



**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 CONTRA A COVID-19 NA UBS ELVIRA FRANCISCA DE  
JESUS, EM ITABAIANINHA (SE).**

**KAIQUE ANDRE DO NASCIMENTO GOIS**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

ESTRATÉGIAS CONTRA A COVID-19 NA UBS ELVIRA FRANCISCA DE JESUS, EM  
ITABAIANINHA (SE).

KAIQUE ANDRE DO NASCIMENTO GOIS

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: RICARDO HENRIQUE  
VIEIRA DE MELO

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Agradeço a Deus, que me deu o dom da vida e me faz buscar a sabedoria diária para alcançar os meus objetivos. Também à minha família que está em casa sempre me apoiando e mesmo, com medo da pandemia, não mediu esforços para me impulsionar nesta jornada.

Por fim agradeço aos colegas do trabalho e aos usuários da Unidade de Saúde da Família Elvira Francisca de Jesus no Povoado Patú, município de Itabaianinha, Sergipe.

Meu muito obrigado a todos

---

## SUMÁRIO

1. Introdução 05
2. Relato de Microintervenção 06
3. Considerações finais 09
4. Referências 10

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade de Saúde da Família (UBS) Elvira Francisca de Jesus localiza-se no Povoado Patú, zona rural do município de Itabaianinha, Sergipe. Distante 12 quilômetros da sede municipal, tem o acesso dificultado devido a ausência de asfalto até o povoado. A Equipe de Saúde da Família (ESF) possui em torno de 3.500 usuários cadastrados, dispostos em 12 microáreas, sendo composta por: Médico; Enfermeira; Dentista; Auxiliar de Saúde Bucal; Técnica de Enfermagem; Auxiliar de Enfermagem; Recepcionista; Auxiliar de Farmácia; Diretora; dois Motoristas; e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OPAS, 2020).

Com o advento de tal pandemia, algumas estratégias de combate ao contágio tiveram que ser feitas para controle da doença. A primeira, foi a divulgação massiva como método de disseminação da informação. A segunda maneira utilizada, foi a remodelação do acolhimento na UBS, bem como o monitoramento dos sintomáticos respiratórios. Já, a terceira, ocorreu com o surgimento e com a implementação do acompanhamento remoto dos pacientes.

Tais estratégias se mostraram úteis no combate à pandemia, pois houve uma integração e o apoio de todos os componentes da equipe, além da ajuda de alguns órgãos da administração municipal, tais como: a própria Secretaria de Saúde; a Secretaria de Cultura e Comunicação; e a Estação de Rádio Comunitária Local.

O propósito final dessas ações foi controlar a disseminação do vírus, porém muitas medidas tomadas serão continuadas como estratégias de combate às doenças mais comuns percebidas na unidade básica, além de mudanças estruturais como, por exemplo, a estratificação de risco no acolhimento e a teleconsulta.

Um das frentes da telemedicina, a teleconsulta, como o próprio nome indica, é uma consulta médica em que o paciente encontra-se distante fisicamente do profissional de saúde. Apesar das vantagens, essa modalidade ainda não tem uma regulamentação específica no Brasil e é permitida apenas para discussão de casos clínicos entre profissionais da saúde (JORGE, 2020).

Este relato expõe as três principais medidas citadas, suas consequências e seus resultados, assim como relata como cada integrante da equipe se fez necessário para o funcionamento ótimo e a execução dos objetivos propostos.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Devido a disseminação do novo coronavírus e, levando em consideração, a carência socioeconômica da população envolvida, a equipe buscou nortear os trabalhos em três grandes vertentes, buscando englobar todos os integrantes e o maior número de usuários possível.

Essas vertentes tinham como base: 1) a informação, 2) o acolhimento, 3) o acompanhamento. Cada uma delas objetivou atingir os usuários em alguma determinada fase de exposição ao risco de contaminação pela COVID-19, sendo eles portadores ou não de doenças crônicas.

No país inteiro, as equipes de saúde buscaram estratégias de prevenção, devido o grande poder de contágio do vírus, afim de evitar as hospitalizações oriundas da forma grave da doença e a superlotação da atenção terciária, mais especificamente, das Unidades de Terapia Intensiva (FERRAZ, 2020).

Na área em estudo, a grande maioria da população reside em zona rural, tem a agricultura de subsistência como principal renda, além dos benefícios sociais. Há uma grande proporção de analfabetos e a rede sanitária é precária, como, por exemplo, a rede de água e esgoto, praticamente, inexistentes em grande parte das residências. Visto isso, buscaram-se métodos para chegar mais próximo e de maneira mais eficaz a essa população.

