



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

Ariane Neuhaus Machado

Proposta de implementação de atendimentos remotos
durante a pandemia de Covid-19 em uma Unidade
Básica de Saúde (UBS) do município de São Leopoldo -
Rio Grande do Sul

Florianópolis, Março de 2023

Ariane Neuhaus Machado

Proposta de implementação de atendimentos remotos durante a
pandemia de Covid-19 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)
do município de São Leopoldo - Rio Grande do Sul

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: Natália Alves dos Santos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Ariane Neuhaus Machado

Proposta de implementação de atendimentos remotos durante a
pandemia de Covid-19 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)
do município de São Leopoldo - Rio Grande do Sul

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

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Natália Alves dos Santos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: Em dezembro de 2019 o mundo mudou ao serem registrados os primeiros casos de insuficiência respiratória por um tipo novo de coronavírus, o SARS-CoV-2. A doença foi denominada COVID-19 e espalhou-se rapidamente pelo mundo ao longo do primeiro trimestre de 2020. Por ser medida comprovadamente eficaz contra vírus respiratórios em geral, o isolamento social foi implementado em todos os contextos. Considerando que não podemos desassistir os/as usuários/as dos serviços vinculados à Atenção Básica à Saúde e portadores/as de doenças crônicas durante uma pandemia, é essencial pensar em maneiras de mantê-los/as próximos/as ao serviço de saúde sem precisarem estar fisicamente presentes. A partir desse novo cenário, verificou-se a importância de se realizarem mudanças no fluxo de trabalho da Unidade Básica de Saúde (UBS) São Cristovão de modo a priorizar a avaliação e o atendimento remoto. **Objetivo:** Implementar estratégias de suporte remoto para pacientes cujo risco da consulta presencial possa superar seus benefícios, dado o contexto de pandemia pelo novo coronavírus. **Metodologia:** Para tal empreitada, realizaremos formação e capacitação dos/as profissionais da UBS em encontros digitais periódicos para o uso da ferramenta de teleconsulta em seus aspectos técnicos e éticos, triagem remota de pacientes que entrarem em contato telefônico com a UBS e teleatendimento aos/às pacientes com fatores de risco para infecção pela COVID-19. **Resultados esperados:** Esperamos estabelecer um fluxo de trabalho que inclua a opção pelo atendimento remoto quando adequado ao perfil de cada paciente e conforme a capacidade do serviço em lidar com a demanda, evitando, dessa forma, a exposição ao vírus e as aglomerações causadas pela fila de espera.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Pandemias, Telemedicina

Sumário

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

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) São Cristóvão está situada no bairro Campestre do município de São Leopoldo, região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Nela trabalham uma equipe composta por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma secretária, uma chefia administrativa e uma higienizadora. As dependências da UBS pertencem à Associação de Moradores do bairro, contando com recepção ampla, ambulatório para pequenos procedimentos, um consultório clínico, um consultório pediátrico, um consultório ginecológico, um consultório odontológico, uma sala de vacinação, uma sala de reuniões, cozinha, banheiro de funcionários, banheiros feminino e masculino para pacientes. Apesar de não haver adscrição de área, a maioria dos pacientes atendidos pertence ao próprio bairro e proximidades.

Diversos tipos de cuidados são prestados aos pacientes por cada profissional. A médica realiza atendimento de demandas espontâneas, pacientes crônicos agendados, consultas de pré-natal, consultas de puericultura, consultas ginecológicas e visitas domiciliares conforme necessidade. A enfermeira, por sua vez, realiza acolhimentos, atendimento de consultas de pré-natal, consultas de binômio mãe-bebê e coletas de citopatológico de colo uterino. Ambas as técnicas de enfermagem estão capacitadas como vacinadoras e, além de realizarem vacinação, realizam triagens, aplicação de medicações, orientações aos pacientes, curativos, assim como participam das visitas domiciliares conforme necessário.

