



**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 ENFRENTAMENTO CONTRA A PANDEMIA**  
**PROVOCADA PELO COVID-19 DESENVOLVIDAS NA UNIDADE BÁSICA**  
**DE SAÚDE ZELITO CALAÇA DO MUNICÍPIO DE PEDRO AVELINO NO**  
**RIO GRANDE DO NORTE**

**MIRELLA KATARINA DE MEDEIROS**

---

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

---

---

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO CONTRA A PANDEMIA PROVOCADA PELO  
COVID-19 DESENVOLVIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ZELITO CALAÇA  
DO MUNICÍPIO DE PEDRO AVELINO NO RIO GRANDE DO NORTE

MIRELLA KATARINA DE MEDEIROS

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: RAFAEL SOARES DIAS

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Os agradecimentos do meu TCC se misturam e confundem com a gratidão que eu tenho pelas pessoas que estiveram (e estão) comigo nesse período tão conturbado que está sendo a pandemia do COVID-19. Devido às orientações de distanciamento social, na quase totalidade do tempo eu estava cercada pelos meus colegas de trabalho.

Dessa forma, irei começar pela minha equipe. Inicialmente, quero mostrar a minha gratidão, afeto e amizade à equipe da UBS Zelito Calaça, que me acolheu há quase dois anos, em especial à minha enfermeira - e amiga - Elissandra Bezerra, presente o tempo todo comigo, ouvindo, ajudando e acolhendo. À melhor técnica de enfermagem, Márcia, que sabe de tudo que acontece na Unidade e tem um coração gigante. À Aliane, minha dentista, que sempre esteve presente, preparada e focada a ajudar em tudo que eu pedisse e teve que preencher uma infinidade de fichas de monitoramento quando eu pedia. À minha coordenadora da Atenção Básica, Alessandra Maciel, incansável, corretíssima, sempre disposta a oferecer o melhor à equipe e, principalmente ao paciente.

Sou profundamente grata à minha amiga Clarisse Jales, a nutricionista do município, minha companheira de estrada, que toda semana, com chuva ou sol, está comigo indo e vindo para o interior, sempre com uma palavra doce e afetuosa.

Ao meu amigo-irmão, colega de quarto, psicólogo de profissão e melhor ouvinte nas horas vagas, Victor Vasconcelos, que divide comigo a casa no interior e a paixão pela saúde mental. Ao presente que ganhei nessa pandemia, Airon Filho, que só apareceu em Pedro Avelino por conta da quarentena e se tornou meu amigo, confidente e companheiro de caminhadas. Vocês dois seguraram as dificuldades e fizeram de Pedro Avelino um lar para mim.

Por fim, agradeço ao meu namorado, Túlio Benavides, sempre me esperando em casa com uma comidinha quente, amor, afeto e um ombro para que eu não me sentisse desamparada e assustada nesse cenário caótico.

---

---

**(Rascunho)**

Muitas ideias sobre quem merecia a dedicação desse Trabalho de Conclusão do Curso passaram pela minha cabeça enquanto o produzia. Todavia, não poderia deixar de dedicá-lo àqueles que perderam a sua vida para o COVID-19. Inicialmente, pensei em me referir apenas aos brasileiros que faleceram, mas não seria suficiente para mim. Preciso dedicar minha energia e consideração por todos que de forma infeliz e lamentável vieram a falecer. E hoje (dado colhido no dia 28 de setembro), de acordo com a Organização Mundial de Saúde, foram confirmados 1.000.555 óbitos decorrentes da infecção do vírus SARS-CoV-2.

Um milhão de pessoas morreram até então. Dos mais diversos países, cores, etnias, idades e classes sociais. Eu não sei seus nomes. Nunca seria capaz de saber de todos os nomes e de todas as suas histórias. Nem poderia ter cuidado de todos vocês e segurado as suas mãos para que não se sentissem sozinhos ou assustados. Porém, posso dedicar meu humilde trabalho às suas memórias.

---

## **SUMÁRIO**

### **SUMÁRIO**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>2</b>
<b>2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO</b>	<b>3</b>
<b>3. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>7</b>
<b>4. REFERÊNCIAS</b>	<b>8</b>
<b>5. ANEXOS</b>	<b>9</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo se refere ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado pela médica Mirella Medeiros, alocada no município de Pedro Avelino, Rio Grande do Norte (RN), pelo Programa Mais Médicos (PMM) do Ministério da Saúde (MS). Esta cidade se encontra na mesorregião Central Potiguar e possui pouco mais de 7 mil habitantes, segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sua economia gira basicamente em torno da agricultura, de modo que parte da população reside na zona rural.

