



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Jana Lopes Gomes

Readequando espaço e fluxograma de atendimento na
Atenção Primária à Saúde devido à Covid-19: um relato
de experiência da Unidade de Saúde de Vila Rica,
Aracruz - ES

Florianópolis, Março de 2023

Jana Lopes Gomes

Readequando espaço e fluxograma de atendimento na Atenção Primária à Saúde devido à Covid-19: um relato de experiência da Unidade de Saúde de Vila Rica, Aracruz - ES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Mônica Machado Cunha e Mello
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Jana Lopes Gomes

Readequando espaço e fluxograma de atendimento na Atenção Primária à Saúde devido à Covid-19: um relato de experiência da Unidade de Saúde de Vila Rica, Aracruz - ES

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Mônica Machado Cunha e Mello
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China, ocorreu um surto de pneumonia cujo agente etiológico era desconhecido. Posteriormente foi identificado como um novo tipo de coronavírus, sendo batizado de SARS-COV-2 e a doença passou a ser chamada de covid-19. Seguindo um fluxo descentralizado e capilarizado de atendimento, a porta de entrada para a maioria dos pacientes seria a Unidade Básica de Saúde. **Objetivos:** Reestruturação dos atendimentos nessas unidades, para que se evite o contágio entre as pessoas que serão atendidas. Assim, o objetivo desse trabalho é apresentar um plano de reorganização da unidade Vila Rica de acordo com as recomendações da Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz para controle da transmissão da Covid-19. **Metodologia:** Para isso, o projeto foi implementado em três etapas: uma no início da pandemia, em que o atendimento era livre demanda para sintomáticos respiratórios e suspenso para a maioria dos não respiratórios; outra, de transição, em que atendemos os dois públicos em regime de livre demanda enquanto informamos o retorno do agendamento; e a última em que mantemos a livre demanda aos sintomáticos respiratórios e iniciamos a triagem dos não respiratórios para duas categorias: consulta no dia ou agendamento de consulta. **Resultados Esperados:** A readequação de espaço da unidade foi realizada com a criação de duas recepções, duas salas de espera sem comunicação entre si; a triagem no acolhimento resulta em três destinos possíveis ao paciente: consulta resolvida pela enfermagem; agendamento de consulta; consulta imediata com o médico. A triagem é realizada da mesma maneira em ambas recepções. É obrigatório o uso de máscaras por todos e limpeza das mãos com álcool em gel logo na entrada da unidade. Um sistema de agendamento por horário será implementando quando passada a pandemia.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Epidemias, Estratégia Saúde da Família, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivo Específico	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

No início deste trabalho eu estava alocada na Unidade de Saúde de Jequitibá, em Aracruz, Espírito Santo, porém, há mais de um mês essa unidade foi fechada pela vigilância sanitária por se tratar de local inapropriado a atendimentos durante a pandemia do novo coronavírus. Fui transferida para a Unidade Básica de Saúde de Vila Rica e as duas equipes da antiga Jequitibá foram absorvidas por outras duas unidades adjacentes. Atualmente e, por tempo ainda indeterminado, eu e meus colegas do município, e acredito que do Brasil, estamos trabalhando em regime de livre demanda, interrompendo portanto os programas de atendimento de grupos, palestras, reuniões, além de restringir as consultas eletivas àquelas que são essenciais, como trocas de receitas vencidas. Apesar dos infortúnios, meu trabalho refere-se à antiga Jequitibá, minha unidade por mais de dois anos.

Jequitibá era uma unidade pequena, localizada em uma casa alugada de dois andares, sem acessibilidade e com alguns cômodos sem ventilação, improvisados com divisórias. Devido às escadarias, a parte superior foi interditada há mais de um ano aos atendimentos à população, ficando apenas como local de funcionamento de nossa cozinha e sala de reuniões de equipe. Quando essa intervenção foi feita pela prefeitura, tivemos que dividir alguns serviços para outra casa, que anteriormente funcionava o atendimento odontológico e que se localizava a mais ou menos 800 metros. Sendo assim, os atendimentos odontológicos, psicológicos, nutricionais, pediátricos e sala de curativos ficavam em uma casa e o restante na casa sede da unidade. Com essa divisão, senti que a equipe de profissionais se distanciou um pouco, mas mesmo assim, tentamos vencer as barreiras para colocar nosso trabalho em prática e oferecer o melhor que podíamos com o que tínhamos no momento. A Unidade contava com duas equipes, porém apenas um médico e uma enfermeira. Houveram curtos períodos de tempo em que tivemos dois médicos e dois enfermeiros, mas o município estava com dificuldades em manter profissionais nas unidades.

