



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO INTEGRADO COM O
USO DE TECNOLOGIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NA UBS
PINDOBA, MUNICÍPIO DE NEÓPOLIS, ESTADO DE SERGIPE**

DIMAS CLEOFAS MACHADO DOS REIS

NATAL/RN
2020

ESTRATÉGIAS DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO INTEGRADO COM O USO DE
TECNOLOGIAS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NA UBS PINDOBA,
MUNICÍPIO DE NEÓPOLIS, ESTADO DE SERGIPE

DIMAS CLEOFAS MACHADO DOS REIS

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: JOSE ADAILTON DA
SILVA

NATAL/RN
2020

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	04
RELATO DE MICROINTERVENÇÃO	06
CONSIDERAÇÕES FINAIS	09
REFERÊNCIAS	10

1. INTRODUÇÃO

Na necessidade da elaboração do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), foi realizado um projeto de intervenção na unidade de saúde em que atuo como bolsista do Programa Mais Médicos pelo Brasil, do Governo Federal.

A análise em questão, é da Unidade Básica de Saúde Pindoba, onde trabalho, situada no povoado de mesmo nome, no município de Neópolis, da região do baixo São Francisco, interior de Sergipe. Por se situar em uma área rural, a população é composta predominantemente de trabalhadores do campo, pescadores, e trabalhadores de empresas produtoras de produtos frutíferos.

Trata-se de uma UBS tipo I, com uma única equipe de saúde, dividida em duas unidades, uma no próprio povoado Pindoba e outra no povoado Assentamento Água Vermelha, abrangendo, assim, uma população total de 1796 cidadãos cadastrados ativos, divididos em sete microáreas, cada uma com um Agente Comunitário de Saúde (ACS) responsável. A unidade tem um total de um médico, uma enfermeira, um dentista, dois técnicos de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal, sete ACS e um auxiliar de serviços gerais.

Refere-se, então, a uma área de pobreza com carência de atenção à saúde, sendo que ficou sem assistência médica por um período de quase um ano. Diante disso, o município solicitou cobertura do Programa Mais Médicos para a área. Ademais, após nove meses com o novo médico da equipe, deu início à pandemia da Covid-19. Por conta disso, e devido ao médico ser do grupo de risco, afastado das atividades presenciais da unidade ficando, uma área desassistida de médico.

Diante de uma população sem acesso direto ao médico, foram levantadas algumas hipóteses e formas de intervenções com o intuito de ao menos diminuir o prejuízo causado frente a falta deste profissional na unidade. Entre tais prejuízos, podemos citar a desassistência dos usuários frente as demandas mais abrangentes e necessárias para tal população, como o programa de acompanhamento as pessoas com Hipertensão e Diabetes (HiperDia) e o atendimento de saúde mental, os dois maiores grupos de usuários da UBS.

Após analisado, foi resolvido intervir usando a tecnologia a nosso favor, apesar das limitações do acesso da população aos aparatos. Foi discutido a melhor forma de consultoria direta com o paciente e com os agentes de saúde mesmo na ausência física do médico na unidade. A melhor ferramenta elencada foi o Whastapp, o aplicativo de comunicação mais utilizado por esta população. Considerando que teleconsulta foi autorizada no período de excepcionalidade da Pandemia identificou-se como estratégia inovadora neste processo.

Estas intervenções têm como objetivo principal manter a assistência aos usuários de medicações que fazem acompanhamento contínuo na unidade. De forma específica, a adaptação tem o intuito de garantir a renovação de receitas dos pacientes que necessitam de

uso contínuo de medicamentos simples ou mesmo de receituário controlado, dar assistência ao paciente sanando dúvidas que podem ser respondidas sem a necessidade de exame físico do mesmo e também monitorando, junto aos ACS, a saúde em geral desta população. Assim, neste trabalho objetiva-se relatar como ocorreu este processo inovador de atenção à saúde por meio do uso de tecnologias de comunicação.

Desta forma, levando em consideração o tema abordado, este trabalho de conclusão de curso terá como estrutura o relato da microintervenção supracitada, se caracterizando pelo levantamento da problemática, da discussão da temática bem como os objetivos da mesma e, por fim, o relato da intervenção em si, mostrando, posteriormente os resultados frente ao trabalho abordado.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

A manutenção da atenção à saúde é primordial ao se tratar de atenção primária, pois é nela que se observa o usuário de maneira horizontalizada, continuada. Neste contexto, é imprescindível o acompanhamento profissional dele, com conhecimento sobre suas doenças e suas necessidades individuais. Em ocasiões especiais, tornam-se necessárias algumas modificações e a busca de artifícios para manutenção da saúde dos usuários.

