de saúde de uma USF do município de Salvador, Bahia, Brasil, diante do cenário da pandemia pela covid-19.

A coleta de dados foi realizada por meio da observação ativa realizada por uma enfermeira residente do primeiro ano do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (Uneb).

O estudo ocorreu no período de um ano, de março de 2020 a março de 2021. Por ser configurado como um relato de experiência, as mudanças relatadas no processo de trabalho decorrem da perspectiva de uma única residente de enfermagem que participou ativamente do processo observado, sendo, portanto, um ator desse processo para assistência da população adscrita.

A USF, lócus da experiência vivenciada pela profissional de saúde residente, situa-se em um bairro periférico de um Distrito Sanitário do município de Salvador, no estado da Bahia. A USF tem três equipes de Saúde da Família (eSF), compostas cada uma por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS); além de três equipes de Saúde Bucal, compostas por um cirurgião-dentista e uma auxiliar de saúde bucal. A USF conta também com uma equipe multiprofissional, composta por uma nutricionista, um educador físico, uma terapeuta ocupacional, uma assistente social e uma psicóloga. Além disso, tem um gerente, uma auxiliar de farmácia, um recepcionista,

uma auxiliar de serviços gerais e o apoio dos profissionais de saúde residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Uneb: três enfermeiras, duas dentistas, uma nutricionista, uma fisioterapeuta e uma farmacêutica.

O território coberto pela USF abrange, aproximadamente, 16.604 habitantes e tem poucos equipamentos sociais, moradias de pequena dimensão e infraestrutura precária, ausência de saneamento básico, asfalto e coleta de lixo em diversos pontos do bairro, bem como falta de locais para o lazer da população que carece de recursos financeiros. Em determinada parte do território, existe grande quantidade de comércio informal.

RESULTADOS

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NA APS PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Em 23 de junho de 2020, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador (BA) publicou a Nota Técnica nº 09/2020 com orientações para a Reorganização do Processo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao novo coronavírus no município[7].

Entre as estratégias adotadas na unidade por orientação da SMS, estão: a identificação da estrutura física, com sinalizadores nas cadeiras da sala de espera e no chão para que os usuários mantivessem o distanciamento adequado; sinalizadores na cor vermelha no corredor de atendimento dos casos suspeitos ou confirmados de covid-19, para limitar o acesso dos demais usuários à área; inserção de dispensadores de álcool em gel, nas paredes da unidade, de fácil acesso aos profissionais e usuários; sinalizadores em lixeiras, para descarte adequado de material contaminado; intensificação da utilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) pelos profissionais de saúde; intensificação da limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocadas e manuseadas rotineiramente; e oferta de máscara cirúrgica a todos os usuários suspeitos de contaminação pelo novo coronavírus.

A unidade enfrentou desafios para reorganizar o processo de trabalho e atender à nova demanda sanitária, com o afastamento de profissionais de saúde do grupo de risco ou contaminados pela covid-19 causando a fragilidade de ofertas de serviços e sobrecarga das equipes pela redução do quadro de profissionais. Além disso, houve dificuldade com a estrutura física da unidade, fazendo-se necessário isolar dois consultórios de atendimentos para atender apenas pacientes suspeitos ou confirmados de covid-19, utilização da sala de curativos para realização de triagem dos pacientes da demanda espontânea, escassez de EPI, e apreensão dos profissionais diante do cenário sanitário.

Os profissionais de saúde que apresentavam manifestação de sinais e sintomas de covid-19 eram afastados de suas atividades e encaminhados para a realização do exame Reação em Cadeia da Polimerase (RT-PCR) em outra unidade. Em caso de resultado reagente, eram realizados testes rápidos para os demais profissionais, a fim de garantir a segurança dos usuários e da equipe.

A organização do processo de trabalho é fundamental para alcançar o conjunto de ações coordenadas pela APS, viabilizar a atenção integral e avançar na gestão do cuidado, ordenando a rede de atenção à saúde[8].

Dessa forma, e considerando as orientações da SMS, o processo de trabalho foi reorganizado incorporando tecnologias de cuidado, como: introdução da teleconsulta e telemonitoramento; implantação do acolhimento com classificação de risco; reorganização dos fluxos internos de acolhimento e atendimento aos usuários, de forma a atender a necessidade da comunidade e dos profissionais diante do cenário vivenciado; readequação do ambiente físico; e intensificação da utilização de EPI. No **Quadro 1** é apresentada uma síntese das atividades implementadas na USF.