Assim como a maioria dos dados epidemiológicos no Brasil carece de completude e alguns de veracidade, os da minha unidade também, infelizmente, seguem o mesmo caminho. Meus cálculos são baseados no que outros profissionais coletaram e assumiram como condizentes com a realidade local. Na minha comunidade, em junho de 2019, a população total era de 6.462 pessoas. O registro que se refere a distribuição por faixa etária desta população está incompleta. O coeficiente de natalidade do mês de junho foi de 1,2 nascidos vivos por mil habitantes na minha comunidade. O coeficiente de mortalidade de junho foi de 0,4 óbitos por mil habitantes ou 4 óbitos a cada 10 mil habitantes também referente a minha área de abrangência. Não houve óbito materno em junho, bem como não houve óbito em crianças na minha comunidade. Porém, o coeficiente de mortalidade infantil do município de Aracruz é 17,63 óbitos por mil nascidos vivos em 2017 (SIM, 2020). Com relação as doenças crônicas, em junho contabilizamos 700 hipertensos e 272

diabéticos, o que dá uma prevalência de 10,8 casos a cada 100 pacientes e 4,2 casos a cada 100 pacientes respectivamente. Sei que tenho 344 crianças menores de 5 anos com cartão de vacina em dia em junho, pois as agentes comunitárias de saúde (ACS) anotaram este dado a pedido da enfermeira da unidade. A proporção de nascidos vivos com baixo peso, o mais recente que encontrei em relação ao município de Aracruz foi de 2017, foi de 98 recém nascidos, o que dá uma proporção de aproximadamente 7% dos nascimentos. Em junho, o número de gestantes foi de 48. Todas fizeram pré natal (as ACS não relataram gestante não acompanhada). Algumas fizeram o pré natal no setor de alto risco, outras com médicos particulares e a maioria comigo e com a enfermeira da unidade.

Na área abrangida pela unidade de Jequitibá a maioria da população é carente, existindo áreas sem saneamento básico, áreas rurais carentes e urbanas nas mesmas condições precárias. Contrastando, ela também apresenta áreas com condições adequadas, como um condomínio de classe média, algumas moradias bem construídas e saneamento adequado, com ruas pavimentadas. A comunidade enfrenta muitos problemas: tráfico de drogas, violência, alcoolismo, gravidez na adolescência, abuso de psicotrópicos, desemprego, alto índice de problemas psicológicos, entre outros.

As queixas mais frequentes no consultórios eram relacionadas a doenças crônicas, como: queixas por doenças cardiovasculares e suas consequências; diabetes e suas consequências; doenças osteoarticulares degenerativas e dores crônicas; mas também queixas comuns como cefaléia, dismenorréia, doenças febris agudas; também consultas para renovação de receitas de medicações de uso contínuo e ainda as consultas por patologias psicológicas, que eram muito frequentes. Em crianças as doenças febris, as infecções respiratórias, as doenças dermatológicas infecciosas, carências de vitaminas e verminoses eram as mais frequentes. Além das queixas referidas pelos pacientes havia as queixas não ditas porém observadas como: as condições precárias de vida gerando estressores sociais, levando a várias patologias psicossomáticas; o cuidado inadequado com os idosos da família; a gravidez na adolescência; o uso de drogas lícitas e ilícitas e o alto índice de uso de medicamentos psicotrópicos.