Em termos de saúde, o território de Pedro Avelino é dividido em quatro áreas, cada uma coberta por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo: Baixa do Meio, Zelito Calaça, Centro de Saúde e José Martins. A UBS na qual o PMM está inserido é a Zelito Calaça, responsável por cerca de 800 famílias o que equivale há aproximadamente 2500 pessoas, distribuídas tanto na zona urbana quanto na rural, consistindo na UBS com maior número de pessoas cadastradas. A equipe é composta por médica, dentista, enfermeira, seis agentes comunitários de saúde, duas técnicas de enfermagem, auxiliar de dentista, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, porteiro e auxiliar de farmácia. Além disso, é importante contextualizar a situação de cobertura de serviços médicos e hospitalares na cidade: não possuímos leitos de internação, laboratório de análises clínicas e exames de imagem, além do fato de que não há, rotineiramente, médico plantonista no Pronto-Socorro (PS) durante a semana. Logo, todos os atendimentos de Urgência e Emergência, bem como os de Atenção Básica da cidade são realizados pelos médicos que estiverem nas UBS do município, independente da área na qual estão alocados. Já os pacientes mais graves que necessitem de assistência e/ou exames para elucidação do caso devem ser encaminhados para serviços de referência de maior complexidade.

Observando esse cenário, associado ao contexto da pandemia ocasionada pelo vírus SARS-CoV-2, algumas ações foram implementadas na UBS Zelito Calaça. Inicialmente, aspectos do espaço físico da Unidade foram modificados: criação de uma sala de isolamento para receber os pacientes com sintomas respiratórios ou casos suspeitos, sinalizações para manter o distanciamento social, como marcação em cadeiras estratégicas na sala de espera e fitas de isolamento delimitando os espaços que os usuários poderiam utilizar. Além disso, algumas atividades rotineiras foram suspensas, como grupos, visitas domiciliares, puericultura e pré-natal (com algumas exceções); e o atendimento à demanda espontânea foi desencorajado, de modo que a maior parte das consultas médicas, odontológicas e de enfermagem passaram a ser agendadas.

Outra intervenção realizada foi a criação de um fluxo de atendimento para o paciente com sintomas respiratórios e/ou suspeito: este chegava na UBS, era acolhido pela equipe de enfermagem que o direcionava para o isolamento e, posteriormente, receberia a avaliação e os cuidados dos profissionais de nível superior.

Com as intervenções supracitadas, a equipe buscou reduzir aglomerações dentro da UBS; suspender atendimentos e ações pouco imediatas; acolher, isolar e assistir os casos suspeitos e confirmados; educar a população a respeito dos cuidados necessários para evitar o contágio da doença; e reduzir o risco de contaminação dos profissionais. Todas essas ações voltadas para o objetivo maior de brevar a disseminação do COVID-19, bem como prestar a melhor assistência aos pacientes suspeitos ou confirmados.

Por fim, podemos discorrer rapidamente sobre a estruturação desse Trabalho de Conclusão do Curso. Descreveremos de forma mais aprofundada as intervenções, sua metodologia, dificuldades e fragilidades encontradas para implementação das estratégias, número de casos acompanhados (suspeitos, confirmados, recuperados, descartados e óbitos), demais ações realizadas pela equipe no município, reflexões e considerações sobre a experiência desafiadora, intensa, enriquecedora e satisfatória que foi (e ainda está sendo) enfrentar uma pandemia em um serviço de Atenção Básica.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

No fim de dezembro de 2019 em Wuhan, capital da província de Hubei na China, começou a surgir pacientes com síndromes respiratórias que podiam ir desde sintomas leves, pneumonia e até casos que evoluíam para Síndrome de Angústia Respiratória Aguda ou SARS (do termo em inglês que significa Severe Acute Respiratory Syndrome), com o primeiro óbito registrado em 11 de janeiro, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Todavia, o agente etiológico desta nova doença só foi identificado posteriormente, sendo o vírus que ficou conhecido como SARS-CoV-2. Em fevereiro de 2020, foi notificado o primeiro caso no Brasil; e em março a doença chegou ao Rio Grande do Norte. Já no município de Pedro Avelino, de acordo decreto de número 86 de 25 de março deste ano, foram suspensas todas as atividades consideradas não-essenciais e iniciadas as estratégias para enfrentamento à pandemia do COVID-19. Desde então, a equipe da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da cidade se empenhou em atividades diversas nos mais variados setores, com enfoque na prevenção, monitoramento e isolamento de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19.