Quadro 1 – Detalhamento da proposta de organização do trabalho por eixos de cuidado, na APS de Salvador, Bahia – 2020

continua

EIXO/SERVIÇO	ATIVIDADE
Atendimento de rotina	Priorização de atendimento das linhas de cuidado de pré-natal, primeira consulta de puericultura, idosos e demais usuários com comorbidades descompensadas.
Implantação do Acolhimento à Demanda Espontânea (ADE)	O ADE foi dividido em acolhimento de usuários(as) com síndromes febris e/ou síndromes gripais (ADE 1) e acolhimento geral (ADE 2).
Atendimento odontológico	Mantido apenas os atendimentos dos casos de urgência odontológica. As consultas e atendimentos eletivos foram suspensos inicialmente.
Atendimento da equipe multiprofissional	Mantido atendimento individual, especialmente para os usuários do grupo de risco.
Implantação do teleatendimento/teleconsulta	As teleconsultas aconteciam por agendamento, com data e horário definidos, tais como consultas de saúde da mulher, avaliação de resultados de exames etc.
Implantação do telemonitoramento	O telemonitoramento era feito para usuários suspeitos e confirmados de covid-19, a cada 24h para pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48h para os demais, reforçando orientações de medidas preventivas no domicílio e isolamento domiciliar.
Atendimento domiciliar	Mantido para usuários acamados/restritos ao domicílio, com condições crônicas graves de saúde, quando não era possível o teleatendimento ou quando havia a necessidade de avaliação clínica presencial.
Sala de vacina	Mantida, na USF, a vacinação de rotina, no entanto com orientações quanto ao distanciamento entre os usuários em fila única e utilização de máscara.
Campanha de vacina da Influenza	Realizada na área externa de uma escola municipal do território e em domicílio, para os usuários impossibilitados ou com dificuldade de locomoção.
Farmácia	Mantido o funcionamento, com aumento da validade para oito meses, das prescrições de medicamentos e insumos de uso contínuo.
Sala de procedimento	Mantida a realização de todos os procedimentos.

Quadro 1 – Detalhamento da proposta de organização do trabalho por eixos de cuidado, na APS de Salvador, Bahia – 2020

continuação

EIXO/SERVIÇO	ATIVIDADE
Educação em Saúde	Suspensão dos grupos de adolescentes, gestantes, tabagistas e idosos, assim como do Programa de Saúde na Escola (PSE). Desenvolvimento de ações educativas em articulação com o Projeto de Extensão da Universidade – Uneb contra a covid-19 com o intuito de informar a população sobre a doença por meio das redes sociais e ações na comunidade.

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Com o advento da pandemia de covid-19, foi necessário a reestruturação do sistema de saúde e reorganização do processo de trabalho e dos fluxos assistenciais, a fim de garantir a oferta de ações e serviços à população adscrita para cumprir o papel da APS no enfrentamento à pandemia e continuidade do cuidado aos usuários[9].

Um dos pontos cruciais no enfrentamento da pandemia foi o fortalecimento da APS como protagonista na mitigação dos problemas, fortalecendo seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado e, especialmente, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária[10]. Na USF estudada, houve impactos na integralidade e longitudinalidade do cuidado à população, bem como limitações nas potencialidades das ações territoriais e na abordagem familiar mediante o cenário da covid-19.

Para tanto, fez-se necessária a suspensão de algumas atividades assistenciais para prestar atendimento seguro, rápido e efetivo aos sintomáticos respiratórios, bem como diminuir o fluxo de pessoas nas USF, na tentativa de reduzir os riscos de disseminação do vírus.

IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O acolhimento nos serviços de saúde visa reorganizar e facilitar o fluxo de acesso, orientar os usuários e fornecer informações, sanando dúvidas de maneira rápida. A classificação de risco visa organizar o fluxo de atendimento, priorizando os pacientes com necessidade de intervenções imediatas, evitando, assim, atendimento por ordem de chegada na unidade[11].

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) de 2017, o acolhimento à demanda espontânea na atenção básica pode se constituir em mecanismo de ampliação/facilitação do acesso, cabendo à equipe atender a todos as pessoas que chegarem na Unidade Básica de Saúde conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida[5].

