



**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**

**CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA UBS CENTRO DE  
ACARAÚ, CE, EM VIGÊNCIA DE PANDEMIA COVID-19**

**ROMULO AUGUSTO DA CRUZ JUNIOR BERTOLACCINI**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

CONTRIBUIÇÕES DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA UBS CENTRO DE ACARAÚ,  
CE, EM VIGÊNCIA DE PANDEMIA COVID-19

ROMULO AUGUSTO DA CRUZ JUNIOR BERTOLACCINI

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: MARIA BETANIA  
MORAIS DE PAIVA

---

NATAL/RN  
2021

---

---

Agradeço ao Meu Pai, Romulo Cruz, que me sempre ensinou fazer o certo, mesmo que assim  
procedendo não obtivesse vantagens.

Agradeço à Mariza Bertolaccini, minha esposa, que me suporta e completa, desde sempre e  
para sempre.

Agradeço à minha Orientadora, Professora Maria Betânia, pelas orientações e paciência para  
com meus atrasos.

---

## **RESUMO**

O presente trabalho de Conclusão de Curso versa sobre as medidas para regularizar a Equipe de Saúde da Família (eSF) Sede, da Secretaria de Saúde de Acaraú ao atendimento às demandas programadas, às ações estratégicas visando garantir o município para enfrentamento à primeira Onda da Covid-19 quando as atividades assistenciais exceto avaliação e tratamento inicial das síndromes virais leve e síndromes respiratórias agudas graves foram suspensas, conforme recomendações emanadas do Ministério da Saúde à época. Estando o Médico da ESF em trabalho domiciliar, afastado da linha de frente, tão logo retornado o atendimento assistencial à demanda programada e programas da APS, foi iniciado com ênfase na efetivação da prevenção e tratamento do câncer de pele, até então pouco efetivo no território. Pouco pode ser feito nesse sentido, pois com final do ano de 2020, os funcionários da ESF Sede foram demitidos, a unidade entrou em reformas e continua inativa, fechada, até os dias de hoje. Na impossibilidade física de reativação dos programas assistenciais, adotamos ações táticas com a finalidade de manter vínculo e suporte com a população adscrita ao território da ESF Sede, através da utilização de mídias sociais. Tal disposição, até o momento da conclusão deste, encontra-se inalterada.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1.....	08
3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2.....	13
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	16
5.REFERÊNCIAS.....	17

## 1. INTRODUÇÃO

Situado no Município de Acaraú, CE, a ESF Sede, onde fomos alocados por ocasião de ingresso no Programa Mais Médicos (PMM), possui uma população adscrita de cerca de 2490 pessoas e o território é restrito ao centro da cidade que conta com população total de cerca de 57.542 habitantes segundo estimativa. O Município situa-se no litoral oeste do estado de Ceará, à 238 Km da Capital do estado (ACARAÚ,2021) e é Polo Microrregional de Saúde, vinculado à Macrorregião de saúde de Sobral.

A unidade de saúde que abriga nossa equipe é do tipo Estratégia de Saúde da Família (ESF), e conta apenas com nossa equipe, e o território de atuação restringe-se ao Centro da cidade. Esse aspecto gera uma característica particular relacionada ao perfil dos usuários, quando 30% da população é carente, cerca de 50% provida de recursos e que utiliza a unidade de saúde apenas para obtenção de facilidades, como renovação de receitas e obtenção de guias para realização de exames de médio e alto custo. Os demais 20% simplesmente não recorrem a este serviço. Nossa unidade apesar de classificada como ESF não dispõe de Cirurgião Dentista (CD), Auxiliar de Consultório Dentário (ASB). Os profissionais de nível superior que atuam na unidade restringem-se ao médico e enfermeira. Executando atendimento em regime de rodízio entre nossa ESF e as demais, temos ocasionalmente nutricionista, psicólogo e fonoaudiólogo, que atendem conforme programação e escala determinada pela SMS. Não há recursos de informática, exceto para as planilhas de atendimento, que são inseridas no sistema por um digitador. Os profissionais não tem acesso à internet, não obstante a farmácia satélite da unidade ser informatizada.

