

Uma prática para (re)organização do processo de trabalho em Saúde da Família: o telemonitoramento em saúde no contexto da Covid-19

Gabriel Arruda de Souza Fernandes, Tiago Feitosa de Oliveira, Cinthia Ivo da Silva Dias, Ana Lúcia Andrade da Silva, Rosalie Barreto Belian, Lívia Maria Zacarias Claudino

RESUMO

Um dos recursos utilizados para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 foi o telemonitoramento em saúde. O presente relato de experiência objetiva narrar, de forma crítica e reflexiva, a experiência no processo de (re)estruturação do trabalho na Atenção primária à saúde (APS), mediado pelo telemonitoramento em saúde, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no DS IV da cidade do Recife/PE. Trata-se de um estudo de intervenção, cujos dados foram obtidos por meio de registros e diários de campo, através da implementação do telemonitoramento em saúde no contexto de acompanhamento dos sintomáticos respiratórios no período de abril de 2020 a julho de 2021. Foram realizados 346 telemonitoramentos, nenhum cidadão esperou mais que 72h para ter acesso ao serviço, sem ocorrência de nenhum óbito no período observado. Demonstra-se que o telemonitoramento é um grande aliado na promoção de cuidados e à vida na APS.

Palavras-chave: Telemedicina; Telemonitoramento; COVID-19; Fluxo de trabalho; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

One of the resources used to face the COVID-19 pandemic was health telemonitoring. The present experience report aims to narrate, in a critical and reflective way, the experience in the process of (re)structuring work in Primary Health Care (PHC), mediated by telemonitoring in health, in a Family Health Unit (USF) located in DS IV of the city of Recife/PE. This is an intervention study, whose data were obtained through records and field diaries, through the implementation of telemonitoring in health in the context of monitoring respiratory symptoms from April 2020 to July 2021. A total of 346 patients were performed. telemonitoring, no citizen waited more than 72 hours to access the service, with no death occurring in the observed period. It is demonstrated that telemonitoring is a great ally in promoting care and life in PHC.

Keywords: Telemedicine; Telemonitoring; COVID-19; Workflow; Primary Health Care.

Revista da Rede APS 2022

Publicada em: 23/09/2022

DOI:10.14295/aps.v4i2.223

Gabriel Arruda de Souza Fernandes
(Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil)

Tiago Feitosa de Oliveira
(Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil)

Cinthia Ivo da Silva Dias
(Prefeitura do Recife, Recife, PE, Brasil)

Ana Lúcia Andrade da Silva
(Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil)

Rosalie Barreto Belian
(Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil)

Lívia Maria Zacarias Claudino
(Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil)

Correspondência para:

Gabriel Arruda de Souza Fernandes
gabriel.arruda@ufpe.br

Submissão recebida em 15 de maio de 2022.
Aceito para publicação em 19 de setembro de 2022.
Aprovado pela editoria científica

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou, no dia 30/12/2019, que fora alertada sobre o surgimento de inúmeros casos de pneumonia, de etiologia desconhecida, na cidade de Wuhan, capital da província de Hubei, na China. Os primeiros casos teriam iniciado no período de 19 a 29/12/19 (WHO, 2019).

A OMS (2020) denominou a doença, inicialmente, de 2019-nCoV. Depois, adotou a denominação oficial, da doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, de COVID-19 – COVID que significa *Corona Virus Disease*, e “19” se referia ao ano do surgimento da cepa. Esse fato foi essencial para facilitar o diagnóstico diferencial entre outras infecções respiratórias agudas.

Os números de pessoas infectadas e de óbitos por essa patologia aumentavam de forma exponencial e a disseminação para outros países ocorria de forma rápida e descontrolada. Não havia casos confirmados no Brasil quando o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 188, de 03/02/2020, na qual declara a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). No Art. 2º estabelece o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-nCoV) como mecanismo nacional da gestão coordenada da resposta à emergência no âmbito nacional (BRASIL, 2020).