Devido à necessidade de organização do fluxo de acesso em decorrência do cenário epidemiológico causado pela covid-19, foi implantado o Acolhimento à Demanda Espontânea (ADE) com Classificação de Risco, com escuta qualificada e maior resolutividade na resposta às demandas da população, subdividido em acolhimento aos usuários com síndromes febris e/ou gripais (ADE 1) e acolhimento geral (ADE 2). Diante do novo fluxo, foi organizada escala mensal com as três equipes, e, a cada dia da semana, uma equipe era responsável apenas para prestar assistência a casos suspeitos de covid-19.

A primeira escuta do acolhimento era realizada na entrada da USF por dois profissionais de saúde, os quais eram responsáveis por direcionar os usuários, de modo a evitar aglomeração na unidade, e questionar a presença de sintomatologia sugestiva de covid-19, além de certificar a utilização de máscara. Nos casos em que os usuários negavam qualquer sintoma de síndrome febril ou síndrome gripal (SF/SG), eram direcionados para atendimento de acordo com o serviço requisitado, que poderia ser demanda de rotina (recepção, sala de procedimentos, de vacina, farmácia e consulta presencial agendada). O funcionamento desses serviços foi mantido, com adaptações à nova realidade sanitária, objetivando garantir e ampliar o acesso dos usuários, exceto o atendimento da demanda de curativos. Devido à falta de profissionais, os usuários eram direcionados a procurar outra USF para realizar o procedimento.

Os usuários que buscavam a USF por demanda espontânea eram direcionados para escuta inicial do ADE 2. A primeira escuta era realizada por enfermeiras, que resolviam de imediato a demanda do usuário, quando dentro de seu escopo de atuação, e, quando necessário, os direcionavam para atendimento médico de retaguarda ou agendavam consulta médica para outra data, de acordo com a classificação de risco.

A construção de um fluxo para atendimento de casos suspeitos de contaminação pela covid-19 e de estratégias de controle é de extrema relevância para a APS, auxiliando no direcionamento da população, evitando a sobrecarga na rede de urgência e emergência, e viabilizando o acesso rápido e efetivo ao diagnóstico precoce e às ações de contenção da doença[12].

As tecnologias relacionais estão correlacionadas com a vivacidade do trabalho, tornando-se presentes em seu momento de realização e criando momentos de tensão necessários para a construção do ato produtivo, permitindo, assim, a observação dos problemas em saúde, dos desafios cotidianos da prática e das lacunas de conhecimento existentes no decorrer do processo de trabalho, estimulando a autorreflexão do trabalhador e da equipe de saúde[13]. O que confere vida ao trabalho em saúde é o uso das chamadas tecnologias leves, pois permitem trabalhar sob as singularidades e realidades de cada usuário em cada contexto e

possibilitam uma maior atuação e interação do usuário, dando, dessa forma, sentido para o uso das demais tecnologias[14].

A implantação do acolhimento com classificação de risco, considerada uma tecnologia relacional, foi uma estratégia importante de acesso, com priorização do atendimento aos usuários com maior risco e vulnerabilidade, além de possibilitar escuta e encaminhamento qualificados para os usuários sem necessidade de atendimento imediato.

Contudo, essa reorganização do processo de trabalho gerou desafios para os profissionais de saúde, entre eles, a sobrecarga de trabalho, visto que existia, na comunidade, grande demanda reprimida, dificuldade de adaptação das pessoas frente à nova oferta de serviços, por desejarem imediatismo no atendimento e não aceitarem que sua demanda poderia ser resolvida posteriormente, por meio de agendamento de consulta, além da dificuldade de aceitação do tempo médio de espera para o atendimento, de acordo com a classificação de risco.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO E DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Com o objetivo de diminuir o número de infectados pelo novo coronavírus e entendendo que os profissionais de saúde bucal realizam procedimentos que aumentam a probabilidade de contaminação cruzada, o Ministério da Saúde orientou a suspensão dos atendimentos odontológicos eletivos, mantendo-se, apenas, o atendimento das urgências odontológicas[15].

Portanto, o uso adequado dos EPI não foi considerado suficiente para a proteção dos profissionais da odontologia, pois seus equipamentos de trabalho liberam aerossóis no ambiente, contaminando o ar por certo tempo e, consequentemente, vulnerabilizando as pessoas presentes na sala, inclusive outros pacientes[16].

Assim, os profissionais de odontologia atuaram no acolhimento e triagem dos usuários, na abordagem inicial dos sintomáticos respiratórios, telemonitoramento dos casos suspeitos e confirmados de covid-19 e no cadastramento dos usuários. Esse engajamento dos profissionais da saúde bucal em outras atividades durante o período da pandemia não foi observado na pesquisa realizada por Carneiro e Peixoto, na qual os autores observaram que houve subutilização desses profissionais em outras atividades dentro do serviço[17].