Apesar de nossas dificuldades de estrutura e de escassez de mão de obra, conseguíamos fazer um bom trabalho na região. Nós fazíamos grupos de hipertensos e diabéticos semanalmente em duas regiões distintas da comunidade, para atender às duas equipes. Sempre conseguíamos uma boa quantidade de pacientes nesses encontros e durante eles, verificávamos a pressão arterial, a glicemia capilar, fazíamos palestras e trocávamos receitas vencidas das medicações de uso contínuo. Também fazíamos em algumas datas um café da manhã com todos eles.

Semanalmente, também fazíamos visitas domiciliares àqueles acamados ou com dificuldade de ir a unidade por algum motivo. Nem sempre tínhamos locomoção para ir às microáreas e como algumas casas eram muito distantes, tanto eu quanto a enfermeira usávamos carro próprio para tal. Fazíamos reuniões de equipe, em que discutíamos nossas

ações, seus impactos, os problemas encontrados pelas agentes de saúde nas microáreas e traçávamos planos para enfrentar esses problemas. O serviço era grande, mas a recompensa também: ver um paciente sair satisfeito da unidade é muito bom; ter a oportunidade de fornecer algo mais do que uma receita é gratificante. Há pacientes que estão ali mais para serem acolhidos do que receber uma receita. Claro que tratar sua patologia é importante, mas olhá-lo como pessoa também o é igualmente.

Apesar de perceber essa importância e procurar seguir esse princípio, muitas vezes esbarrava numa certa dificuldade que se chama tempo. É difícil fornecer um serviço com a qualidade que se deseja se não há o tempo que se deseja para oferecer o serviço. A demanda era alta, mas eu procurava gerenciar o tempo que tinha para cada paciente de acordo com o que ele requeria de mim: a quem mais necessitava, mais tempo; a quem não tanto, menos tempo. Tarefa difícil... Entretanto, a maior dificuldade não era a estrutura precária da unidade e nem a falta de funcionários, mas sim o que vinha depois. Era justamente o que vinha depois do atendimento que mais gerava insatisfação aos pacientes. Exemplos: encaminhamentos aos especialistas que demoravam meses e alguns mais de um ano; exames de laboratório que demoravam meses; exames especializados espera de meses a um ano e cirurgias espera de meses a anos.

Os pacientes, não raro, reclamam com quem está em contato mais próximo: as agentes de saúde. Muitos acham que elas tem o poder de fazer ou não um determinado procedimento acontecer e as culpam se há demora em suas solicitações. Claro, tentamos fazer um trabalho de conscientização com os pacientes e com as agentes...mas é difícil. A população já vive em condições precárias e não vê um fim aos seus problemas sociais e familiares e também não consegue prosseguir em busca de sua cura. Difícil... Pelo que tenho estudado do SUS, é um sistema muito bom, porém, frequentemente, dirigido por algumas pessoas que não têm uma visão ampla do conceito de saúde como um bem-estar físico social e mental.

Procuro tratar as pessoas com carinho, mas meu carinho não retira uma vesícula com cálculos; meu carinho não faz uma colonoscopia para avaliar um paciente com presença de sangue oculto nas fezes e anemia. São tantos casos...tantos nomes, tantos rostos que estão pedindo ajuda. Acho que um dos meus grandes desafios é lidar com a angústia da impotência. Há muitas coisas que não dependem de mim ou de quem está ali na unidade nessa batalha pela boa saúde. Me sinto as vezes um peão neste jogo de xadrez. Mas vou seguindo: o que posso, faço, e o que não posso fazer, consolo até que possa ser feito. Esperar é o que resta a muitos pacientes. Eu também espero. Espero que as pessoas se importem mais umas com as outras. Espero que os governantes se importem com quem os colocou lá. Mas, sabe.. eu espero, porém não creio que verei isso acontecer aqui no Brasil. Se alguém tivesse o interesse e me perguntasse qual seria a solução para esse problema eu diria: educação e tempo, muito tempo...para ir substituindo essas gerações que aqui estão e trocando por gerações de pessoas criadas com uma educação diferente, voltada ao

social, ao seu bem estar, ao bem estar do próximo, ao bem estar do ambiente, dos animais que nos cercam e que nos servem de alimento; uma educação voltada a honestidade, ao respeito ao outro. Utópico? Quem sabe, mas as grandes caminhadas se iniciam com um primeiro passo.