Me deparei, então, com uma dessas situações, no início da pandemia do Covid-19: o afastamento por tempo indeterminado dos atendimentos presenciais, pelo fato de eu ter uma doença autoimune e ser dependente de corticoide em dose imunossupressora. Daí surgiram alguns questionamentos referentes a como seriam renovadas as receitas de uso continuado, como ficariam os retornos previamente agendados, e como poderiam os pacientes e profissionais tirarem as dúvidas quanto ao uso de medicações, por exemplo.

Sabe-se que estes pacientes compõem grande parte da demanda de uma unidade básica de saúde bem estruturada, então, tendo em vista a falta de um médico na unidade, era de se esperar que estes usuários procurassem outra unidade de saúde do município, tendo em vista que o mesmo não alocou outro profissional para suprir tal demanda. Assim sendo, iria superlotar outras unidades em um período que se faz necessário o distanciamento ou isolamento social.

Diante disso, foram realizadas reuniões com a equipe e com a gestão de saúde do município em questão para debater a melhor maneira de assistir os usuários da unidade de saúde. Depois de algumas conversas sobre o assunto, e da dificuldade de se encontrar médico para a unidade, surgiu a ideia de teleconsultoria e renovação de receitas através da intermediação dos agentes comunitários de saúde, por meio de aplicativo de comunicação em tempo real.

Assim sendo, e pela falta de tempo para um levantamento mais detalhado sobre o acesso à internet pelos usuários da unidade, levantamos algumas análises rápidas e verificamos que boa parte da população não tinha acesso a esse tipo de tecnologia, porém necessitávamos de elucidar uma forma para melhor atender esse grupo.

Para melhor esclarecimento, a UBS Pindoba é uma unidade rural e cobre uma área em que a população é muito carente, no povoado de mesmo nome, sendo sua maioria de trabalhadores informais, principalmente do campo. A unidade dispõe de atendimento médico, de enfermagem e odontológico abrangendo, assim, serviços essenciais para a atenção primária em saúde.

A população total cadastrada nesta unidade de saúde é de 1796 pessoas, sendo 900 mulheres (50,1%), a maioria com escolaridade máxima até quarto ano do ensino fundamental, destes, 110 sem escolaridade alguma. Observando o perfil das doenças crônicas não transmissíveis no cadastramento, nota-se que 711 usuários (39,6%) tem mais do que 40 anos,

idade onde essas comorbidades são mais evidentes.

De acordo com o levantamento, 83 tem diagnóstico de Diabetes mellitus, 247 de Hipertensão arterial, e 25 já tiveram ao menos um episódio de acidente vascular cerebral (mesmo sabendo que pelo menos 649 pessoas não informaram sobre essas comorbidades). Em relação à saúde mental, apenas 18 pessoas afirmaram diagnóstico deste tipo de comorbidade, porém apenas 465 usuários responderam a esse questionamento.

Na prática clínica e na vivência dia a dia com esses pacientes, sabe-se que os números informados no cadastramento estão aquém da realidade, pois se observa grande demanda de acompanhamento, visitas domiciliares e renovação de receitas, principalmente de portadores de doenças crônicas não transmissíveis e de alterações da saúde mental.

Frente a isso, e levando em conta a não adesão de médico substituto fixo para a unidade, fizemos este projeto, onde obedecemos a uma estratégia para manter o contato, mesmo que por meio do aplicativo WhatsApp de mensagem em tempo real, com os pacientes. Esse fluxo se deu da seguinte forma:

- A gestão de saúde do município montou um sistema de rodízio, onde uma vez por semana algum médico de outra unidade de saúde é deslocado para atendimento da demanda que necessita de consulta presencial na unidade, bem como visitas domiciliares. Estes, por sua vez, entram em contato comigo por chamada telefônica ou via WhatsApp em caso de dúvidas e esclarecimentos sobre o acompanhamento dos pacientes.

- A enfermeira, por seu direito, renova as receitas que são permitidas de pacientes que não tem queixa e que foram recentemente consultados, me informando sobre a conduta e esclarecendo possíveis dúvidas quanto aos usuários.

- Os Agentes comunitários de saúde, que estão em contato direto com os usuários no seu ambiente, ficam encarregados de buscar possíveis dúvidas deles quanto ao tratamento, renovação de receitas, interpretação de exames. Eles anotam estas pendências e me enviam via aplicativo WhatsApp.

- Eu, no papel de médico da família e comunidade, acompanho toda essa demanda, sano as dúvidas em tempo hábil, e fico encarregado das renovações de receitas, relatórios e solicitações de exames necessários. Assim, compareço uma vez por semana na unidade de saúde e, separadamente com cada profissional, discuto os casos pendentes, e entrego os papéis já solicitados anteriormente via aplicativo. Após discussão e entrega, relato todo o procedimento no prontuário do paciente em questão.