Posteriormente, a SMS de Salvador (BA) publicou a Nota Técnica nº 01/2020 com orientações para o retorno dos atendimentos odontológicos[18]. Foram iniciados os agendamentos para os atendimentos eletivos, com restrições, e as equipes começaram a revezar o funcionamento: 50% da quantidade dos consultórios no período da manhã e 50% no

período da tarde. Os pacientes pertencentes ao grupo de risco eram atendidos somente para procedimentos de urgência odontológica, com agendamento para os primeiros horários.

Os profissionais da equipe multiprofissional atuaram na captação dos usuários com síndrome gripal, no acolhimento aos usuários que adentravam a unidade, na orientação e direcionamento para a sala de vacina, farmácia, sala de procedimentos, recepção, Acolhimento à Demanda Espontânea (ADE 1, ADE 2) ou consulta individual agendada previamente, assim como no telemonitoramento dos pacientes suspeitos e confirmados de covid-19.

IMPLANTAÇÃO DO TELEMONITORAMENTO E DA TELECONSULTA

Diante de um cenário pandêmico e considerando as Resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2020) e do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2020), ambos favoráveis à utilização da telemedicina e teleconsultas de enfermagem enquanto perdurasse a pandemia pelo novo coronavírus, a SMS de Salvador (BA) propôs a incorporação de tele acesso, telecadastro, teleconsulta e expansão da lógica de monitoramento para os demais usuários adscritos que apresentassem necessidades de cuidado continuado[9].

No enfrentamento da covid-19, as equipes das USF foram encorajadas a reorganizar seu processo de trabalho e adotar a telemedicina para atendimento e acompanhamento dos usuários, ainda considerando a condição clínica deles, uma vez que poderia ser necessário o acompanhamento domicíliar[19].

De acordo com as orientações da referida SMS e visando garantir a continuidade da assistência e o monitoramento dos pacientes sintomáticos respiratórios suspeitos e confirmados de covid-19, bem como seus contatos atendidos na USF, foi instituído o telemonitoramento como ferramenta de acompanhamento não presencial desses usuários.

O telemonitoramento é um recurso tecnológico que promove o acompanhamento não presencial de usuários assistidos por determinada unidade de saúde, por meio da identificação daqueles que podem permanecer nessa monitorização domiciliar e pela avaliação dos aspectos clínicos, riscos e gravidade, a fim de identificar uma necessidade de avaliação presencial ou encaminhamento para outro tipo de serviço de saúde[20].

A USF organizou o fluxo para o telemonitoramento a partir do ADE 1. Aos usuários com SF/SG, era preenchida uma planilha constando informações gerais do indivíduo, data do início dos sintomas, data da finalização do isolamento domiciliar e as datas para realizar o telemonitoramento. Cada planilha era armazenada em uma pasta da respectiva equipe da unidade, com acesso livre para todos os profissionais de saúde da USF.

Para o telemonitoramento, era utilizado um único telefone celular com WhatsApp, pertencente à USF, que era compartilhado entre todos os profissionais das equipes. O contato com o paciente era feito por ligação ou por mensagem de texto, a depender da facilidade do usuário na utilização desse instrumento. No caso de menores de idade e idosos dependentes ou em outras situações necessárias, o contato telefônico era direcionado aos pais, responsáveis ou cuidadores, de modo a garantir a continuidade da assistência.

O monitoramento deveria ser feito a cada 24h para pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48hs para os demais, preferencialmente por telefone até completar os 14 dias de isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas, garantindo a integridade, segurança e sigilo das informações, devendo também ter registro em prontuário eletrônico clínico[9].

A sistemática do monitoramento na USF acontecia de acordo ao Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus na APS – versão 8, do Ministério da Saúde, conforme supracitado. Na identificação da piora do quadro clínico, orientava-se a procura de atendimento presencial em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de referência para covid-19, ou reavaliação na USF. Na melhora clínica do quadro, mantinham-se as orientações de isolamento domiciliar e cuidados domésticos até a alta do usuário.

Rodrigues e Lima[21] descrevem que o telemonitoramento dos usuários com sintomas respiratórios atendidos na unidade possibilitou o acompanhamento dos casos registrados de covid-19 e teve papel importante na identificação de sinais de alerta, no reconhecimento dos potenciais casos que precisariam ser encaminhados para reavaliação ou para uma unidade com maior suporte, e permitiu, ainda, o isolamento social domiciliar dos usuários contaminados, sem a necessidade de retornos à unidade e exposição de outras pessoas[21].