Diante de tantos problemas enfrentados pela nossa área, a escolha de um deles para fazer uma abordagem é difícil, então, procurei escolher um que pudesse ser trabalhado quase que exclusivamente por nós da unidade e que quando dependêssemos de outros profissionais ou serviços, que eles fossem acessíveis, para não comprometer o fluxo do nosso planejamento. Assim, este trabalho se trata sobre uma melhor organização dos atendimentos na unidade, trazendo maior conforto aos pacientes.

Esse projeto é um projeto que pode ser realizado pois não depende de muitos recursos financeiros externos, em que pese realmente precisarmos de um médico e um enfermeiro a mais para completarmos as duas equipes da Unidade. É mais focado em fazer a informação internalizar nos pacientes, funcionários da unidade, da secretaria de saúde e em verificar se realmente os efeitos vão ser considerados positivos pela população atendida. É um projeto oportuno nesse momento porque estamos vivendo uma pandemia de um novo coronavírus e precisamos de um modo de atendimento para evitar as aglomerações. No momento, estamos em modo livre demanda, mas as consultas eletivas se acumulam e em algum momento teremos que dar vazão a estas solicitações. A população aguarda em casa a hora de ser atendida e este momento deve chegar com segurança para ela.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Apresentar um plano de reorganização da unidade Vila Rica de acordo com as recomendações da Secretaria Municipal de Saúde de Aracruz para controle da transmissão da Covid-19

2.2 Objetivo Específico

- Reorganizar o espaço físico para atendimentos eletivos e para pacientes sintomáticos respiratórios.
- Estabelecer um fluxograma para marcação da agenda de atendimentos eletivos.
- Realizar um plano de transição de demanda espontânea e agendada a ser realizado com a equipe e os pacientes.

3 Revisão da Literatura

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, China, ocorreu um surto de pneumonia cujo agente etiológico era desconhecido. Posteriormente foi identificado como um novo tipo de coronavírus, sendo batizado de SARS-COV-2 e a doença passou a ser chamada de covid-19. É um vírus zoonótico, provavelmente uma mutação de betacoronavirus de morcegos ou de pangolins, sendo transmitido a humanos através dos hábitos alimentares típicos da região. De Wuhan, a doença se espalhou e tomou dimensões globais rapidamente até ser considerada pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020. A propagação do vírus se dá através de gotículas e de aerossóis, bem como do contato das mãos contaminadas com o vírus nas mucosas. A doença tem um espectro clínico amplo, variando de sintomas de um resfriado comum, como coriza e espirros, passando por sintomas de gripe, como febre, tosse, coriza, cefaléia, podendo ter perda de olfato e paladar, até sintomas mais graves como a Síndrome Respiratória Aguda Grave, que pode levar ao óbito. Em contrapartida também há casos assintomáticos (FARIAS et al., 2020).

O vírus tem alta transmissibilidade e a letalidade varia de acordo com a presença de comorbidades clínicas, idade, acesso a atendimento de saúde de qualidade (recursos humanos preparados e recursos materiais suficientes). Por ter alta transmissibilidade, várias pessoas se infectam ao mesmo tempo e os serviços de saúde se sobrecarregam, sendo necessária a abertura de hospitais de campanha para auxiliar nos atendimentos. Isso gera um caos nos serviços de saúde levando-os ao colapso, que seria definido por falta de leitos ou materiais hospitalares ou recursos humanos e excedente de pacientes que necessitam desses recursos. Para não se chegar a essa situação de colapso ou pelo menos mitigá-la, foi instituído o isolamento social, como forma de diminuir o número de pessoas que se infectam por vez e que necessitariam de atendimento. Seria como se estivéssemos parcelando o número de doentes para que o serviço de saúde existente dê conta (FARIAS et al., 2020).