Dentre as opções que nos foram oferecidas para balizar a primeira microintervenção, havíamos optado por abordar o atendimento aos grupos, em especial os hipertensos, visando conseguirmos maior adesão dos usuários ao tratamento e ao mesmo tempo maior eficiência do sistema. Contudo nessa época (maio de 2019) eclodiu a Pandemia COVID-19. Resultando em consequências imediatas, tais como:

1. Afastamento do Médico da ESF este portador de comorbidades e inclusos nos critérios da Lei 13979 (BRASIL. (2020). Lei nº 13.979, de 06 de fevereiro de 2020.: Legislação Federal. 1. ed. Brasília, DF) e Portaria MS 428 (Brasil, MS (2020) Portaria MS 428 de 19 de março de 2020), para fins de trabalho em regime Home-Office.

2. Cessaçãõ transitória do atendimento aos programas da Atenção Primária à Saúde (APS) em benefício do atendimento aos casos de COVID-19.

Nesse período, com a concordância de nosso Supervisor junto ao Programa Mais Médicos, aproveitando nossa formação profissional e expertise em Gerenciamento de Crises e

Catástrofes, além nossa formação em Medicina Intensiva, engajamos esforços no planejamento e implantação do Hospital de Campanha do Município, recompletamento ? e ativação da UPA de Acaraú e ativação do SAMU estadual no âmbito da microrregião de saúde de Acaraú. Desta forma, por força da necessidade e condições vigentes, assumimos como primeira microintervenção as ações relacionadas ao enfrentamento e mitigação de agravos relacionados à Pandemia COVID-19.

Por ocasião da opção de abordagem à prevenção e tratamento do Câncer de pele, para fins de segunda microintervenção, fomos contemplados com novos fatores adversos, caracterizados pelas eleições municipais, quando nossa equipe, contratada pela Prefeitura Municipal de Acaraú, foi engajada na campanha política, e nesse ponto perdemos contato com nossa enfermeira, já que o médico estando em trabalho domiciliar, aquela profissional agia como os olhos, ouvidos e mãos do profissional médico, na condução das microintervensões. Após as eleições, talvez em função da administração municipal à época ter perdido as eleições, houve um esvaziamento das ações ligadas à APS, em especial os programas de saúde. Nesse período nossa ESF foi fechada para fins de reformas (que perduram até hoje), nossa enfermeira e quase totalidade dos funcionários da equipe foram demitidos, encontrando-se por ora a unidade de saúde desativada.

Em função desses fatores, e por estarmos em trabalho domiciliar, não tendo mais sido requisitados para préstimos à nova administração, iniciamos o trabalho de divulgação nos meios de contato social (em especial WhatsApp) para fins de orientação na medida do possível, relacionado ao encaminhamento de soluções. É importante esclarecer que não adotamos o sistema de telemedicina por acreditarmos ser esta uma ferramenta que deixa muito a desejar em termos de resolutividade e confiabilidade relacionado aos procedimentos, visto que exames é etapa indissociável da entrevista e coleta de informações, permitindo ao examinador (e por isso mesmo o termo “examinador”) formular hipóteses, acompanhar resultados e assim permitir assistência médica de qualidade à população adscrita.

Desta forma a primeira intervenção foi caracterizada por ações resolutivas visando a materialização de meios de atenção à saúde que elevaram a qualidade dos serviços disponíveis, possibilitando pelo menos a concretização do primeiro atendimento em Urgência e Emergência, em especiais condições que coloquem a vida em perigo, na forma de Suporte Avançado de Vida (SAV). No segundo momento, não sendo possível desenvolver microintervenção no manejo do câncer de pele, não dispondo mais de estrutura física para a continuidade do trabalho sequer em distância, iniciamos orientações aos pacientes que nos procuram, mediante divulgação de número de telefone para fins de link via WhatsApp.