O primeiro caso da COVID-19 confirmado no Brasil data de 26 de fevereiro de 2020, com ocorrência na cidade de São Paulo (CAETANO, et. al, 2020). Rapidamente o país sucumbiu à uma intensa crise sanitária acirrada por uma crise socioeconômica, na qual já se encontrava imerso, devido a políticas neoliberais, como a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), que impôs de forma radical tetos nos gastos públicos, que incidiram na redução imediata e progressiva no orçamento da saúde (WERNECK; MARILIA, 2020).

Além do contexto de restrição orçamentária imposto pela EC 95, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sofrido com o subfinanciamento,

devido a transição da sua base de custeio para o programa “Previne Brasil”. Estudos de impacto orçamentário apontam redução de recursos em quase todos os municípios brasileiros. Tal contexto fragiliza a proteção do financiamento da APS, fortalecendo o componente privado e acirrando ainda mais as iniquidades sociais nos territórios de cobertura (SETA, et al., 2021).

Mesmo diante de um contexto desfavorável, o Ministério da Saúde (MS), alicerçado nas políticas sanitárias propostas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), publicou, em 13 de fevereiro de 2020, o Plano de Contingência Nacional para a COVID-19 no Brasil (BRASIL, 2020).

No mês seguinte, por meio da Portaria Nº 467 de 23 de março, o MS regulamenta e operacionaliza as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública permitido, em caráter temporário e excepcional, o uso da telemedicina entre profissionais e usuários do sistema público e da rede privada de saúde (BRASIL, 2020).

O uso da telessaúde/telemedicina já era previsto no âmbito do SUS antes do surgimento da pandemia, desde a sua regulamentação pelo Decreto nº 9795, de 17 maio de 2019, que dispõe sobre a telessaúde e que tem como finalidade a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, sobretudo da Atenção Primária à Saúde (APS), e a integração com os demais níveis de atenção, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS (BRASIL, 2019).

Após a notificação dos primeiros casos de COVID-19 na cidade do Recife/PE em 12 de março de 2020, a rede de saúde do município, incluindo APS, precisou se reorganizar. Um dos recursos de acesso aos serviços foi o uso do telemonitoramento em saúde, com vistas a ampliar o acesso das pessoas aos pontos de assistência, através do uso da tecnologia, que permitia o atendimento remoto. A operacionalização de tais mudanças foi oficializada com a publicação das Diretrizes para o Teletendimento APS do Recife (RECIFE, 2020).

No que confere ao recurso do telemonitoramento, este permite ao

profissional de saúde monitorar, na modalidade à distância, parâmetros de saúde ou de doença em indivíduos, por meio das Tecnologias digitais de informação e comunicação (TDICs). O monitoramento inclui desde a coleta de dados clínicos, o processamento, a transmissão e o manejo dos casos de infecção pelo novo coronavírus, por um profissional de saúde capacitado na utilização de sistemas eletrônicos (BRASIL, 2020).

No contexto de enfrentamento à pandemia, a ação de telemonitoramento busca promover a classificação de risco e a gravidade das pessoas acometidas pela COVID-19, direcionando-as, a depender do quadro clínico apresentado, ao isolamento domiciliar ou à uma unidade da saúde de referência, para uma avaliação presencial, em caráter de urgência ou com a possibilidade de agendamento. Evidencia-se na implementação de tais medidas, a importância do caráter coordenador do cuidado (SILVEIRA, *et. al.*, 2020).

Objetiva-se com esse relato narrar de forma crítica e reflexiva a experiência no processo de (re)estruturação do trabalho na APS, mediado pelo telemonitoramento em saúde, em uma Unidade de Saúde da Família (USF) localizada no DS IV da cidade do Recife/PE.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de intervenção desenvolvido por um dos profissionais residentes do programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMPSF) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A metodologia da sistematização de experiência, cujos dados foram obtidos por meio de registros e diários de campo, deu-se a partir da implementação do telemonitoramento em saúde no contexto de acompanhamento dos sintomáticos respiratórios acometidos pela COVID-19.