Ainda não se tem um tratamento específico para a covid-19, embora vários estudos tenham sido desenvolvidos e vários ainda estejam em curso. Também ainda não há vacina disponível para a população, embora haja várias em pesquisa, algumas até na fase de teste em humanos, como a vacina criada na Universidade de Oxford, na Inglaterra, que será testada em 50 mil pessoas no mundo, sendo 5 mil no Brasil. Os resultados são esperados para outubro (SPONCHIATO, 2020)

Até 19 de junho são 8.569.962 pessoas que foram confirmadas com o novo coronavírus e 457.388 óbitos pela doença (UNIVERSITY; JHU, 2020). No Brasil são, até o dia de 19 de junho, 1.009.099 casos confirmados da doença e 48.422 óbitos pela doença (ADORNO, 2020). Aqui no Espírito Santo já confirmamos 33.232 casos de covid-19 e 1267 óbitos até

o dia 19 de junho de 2020, sendo 430 casos de covid em Aracruz e 23 óbitos (SESA, 2020)

Seguindo um fluxo descentralizado e capilarizado de atendimento, a porta de entrada para a maioria dos pacientes seria a Unidade Básica de Saúde (UBS). De suma importância se torna, então, a reestruturação dos atendimentos nessas unidades, para que se evite o contágio entre as pessoas que serão atendidas. Não resta dúvidas que não só na Atenção Primária, mas também na Secundária e Terciária, medidas devem ser implementadas com essa finalidade. O escopo deste projeto é a Atenção Primária e as demais não serão abordadas.

O Ministério da Saúde, visando orientar esse processo de mudança nos atendimentos, criou o "Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde", publicado em sua 9ª versão em maio de 2020. Nesse protocolo estão orientações de como o fluxo de pacientes respiratórios deve ser, desde a sua entrada na Unidade até sua saída, seja para seu domicílio ou para outra estrutura de saúde. Através de um fluxograma orienta a identificação de pacientes sintomáticos respiratórios e dentre esses, os de prioridade, que são os pacientes com comorbidades crônicas, os maiores de 60 anos, os imunossuprimidos, dentre outros listados (MS, 2020). O fluxograma segue como descrito:

A partir do momento que se identifica que o paciente é um sintomático respiratório:

- 1) Colocar máscara cirúrgica nele e o direciona a uma sala de atendimento específica ou a um local de espera apropriado para o isolamento respiratório.;
- 2) Higienizar as mãos do paciente;
- 3) Certificar que o consultório de atendimento esteja com as janelas abertas, a porta fechada e o ar condicionado desligado;
- 4) Proceder então à consulta médica e este paciente será estratificado em caso leve ou grave, de acordo com seus sintomas, seu exame físico, presença ou não de agravantes;
- 5) Sendo considerado um caso leve, o paciente será tratado como um paciente sintomático e medidas de isolamento domiciliar serão fornecidas;
- 6) Informar sobre sinais de piora e demandas individualizadas (MS, 2020).

Dentre as orientações mais gerais temos que:

- 1) a coleta de exame específico para covid-19 depende da nota técnica vigente no Estado. Atualmente a nota técnica vigente que define casos operacionais e critérios de coleta, no Espírito Santo, é a número 29/2020, atualizada dia 01 de maio de 2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020b). O acompanhamento do paciente, visando manter um isolamento eficaz pode ser feito por teleatendimento, medida autorizada pela portaria N° 467 de 20 de março de 2020 em caráter temporário em decorrência da pandemia (BRASIL, 2020b);
- 2) Caso o paciente refira piora durante a consulta de teleatendimento, este deverá ser examinado presencialmente ou em seu domicílio ou na Unidade de Saúde;
- 3) Para os contatos domiciliados assintomáticos do paciente deve-se fornecer atestado médico para isolamento de 14 dias contando do início dos sintomas do paciente atendido

e se desenvolver sintomas, seu atestado deverá contar a partir do dia de seu primeiro sintoma (BRASIL, 2020a);

4) Caso o paciente seja considerado um caso grave, deve-se entrar em contato com o serviço secundário de saúde para referência desse paciente e enquanto aguarda sua remoção, medidas de suporte clínico devem ser tomadas, se necessário (MS, 2020).