Discorreremos neste Trabalho de Conclusão de Curso sobre os métodos e resultados relacionados à primeira e segunda microintervensões, dentro dos recursos que nos foram disponibilizados ao longo de 2020 e primeiro trimestre de 2021.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

### **Microintervenção 1: Acolhimento à Demanda Espontânea e Programada**

Ao fazer parte da Estratégia de Saúde da Família Sede (ESF) Sede, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Acaraú, Estado do Ceará, quando de nossa lotação naquela unidade foi passada a determinação pelo subsecretário de saúde de que a Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro deveria atender à todos os munícipes de todas as equipes de Saúde da Família (eSF ) em regime de Pronto Atendimento (PA), como aliás, já fazia o colega responsável pela outra equipe que dividia então a mesma estrutura física.

Somos provenientes de outra região, especificamente de centro urbano maior, que nos faz notar e nos causar indignação quando percebemos a intervenção, intromissão de terceiros no agendamento de consulta e realização de exames favorecendo este ou aquele usuário mediante critérios de afinidade política, quando o sistema foi, pelo menos no papel, concebido para prover acesso universal e equânime ao cidadão brasileiro.

Havia, para esta unidade, embora caracterizada como uma unidade de ESF, a designação de atendimento nos moldes de Pronto Atendimento (PA), onde se deveria atender a demanda livre de todo município, sem agendamento prévio e impossibilitando o desenvolvimento dos programas formulados pelo Ministério da Saúde (MS) para a Atenção Primária à Saúde (APS).

Diante dessa observação, nossa primeira intervenção, com orientação e autorização da supervisão do Programa Mais Médicos (PMM), foi de oposição a essa determinação, na perspectiva de se trabalhar de acordo com os pressupostos da ESF, visando a adoção dos preceitos constitutivos e bases legais, em observância ao modelo vigilância em saúde adotado, baseado na territorialização, população adscrita e das ações desenhadas para a ESF segundo as diferentes linhas de cuidado como a saúde da criança, saúde da mulher, saúde idoso entre outras.

A postura adotada pelo médico recomendando a cessação do atendimento de demanda livre à população de todo o município e visando objetivar acesso à população do território sofreu resistência por parte da enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) e recepcionistas da equipe, visto que assim procedendo, estariam contrariando determinação expressa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que utilizava aquela unidade para o atendimento nos moldes de PA sem recursos para, mas visando obtenção de moeda de troca para fins político-eleitorais. Nossa enfermeira foi quem primeiro compreendeu a adequação da formulação e desde que a responsabilidade direta pelas mudanças recaísse, em caso de não aceitação ou sucesso, sobre o médico, não criou obstáculo, pelo contrário, foi ela fundamental à aplicação das modificações no desenho de rede no âmbito do serviço de saúde.

Com a reimplantação dos programas, foi possível a equipe identificar e quantificar os portadores de condições que requeriam acompanhamento e suporte mais imediatos, sendo

esses os primeiros participantes dos grupos de hipertensão, diabetes, puericultura e alcoolismo, bem como alvos para visitas domiciliares, quando restritos ao domicílio.

Para fins de registro, mesmo na vigência do atendimento em moldes de PA, o atendimento às gestantes era mantido, porém criando algum descontrole, já que a unidade atendia a gestantes de todo o município conforme a discriminação das próprias pacientes, resultando na prática, da perda de controle no acompanhamento Pré-Natal.

Na operacionalização da implantação do atendimento às demandas programadas, foi introduzido o agendamento para agruparmos hipertensos, diabéticos, gestantes/puérperas e puericultura. O número de atendimentos por turno foi reduzido de forma a prover horários para atender aos usuários desses grupos, mas mantendo reserva de horários para atendimento aos pacientes portadores de condições agudas ou agudizadas. Nesse processo de organização da agenda a enfermeira da equipe em muito contribuiu para essa sistematização, aparentemente antes dessa microintervenção ela não tinha força, poder para implantar os programas na agenda da UBS visando regularizar e regular o funcionamento do serviço.

Se no primeiro momento a implantação dos programas da APS se deu de forma impositiva, observando-se os preceitos normativos, em segundo momento obtivemos a aceitação e adesão dos demais profissionais, que perceberam o melhor funcionamento da unidade e a ausência de oposição significativa por parte da até mesmo pois a aplicação desta microintervenção se deu respaldada pela legislação e orientações do MS e restritas à orientação acadêmica para condução das práticas na ESF.