A APS do Recife é composta por 279 equipes de Saúde da Família (eSF), inseridas em 132 USF, além de 22 Unidades Básicas Tradicionais (UBT) e 53 equipes de Agentes Comunitários de Saúde (eACS), para atender a população de mais de 1.162.000 pessoas (RECIFE, 2020).

Com uma composição territorial diversificada, o Recife está dividido em 94 bairros, aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) e em 08 Distritos Sanitários (DS). A USF de destaque para este estudo está localizada no Distrito Sanitário IV, que apresenta o maior contingente populacional (18,24 %) dentre os demais Distritos. O referido DS encontra-se na zona oeste, englobando 12 bairros, dentre eles o bairro da Iputinga, cenário geográfico de inserção da Unidade foco deste relato (RECIFE, 2020).

A USF conta com 04 eSF, sendo ainda assistida por um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Constitui-se em um dos campos de práticas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), para estudantes de graduação dos cursos da área de saúde, bem como, alunos dos programas de residências, dentre esses a RMPSF do Centro de Ciências da Saúde/UFPE.

As atividades detalhadas neste relato as readaptações do processo de trabalho no âmbito da USF, frente aos desafios impostos pela pandemia da COVID-19 e a necessidade da incorporação das TDICs ao processo de cuidar. Tais modificações foram planejadas e implementadas pelas equipes das unidades em parceria com a RMPSF.

O relato refere-se ao desenvolvimento de atividades entre os meses de abril 2020 a julho de 2021, onde por solicitação da Secretaria de Saúde da cidade do Recife, o telemonitoramento em saúde passou a ser obrigatório para todos os cidadãos com suspeita ou com diagnóstico confirmado de COVID-19.

As ações desenvolvidas, bem como as impressões acerca do processo de trabalho foram organizadas em três passos metodológicos: planejamento, implementação e avaliação. Tais passos foram aplicados na (re)estruturação do processo de trabalho e como distinção teórico-metodológica para o relato dessa experiência.

As informações aqui descritas estão relacionadas às implicações dos autores na observação e condução das atividades, portanto

esse relato se insere nas condições previstas pela Resolução 510/2016, como aquela que objetiva a o aprofundamento de situações que emergem espontânea e contingencialmente na prática profissional, portanto, não houve necessidade de registro ou avaliação por um comitê de ética em pesquisa (BRASIL, 2020).

A EXPERIÊNCIA

Por orientação do MS, todo cidadão com suspeita ou confirmação diagnóstica de COVID-19, atendido em alguma unidade de saúde física do município ou que tenha solicitado orientações por plataformas digitais, disponibilizadas por qualquer esfera de governo, para realização de teleorientações, necessitava de acompanhamento até o 10º dia de início dos sintomas ou até resolução do quadro (BRASIL, 2021).

A Secretaria de Saúde do Recife encaminhou em abril de 2020 orientações referentes à implementação do referido processo para o acompanhamento dos sintomáticos respiratórios. A estratégia prioritária de acompanhamento adotada seria o telemonitoramento em saúde.

Ao defrontar-se com a implantação das TDICs no processo do telemonitoramento, a equipe de saúde apresenta grandes entraves e medos com relação à condução das ações. O uso dessas tecnologias em saúde é algo novo e pouco

difundido, sobretudo no contexto da APS. Aplicá-las em um momento de inúmeras vulnerabilidades, quanto ao contexto de uma pandemia é necessário e desafiador.