Em adição às orientações do Ministério da Saúde, estados, municípios e conselhos de especialidades se uniram em prol de minimizar os efeitos da pandemia. No estado do Espírito Santo, o Conselho Regional de Medicina publicou um ofício dia 18 de março de 2020, que diz:

Diante de tal situação e para evitar o contágio e propagação do Coronavírus são necessárias medidas preventivas objetivando a preservação da saúde dos médicos, das equipes de saúde e da população. Assim, recomendamos que os serviços públicos e privados de Saúde devem suspender temporariamente os atendimentos ambulatoriais e a realização de procedimentos eletivos (como exames complementares e procedimentos cirúrgicos) de pacientes com doença benigna, a fim de evitar que pessoas saudáveis frequentem a Unidade de Saúde e possam vir a se contaminar, com exceção àqueles pacientes cuja suspensão possa gerar risco a curto prazo para a saúde do paciente, como: câncer, radioterapia, quimioterapia, imunoterapia, cirurgias de urgências, obstetrícia, além da continuidade do fornecimento das receitas de uso contínuo ou controlados, entre outros (ESPÍRITO SANTO, 2020a, p. 2).

Como porta de entrada da maioria dos paciente, sintomáticos respiratórios ou não, a Atenção Primária deve estar preparada para recebê-los da forma adequada. Sendo assim, é de fundamental importância o acolhimento. O ato de acolher tem vários significados: hospedar, dar crédito, acatar, atender, escutar, dentre outros (MICHAELIS, 2020). De acordo com o Ministério da Saúde, acolhimento é:

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (MS, 2015).

Porém, mais importante do que saber seu significado é saber como está sendo feito esse acolhimento, pois em muitos casos, manejar as necessidades e possibilidade da Unidade de Saúde e a demanda do usuário pode resultar numa experiência inesperada e muitas vezes não tão positivas. Na Atenção Básica, o acolhimento se dá através da relação entre o funcionário da unidade de saúde e o usuário. Se não há um bom entendimento e treinamento do funcionário, o acolhimento não ser efetivo como propõe o Ministério da Saúde, podendo até trazer transtornos. Cada usuário que chega a Unidade, deve ser acolhido para

que possamos saber sua demanda e orientá-lo dentro do fluxo de atendimentos e agendamentos da Unidade. Acolher numa Unidade Básica de Saúde não é somente escutar, mas também atender a demanda do usuário, podendo ser uma resposta, por exemplo, de encaixe para atendimento de doença aguda, como cefaléia, cólicas, ou agendamento de consulta, como coleta de preventivo (MS, 2013).

Um bom acolhimento faz a equipe refletir sobre o outro. É uma escuta ampliada, onde podemos detectar riscos e vulnerabilidades e realizar intervenções. é onde podemos aplicar de forma efetiva a equidade: "A equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas"(MS, 2013, p. 32).

Um bom acolhimento é aquele que não é igual em todas as unidades pois cada área adstrita tem suas peculiaridades: tem área que tem condições sanitárias precárias, favelas, pontos de vendas de drogas, maior ou menos proporção de idosos e conseqüentemente maior ou menor proporção de doenças crônicas; tem unidades que têm mais de uma equipe e conseqüentemente mais de uma área; tem unidades que têm mais profissionais e ofertam mais serviços aos usuários. Com esses dados é que podemos traçar nosso melhor acolhimento e os demais serviços da unidade (MS, 2013).

Em época de pandemia, um acolhimento efetivo é prioridade, pois se não identificarmos, por exemplo, um paciente respiratório e o alocarmos em área específica da unidade, podemos contaminar vários outros pacientes e funcionários.

4 Metodologia

Atendendo uma normativa do município de Aracruz (ES) frente à organização dos serviços de saúde, todas as Unidades Básicas de Saúde tiveram alteração no fluxograma de atendimentos dos pacientes em decorrência do coronavírus. As medidas foram baseadas nos protocolos ministeriais e recomendações do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santos. Assim, já no início da pandemia houve uma reunião da Secretaria de Saúde Municipal com os enfermeiros e coordenadores das unidades de saúde com a finalidade de informar o fluxograma de como deveriam ser os atendimentos nas unidades a partir de então: livre demanda, suspensão de consultas eletivas, adequação das unidades a atender em ambientes separados os pacientes respiratórios dos não-respiratórios.