Na recepção atua a secretária, responsável pelo agendamento de pacientes, fornecimento de informações para realização de exames, organização e recuperação de prontuários conforme a necessidade da equipe, como também abertura e fechamento das dependências da UBS ao início e ao final de cada turno de trabalho. A chefia administrativa atua facilitando contatos entre a linha de frente da Atenção Básica e a Secretaria Municipal de Saúde para esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas referentes a questões burocráticas ou urgentes. A higienizadora é contratada de empresa terceirizada para realização de limpeza diária da UBS, bem como realização de limpeza terminal conforme calendário municipal. Cada trabalho apresenta suas particularidades dentro do contexto de criação de valor para o/a usuário/a do sistema, e esse conjunto deve funcionar simbioticamente para garantir o bom funcionamento do serviço.

Existem alguns potenciais inexplorados na gestão do cuidado por essa equipe. O maior exemplo disso é o consultório odontológico. No momento, não há dentista contratado para trabalhar na UBS, sendo esse espaço utilizado como escritório da chefia administrativa. Os materiais de trabalho do dentista, entre eles uma cadeira odontológica, estão ainda fechados com o plástico que os envolvia no momento da compra. Há também espaço para maior envolvimento da comunidade nas atividades do serviço. Não são realizados grupos de nenhuma natureza, sendo que tentativas de realização de grupo de gestantes foram

infrutíferas. Devido à baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade, também percebe-se muita dificuldade no agendamento de consultas e alta demanda de consultas no dia. Esses e outros desafios precisam ser solucionados com esforços não apenas da UBS São Cristóvão, mas também dos demais atores na saúde do município, oferecendo acolhimentos de qualidade no contexto da ESF e maior cobertura das equipes em áreas adscritas.

Os fluxos de trabalho da UBS são bastante simples. Nos turnos da manhã, das oito às doze horas, são realizadas consultas médicas e de enfermagem, vacinação e procedimentos ambulatoriais. Os mesmos fluxos são ofertados à tarde, das treze às dezessete horas, além de visitas domiciliares que são realizadas mensalmente. Pacientes crônicos podem agendar consultas através de comparecimento à UBS portando documento de identidade (RG) e cartão nacional de saúde (CNS) - que identifica o/a usuário/a do Sistema Único de Saúde (SUS). Para os/as pacientes que buscam a unidade sem agendamento prévio é realizada distribuição de senhas para atendimentos em geral, realização de procedimentos e vacinação. Em casos nos quais se faça necessária avaliação imediata do paciente, é feito acolhimento e comunicada a enfermeira ou a médica. Dadas as atividades realizadas, opiniões a respeito da equipe e seus profissionais são, em geral, positivas. As raras reclamações referem-se a atrasos no atendimento e demora em encaminhamentos/agendamento de exames, não referindo-se à qualidade do serviço prestado. Em ouvidoria municipal não foram registradas queixas formais nos últimos meses de 2020.

A comunidade do bairro Campestre, que reside próximo à UBS, costuma referir a si própria como "São Cristóvão". A ocupação deste local ocorreu através de loteamentos e posses das margens do Arroio Kruse, localizado próximo do campo de futebol da associação de moradores da comunidade. Nesta mesma quadra encontra-se a igreja católica do bairro, que tem papel relevante na articulação social da comunidade. Próximo à UBS localiza-se uma escola municipal de ensino fundamental frequentada pela maioria das crianças do bairro. A região de mata ciliar, como apresentado na figura 1, é onde corre o arroio. Essa região foi objeto de intervenção pelo poder público através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) em 2008.

Foram retiradas diversas famílias de áreas de risco para desabamento nas proximidades do arroio, porém ainda são necessárias medidas ambientais no local para evitar acúmulo de lixo e proliferação de animais vetores de doenças infectocontagiosas. A maioria das residências na comunidade são de alvenaria, apresentam tubulação de esgoto e água encaçada. Apesar de não haver informação específica a respeito da renda, alfabetização e da escolaridade dos habitantes do bairro, muitos/as moradores/as dos arredores da unidade são beneficiários/as do Bolsa Família, programa do Governo Federal para famílias em situação de vulnerabilidade social.

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS I) responsável pelo bairro é denominado CRAS Centro e faz parte de um conjunto de quatro unidades localizadas

no município. A cidade conta também com um Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS) que abrange a totalidade da urbe.