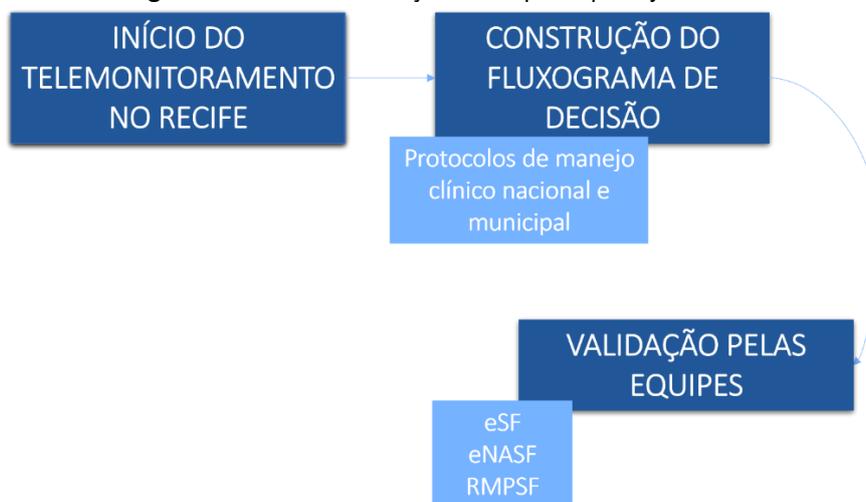
A inserção das novas tecnologias de cuidado só é possível através da reorientação da formação em saúde, através do processo de inserção desses conteúdos na formação profissional no âmbito da academia, bem como nos processos de educação permanente com as equipes inseridas diretamente nos serviços. Esta deve ser focada na quebra das práticas tradicionalmente fragmentadas, que vislumbre práticas interprofissionais e o uso da tecnologia na promoção da saúde e no território.

Os processos a serem descritos, divididos nas etapas de planejamento, implementação e avaliação, ocorreram de forma articulada entre a RMPSF e os profissionais das eSF da USF, inserida no mesmo contexto. Tanto a coordenação quanto a execução das ações ocorreram de maneira integrada entre os atores, promovendo espaços de aprendizado e prestação de serviços de saúde à população.

Planejamento

Após o recebimento do comunicado para início do telemonitoramento, foi iniciado o planejamento das modificações a serem realizadas no processo de trabalho da unidade.