Porém, levando em conta que a pandemia perdurará enquanto não tivermos uma vacina disponível mundialmente, é necessário começar a inserir as consultas eletivas que se acumulam há meses, mantendo, entretanto todas as recomendações sanitárias dos órgãos competentes.

Esse é o foco deste projeto de intervenção, de responsabilidade minha, com o auxílio da equipe de saúde da família da minha unidade.

Será implantado da seguinte maneira:

1. Manter a estrutura de atendimento de separação de ambientes de sintomáticos respiratórios e não respiratórios, que desde a reunião do início da pandemia (em março) já estamos fazendo. Fizemos reunião com os funcionários da unidade e as enfermeiras e eu definimos os espaços para cada grupo de paciente, porém coube às enfermeiras o remanejamento dos funcionários nas suas funções, dentro dessa unidade remanejada.
2. Acolhimento e triagem inicial (respiratório ou não respiratório) de pacientes por funcionário administrativo logo assim que chegarem a unidade, com entrega de máscaras a quem não as tiver e uso de álcool em gel nas mãos para todos. Pacientes respiratórios já serão orientados por este funcionário à recepção de respiratórios para consulta no dia. Pacientes não respiratórios serão encaminhados a recepção de não respiratórios e dali seu destino, dependendo da demanda do paciente poderá ser: consulta na hora; consulta no dia; consulta agendada com horário marcado.
3. Capacitação da recepção feita pelos enfermeiros da unidade para explicar o novo sistema de agendamento para a população, que anteriormente necessitava chegar às 7h para serem triados e ficarem aguardando atendimento, e agora, chegarão no horário agendado de seu atendimento, para que não haja aglomerações na sala de espera.

A equipe, capacitada pelos enfermeiros e médicos, estará harmonizada para que o fluxo funcione e atenta para perceber quando o fluxo deve modificar, dependendo da patologia do paciente e dependendo das atividades diárias de cada profissional. Como exemplo, o enfermeiro pode estar em horário de visita domiciliar, portanto o técnico de enfermagem quem fará a triagem para atendimento: atender na hora; atender no dia, porém pode vir em outro turno; agendar. Caso haja dúvidas, o médico está na retaguarda para auxiliar na triagem.

Cronograma:

Fase 1 - Fase de orientação:

- Orientações a toda a equipe sobre o projeto de intervenção;
- Orientação dada em reunião de equipe, pela enfermeira chefe e pelo médico da equipe;

Fase 2 - Fase intermediária:

- atendimentos em livre demanda são mantidos, porém, a recepção já irá orientando a população de que a triagem e os agendamentos retornarão assim que as autoridades sanitárias liberarem as consultas e exames eletivos.

Fase 3 - Fase de implementação plena

- Projeto funcionando como proposto.

No momento em que este projeto está sendo escrito estamos numa fase intermediária de implantação pois apesar de já termos os dois médicos e enfermeiros para as duas salas (respiratórios e não respiratórios), o fluxo ainda continua sendo livre demanda e não estamos atendendo os pacientes eletivos que aguardam o retorno das atividades ambulatoriais de especialidades, exames de rotina, procedimentos eletivos, dentre outros, por estarem suspensos pelas autoridades sanitárias municipais, estaduais e federais, conforme exposto na revisão de literatura.

5 Resultados Esperados

Ações com a finalidade de adequação para o recebimento de pacientes com suspeita de Covid foram estabelecidas, entre elas:

- A unidade foi adequada ao atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios e não respiratório. A equipe se reuniu e definiu que uma ala da unidade seria para sintomáticos respiratórios e a outra seria para os não sintomáticos respiratórios sem comunicação entre elas, há duas recepções, duas salas de espera e funcionários diferentes para cada uma;

- A equipe foi orientada ao novo fluxo de atendimento, uma vez que ela se reuniu e a cada um foi dada uma função dentro da nova adequação da unidade. Ao chegar a unidade o paciente já seguirá para sua recepção correspondente;

- A população e funcionários foram devidamente familiarizados ao uso de máscaras e demais equipamentos de proteção individual a depender do caso. Embora já estar estabelecido o uso obrigatório de máscaras foi determinado que, se por ventura chegar algum paciente sem máscara, esta é providenciada logo na entrada da unidade, assim como álcool em gel para todos.