Além da vulnerabilidade ambiental, outros desafios apresentam-se à melhoria das condições de saúde da população. Em primeiro lugar, menos de 30% dos habitantes de São Leopoldo contam com UBS de referência com ESF. Isso dificulta, sobremaneira, a realização de atenção básica de qualidade, aumentando gastos com agravos de saúde preveníveis. Como unidade tradicional, a UBS São Cristóvão, por vezes, supre demandas de outras localidades mais distantes pela inexistência de adscrição de área. A precariedade de serviços mais próximos das residências dos/as pacientes também influencia nessa migração pendular entre serviços de saúde. O Hospital Centenário, referência municipal, vem restringindo suas atividades por falta de recursos e essa situação gera sobrecarga em Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) da cidade, que se tornam lotadas e ineficientes.

Outro ponto relevante que vem sendo melhorado é o apoio matricial. Os contatos com especialistas dentro da rede de saúde municipal para sanar dúvidas e esclarecer fluxos vem se tornando mais facilitado. Essa rede de apoio é sempre relevante; ela ganha, porém, especial impacto no contexto da UBS tradicional dada a inexistência do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Existem fluxos já estabelecidos para apoio matricial de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e vem sendo implementado fluxo para pacientes da saúde mental com os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. Essa estruturação é essencial para facilitar a comunicação entre profissionais e a construção de um plano terapêutico satisfatório. Ainda há espaço para formulação de fluxos de contato com a assistência social, por exemplo, bem como para consolidação de fluxos para agravos ginecológicos e obstétricos de maior gravidade.

É interessante observar que, mesmo sendo considerada berço da imigração alemã no Brasil, a cidade de São Leopoldo também é formada por população indígena de etnia Kaingang. Essa população possui atendimento médico em unidade na aldeia indígena, que se localiza em área urbana da cidade. Dadas as limitações do atendimento nesta unidade de saúde indígena, a UBS São Cristóvão realiza atendimentos de pré-natal e puericultura para essa população. Apesar da proximidade física com a cidade, grande parte da população indígena local preserva sua cultura e seu idioma, ensinando-o aos/as filhos/as e mantendo vivas suas tradições.

Ao início da elaboração do plano de intervenção aqui proposto, os principais problemas enfrentados no contexto da UBS foram elencados e ordenados por prioridade. Dificuldade no agendamento de consultas gerando venda de lugares na fila de espera, acesso por ordem de chegada e não por prioridade, e atraso das consultas agendadas por "encaixes" de consultas no dia foram os principais problemas identificados. Este dado advém da percepção pessoal e da equipe de saúde, e relaciona-se à baixa adesão da equipe ao acolhimento como estratégia para o agendamento inteligente das consultas. É classificado como um problema atual, terminal, de controle total e estruturado.

Dado que o principal problema encontrado foi a dificuldade no agendamento de consultas, foram elaboradas ações potencialmente capazes de resolvê-la. No contexto de facilidade de acesso ao serviço de saúde da unidade básica, considerando sua localização descentralizada, a estratégia de resolução direcionou-se, a princípio, a aumentar a formação e quantidade de profissionais dentro da UBS buscando assim promover acolhimento a todos/as os/as pacientes. É essencial considerar, no entanto, que ações planejadas há alguns meses fazem parte de uma realidade muito diferente da atual.

Em dezembro de 2019 o mundo mudou ao serem registrados os primeiros casos de insuficiência respiratória por um tipo novo de coronavírus, o SARS-CoV-2. A doença foi denominada COVID-19 e espalhou-se rapidamente pelo mundo ao longo do primeiro trimestre de 2020. Por ser medida comprovadamente eficaz contra vírus respiratórios em geral, o isolamento social foi implementado em todos os contextos. Considerando que não podemos desassistir os/as usuários/as portadores de doenças crônicas durante uma pandemia, é essencial pensar em maneiras de mantê-los/as próximos ao serviço de saúde sem precisarem estar fisicamente presentes.

Pensando nisso, o suporte aos/as pacientes durante a pandemia de Covid-19 deve priorizar a avaliação e o atendimento remoto sempre que essa opção for plausível. Esse tipo de consideração é corroborada pela publicação da portaria nº 467/2020 ([MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020](#)) e pelo aval do Conselho Federal de Medicina (CFM) para realização de prescrições e atestados remotamente.