Contudo, em virtude de particularidades próprias do perfil de população adscrita, houve baixa adesão aos programas instituídos na rotina da UBS, uma vez que parte significativa dos usuários da equipe Sede utiliza o serviço de saúde no intuito de satisfazer suas conveniências pessoais, como renovação de receitas controladas, quase sempre sem controle algum; transcrição de pedidos de exames emitido na rede privada para realização destes na rede pública e alguns dos usuários mais privilegiados, sequer se dirigem à unidade de saúde para tal fim, requisitando e obtendo Visitas Domiciliares (VD) apenas para renovação de receitas. Parte disso relaciona-se diretamente ao perfil da maioria da população do centro da cidade, onde há usuários que precisam de fato das ações da APS, enquanto outros são beneficiados e usuários diretos da saúde suplementar.

Pela mesma razão, não temos todas as gestantes do território acompanhadas pela ESF, já que a adesão ao pré-natal é moderada. Cerca de metade delas faz acompanhamento conjunto à saúde complementar e suplementar e não raro há conflitos de condutas, mas a elas interessa a obtenção de exames, em especial ultrassonografia obstétrica e, pasmem a morfológica de rotina. O modelo de saúde como um todo, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) não raro apresenta medicalização excessiva, em detrimento da prevenção quaternária, condição ideal onde o sistema de saúde tenta reduzir os efeitos da intervenção excessiva e desnecessária.

A título de esclarecimento, a prevenção quaternária é matéria de saúde comunitária e medicina integrativa, corrente a qual atendemos na prática particular. Nesse modelo, as intervenções na APS se restringem ao necessário, mas deveria também evitar e regular a solicitação de exames e prescrições desnecessárias. Sem aplicação da prevenção quaternária, observa-se rotineiramente no âmbito do SUS a realização, para alguns pacientes, de exames repetidos sem a devida indicação e em duplicidade, pois faz parte da cultura local fomentada pelo poder público local, a quase obrigatoriedade de realização de quatro, seis exames de ultrassonografia durante a gestação. Parte dessa postura deve-se ao clientelismo e fisiologismo vigente e quando o paciente quer determinado exame, sem a devida justificativa seu pedido é acatado e o poder público atende a essa necessidade como forma de não desagradar o eleitorado. Não conseguimos ainda, intervir nesse processo, pois não temos governabilidade para enfrentar tal situação.

A maior adesão se deu no grupo de diabéticos, contudo a medicação fornecida pelo SUS local é restrita ao básico, e, obviamente estarmos tratando da APS, ainda assim há necessidade de medicações específicas para cada grupo de pacientes. Casos selecionados que requeiram medicação de ponta, como insulina gargilina, insulina degluteca e liraglutida não são atendidos e parte deles faz parte do roll de medicamentos elencados para a APS. A título de exemplo, o uso da Glibenclamida, hipoglicemiante oral amplamente disponível e utilizado na rede, apresenta contra indicações para utilização em grupos de risco para doenças cardíaco e cerebrovasculares. A alternativa à glibenclamida não é luxo, e sim necessidade visando a redução dessas complicações tão comuns à diabéticos.

Nossa grande dificuldade relaciona-se ao perfil dos nutricionistas, pois quase nunca obtivemos a formulação de dieta e acompanhamento nutricional para os pacientes desse grupo. A resolução dessa carência é difícil no desenho adotado pela secretaria de saúde e talvez no âmbito da saúde pública brasileira, no qual esses profissionais são lotados no Núcleo de Apoio à Saúde Família (NASF), sob outra subordinação, atendendo à escala e normativas da Secretaria de saúde mediante seu coordenador. As reuniões de matriciamento não eram usadas para discussão e reformulação de táticas de abordagem. Talvez nesse ponto nossa postura, por demais positivista e visando a resolutividade, desencadeie nesses profissionais algum desconforto, considerando-se inclusive que toda alteração de status quo é, per si, geradora de desconforto. Penso, se de um lado o nível funcional do médico da ESF permite a ele modificar ações para seu território no que se refere à assistência médica, por outro lado, não alcança os profissionais da NASF, subordinados à outra esfera, com outra coordenação.