Além dessas ações a reorganização do fluxograma de atendimento para os pacientes da unidade para consultas, exames e procedimentos eletivos será necessário, Assim fico previsto que com o projeto plenamente implantado esperamos os seguintes resultados:

1. Pacientes acolhidos na entrada da unidade por funcionário administrativo e direcionados prontamente ao setor adequado às suas demandas. Por exemplo: paciente veio vacinar, será direcionado a sala de vacina; paciente está com sintoma respiratório, será direcionado a recepção dos sintomáticos respiratórios; paciente quer agendar consulta, será direcionado a recepção de não respiratórios para o devido agendamento; paciente quer consultar no dia, será direcionado a triagem.
2. Triagem funcionante e resolutiva, feita pelo enfermeiro e na ausência deste, pelo técnico de enfermagem, tendo o médico como retaguarda. A triagem dará 3 destinos possíveis ao paciente, sendo o primeiro uma consulta resolvida pela enfermagem, o segundo um agendamento, o terceiro, uma consulta no dia com o médico. A brevidade da consulta depende da gravidade do quadro clínico do paciente, podendo pular etapas ou fazê-las simultaneamente caso o paciente esteja grave.
3. Sistema de agendamento por horário para evitar aglomerações, contrapondo o que era vigente antes da pandemia, em que todos chegavam às 7h para serem triados e aguardavam consulta.

Quando da implantação completa do projeto será feita uma breve reunião de capacitação das recepcionistas para que elas possam transmitir com segurança aos paciente os

motivos das adequações, porém acredita-se que será uma transição sem muitas contratempos uma vez que a Unidade já está experienciando o início da transição e a população tem entendido a necessidade de readequação.

Referências

- ADORNO, L. *Brasil passa de 1 milhão de casos de covid-19, revela consórcio de imprensa*. 2020. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/06/19/brasil-passa-de-1-milhao-de-casos-de-covid-19-revela-consorcio-de-imprensa.htm?cmpid=copiaie>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 15.
- BRASIL. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2020. Citado na página 16.
- BRASIL. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2020. Citado na página 16.
- ESPÍRITO SANTO. Crm-es recomenda suspensão dos atendimentos ambulatoriais e cirurgias eletivas na rede pública e privada. CRM ES, Vitória, n. 1, 2020. Citado na página 17.
- ESPÍRITO SANTO. Nota técnica covid-19 nº 29/2020 – gevs/sesa/es. Secretaria do Estado de Saúde do Estado do Espírito Santo, Vitória, n. 29, 2020. Citado na página 16.
- FARIAS, L. A. B. G. et al. O papel da atenção primária no combate ao covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 1–8, 2020. Citado na página 15.
- MICHAELIS. *Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa*. 2020. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/acolher/>>. Acesso em: 29 Jun. 2020. Citado na página 17.
- MS, M. da S. *Acolhimento à demanda espontânea*: Caderno 28 volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 18.
- MS, M. da S. *Acolhimento: O que é acolhimento?* 2015. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/351-acolhimento>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 17.
- MS, M. da S. *Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid 19) na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- SESA, S. de Saúde do Estado do E. S. *Painel Covid-19 - Estado do Espírito Santo*. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 15.
- SIM, S. de Informações sobre M. *Óbitos Infantis*. 2020. IBGE cidades. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/aracruz/panorama>>. Acesso em: 16 Jun. 2020. Citado na página 9.
- SPONCHIATO, D. *A jornada pela primeira vacina contra o coronavírus no Brasil*: Entrevistamos a médica brasileira que trouxe os estudos com uma candidata à vacina para o país. entenda os bastidores e as expectativas em jogo. 2020.

Reportagem Veja Saúde. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/a-jornada-pela-primeira-vacina-contr-o-coronavirus-no-brasil/>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 15.

UNIVERSITY, J. H.; JHU, M. *Covid-19 Dashboard by the center for system science and engineering (CSSE) at John Hopkins University*. 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 30 Jun. 2020. Citado na página 15.