Tendo como base a não-maleficência, princípio bioético proposto pelo Relatório Belmont de 1978 ([LOPES, 2014](#)) que tem como regra "não fazer o mal", escolhi abordar o problema do agendamento de consultas na unidade básica focando meu projeto de intervenção na realização de triagem e atendimento remoto nos casos de risco ao/a paciente para atendimento presencial em consultório médico. Este é um problema muito importante especialmente no contexto de pandemia, pois as filas promovem aglomeração, assim como ocorre no acolhimento presencial por demanda espontânea, favorecendo a contaminação entre os pacientes e alimentando a lógica perversa que promove atendimento por ordem de chegada e não pela necessidade.

As possibilidades de se realizar esse projeto são pequenas a moderadas principalmente por dois fatores: confidencialidade (dependente da plataforma de teleconsulta escolhida), atuação em equipe (grande parte da proposta envolve equipe de enfermagem para realização de triagem e agendamento em tempo adequado de casos) e fator tempo (a velocidade de implementação dessa solução seria muito rápida, o que tende a gerar maior número de erros). Creio que essa intervenção é não só muito oportuna como é de interesse da comunidade e dos profissionais de saúde, evitando exposições desnecessárias e contaminação em potencial.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implementar estratégia de suporte remoto para pacientes cujo risco da consulta presencial possa superar seus benefícios, dado o contexto de pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19);

2.2 Objetivos específicos

- Promover formação e capacitação de profissionais em encontros digitais periódicos para o uso da ferramenta de teleconsulta em seus aspectos técnicos e éticos;
- Realizar triagem remota de pacientes que entrarem em contato telefônico com a UBS;
- Realizar atendimento remoto aos pacientes com fatores de risco para infecção pelo novo coronavírus (COVID-19).

3 Revisão da Literatura

O acolhimento é uma prática presente nas relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores/as de saúde e usuários/as, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (BRASIL, 2013). Sua prática no dia-a-dia das unidades básicas de saúde varia conforme o tamanho da equipe, o modelo disponível/possível e as necessidades em saúde da população atendida. Em um olhar superficial, podemos imaginar que essa versatilidade seria uma desvantagem, todavia ela mostra-se vantajosa quando refletimos sobre a equidade no contexto do acesso.

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. A equidade é um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com a universalidade, integralidade, descentralização e controle social; esse conjunto de princípios servem de alicerce ao SUS (BRASIL, 2013). Partindo dessas premissas, as novas tecnologias de comunicação permitem o florescimento de maneiras outras de acolher, trazendo mais equidade de ingresso e, paradoxalmente, tornando o acesso à saúde mais humanizado.

Na experiência de trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Cristóvão, em São Leopoldo, ficam claros os problemas causados por deficiências de acesso adequado aos serviços públicos de saúde. Entre eles, destacam-se a venda de lugares na fila de espera, o acesso por ordem de chegada e não por prioridade, e o atraso das consultas agendadas por "encaixes" no dia. Somado aos fatores antigos, a pandemia pelo Sars-Cov-2, vírus causador da COVID-19, torna essencial a prontidão em implementar cuidados remotos como forma de evitar contágios dentro do próprio serviço.

Os primeiros contágios relatados de COVID-19 datam de novembro de 2019, espalhando-se globalmente em poucos meses com milhões de casos e milhares de mortos (HARAPAN et al., 2020). Sem tratamento específico até o momento e ainda sem perspectivas de vacinação ampla da população, contamos apenas com o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's) e distanciamento social para combater o vírus. Neste sentido, o cuidado remoto emerge como ferramenta de combate às aglomerações.

A tentativa de encontrar um ponto de equilíbrio entre atenção presencial e remota à saúde não é um processo recente em nível mundial. A Administração de Recursos e Serviços de Saúde dos Estados Unidos da América define "telessaúde" abrangentemente como envolvimento de tecnologias eletrônicas e de telecomunicações para "apoiar e promover cuidados de saúde clínicos a longa distância, educação relacionada à saúde de pacientes e profissionais, além de cuidados em saúde e administração pública" (CHAET et al., 2017, p. 1136). Considerando esse conceito, o Centro Médico Kaiser Permanente do Norte da Califórnia, já em 2016, reportava maior comunicação virtual (e-mail, telefone e vídeo) do

que face-a-face (TUCKSON; EDMUNDS; HODGKINS, 2017).

