



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

**UMA RESPOSTA A PANDEMIA NA UBS DR. CID SALEM EM MOSSORO-
RN: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

JOAO WERLEY BANDEIRA GOMES

NATAL/RN
2020

UMA RESPOSTA A PANDEMIA NA UBS DR. CID SALEM EM MOSSORO-RN:
RELATO DE EXPERIÊNCIA

JOAO WERLEY BANDEIRA GOMES

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: CLEYTON CEZAR
SOUTO SILVA

NATAL/RN
2020

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Francisco de Assis Bandeira e Antonia Merelândia Bandeira que tanto me ensinaram a ser o profissional que sou hoje e a minha esposa Juliana Rafael de Queiroz Bandeira que sempre esteve ao meu lado com minha filha Letícia Queiroz Bandeira.

Dedico todo meu trabalho e minha dedicação a minha filha Letícia Queiroz Bandeira

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
2 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO	07
<i>2.1 Introdução.....</i>	<i>07</i>
<i>2.2 Metodologia.....</i>	<i>07</i>
<i>2.3 Resultados alcançados.....</i>	<i>08</i>
<i>2.4 Continuidade das ações</i>	<i>08.</i>
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
REFERÊNCIAS.....	11

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Dr. Cid Salem localizada no bairro Abolição IV, no município de Mossoró-RN é bem estruturada e fica situada em bairro periférico, por mais que seja uma unidade bem equipada e organizada o tráfico de drogas é bem evidente na região, possui 3.100 pessoas cadastradas com uma meta de 4.000 cadastros. A comunidade é subdimensionada e possui uma demanda excessiva, possuindo 3 equipes de saúde, constituída por 7 micro áreas.

A área da microintervenção ocorreu no bairro Abolição IV, onde a a Unidade Básica está presente e que possui a maior porcentagem de pessoas cadastradas. Dessa forma, tentou-se abranger várias outras equipes no intuito de quanto maior fosse o conhecimento científico sobre o novo coronavírus, menor seria sua velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes na região. Como a equipe ainda girava em torno de muitas incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias a serem utilizadas, fez-se o uso do manual distribuído pelo Ministério da Saúde para iniciar-se a conscientização da equipe em disseminar essas informações de medidas preventivas dentro da região.

No primeiro momento , a principal preocupação foi garantir a segurança de toda a equipe. Era primordial que os profissionais de saúde tivessem essa garantia necessária para conseguirem desenvolver suas atividade de maneira proficua e sem medo. Mais do que isso , além de resguardar a sua saúde , o profissional não poderia se tornar um vetor de disseminação comunitária do vírus, logo a solicitação EPIs adequados era algo premente para um adequado funcionamento, uma vez que seríamos a porta de entrada do sistema público de saúde. Em paralelo , precisava-se identificar ,de forma ativa, dentro da própria unidade de saúde aqueles que apresentavam sintomas compatíveis com uma síndrome gripal e afastá-los por tempo adequado.

Como objetivos primários definiu-se os agendamentos respeitando a capacidade máxima da UBS, os profissionais que estariam trabalhando, deveriam estar devidamente paramentados com EPIs, e os pacientes aguardariam em ambiente ventilado, respeitando o distanciamento social de um metro. A porta de entrada estaria fechada e só entraria um paciente por vez. A triagem deveria ser feita no ambiente externo da UBS, no caso em ambientes abertos sendo de extrema importância dar intervalos de um paciente ao outro para que o profissional de triagem realiza-se a higienização de tensiômetro, estetoscópio, termômetro.

Dessa forma, esta microintervenção foi de acordo com a desenvoltura da epidemia de COVID-19 e este trabalho de conclusão de curso tem o objetivo de relatar a experiência da UBS Dr. Cid Salem e como a população enfrentou essa nova doença. O TCC está dividido entre o relato da microintervenção, onde foi atuado, o resultado encontrado na região e os resultados detectados na área onde fiz a interferência nas seguintes seções: introduzindo o

relato, metodologia, resultados alcançados, continuidade das ações e considerações finais.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

2.1 Introduzindo o Relato

A pandemia da COVID-19 pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) tem se apresentado como um dos maiores desafios sanitários em escala global deste século. Na metade do mês de abril, poucos meses depois do início da epidemia na China em fins de 2019, já haviam ocorrido mais de 2 milhões de casos e 120 mil mortes no mundo por COVID-19, e estão previstos ainda muitos casos e óbitos nos próximos meses. No Brasil, até então, tinham sido registrados cerca de 21 mil casos confirmados e 1.200 mortes pela COVID-19 (WERNECK; CARVALHO, 2020)

Dentro desse fator a recente experiência com o coronavírus SARS-Cov2 mostrou que a letalidade é diretamente proporcional a forma decisiva de resposta das redes de serviços de saúde, principalmente atenção básica na detecção precoce dos casos, como na disponibilidade aos cuidados críticos prestados por profissionais de saúde.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) atuou imediatamente, a partir da detecção dos rumores sobre a doença emergente. Em 22 de janeiro, foi acionado o Centro de Operações de Emergência (COE) do Ministério da Saúde, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS). O Ministério da Saúde reforça desde do princípio as medidas de prevenção da transmissão da corona vírus, nas quais se destacam: a lavagem das mãos com água e sabão ou sua higienização com álcool em gel, o uso da máscara para cobrir o nariz e a boca, o distanciamento social, o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, manter a ventilação nos ambientes. (BRASIL, 2020)

Diante do contexto excepcional atual devido à epidemia do Covid-19, algumas medidas precisavam ser tomadas no escopo da rotina na Unidade Básica de Saúde Dr. Cid Salem localizada no bairro abolição IV, no município de Mossoró-RN no intuito de diminuir o surto dentro do contexto da atuação básica em nossa área de atuação. Essa resposta precisava ser rápida e organizada, necessitando de participação de todos os profissionais e setores de nossa unidade, uma vez que, em muitos casos, poderia haver necessidade de redistribuição de funções, o que necessitaria de uma adesão espontânea por parte das pessoas afetadas.