Todo esse trabalho preventivo, que já vem durando cerca de seis meses, foi de extrema importância, visto que, uma de nossas maiores preocupações como colaboradores da saúde em um município pequeno, humilde e com poucos recursos era a disseminação da doença, em especial, a possibilidade de casos graves que não poderiam ser acompanhados na cidade e as repercussões que isto poderia trazer para o bem-estar biopsicossocial da população. Sendo esta realidade a mesma de muitas localidades do Rio Grande do Norte: cidades modestas, assistidas prioritária e quase exclusivamente pela Atenção Básica, sem acesso imediato a serviços de média e alta complexidade. Dessa forma, toda e qualquer ação de enfrentamento ao COVID-19 dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), significa, no sentido mais direto e simples, a luta na linha de frente contra a disseminação do vírus em nosso país e não é capaz de quantificar o número de vidas e famílias poupadas.

Sendo assim, a descrição supracitada se encaixa exatamente no que tenho observado no meu território de atuação na UBS Zelito Calaça. O trabalho é desenvolvido em uma comunidade predominantemente pobre, com pouco acesso à recursos que vão desde educação básica, informações, medicações e alimentos em quantidades mínimas para uma boa condição de saúde. Sem mencionar àquela porção de pacientes que residem na zona rural, que costumam viver em condições ainda mais precárias que a encontrada na região urbana; e, como se não bastasse, ainda precisam enfrentar viagens de dez a 15 quilômetros em estradas rurais para chegar à Unidade Básica de Saúde.

Tal cenário pode ser exemplificado e explicado em números: o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - que usa como parâmetro o acesso à educação, longevidade e renda *per capita* - de Pedro Avelino é 0,583, de acordo com dados extraídos do IBGE.



Valores que vão de 0,500 a 0,599 equivalem a um IDH baixo, logo, podemos concluir que este território enfrenta grandes problemas relacionados à extrema pobreza. Sendo ainda pior quando comparado às outras cidades do estado, uma vez que ocupamos a 134ª posição em termos de IDH dos 167 municípios do RN. O reflexo disso é visto em nossos mapas epidemiológicos e na rotina das consultas: cerca de 140 pacientes com Diabetes Mellitus (DM), 350 com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 400 idosos e um número não quantificado de obesos, fatores comprovadamente mais arriscados para que o paciente desenvolva a forma grave do SARS-CoV-2. De modo que, todas as nossas ações de enfrentamento ao COVID-19 realizadas em nosso território, estão amplamente focadas na prevenção, para que a doença não chegue a essa população mais vulnerável e que não tenhamos que encarar terríveis desfechos para a vida de nossos pacientes.

Diante do exposto, traçar estratégias alinhadas à prevenção e controle da disseminação do COVID-19 do território configuram o objetivo primordial, sendo essa a maior batalha que enfrentada durante a pandemia. Além disso, também foi necessária articulação com os demais membros da equipe para pensarmos em como organizar o fluxo do paciente que tenha se apresentado suspeito, como acolhê-lo, oferecer orientações, cuidado e monitoração, sem que isso seja um risco para seus familiares e para os profissionais de saúde. E, para aqueles pacientes com evolução pouco favorável, tivemos que traçar uma estratégia de como encaminhá-lo para um serviço de referência, capaz de oferecer a atenção e suporte necessários.

Para entendermos como as estratégias de enfrentamento à pandemia causada pelo COVID-19 foram desenvolvidas no território precisamos, antes de tudo, conhecê-lo. A Unidade Básica de Saúde Zelito Calaça está alocada no município de Pedro Avelino, Rio Grande do Norte. Está situada na zona urbana, bem próxima da entrada da cidade, em uma pequena elevação de terra sem pavimentação de acesso. A equipe é composta por médica (eu, Mirella Medeiros, alocada nesta UBS através do Programa Mais Médicos para o Brasil), enfermeira, dentista, duas técnicas de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar de dentista, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, porteiro e auxiliar de farmácia. Além dos profissionais da ESF, contamos com o apoio da coordenadora da Atenção Básica, dos profissionais multidisciplinares (psicólogo, nutricionista, educador físico, assistente social e farmacêutica), dos membros da Vigilância Epidemiológica, das demais equipes de Estratégia de Saúde da Família e dos enfermeiros e técnicos que compõem o serviço de Urgência e Emergência da cidade. É importante destacar o motivo de englobar tantos profissionais que vão além do meu território nesta lista: o trabalho de enfrentamento ao COVID em Pedro Avelino foi feito de forma integrada e coordenada entre todos que podiam contribuir de alguma forma, de modo que não poderia excluí-los dessa descrição.