No Brasil, a estratégia de telessaúde se faz presente por iniciativas primordialmente de contato entre profissionais, até o momento. Um exemplo interessante é o projeto Telessaúde RS/UFRGS, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ele se constitui em uma estratégia para qualificação da Atenção Básica que possui ações dirigidas à população, por meio de apoio aos profissionais da Atenção Primária à Saúde e dos demais níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde (CEABRS, 2020). A iniciativa tem como uma de suas ações a teleconsultoria.

A teleconsultoria pode ser de grande valia para condução de casos complexos, auxiliando também na capacitação dos profissionais atuantes na Atenção Primária à Saúde. Esses serviços de teleconsultoria se dão de maneira síncrona (ligação telefônica) ou assíncrona (plataforma online), gerando grande conveniência e acessibilidade em diversos contextos. Há poucos relatos de experiências brasileiras voltadas à teleconsulta anterior à pandemia pelo vírus causador da COVID-19, pois a resolução 1.974/2011 do Conselho Federal de Medicina (CFM) que regulamenta a publicidade médica "proíbe ao médico oferecer consultoria a pacientes e familiares em substituição à consulta médica presencial" (CFM, 2011). Alguns artigos dissertam a respeito do uso de tecnologias remotas para monitoramento do controle glicêmico, por exemplo (DUARTE, 2018).

Creio ser importante trazermos a tona um aspecto: muitos profissionais já realizam contato telefônico ou por mensagens de texto com seus pacientes, sem por isso considerar esses contatos como parte de uma consulta ou como promoção de saúde. Diante de casos complexos ou daqueles pacientes que necessitam de um contato mais próximo ao serviço de saúde para resolução de suas demandas, muitas vezes é oferecida a opção de realizar contato telefônico com a unidade ou mesmo diretamente com o profissional mais envolvido com o cuidado. Apesar de ser realizado e por vezes necessário, esse tipo de contato médico-paciente não é realizado de maneira oficial. Estaríamos desvalorizando parte importante do trabalho longitudinal por um entendimento limitado a respeito do conceito de telessaúde?

Apesar de escassos registros de experiências brasileiras em telessaúde, é interessante notar que evidências estrangeiras são promissoras. Esse parecer advém de breve revisão bibliográfica de artigos publicados no período de janeiro de 2004 a maio de 2018, utilizando os descritores "telehealth" (telessaúde, em tradução livre) e "telemedicine" (telemedicina) nos campos "título" ou "resumo", agrupados pelo operador booleano "and" nas plataformas PubMed e Lilacs. Enquanto a primeira plataforma, que agrega artigos internacionais, apresentou cerca de mil artigos correspondentes, havia apenas 40 artigos correspondentes na segunda, com enfoque na produção caribenha e latinoamericana. Na maioria dos casos, a telessaúde pareceu ser equivalente a cuidados pessoais (SHIGEKAWA et al., 2018). Além de nos brindarem com diversas alternativas do ponto de vista técnico, a impressão de pacientes a respeito dos cuidados remotos são em sua maioria positivas (POWELL et al., 2017), (WEINSTEIN; KRUPINSKI; DOARN, 2018). Não obstante, ainda temos

obstáculos a enfrentar, como a resistência dos profissionais em praticarem telessaúde no dia-a-dia e noções éticas envolvidas no seu uso correto.

O trabalho na Atenção Primária à Saúde não é simples, mesmo fora de um contexto de pandemia. O SUS sofre historicamente de problemas crônicos, entre os quais o financiamento insuficiente e desigual ([BRASIL, 2013](#)). Quando mudanças bruscas afetam nosso trabalho de maneira profunda, se faz indispensável procurar todos os recursos possíveis para manter o acesso e a qualidade dos serviços. Nos mais diversos campos de atuação, o trabalho remoto cresceu em importância; na saúde, não pode ser diferente. Projetos que visam incorporar novas tecnologias ao atendimento em saúde, quando implementados de maneira ética e criteriosa, só tem a acrescentar ao bem-estar dos/as pacientes.

4 Metodologia

Este projeto de intervenção foca em auxiliar pacientes cujo risco da consulta presencial possa superar seus benefícios. Dentro deste grupo de pacientes, aqueles portadores de doenças crônicas merecem destaque. Conforme [Chaet et al. \(2017\)](#), novos métodos de acompanhar pacientes com doenças crônicas com comunicação assíncrona podem trazer melhor cuidado, maior conveniência e tornar as visitas presenciais mais efetivas. Pensado como ferramenta de cuidado, o teleatendimento ainda apresenta importante potencial inexplorado.