O objetivo desse material é mostrar o plano de contingencia desenvolvido na minha área como intuito, de nesse cenário atual, conter de alguma forma a disseminação do vírus.

2.2 Metodologia

A partir daí, com o quadro de colaboradores restante, foram necessárias algumas adaptações e restrições do fluxo. As marcações de consultas precisavam ser repensadas, uma vez que geravam uma aglomeração inaceitável, incompatível com o isolamento social determinado pelas autoridades de saúde. Então a demanda espontânea com acolhimento e triagem foi definido como a regra para entrada do usuário. Uma equipe específica foi escalada para esse fim, e o fluxo passou a ser mais restrito com distinção entre aqueles com sintomas

respiratórios, que passaram a ser alocados em uma ala da unidade, enquanto os outros, com queixas diversas, são direcionados para um setor diferente na própria unidade. Em ambos os setores os usuários precisam manter uma distância segura e, para isso, foi estabelecido, com sinalização, os locais onde eles poderiam sentar-se. Os pacientes sintomáticos respiratórios, necessariamente, precisam adentrar à unidade com máscara.

Nesse contexto, considerando a dificuldade crescente de se encontrar tal suprimento, um grupo dentro da própria unidade tomou a iniciativa de confeccionar máscaras de tecido para serem distribuídas entre os usuários, com fim de minimizar os riscos de disseminação. Houve uma campanha de arrecadação para se conseguir as matérias primas e a produção continua, o que vem sendo um bem importante para a conscientização da população sobre a importância de medidas comportamentais para o combate à pandemia.

2.3 Resultados alcançados

Nesse momento, considerando as novas recomendações, há incentivo para que a comunidade use máscara sempre que for sair de casa, independentemente ou não de estar assintomático. Na realidade da rotina médica, alguns agendamentos essenciais precisaram ser mantidos, como o pré-natal. Porém passou a ser feito por via remota, preferencialmente, com prioridade àquelas gestantes no terceiro trimestre de gestação e aos casos de urgência obstétrica. As gestantes foram atendidas em um turno específico, não havendo liberação de fichas para demanda espontânea nesse momento, exceto em casos de urgência/emergência médica. As visitas domiciliares foram suspensas à princípio, porém com o auxílio da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde, foi estabelecido um plano de retorno gradual ao atendimento domiciliar, no qual o agendamento foi feito por via remota e os atendimentos são feitos àquelas pessoas que estejam sem sintomas respiratórios e que não apresentem em sua residência pessoas com sintomas respiratórios. Além disso, foi fornecido máscara para o paciente e seu acompanhante, no momento da consulta. Os demais atendimentos eletivos específicos ainda estão sem data para serem retomados, porém a grande maioria dos usuários acaba sendo contemplado na demanda espontânea, quando necessário.

2.4 Continuidade das ações

Para atendimentos de urgência utilizou-se a escala de Manchester nas cores verde, amarelo e laranja, caso seja necessário, estes pacientes serão encaminhados aos hospitais de referência, mantendo assim, os atendimentos de urgências ambulatoriais de modo que a população não ficará desassistida e desafogará o fluxo do hospital. Esta medida também evita o contato com pacientes portadores de sintomas gripais que estejam no serviço terciário.

Atendimentos de pacientes com sintomas respiratórios não graves deverão ser agendados nos turnos vespertinos e com hora marcada. Separando os pacientes com sintomas gripais de pacientes dos outros com sintomas, evitando assim possível contágio e facilitando a adequação da unidade para seu funcionamento. Para os pacientes crônicos, pré-natal e CeD deverão ser

agendados de forma remota.

Os consultórios médicos e sala de enfermagem deverão ser relocados para ambientes arejados, de acordo com a estrutura da unidade e máscaras são fornecidas ao paciente de acordo com critérios de gravidade para covid19.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ciente que seríamos porta de entrada de casos suspeitos de Covid-19, foi necessário adequar a unidade para receber essa demanda. Criando medidas de prevenção onde era determinado que qualquer caso suspeito seria direcionado a uma área específica da unidade, tendo assim, prioridade no atendimento médico e diminuindo seu tempo na unidade, após avaliado, ser direcionado de forma específica para proceder o tratamento. Os casos graves , que apresentavam Síndrome de angústia respiratória do adulto (SDRA) , são isolados no próprio consultório e encaminhados para as Unidades de Pronto Atendimento tendo uma ambulância disponibilizada pela secretaria de saúde para transporte desse paciente. Após remoção do paciente, a sala necessita de um controle asséptico para assim poder ser reutilizada.

Somos cientes das limitações estruturais em nossa unidade, porém é possível minimizar o risco de exposição e transmissão do vírus nesse contexto de epidemia com medidas simples, que envolvem readequação da utilização da estrutura física disponível e redistribuição de funções entre os colaboradores da unidade. Para isso, alguns sacrifícios pessoais são necessários e o sentimento de coletivo da equipe precisa ser a mola propulsora para essas iniciativas, uma vez que , sem a adesão conjunta dos colaboradores quaisquer medidas acabam se tornando inócuas.

Portanto, todas essas medidas deverão permanecer na unidade, visando a segurança dos profissionais de saúde e seus respectivos pacientes, tendo assim um maior controle da disseminação da doença, como também um tratamento mais rápido e eficaz.

4. REFERÊNCIAS

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n.5, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n5/e00068820/en/>. Acesso em: 30 set. 2020.