Já a adesão dos hipertensos ficou aquém do esperado, tendo em vista que constitui o grupo que apresenta maior índice de não comparecimento, talvez inclusive por ser a hipertensão silenciosa durante longo período antes das complicações. O grupo de Puericultura apresenta adesão inicial, que decaiu após seis meses de acompanhamento. Não

sabemos, a esse ponto, estabelecer as causas. Considerando-se o perfil de nossa população adscrita, não pode ser considerado o crescimento nos planos de saúde e aumento de profissionais de obstetrícia na rede suplementar.

Em tempo, é importante considerar que, essas ações tiveram curso deste junho/19 até março/20, pois em função da eclosão da Pandemia COVID-19 e consequente edição da Portaria do Ministério da Saúde regulamentando o home office para os maiores de 60 anos e/ou portadores de comorbidades, condição na qual nos encontramos, aliada à sistemática de dedicação integral à pandemia da Covid-19, as ações relacionadas aos programas deixaram de ser realizadas, retornando a unidade ao sistema parcial de atendimento a demanda livre ((BRASIL. (2020).

Sou Neurologista e Intensivista de formação, com atuação ao longo da vida em atendimento a Urgência e Emergência. Fomos responsáveis pela instalação de hospitais de unidades navais em alguns da frota da indústria petrolífera nas bacias de Campos e Santos. Aproveitando essa expertise, nesse ínterim fomos alocados no comitê técnico para enfrentamento à COVID-19, onde conseguimos motivar a administração municipal a efetivar o funcionamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) local, com duas ambulâncias básicas e uma de Suporte Avançado, inauguração da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com cinco leitos de suporte ventilatório e hemodinâmico, além de termos apresentado a administração com o plano completo de implantação de hospital de campanha, com 10 leitos de suporte de ventilação/hemodinâmica e 20 de retaguarda, especificamente para COVID-19, tendo sido este último não implantado, dada a política adotada pelo governo estadual. Entendemos que fomos alocados no município para suporte à ESF, porém, diante da situação de emergência sanitária, uma vez tendo obtido a aprovação do supervisor do PMM, abraçamos a função, permanecendo em suporte mediato, fora da linha de frente.

Mantivemos, mesmo à distância, o suporte à nossa ESF nos utilizando dos contatos quase diários com nossa enfermeira, visando a condução dos trabalhos, dentro das limitações existentes nessa modalidade de trabalho. Mas, por ocasião das eleições municipais de outubro/20, os funcionários da ESF na qual estamos lotados foram desviados para ações de campanha política, trazendo os atendimentos da APS para o mínimo e ensejando a quase cessação do tráfego de comunicações entre o médico e sua enfermeira. Prosseguindo a deterioração das comunicações, houve a paralisação do funcionamento completo de nossa unidade, que fechou para fins de reformas. Ato contínuo, todos os funcionários contratados foram demitidos, incluindo nossa enfermeira. Tal prática é, segundo consta, usual entre o final do exercício fiscal. Em geral os funcionários são recontratados em janeiro ou fevereiro, mas talvez em função da mudança de prefeito e consequente, reformulação de quase todo o quadro da SMS, essa recontração, para nossa ESF não ocorreu. Hoje, mês de abril de 2021, a nossa unidade encontra-se fechada, sem funcionários alocados para seu funcionamento.

Como desfecho, a intervenção no atendimento às demandas programadas teve fim, por ora. Acrescente-se a isso, com o recrudescimento da pandemia COVID-19, todas as ESF do município interromperam os programas, inclusive pré-natal. Podemos assim considerar que obtivemos sucesso parcial, enquanto pudemos estar à frente da ESF e enquanto a Pandemia não impôs mudanças significativas no desenho de rede.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Microintervenção 2 – Originalmente Abordagem à Prevenção e Tratamento do câncer de Pele.