As nossas ações foram realizadas em diversos locais. O principal deles foi dentro da própria UBS. Ali tivemos algumas alterações importantes na dinâmica de trabalho,

implementadas a partir de 25 de março deste ano. A primeira delas foi a adaptação de atividades que gerassem aglomerações dentro do espaço físico da Unidade: atendimentos oriundos de demanda espontânea foram desencorajados; grupos de saúde mental e tabagismo foram suspensos; receitas e exames poderiam ser deixados na UBS pelos ACS para serem renovados e avaliados sem que o paciente precisasse ir à Unidade; atendimentos odontológicos e médicos somente em casos urgentes; o cronograma das visitas domiciliares foi interrompido e só ocorriam em casos previamente estudados pela equipe que vissem a impossibilidade de espera; acompanhamento de pré-natal e puericultura eram agora agendadas pelo ACS e os pacientes só compareciam no horário previamente estabelecido; o mesmo ocorrendo para consultas médicas eletivas: o paciente entrava em contato com o ACS ou a enfermeira que discutia o caso com a equipe e, se necessário, agendaria um horário para o atendimento.

Outra mudança necessária foi a adequação do espaço físico. Foi criada uma sala de isolamento respiratório (Anexo 1 e 2) para acomodar os pacientes que chegassem com qualquer sintoma respiratório e/ou febre e para aqueles casos suspeitos (contatos próximos de pacientes com suspeita ou já confirmados). O objetivo era manter o paciente em um ambiente arejado e separado dos demais usuários e profissionais, visando sempre reduzir o risco de transmissão do patógeno. Ademais, foram feitas sinalizações para manter o distanciamento social entre aqueles que estavam na UBS: marcações com fitas de isolamento para inutilizar temporariamente algumas cadeiras da sala de espera, deixando sempre os usuários afastados cerca de 2 metros (Anexo 3); delimitação dos espaços que as pessoas poderiam ocupar; e, por fim, uso obrigatório de máscaras por todos, incluindo usuários e profissionais.

A terceira e mais importante estratégia planejada foi o fluxograma de acolhimento ao paciente suspeito de estar com COVID-19. A forma como o paciente chegava ao atendimento podia ser por demanda espontânea ou agendamento realizado pela equipe. Ao chegar lhe era oferecida uma máscara e este era encaminhado para a sala de isolamento. A técnica de enfermagem fazia o acolhimento inicial, questionando as queixas do paciente, a presença de comorbidades e verificando sinais vitais como pressão arterial (PA), temperatura axilar, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação de oxigênio. Com posse dessas informações, a técnica informava à médica e, se o paciente estivesse estável, a dentista iniciava o preenchimento das fichas necessárias para acompanhamento do caso. A primeira delas é a *ficha de monitoramento de pacientes em isolamento domiciliar*, na qual dados como nome, endereço, idade, sinais e sintomas (febre, tosse, falta de ar), data da última exposição a algum caso suspeito eram colhidos. A segunda era a *notificação de isolamento domiciliar*, onde o paciente assinava um termo se comprometendo a permanecer em isolamento domiciliar. A terceira ficha correspondia a *notificação para casos suspeitos de COVID-19*, já que se trata de uma enfermidade de notificação compulsória. Por fim, o paciente é avaliado pela médica, que realiza a anamnese, questiona a presença de comorbidades e fatores de risco, examina e avalia

a gravidade do quadro. De acordo com isso, o paciente é liberado para ser tratado em domicílio ou encaminhado para um serviço de atenção de maior complexidade. E, caso faça parte do grupo de risco para desenvolver a forma grave da COVID-19, será submetido à testagem para confirmar ou descartar a doença.

Outras estratégias também foram adotadas pela equipe, sendo estas mais abrangentes e que iam além dos muros da UBS. Foi montada uma barreira sanitária na entrada da cidade, na qual todos os carros que chegavam eram parados, os passageiros tinham a temperatura verificada e questionados de onde vinham, quanto tempo iriam permanecer e se tiveram ou não contato com algum caso suspeito ou confirmado (Anexos 4, 5 e 6). Diversos mutirões de entrega de kits com máscaras e álcool para a população, feitos casa a casa, sempre acompanhados de orientações a respeito do COVID. Programas na rádio local, com a presença da médica, psicólogo e gestora para esclarecer dúvidas, disseminar informações e manter a população informada. Uso da página da SMS no Facebook, com lives e publicações de conteúdo informativo e educativo. Criação de um grupo de Whatsapp para informar a população diariamente e responder perguntas. Além da disponibilização de um número de telefone com Whatsapp para monitoramento de casos suspeitos e/ou confirmados; e para que a população pudesse entrar em contato com a equipe de saúde, seja com dúvidas sobre a doença, agravamento de sintomas, casos suspeitos, entre outras demandas.