Em análise dos resultados obtidos até aqui, pude observar que temos uma boa aceitação, tanto dos pacientes quanto dos profissionais da unidade de saúde. Não se observa mais a busca por renovação de receitas por outros profissionais que não são da área de abrangência. Além disso, está sendo possível acompanhar casos de forma que os usuários não necessitam se deslocar para buscar melhor esclarecimento ou diagnóstico. Os profissionais da unidade

observaram que boa parte dos atendimentos de portadores de doença crônica não transmissíveis não necessitam de consulta presencial neste momento, e que é possível, sim, ter uma assistência eficaz sem a presença física do médico da unidade.

Por se tratar de um projeto que necessitou acontecer de forma rápida e adaptativa, não pudemos contabilizar, mensurar ou estipular indicadores para verificar a eficiência do serviço, porém temos recebido elogios da equipe, dos usuários e da gestão em saúde do município, como “apesar de estar sem médico, a unidade tem conseguido sanar os problemas da população de forma eficaz”, palavras proferidas pela gestão de saúde do município.

Claro que, apesar das potencialidades, encontramos muitas dificuldades em meio a este projeto, pois existem muitos usuários que necessitam de acompanhamento presencial, de consulta física. E muitas vezes essa demanda não pode ser sanada pelos médicos do rodízio que, além de comparecerem apenas uma vez por semana, não acompanham esses pacientes de forma longitudinal, nem conhecem, em boa parte das vezes, os problemas sociais e familiares destes usuários.

Além desta dificuldade, notamos uma certa resistência por parte dos agentes comunitários de saúde, mas especificamente de dois deles que, por se tratar de um trabalho a mais, mostraram desinteresse quanto a comunicação via aplicativo e da busca pelas necessidades em domicílio. Ademais, estes perceberam que este trabalho é gratificante e diminuiria tempo quando comparado à necessidade de buscar outro médico da secretaria de saúde do município.

Visto o resultado destas ações, percebo que é possível dar continuidade frente a necessidade do profissional médico se afastar. A equipe se adequou rapidamente e de forma que tornou um trabalho bem conjunto e de boa comunicação com o parceiro de trabalho.

Em suma, esta intervenção trouxe muitos resultados positivos para os usuários do sistema de saúde, para os profissionais e à gestão do município. Nada substitui a presença física dos profissionais na unidade, porém, em necessidades especiais é um bom modo de manter o fluxo de atendimento e assistência aos usuários, sem perder o contato com os mesmos, garantindo assim o atendimento longitudinal e o cuidado integral da população.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A especialização em Saúde da família é um curso bem estruturado e direcionado ao aperfeiçoamento de médicos que tenham interesse em tal área. É muito bem dividido, em módulos que nos leva ao conhecimento aprofundado de cada assunto, de cada abordagem, na ordem mais didática possível.

O curso, dividido em três eixos de conhecimento, aborda de uma forma que o conhecimento seja gradual e cumulativo, o que nos leva a aprofundar cada vez mais nos assuntos. No primeiro eixo, investigação em atenção primária à saúde, pude analisar melhor a área em que estou alocado pelo programa mais médicos pelo Brasil, acompanhando as políticas e legislações do SUS, relacionando elas com a prática, o que o torna um conteúdo, que muitas vezes é tratado como “maçante”, mais leve e de melhor aprendizado.

O segundo eixo, Itinerários formativos na atenção à saúde, adentramos mais no quesito atendimento, onde pude entender como organizar bem minha agenda de atendimentos, direcionar o melhor fluxo e também aprofundar nas práticas clínicas, como na saúde da mulher, da criança e em relação ao câncer.

Durante este módulo, ocorreu a pandemia do coronavírus em seu momento mais crítico, o que fez com que o curso tivesse que se reorganizar e se adaptar a tal cenário, quando eu pude acompanhar assuntos como abordagem de doenças crônicas não transmissíveis e de saúde mental. Coincidentemente assuntos que se relacionam muito com minha abordagem de microintervenção.

Esta microintervenção foi muito satisfatória, no ponto de vista pessoal e também profissional. Pude dar assistência ao atendimento continuado dos pacientes que já vinha acompanhado. A população se beneficiou pelo fato de que o médico que estava afastado das suas atividades ainda podia realizar coisas básicas, como as receitas, pedido de exames para acompanhamento e resolução de dúvidas clínicas. Tal intervenção mostrou-se eficaz deixando, assim, a possibilidade para outros profissionais possam se afastar sem deixar de prestar assistência, em caso de necessidade.

De maneira geral, estou concluindo este curso com muita satisfação, com uma carga de conhecimento abrangente sobre a saúde da família e comunidade. Assunto esse que muitas vezes não são muito bem abordados pelas universidades em geral. Levando em consideração minha intervenção aqui relatada, pude ter o prazer de agregar muito conhecimento juntamente com minha equipe e a gestão municipal apesar da necessidade de afastamento das atividades presenciais.

4. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília, DF, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n.34).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n.37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF, 2013c. (Cadernos de Atenção Básica, n.28).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013d.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em 25 de julho de 2020.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em 28 de julho de 2020.