Por ocasião da determinação de temas para a segunda intervenção, o Autor escolheu a abordagem à prevenção e tratamento do câncer de pele, contudo já àquela época a Enfermeira da ESF foi demitida por ocasião do término do exercício fiscal anual, como prática comum às diversas prefeituras do interior do Brasil, quando os funcionários contratados são demitidos para, caso não surgindo fato novo, serem contratados no ano seguinte, em meados de janeiro ou fevereiro. Essa profissional se constituía interface entre o Médico e a população, promovendo a ligação aos usuários e à própria unidade de ESF. A lacuna inviabilizou quaisquer aplicações de intervenções que exigissem a ação de terceiros.

Contudo fato novo surgiu: a administração municipal passada não conseguiu vencer as eleições, resultando em completa reformulação dos quadros da Secretaria de Saúde, com a não contratação da maioria desses funcionários demitidos.

Acrescente-se a isso que, estando Autor em trabalho domiciliar em função da vigência da pandemia COVID-19, sem contato junto à Enfermeira da ESF, perdeu-se conseqüentemente o contato com a população adscrita. Os programas de atenção primária na APS foram suspensos, com integralidade dos esforços voltados à COVID-19. Em função disso, não houve como se implantar a micro intervenção microintervenção dentro do planejado.

Dadas as limitações, o Autor promoveu junto aos ACS e alguns pacientes um número de telefone vinculado a uma conta de WhatsApp utilizando o recurso de “conta profissional” dedicado exclusivamente ao atendimento da população que tivesse meios e condições para estabelecer o contato.

Obviamente, jamais se pretendeu o atendimento clínico em distância (Telemedicina), pois embora em caráter excepcional permitido pelo Conselho Federal de Medicina, no nosso entendimento é ferramenta falha que não provê atendimento médico de qualidade, justamente por basear-se em impressões do paciente, sem a confirmação advinda da examinação e da confirmação mediante exames complementares.

O autor foi, durante quase vinte anos, Médico Regulador do SAMU em Belo Horizonte. Contagem, Sete Lagoas e Barbacena, todas essas cidades em Minas Gerais. Entende pois, que o atendimento em distância quando muito, permite a regulação, ou seja, a hierarquização de determinada condição quando à condição eletiva, urgência ou emergência. O teleatendimento permite encaminhar soluções imperativas, orientar quanto à necessidade e quais os melhores locais que atendam àquela necessidade apresentada visando ganhar tempo até que o atendimento de fato ocorra.

Nesse sentido, foi estabelecido o contato pretendendo orientações, jamais consultas em distância. Ao incio, a adesão foi lenta, até que em certo momento, experimentamos um boom no número de pessoas que recorreram ao serviço, que chegou a 140 pessoas que recorreram pelo menos uma vez ao sistema, sendo em media 4 a 6 atendimentos de demandas distintas por usuário.

Se de um lado o número de usuários que aderiram ao sistema é aparentemente baixo, quando considerado o universo constituído pela população do território que é de 2490 almas é mister considerar alguns fatores:

1. O Universo de usuários contempla tutores, tutelados, sendo que não raro um dos componentes familiares é “eleito” para se comunicar pelos demais componentes do núcleo familiar. Com uma média de 4 indivíduos por família, é possível projetar cerca de 540 adscritos alcançados, que corresponde a cerca de 22% da população adscrita à ESF Sede.
2. Nem todos a população adscrita é alfabetizada e tem facilidades para lidar com meios de comunicação eletrônicos.
3. A divulgação foi boca a boca, não contamos com mídia tradicional para divulgação, até mesmo para não mascarar a comunicação oficial da nova administração, que se mostra centralizadora.

Grande parcela das solicitações via aplicativo referiram-se a reclamações em função de não se conseguir renovação de receitas ou pior, a falta de medicação básica nas farmácias satélites dos postos. Outra parcela necessitava de encaminhamentos para a Atenção Secundária e Terciária, fosse para fins diagnósticos, fosse terapêuticos. Esses tiveram suas demandas, na âmbito da APS resolvida. Quanto a atenção secundária e terciária, em grande parte em função talvez da pandemia nos cumpre assinalar, no entanto, que poucos conseguiram prosseguimento no tratamento. Dentre esses, cito sensibilizado um deles, que apresentou diagnóstico sugestivo com linfoma a esclarecer, para este elaboramos três encaminhamentos à regulação do município para encaminhamento à hematologia oncológica, e entre idas e vindas a serviços equivocados, encontra-se hoje em fase terminal da doença, sem tratamento, quatro meses após o diagnóstico inicial.