A fim de aprimorar o entendimento dos limites éticos assim como dos aspectos técnicos envolvidos no cuidado remoto, é vital que os profissionais de saúde sejam capacitados. Diferente de uma triagem ou de uma consulta presencial, sua versão remota pode encontrar entraves como conexões instáveis de rede e falta de familiaridade do/a usuário/a com as plataformas de telessaúde. Por serem aspectos impensáveis na prática presencial, aprender a identificar essas fragilidades torna-se imperioso e requer treinamento.

A ética do uso do teleatendimento desempenha também papel primordial pois, apesar de possível, nem sempre o uso dessa ferramenta é o ideal ao/à paciente. Como exemplo, segundo [Chaet et al. \(2017\)](#), a telemedicina pode ser inapropriada para atendimentos em que o exame físico é crucial ou em que dados clínicos só podem ser colhidos via contato físico. Assim sendo, seriam realizados encontros digitais periódicos, na unidade de saúde foco deste projeto de intervenção, para promover formação e capacitação de profissionais. Esses encontros serão realizados em plataformas online como Zoom, Hangouts ou Google Meet. Como estratégia de educação continuada, estes encontros devem continuar ocorrendo com frequência mínima mensal até que a equipe esteja plenamente familiarizada. Diferentes membros da equipe podem liderar os encontros virtuais, compartilhando experiências de teleatendimento ou apresentando artigos sobre o tema como forma de fomentar a discussão.

Apesar do grande foco nos profissionais médicos e enfermeiros, todos/as que participam do atendimento ao/à paciente devem estar capacitados/as a responder às demandas do/a mesmo/a da melhor maneira, dentro de suas competências. Destaco os secretários e secretárias pela sua natureza de primeiro contato no contexto da Unidade Básica de Saúde. Dada a pandemia pelo novo coronavírus, muitos contatos presenciais entre secretários/as e pacientes foram substituídos por contatos telefônicos. Situações de crescente complexidade vêm sendo apresentadas remotamente a estes/as profissionais. Na prática, muitas vezes não é possível fazer mais do que solicitar ao paciente que compareça à Unidade Básica de Saúde ou que se dirija ao pronto-atendimento mais próximo, mesmo em situações sem risco à vida. Acrescentar a teletriagem e a telemedicina ao leque de ferramentas da equipe apresenta um grande valor prático nestas situações.

Em comum acordo entre os profissionais envolvidos e respeitando horários pré-estabelecidos para realização de triagens e consultas remotas, a implementação dessa ferramenta pode ocorrer assim que estabelecido um fluxo de atendimento com critérios próprios do serviço. Considerando as peculiaridades de cada local, os primeiros encontros virtuais podem focar na criação deste fluxo. O local de implementação é Unidade Básica de Saúde São Cristóvão e a ação promovida pelo/a secretário/a da UBS diariamente.

A teletriagem tem como objetivo final, além do adequado acolhimento de demandas do/a paciente, selecionar aqueles/as cujos benefícios superam os prejuízos na realização de um atendimento médico remoto. Assim como presencialmente, a triagem remota é uma ação da equipe de enfermagem do serviço. Ela deve ser realizada em situações nas quais um/a paciente com perfil de risco deseje realizar atendimento no serviço de saúde, expressando essa necessidade primeiramente ao/à secretário/a. Deve sempre ser respeitado o fluxo de atendimento elaborado em reunião, de modo a não prejudicar a realização dos atendimentos presenciais agendados. Após realizada triagem remota e identificada uma queixa que seja passível de ser manejada em teleconsulta médica com limitações aceitáveis pelo método, procede-se à telemedicina, ação de responsabilidade do médico da Unidade Básica de Saúde. Tendo em conta que as curvas de aprendizado em relação a esse tipo de atendimento podem variar amplamente entre profissionais, creio ser razoável considerar um período de adaptação de três a seis semanas até que possa ser implementado esse fluxo de trabalho amplamente.