A USF adotou, também, a teleconsulta, a fim de manter a continuidade da assistência aos usuários e evitar aglomerações. As teleconsultas aconteciam por agendamento, com data e horário definidos. Utilizava-se como ferramenta um tablet com conexão à internet e com recurso de áudio e vídeo, para realização de videochamada ou chamada de voz.

No cenário pandêmico, em decorrência do novo coronavírus, o Sistema Único de Saúde (SUS) priorizou consultas remotas com o objetivo de minimizar o risco de infecção de profissionais da saúde e usuários de vários grupos sociais. Esses aparatos foram de extrema importância e garantiram que grande parte da sociedade brasileira tivesse acesso às consultas e informações referentes à pandemia[22].

O fluxo para o agendamento de teleconsulta acontecia da seguinte forma: nas reuniões semanais de equipe, os ACS apresentavam as demandas de atendimento da

comunidade e os casos eram discutidos em equipe, a fim verificar a possibilidade de realização de teleconsulta ou consulta presencial. Para as teleconsultas, era enviado, via WhatsApp, uma mensagem escrita para o usuário informando a data, o horário, a demanda, o profissional responsável pelo atendimento e orientações sobre o funcionamento da teleconsulta.

Na realização da classificação de risco do usuário, quando a demanda não era critério de atendimento médico no dia e não era possível a resolução pelo profissional da escuta inicial, o usuário era encaminhado à recepção para agendamento de teleconsulta.

Outra forma de agendamento era para as teleconsultas de saúde da mulher, para planejamento sexual e reprodutivo e para orientações quanto ao resultado do exame citopatológico do colo do útero.

A modalidade de assistência não presencial se tornou uma ferramenta de apoio significativa para os cidadãos e profissionais da saúde, desempenhando ações de teleatendimento de forma segura e rápida, devido à sua agilidade nos métodos de consultas e o incentivo das prefeituras e estados no desenvolvimento desses programas de saúde no período da pandemia da covid-19[22].

A implantação dessas tecnologias alternativas de cuidado se caracterizou como uma importante estratégia para o enfrentamento à pandemia, visto que possibilitou a continuidade da assistência e acesso ao serviço, reduziu a superlotação da unidade, minimizando a possibilidade de contaminação dos usuários e profissionais de saúde, além de impulsionar a realização de educação em saúde de forma virtual. Essa estratégia permitiu que a restrição do acesso físico à unidade não representasse limitação total do acesso. Entretanto, devido às condições sociais e financeiras da população adscrita, esse método de comunicação e atendimento também não garantiu acesso a todas as pessoas, por causa da falta de dispositivo móvel, instabilidade da internet e ou inabilidade para manusear o aparelho celular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o exposto e a premissa estabelecida, de fato houve mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da família da USF em decorrência da pandemia de covid-19. Portanto, foi necessária a reorganização do processo de trabalho, utilizando-se estratégias para garantir a assistência à saúde da população no contexto pandêmico, o que incluiu a redefinição dos fluxos assistenciais, implantação do acolhimento à demanda espontânea com classificação de risco e uso da tecnologia da informação, com destaque para a teleconsulta e telemonitoramento, a fim de garantir o cuidado continuado à saúde dos usuários.

Logo, as estratégias utilizadas pela USF possibilitaram o acesso da população ao serviço, mesmo diante da restrição de algumas atividades de rotina e das dificuldades de manuseio e acesso à tecnologia de comunicação. No entanto, essas restrições de ações e serviços essenciais da APS descaracterizaram o real papel da USF, com prejuízos no cuidado longitudinal dos usuários e no processo de formação de alunos de graduação e pós-graduação, que têm, nos serviços da APS, cenários importantes de formação profissional para favorecer a integração do ensino, serviço e comunidade, além de contribuir com a qualificação da oferta de serviços e ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Diante do abordado, percebe-se a responsabilidade sanitária da APS sobre o território durante o cenário vivenciado e sua importância no manejo e monitoramento de casos leves, identificação de casos graves e seu encaminhamento oportuno na Rede de Atenção à Saúde, busca ativa dos contatos e promoção de educação em saúde. Ressalta-se, ainda, a importância de fortalecer a APS com investimentos na expansão e qualificação da atenção à saúde, de modo a garantir o cuidado longitudinal, integral e condições adequadas de trabalho para os profissionais de saúde.