Observamos duas vertentes facilmente identificáveis. A primeira, relacionada a viabilidade de aplicação da ferramenta, ressalvados os limites inerentes ao método, para fins de reduzir a distância entre o médico e o usuário. A outra vertente, versa sobre a dificuldade de adesão do usuário médio, já que compreende a necessidade de que o cidadão seja familiarizado às redes de comunicação por texto ou voz.

Curiosamente, a quantidade de usuários que fez mau uso do sistema, seja através da tentativa de discussão de assuntos não pertinentes, envio de memes, “bons-dias” desnecessários em um canal desses foi muito baixa. A maior parte das pessoas que aderiam soube manter comportamento digno e adequado, mostrando que a população, grande parte das vezes, precisa só de um canal e de atenção.

Obviamente há a necessidade de limitação de horários de atendimento para as respostas, pois é tendência moderna, em função de as pessoas de modo geral por poderem ser acessadas facilmente através de telefones celulares ou aplicativos de comunicação, elas tendem a fazê-lo a qualquer hora e esperando resposta imediata. Essa tendência foi disciplinada através da veiculação já no primeiro contato e de forma automáticas, de mensagem com os seguintes dizeres:

“ Este canal foi concebido para o esclarecimento de dúvidas e encaminhamento de demandas junto ao Dr. Romulo Bertolaccini, Médico da ESF Sede. Para fins de agendamento de exames, retirada de medicações, consultas clínicas, gentileza recorrer à Estratégia da Saúde da família em funcionamento mais próximas ao seu domicílio ou se orientar junto à Secretaria de Saúde de Acaraú”.

A compreensão do conteúdo da mensagem inicialmente foi pobre, requerendo esclarecimentos adicionais sobre.

Registrou-se que em pelo menos 3 contatos foi possível identificar usuários pertencentes a territórios de outras ESF, em função da divulgação do número do telefone e temos observado a tendência crescer, embora, por não termos os usuários do território catalogados em banco de dados. Os casos identificados são orientados a recorrerem fisicamente às suas respectivas ESF's.

São aceitas apenas mensagens de voz, visando documentação para fins legais, para fins de registro das demandas e ações, considerando-se a responsabilidade legal. Observamos que as pessoas tem dificuldades em aceitar isso, pretendendo a ligação telefônica por voz e mensagens de voz ou vídeo. A ferramenta via WhatsApp permite o arquivamento das mensagens de texto, sendo que as mensagens em multimeios ocupam espaço demasiado para arquivamento local.

O autor acredita que seria plausível a criação de um aplicativo que permitiria o contato com os usuários cadastrados na ESF e pertencentes à população adscrita, com arquivamento em nuvem. Tais recursos permitiria a identificação do usuário e o registro seguro dos atendimentos, permitindo inclusive o arquivamento de voz e vídeo, além de textos.

Esse canal se encontra por ora, enquanto o Autor encontra-se adido ao PMM em atividade, por absoluta necessidade visando manter vínculos com a população adscrita.

Entende o Autor que é uma possibilidade viável, desde que haja informatização dos prontuários da ESF e integração do banco de dados para consulta mediante aplicativo, visando identificar e registrar a demanda do paciente, evitando sobrecargas advindo do livre acesso da população geral, visto que o objetivo é atender a população adscrita ao território da ESF. Para tanto, é necessário informatizar e prover acesso à internet no âmbito da ESF.

A alternativa pode ser viável, pois, desde que haja a limitação do acesso da população ao médico e enfermeiro da area, e haja referencia cruzada com o banco de dados, quando este existente. O aplicativo idealmente deveria ser dedicado, oferecendo recursos próprios específicos à demanda do tipo de orientações requerido na ESF.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O funcionamento da ESF ao longo dos anos de 2020 e 2021 foi bastante impactado pela pandemia COVID-19, quando o despreparo em especial das cidades do interior para atendimento a eventos de massa e catástrofes era inexistente, pelo menos no âmbito do Município de Acaraú, CE.