A meta era atingir os usuários de maneira ampla, baseado nas vertentes já citadas e conscientizá-los a respeito da pandemia, além de torná-los aliados da ESF no combate e controle da disseminação do vírus em questão.

A primeira vertente (informação) teve início na terceira semana de março de 2020 com o advento das medidas de distanciamento social adotadas pelo Ministério da Saúde. Em reunião de equipe, direcionaram-se os primeiros esforços em prevenção e informação. Foram utilizados o rádio e carro de som como estratégias principais de propagação das medidas planejadas, anteriormente, em equipe.

Foram quatro entrevistas mensais, sendo uma por semana, na rádio local, com a presença do médico. Nessas oportunidades, existia espaço aberto para tirar dúvidas sobre a doença e sobre as medidas de prevenção. Esse canal serviu para aproximar o usuário da equipe de saúde neste momento de distanciamento social.

O carro de som, cedido pela Secretaria de Cultura e Comunicação, ajudou a massificar a propagação das ideias de isolamento social. Em duas oportunidades, a Enfermeira, a Técnica de Enfermagem e a Auxiliar de Enfermagem percorriam as regiões de difícil acesso, guiadas pelos respectivos ACS, dentro do carro de som, orientando e lendo um texto previamente aprovado pela equipe em reunião.

A segunda vertente seguida (acolhimento) teve início com a retomada parcial dos atendimentos, na UBS, em abril de 2020. Nesta, não havia ainda instituído o acolhimento com estratificação de risco, logo, não existia momento mais oportuno para iniciar tal projeto. Ele foi

constituído e dividido em três níveis diferentes de risco, com desdobramentos em atendimento no dia, agendamento ou orientação. Nesta etapa, a Diretora, a Recepcionista, além da Técnica e da Auxiliar de Enfermagem, com auxílio dos ACS, divididos por escala, ajudaram a classificar os atendimentos e direcionar os usuários.

Tendo como base o Protocolo de Manchester adaptado para Atenção Básica e, como consequência, adaptado para a área em estudo, discutiu-se quais condições seriam priorizadas e ficou estabelecida uma determinada cor para cada situação.

A cor vermelha destinou-se para casos que demandaram atenção urgente e eram eles: síndrome gripal há no máximo 14 dias; pacientes psiquiátricos em crise; gestantes de alto risco; hipertensos sintomáticos ou com pressão arterial maior ou igual a 160x90mmHg; diabéticos sintomáticos ou com HGT maior ou igual a 300mg/dL; pacientes com sangramentos; síncope; e dor de início precoce (menor que 7 dias).

Por sua vez, a cor amarela simbolizava atendimentos não urgentes, que poderiam ser agendados em momento mais oportuno para evitar aglomeração na UBS. As situações enquadradas nessa classificação foram: vacinas; curativos; puericultura; marcação de visitas; renovação de receitas de psicotrópicos; diabéticos não sintomáticos ou com HGT menor que 300mg/dL; hipertensos não sintomáticos ou com pressão arterial menor que 160x90mmHg; gestantes que não eram de alto risco; e quadros de síncope ou dor há mais de sete dias.

Todos os outros atendimentos, que não estavam listados nas duas situações descritas acima, perfaziam os de cor azul e, para estes, os atendimentos presenciais foram temporariamente suspensos, porém com orientação para resolver suas demandas em momento oportuno. Eram situações como: avaliação e solicitação de exames de rotina; e consultas de avaliação periódica de saúde.

Finalmente, a terceira e última vertente diz respeito ao acompanhamento. Dividindo-se em:

1. a) acompanhamento dos pacientes com diagnóstico de COVID-19 e de seus contactantes; e
2. b) acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas com ou sem diagnóstico de COVID-19.

O primeiro grupo de pacientes são aqueles que passaram por avaliação médica, fizeram o exame para detecção de coronavírus e positivaram. Para estes pacientes, o monitoramento era feito a cada 48h via ACS e, em caso de alguma queixa persistente ou piora daquelas queixas em primeira avaliação, era marcada visita médica.