Figura 1. Fluxo de construção da etapa de planejamento

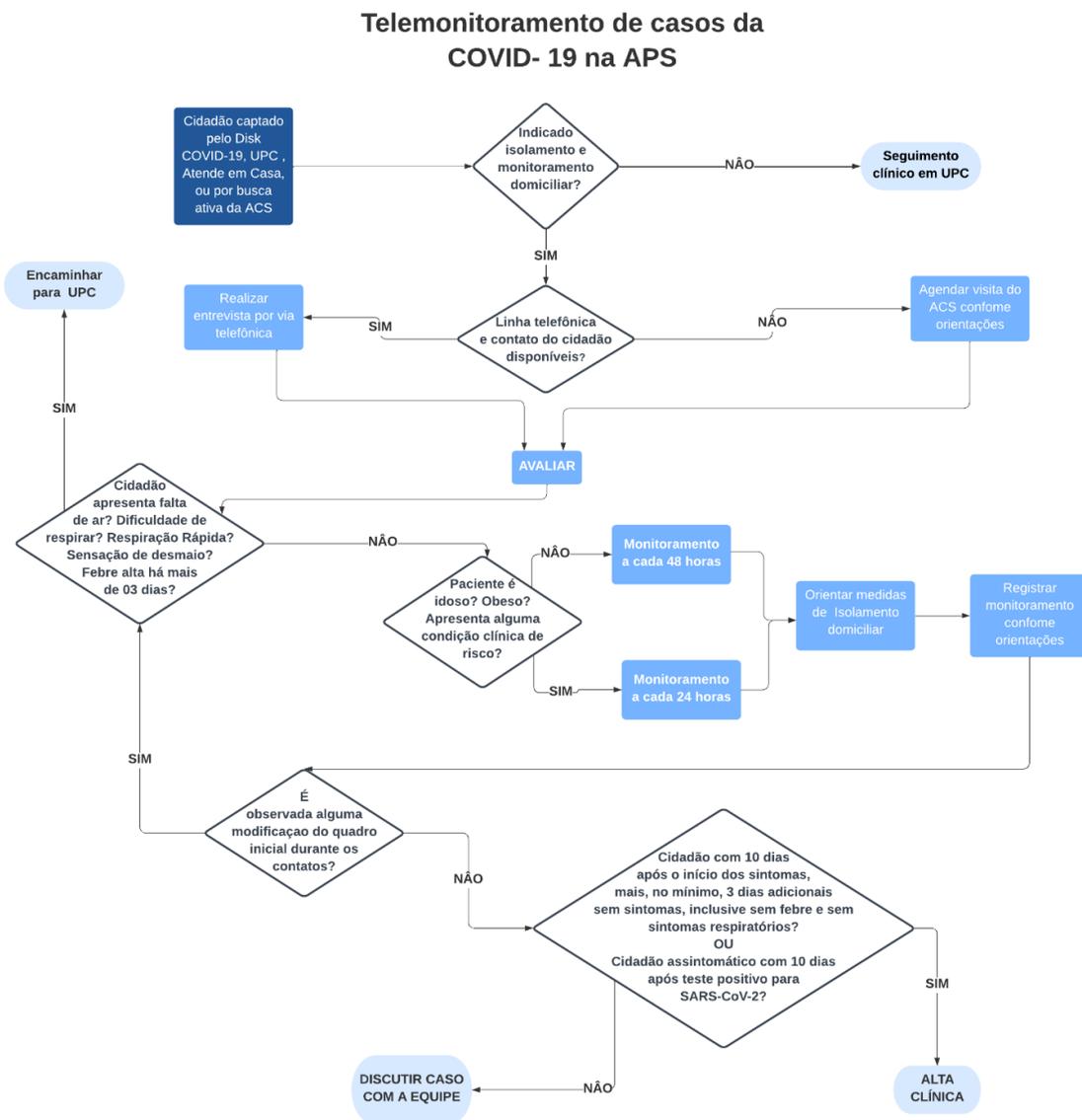


Fonte: elaborado pelos autores.

O ponto de partida foi a construção de um fluxograma de telemonitoramento, elaborado pela equipe de enfermagem da USF. A escolha do fluxograma ocorreu pelo fato de ser capaz de operacionalizar o desenvolvimento do processo de trabalho desenvolvido na unidade e evidenciar a lógica presente, bem como as bases teóricas que predominam na prática das

equipes. Portanto, capaz de proporcionar aos profissionais uma visualização mais efetiva da forma como devem desenvolver práticas, e possibilitar remodelá-las conforme as necessidades do território (BARBOSA; FRACOLLI, 2005).

Figura 2 - Fluxograma de decisão para o telemonitoramento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 na APS.



Fontes: Protocolo de Manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na atenção primária à Saúde, Brasília-DF, Versão 9, Março de 2020.
 Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na atenção primária à saúde, Secretaria de Saúde do Recife, Versão 5, 13 de março de 2021

Atualizado em 24 de março de 2021

Fonte: elaborado pelos autores.

O fluxo para o processo de telemonitoramento foi construído pela RMPSF, com base no Protocolo de Manejo clínico da COVID-19 na atenção primária à saúde do MS e da Atualização do Protocolo de Assistência e Manejo Clínico na atenção primária à saúde do Recife (RECIFE, 2021).

Nesse instrumento, estavam previstos os passos básicos para condução de um caso suspeito ou confirmado de COVID-19, incluindo as orientações para o adequado isolamento domiciliar, bem como os sinais de alerta que levam o profissional a encaminhar o cidadão monitorado pela USF para uma avaliação em um ponto físico da rede de atenção à saúde.

Além da organização do fluxo do monitoramento, o instrumento construído levou em conta os recursos físicos a serem utilizados no processo. Visto que há a necessidade do contato telefônico, feito pela linha da unidade ou do próprio profissional que deseje disponibilizar, e o uso de computadores

e pontos de acesso à internet, para o registro do contato no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e alimentação das planilhas que seriam enviadas pelo DS IV com os sintomáticos a serem monitorados.