O autor, designado para assumir a ESF Sede mediante convênio do município junto ao PMM do Brasil, se deparou com realidade que deturpava, em princípio, as finalidades e programação das ações de APM, e que eram caracterizados pela utilização da estrutura da ESF como modelo de PA, sem, contudo, os insumos e equipamentos necessários a tal, sem salas de observação ou material de suporte de vida avançado. A unidade funcionava como o que comumente se chama de "Postão" e., uma unidade onde se realiza apenas consultas sem agendamento prévio, atendendo a livre demanda, sem sequer a confecção de prontuários de atendimento.

Considerando-se a disposição normativa, o autor empreendeu ações visando o retorno do atendimento com observância da territorialidade, população adscrita e adoção das ações de atendimento à demanda programada, não sem certa resistência inicial. No primeiro momento, contudo, pode-se classificar essa intervenção inicial como exitosa, mas que perdurou somente até a eclosão da pandemia COVID-19 e todas as consequências resultantes, dentre as quais a suspensão dos programas assistenciais, e após as eleições municipais, a desmobilização de pessoal com o fechamento da unidade de saúde que abrigava a equipe de ESF.

Com o impedimento de execução da assistência à demanda programada e em especial, com a ausência de meios de interface entre o médico da ESF e a população adscrita, como medida de recurso final foi criado um canal de comunicação via redes sociais entre o médico da ESF e parcela da população que tomou conhecimento e aderiu ao sistema. A resposta foi melhor que a esperada, e, se de um lado se provê suporte emocional e burocrático aos usuários, do outro lado a resolutividade continua e enfrentar os óbices da ausência quase completa de recursos nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, agravados em muito pela vigência da pandemia COVID-19.

## 5. REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria MS 428, de 19 de março de 2020**. Dispõe sobre as medidas de proteção para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19) no âmbito das unidades do Ministério da Saúde no Distrito Federal e nos Estados. Diário Oficial, 20 mar. 2020. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Portaria/PRT/Portaria%20nº%20428-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20nº%20428-20-ms.htm). Acesso em 05 maio 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº PORTARIA Nº 639, de 31 de março de 2020**. Dispõe sobre a Ação Estratégica "O Brasil Conta Comigo - Profissionais da Saúde", voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial, 31 mar. 2020. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0639\\_02\\_04\\_2020.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0639_02_04_2020.html). Acesso em: 2 maio 2021.

OMS declara emergência de saúde pública internacional para novo coronavírus. 16/03/2020. Genebra, 30 jan. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/oms-declara-emergencia-de-saude-publica-internacional-para-novo-coronavirus>. Acesso em: 2 maio 2021.

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto Presidencial nº LEI Nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020**, [S. l.], 6 fev. 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/Lei/L13979compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13979compilado.htm). Acesso em: 2 maio 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAÚ. **Decreto nº 1406202001/2020, de 14 de junho de 2020**. PRORROGA, ATÉ O DIA 21 DE JUNHO DE 2020, A POLÍTICA DE ISOLAMENTO SOCIAL RÍGIDO, NOS TERMOS DO DECRETO Nº 11052020/01, DE 11 DE MAIO DE 2020. **Decreto Municipal**, [S. l.], 14 jun. 2020. Disponível em: <https://www.acarau.ce.gov.br/decretos.php?id=595>. Acesso em: 2 maio 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAÚ. **Decreto nº 060420201/2020, de 6 de abril de 2020**. DECRETA ESTADO DE CALAMIDADE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. **Decreto Municipal**, [S. l.], 6 abr. 2020. Disponível em: <https://www.acarau.ce.gov.br/decretos.php?id=510>. Acesso em: 2 maio 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAÚ. **Decreto nº 1703202001/2020, de 17 de março de 2020**. DECRETA SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA EM SAÚDE E DISPÕE SOBRE MEDIDAS PARA ENFRENTAMENTO E CONTENÇÃO DA INFECÇÃO HUMANA PELO NOVO CORONAVÍRUS. **Decreto Municipal**, [S. l.], 17 mar. 2020. Disponível em: <https://www.acarau.ce.gov.br/decretos.php?id=490>. Acesso em: 2 maio 2021.