Ao fim dos sintomas e com melhora clínica após quatorze dias, era orientada a alta médica via remota, por ligação telefônica, tendo o médico a função de perguntar como se encontrava o paciente e se alguma pessoa de sua família ou se algum contactante direto possuía sintomas semelhantes, sendo orientados a procurar a UBS em caso positivo. Além

disso, eram divulgadas orientações para manter as medidas de higiene, o uso de máscara e o distanciamento social.

Já o segundo grupo de pacientes, que faziam parte da terceira vertente, eram aqueles que procuravam a UBS, se enquadravam nas estratificações vermelho ou amarelo, como citados acima, e precisavam de acompanhamento da sua condição de saúde. Como por exemplo, diabéticos ou hipertensos descompensados com alteração de prescrição médica e solicitação de exames; pacientes psiquiátricos com agudização de seu quadro e ajuste de medicações, gestantes de alto risco com alteração no acompanhamento pré natal, ou pacientes que procuravam a unidade com alteração clínica importante, a qual demandava investigação.

Devido a esses dois grupos de pacientes, a equipe concordou em instituir a teleconsulta, com ligação telefônica do Médico ou da Enfermeira para o paciente, afim, não só de falar sobre coronavírus, como também explicar sobre o acompanhamento de doenças crônicas. Esse acompanhamento poderia ser sobre orientações de saúde, explicações sobre as medicações ou até mesmo análise de exames. Esses exames eram previamente coletados, pelos ACS, nas residências dos pacientes demandados.

Após as vertentes serem executadas, ficou claro, para a equipe, que elas poderiam continuar ocorrendo, mesmo na ausência da pandemia, pois se mostraram eficazes, resolutivas e capazes de melhorar o acesso ao serviço. A equipe tornou-se acostumada a resolver os problemas da unidade seguindo este protocolo próprio e a população aprovou e habituou-se a receber as orientações, tanto no posto de saúde, quanto em casa via teleconsulta, proporcionando maior agilidade e capilaridade do serviço.



### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas ações, em conjunto, tiveram força suficiente para atingir grande parte da população adstrita à ESF, mesmo aquelas com acesso remoto. Elas foram planejadas para alcançar o usuário em alguma fase da sua procura pela atenção em saúde, quer seja em sua residência, com o rádio ligado, ou com o carro de som passando em frente a sua casa, como, também, na procura da UBS, onde teria o acolhimento, o direcionamento e, em último plano, o acompanhamento via teleconsulta.

Algumas limitações desse modelo precisam, também, serem descritas. São elas: a frequência reduzida do uso do carro de som; a relutância de alguns pacientes não estratificados como urgentes; e a ausência de uma boa cobertura de área telefônica, em todas as microáreas.

A primeira fragilidade diz respeito à dependência do serviço de carro de som do município. Serviço este ofertado pela Secretaria de Cultura e Comunicação. Porém, existia apenas um carro disponível para divulgação de qualquer ação realizada pelo município, não só as vinculadas à saúde. Fato esse que impossibilitou a maior frequência de utilização desse serviço.

A segunda dificuldade relatada remonta ao período prévio da pandemia com a famigerada formação de filas e ausência de vagas. O costume gerado, anteriormente, por não existir acolhimento e orientação, precisou ser trocado por essa nova metodologia e isso demanda tempo para funcionar de forma plena.

Por fim, o avanço tecnológico e a massificação do uso de celular, pela população, não estão em conformidade com a melhoria da cobertura de área telefônica, principalmente em regiões de acidentes geográficos, como: morros; depressões; e declives, dificultando, por vezes, as teleconsultas.

Mesmo diante dessas dificuldades, os pontos positivos, relatados nesse aqui, suplantam os pontos negativos e as fragilidades. Pois, cada uma dessas fragilidades exigiram estratégias não onerosas que conseguiram manter o plano e todas as vertentes citadas em pleno funcionamento e com prejuízo reduzido.

#### 4. REFERÊNCIAS

FERRAZ, B. **Covid-19**: estados brasileiros têm superlotação de leitos de UTI. Sociedade. 2020. Disponível em: <https://sociedadeonline.com/20/05/2020/covid-19-estados-brasileiros-tem-superlotacao-de-leitos-de-uti/>. Acesso em: 23 set. 2020.

JORGE, M. **O que é e como funciona a Teleconsulta**. Portal Telemedicina. 2020. Disponível em: <https://portaltelemedicina.com.br/blog/o-que-e-e-como-funciona-a-teleconsulta>. Acesso em: 23 set. 2020.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde. **Folha informativa COVID-19**. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19#trabalho>. Acesso em: 23 set. 2020.