No que tange às limitações do estudo, estão relacionadas ao fato deste ser um relato de experiência sobre o processo de trabalho de profissionais de saúde de uma única USF. Assim, investigações futuras com novos delineamentos de pesquisa podem fortalecer e aprimorar o conhecimento acerca do processo de trabalho das equipes de saúde da família no contexto da pandemia de covid-19 em diferentes territórios, bem como as repercussões para a saúde dos usuários e impactos na atuação dos profissionais da APS.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Patricia Nascimento Rotondano e Ângela Cristina Fagundes Góes.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Patricia Nascimento Rotondano e Ângela Cristina Fagundes Góes.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Patricia Nascimento Rotondano.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Patricia Nascimento Rotondano e Ângela Cristina Fagundes Góes.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. [citado em 2020 abr 28]. Disponível em: https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
2. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil confirma primeiro caso do novo coronavírus [Internet]. Brasília (DF): Serviços e Informações do Brasil; 2020. [citado em 2021 dez 1]. Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/02/brasil-confirma-primeiro-caso-do-novo-coronavirus.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 7. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
4. Barbosa SP, Silva AVFG. Prática da Atenção Primária à Saúde no combate da covid-19. APS Rev. 2020;2(1):17-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
6. Malta DC, Merhy EE. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. REME Rev Min Enf. 2003;7(1):61-6.
7. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica nº 09, de 23 de junho de 2020. Orientações para a Reorganização do Processo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID19) no município de Salvador. Salvador (BA): Secretaria Municipal de Saúde de Salvador; 2020.
8. Gleriano JS, Fabro GCR, Leal LA, Tomaz WB, Henriques SH, Chaves LDP. Organização do processo de trabalho para atenção integral: potencialidades e desafios. Rev Enferm Cent-Oeste Min. 2021;11:e4092.
9. Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. Ciênc Saúde Colet. 2020;25(supl2):4185-95.
10. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária no enfrentamento da covid-19. Cad Saúde Pública. 2020;36(6):e00104120.
11. Souza RP. Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea – mudanças na abordagem aos usuários [trabalho de conclusão de curso]. Lagoa Santa: Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.

12. Oliveira LMS, Gomes NP, Oliveira ES, Santos AA, Pedreira LC. Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. Rev Gaúch Enferm. 2021;42(spe):e20200138.
13. Rodrigues GVB, Cortez EA, Almeida YS, Santos ECG. Processo de educação permanente sob a micropolítica do trabalho vivo em ato de Emerson Merhy: reflexão teórica. Res Soc Dev. 2021;10(1):e17610111514.
14. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre (RS): Rede Unida; 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 9/2020-CGSB/Desf/Saps/MS: covid-19 e atendimento odontológico no SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020.
16. Vicente KMS, Silva BM, Barbosa DN, Pinheiro JCP, Leite RB. Diretrizes de biossegurança para o atendimento odontológico durante a pandemia do covid-19: revisão de literatura. Rev Odontol. Araçatuba. 2020;41(3):29-32.
17. Carneiro CDA, Peixoto SS. Impactos da covid-19 nas produções das equipes de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. Res Soc Dev. 2021;10(12):e598101220826.
18. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica – DAS/Saúde Bucal: nº 01, de 26 de junho de 2020. Orientações para o retorno dos atendimentos odontológicos em tempos de pandemia do covid-19. Salvador (BA): Secretaria Municipal de Saúde de Salvador; 2020.
19. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Guia orientador da Atenção Primária à Saúde (APS) de Minas Gerais para enfrentamento da pandemia de covid-19: versão 2. Belo Horizonte (MG): Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2020.
20. Silveira RP, Leal O, Soares PLS, Cruz LF, Modesto IDM, Batista LN, et al. Telemonitoramento da covid-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. APS Rev. 2020;2(2):151-61.
21. Rodrigues GP, Lima RLB. Adaptações em uma unidade básica de saúde durante a pandemia de covid-19: relato de experiência. HRJ. 2021;2(10):140-9.
22. Mélo CB, Farias GD, Ramalho HVB, Santos JMG, Rocha TT, Gonçalvez EJG, et al. Teleconsulta no SUS durante a pandemia da covid-19 no Brasil. Res Soc Dev. 2021;10(8):e54010817675.

Recebido: 24.7.2023. Aprovado: 6.11.2023. Publicado: 31.01.2024