É interessante entender o atendimento remoto sempre como ferramenta, e auxiliar o/a paciente a percebê-lo como tal. Haverá situações em que será necessária complementação da consulta com exame físico, se fazendo útil a presença do/a profissional de saúde junto ao/a paciente via consulta médica ou visita domiciliar. Assim como exames de imagem apresentam limitações inerentes e podem necessitar complementação, também a tele-saúde pode não ser suficiente a depender da situação.

5 Resultados Esperados

Com a realização de encontros virtuais periódicos, espera-se capacitar os/as profissionais de saúde para acolher remotamente as demandas dos/as pacientes, estabelecer a possibilidade técnica de um teleatendimento, avaliar os riscos e benefícios envolvidos no uso dessa ferramenta, indicar a teletriagem e indicar a telemedicina com segurança. A princípio, esse tipo de abordagem pode ser desafiadora, porém creio que a curva de crescimento não ultrapasse dois meses.

Tendo em conta que muitos contatos de usuários/as com a UBS têm se dado via telefone, espera-se estabelecer um fluxo de trabalho que inclua a opção pelo atendimento remoto quando adequada ao perfil de paciente e conforme a capacidade do serviço em lidar com a demanda. Ao final de dois meses de implementação, espera-se que cerca de dois turnos da agenda de médico/a e enfermeiro/a sejam dedicados ao uso dessa ferramenta. Nesse fluxo, o/a secretário/a apresenta importância vital por ser responsável em acolher as demandas em primeira mão através do telefone da UBS.

Espera-se que, ao final do período de adaptação ao novo fluxo, pelo menos 50 por cento dos/as pacientes crônicos que acessam o serviço sejam direcionados ao fluxo de teleatendimentos, evitando assim a exposição desnecessária e as aglomerações causadas pela fila de espera. Destes/as, apenas parte realizará uma teleconsulta de fato e alguns dos/as que a realizarem podem necessitar de um exame físico posterior. Caso a implementação ocorra sem qualquer intercorrência, creio que pode surgir dos/as próprios/as usuários/as a demanda por triagens e atendimentos remotos. Se este for o caso, será necessário fazer uso da capacitação técnica e ética em andamento para direcionar os/as pacientes para uso da ferramenta.

Referências

- BRASIL, D. de Atenção Básica do. *Acolhimento à demanda espontânea: Cadernos de atenção básica*; n. 28, v. 1. Brasil (Brasília): Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- CEABRS, C. E. da Atenção Básica do Rio Grande do S. *TelessaúdeRS/UFRGS*. 2020. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/telessauders>>. Acesso em: 13 Ago. 2020. Citado na página 16.
- CFM, C. F. de M. *Resolução CFM nº 1.974/2011*: Estabelece os critérios norteadores da propaganda em medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria. 2011. Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2011/1974>>. Acesso em: 02 Jul. 2020. Citado na página 16.
- CHAET, D. et al. Ethical practice in telehealth and telemedicine. *Journal of General Internal Medicine*, p. 1136–1140, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 19.
- DUARTE, C. A. A tecnologia de monitoramento em enfermagem: Contribuições para autonomia de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Rio de Janeiro (RJ), n. 118, 2018. Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Cap. 1. Citado na página 16.
- HARAPAN, H. et al. Coronavirus disease 2019 (covid-19): A literature review. *Journal of Infection and Public Health*, p. 667–673, 2020. Citado na página 15.
- LOPES, J. A. Bioética: uma breve história: de nuremberg (1947) a belmont (1979). *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 24, n. 2, p. 262–273, 2014. Citado na página 12.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2020. Citado na página 12.
- POWELL, R. E. et al. Patient perceptions of telehealth primary care video visits. *Annals of Family Medicine*, p. 225–229, 2017. Citado na página 16.
- SHIGEKAWA, E. et al. The current state of telehealth evidence: A rapid review. *Health Affairs*, p. 1975–1982, 2018. Citado na página 16.
- TUCKSON, R. V.; EDMUNDS, M.; HODGKINS, M. L. Telehealth. *The New England Journal of Medicine*, p. 1585–1592, 2017. Citado na página 16.
- WEINSTEIN, R. S.; KRUPINSKI, E. A.; DOARN, C. R. Clinical examination component of telemedicine, telehealth, mhealth, and connected health medical practices. *Medical Clinics of North America*, p. 533–544, 2018. Citado na página 16.