O fluxo previa a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na busca ativa dos cidadãos em que o contato telefônico não fosse possível, através do recurso da visita peridomiciliar, regulamentada pelo MS e pela secretaria municipal, para o atual contexto.

Após a construção desta tecnologia, houve a validação pela equipe que realizaria o telemonitoramento, em reunião virtual, que agregou os profissionais de nível superior das eSF da unidade, da equipe NASF e da RMPSF.

Implementação

Após conhecimento e validação do fluxo assistencial para o telemonitoramento, ocorreu o momento de iniciar os primeiros contatos com os cidadãos acometidos pela COVID-19.

Figura 3. Fluxo de construção da etapa de implementação.



Fonte: elaborado pelos autores.

O DS IV encarregou-se de, diariamente, alimentar uma planilha virtual com todos os sintomáticos adscritos pela unidade, que fossem localizados através de acesso ao aplicativo disponibilizado pelo governo do estado e pela gestão municipal para teleorientações, bem como daqueles que buscassem atendimento em uma unidade física responsável pelos cuidados.

Após conhecimento de quais pessoas necessitavam do telemonitoramento, através da planilha, para cada profissional da unidade participante do processo, foi designado certo

número de pessoas, conforme a quantidade de inserções diárias de sintomáticos.

O monitoramento foi realizado por via telefônica, através de ligação tradicional de voz, de acordo com a periodicidade preconizada pelos protocolos de assistência. As informações colhidas, bem como as orientações ofertadas no momento do contato, deveriam ser compartilhadas com um dos profissionais da RMPSF, que seria o responsável por alimentar uma planilha do DS. O registro de tais informações constava ainda no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) de cada pessoa

monitorada, conforme a padronização de registro descrita no fluxograma, baseada nas orientações dos órgãos de saúde competentes.

Para além dos indicadores clínicos, a inserção do NASF no monitoramento permitiu a expansão das informações analisadas. Foram inseridas questões relativas ao enfrentamento psicológico e social da COVID-19, sendo estas igualmente consideradas na condução e no encaminhamento dos casos, conforme a necessidade, ficando mais tarde conhecido como “Teleacolhimento”.

Limitações quanto ao uso das ferramentas do telemonitoramento foram observadas. Cidadãos sem domínio de ferramentas tecnológicas ou analfabetos, por exemplo, dificilmente conseguiram acessar as plataformas de atendimento virtual, tendo que se deslocar presencialmente em busca de atendimento. Para transpor essa dificuldade, foi operacionalizado um serviço de atendimento por aplicativo de mensagens, que facilitou o acesso, além de possibilitar envio de mensagens por áudio.

Tal processo não foi de fácil adesão, visto que o telemonitoramento não fazia parte do cotidiano das equipes e muitos profissionais não estavam familiarizados com o uso dessas tecnologias. Foi necessário um processo avaliativo, para formação contínua e reordenamento do fluxo, à medida que era implementado.

Avaliação

O processo avaliativo do telemonitoramento deu-se concomitante à implementação. Lançando mão de um grupo em um aplicativo de mensagens e de reuniões virtuais semanais, a equipe compartilhava como estavam sendo seus contatos, no que tange às orientações, às dúvidas e as dificuldades apresentadas durante os monitoramentos, inclusive com o uso das chamadas de voz e registros no PEC, além das experiências exitosas observadas durante o processo.

As discussões foram bastante fecundas, levando a uma inserção de toda a equipe de trabalho do telemonitoramento nesses espaços. As dúvidas compartilhadas com o coletivo trouxeram à tona

falhas que puderam ser rapidamente corrigidas, da mesma forma que evidenciaram boas práticas a serem replicadas.

Foram realizados 346 telemonitoramentos e nenhum cidadão esperou mais de 72 horas para ter seu monitoramento iniciado pela equipe. Os contatos foram acompanhados até o desaparecimento dos sintomas (caracterizando a alta do monitoramento) ou até o encaminhamento para uma avaliação complementar, conforme a necessidade do caso. Nenhum dos cidadãos monitorados durante o período observado evoluiu para óbito por COVID-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência descrita, é possível afirmar a importância da modificação ordenada do processo de trabalho na APS. A implementação dessa modificação na USF, deu-se de forma bastante exitosa. O uso das TDICs e da telessaúde, no contexto do trabalho em saúde na atenção primária, mesmo não sendo tão difundido entre as equipes das USF, demonstrou-se como um forte aliado no estabelecimento do cuidado, na promoção à vida e no enfrentamento efetivo à pandemia da COVID-19.

A inserção de toda a equipe na implementação do telemonitoramento foi crucial para o sucesso. Aliado a isso, destaca-se a importância da participação dos profissionais da residência na condução das modificações no processo de trabalho. A inserção da academia na APS, em tempos de pandemia, tem sido muito importante para repensar estratégias efetivas de promoção à vida.

As estratégias adotadas possibilitaram um acolhimento efetivo dos cidadãos que precisaram do serviço de telemonitoramento. A integralidade do cuidado foi possível graças ao acompanhamento multiprofissional de todo o processo de trabalho, bem como o respeito às dificuldades de acesso, superado com o processo de adaptação das TDICs para os diferentes contextos dos cidadãos encontrados no território.

O processo de trabalho necessita ser (re)pensado e (re)estruturado, conforme os novos conhecimentos que são produzidos e as novas orientações absorvidas. Mesmo diante de um cenário tão adverso, a APS mostra sua importância como ordenadora de rede e coordenadora do cuidado, valendo-se de estratégias inovadoras, como é o caso do telemonitoramento, reinventando-se todos os dias e inovando no fortalecimento do SUS.

O desenvolvimento de estratégias de educação permanente para as eSF, com a temática da telessaúde, precisa ser pautado cada vez mais. Não é possível pensar a expansão dessas práticas e tecnologias na APS, sem pautar dentro das equipes um processo contínuo de aprendizagem e especialização dessas, para garantir o uso adequados dessas novas ferramentas de cuidado.

A partir da experiência aqui descrita, recomenda-se o processo de expansão das estratégias de telessaúde no âmbito da APS. Não só o telemonitoramento precisa ser mantido, enquanto tecnologia de cuidado, mas outras formas de promover saúde à distância, através da TDICs, precisam ser implementadas no âmbito das USF, além da necessidade de se pautar a expansão de estudos, voltados ao desenvolvimento de estratégias de telessaúde na APS, bem como de verificação dos impactos dessas na qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, T.A.V.; FRACOLLI, L.A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, pág.: 1036-1044, 2005.

BRASIL. **Portaria número 467**. Brasília, Diário Oficial da União, Edição: 56-B, Seção: 1 – Extra, Página: 1, 2020.

BRASIL. **Decreto número 9.795**. Brasília, Presidência da República, Secretária-geral Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2019.

BRASIL. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**, Brasília, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, 2021.

BRASIL. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. **Resolução número 510**. Brasília, Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 2020.

CAETANO, R, et.al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, 2020.

OPAS. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-desau-de-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812. Acesso em 30 de janeiro de 2020.

RECIFE. **Diretrizes para o Teleatendimento na APS Recife. Recife, Secretaria Municipal de Saúde do Recife / Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital**, 2021.

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde do Recife 2018-202**. Recife, Secretaria de Saúde do Recife, 2018.

SETA, M.H.F; et. al. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, suppl 2, pág. 3781-3786, 2021.

SILVEIRA, R.R., et.al. Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. **APS em Revista**. Belo horizonte, v. 2, n. 2, pág.: 151-161, 2020.

WERNECK, A.L.; MARILIA, S.C. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, 2020.