As inúmeras ações supracitadas renderam bons frutos: conscientizaram, educaram e protegeram a nossa população da disseminação e morbimortalidade causada pela infecção SARS-CoV-2, com um inesperado bônus de estreitar laços profissionais. Não é possível quantificar todas as pessoas impactadas pelo conjunto de estratégias que traçamos, todavia, é válido descrever os casos monitorados, suspeitos, confirmados, descartados e recuperados. Como foi citado anteriormente, todo paciente que apresentasse algum sinal ou sintoma de síndrome gripal e/ou àquele com contato íntimo com provável portador de COVID-19, passava pela avaliação de uma equipe multidisciplinar, para então começar a ser monitorado pelos membros da saúde do município.

Segundo dados fornecidos pela SMS de Pedro Avelino e do Boletim Epidemiológico nº 176 da Secretaria de Saúde Pública (SESAP) do Rio Grande do Norte, com última atualização no dia 26 de setembro de 2020, tivemos 146 casos notificados no município. Destes 32 foram positivados para COVID-19, 72 suspeitas foram descartadas, 26 pacientes ainda aguardando confirmação e 16 casos ignorados (provavelmente não foram realizados exames comprobatórios nestes pacientes por não se enquadrarem nos critérios de testagem que priorizavam pessoas de grupo de risco para desenvolver a forma grave da enfermidade). Tivemos somente um óbito na cidade que será comentado posteriormente.

Dos pacientes citados acima, a grande maioria corresponde ao meu território de nossa unidade de saúde (explicado por ter a maior população adscrita). Foram notificados 71

pacientes com síndrome gripal; destes, 45 foram descartados para COVID-19 e 25 confirmados (71,4% do total). Com exceção de uma única paciente que veio a óbito, nenhum apresentou complicações que precisassem de atenção de média ou alta complexidade, de modo que todos foram acompanhados, monitorados e tratados em seu domicílio. A maioria deles fez uso de antibiótico (Azitromicina), corticoide e sintomáticos, de acordo com a clínica e comorbidades do paciente. Além desses cuidados, os membros da equipe de monitoramento ligavam a cada 48 horas para saber como o paciente estava e, caso fosse necessário, este seria orientado a procurar o serviço de Atenção Básica ou Urgência e Emergência. O único desfecho desfavorável que tivemos foi o óbito de uma paciente, da minha área, de 86 anos, portadora de DM, HAS e Insuficiência Cardíaca. No fim de junho ela foi levada à Urgência da cidade, com desconforto respiratório, evoluiu rapidamente para insuficiência respiratória, precisando ser intubada ainda no município e levada às pressas para um dos hospitais de referência da capital do estado. Infelizmente, ela veio a óbito poucos dias depois.

Apesar dessa fatalidade, considero que todas as nossas ações, trabalhos, iniciativas, empenho e foco na prevenção foram bem-sucedidos: só tivemos o nosso primeiro caso de COVID-19 dois meses após a doença ter chegado ao estado do RN. Comparando rapidamente a realidade de Pedro Avelino com cidades vizinhas como Afonso Bezerra, Angicos, Lajes e Guamaré, com dados extraídos da SESAP, pude observar o seguinte: tivemos a menor taxa de incidência a cada 100 mil habitantes e a segunda menor incidência de óbitos por 100 mil habitantes, ficando atrás apenas de Lajes. Se fizermos uma relação direta com o município mais próximo, tanto geograficamente, quanto em termos de oferta de serviços de saúde, que é Afonso Bezerra, veremos que lá tivemos 4,15 vezes mais casos confirmados e a incidência a cada 100 mil habitantes é 252% maior.

Município	Casos Confirmados	Incidência por 100 mil habitantes	Óbitos	Incidência por 100 mil habitantes
Afonso Bezerra	133	1205,3	8	72,5
Angicos	98	836,6	4	34,1
Guamaré	466	2975,9	17	108,6

Lajes	72	638,5	1	8,9
Pedro Avelino	32	476,5	1	14,9

Contudo, não podemos considerar que o trabalho e as atividades de prevenção chegaram ao fim. A partir do início de setembro deste ano começamos, gradativamente, a retomar as atividades e rotinas da ESF. As visitas domiciliares já são realizadas com maior frequência, palestras em salas de espera com temas relevantes já estão sendo realizadas, os atendimentos multidisciplinares foram iniciados. Mas, sempre com os cuidados essenciais de evitar aglomerações, marcando o horário dos atendimentos, exigindo que os usuários e os profissionais estejam sempre de máscara e outros equipamentos de proteção individual necessários. Permanecemos com a barreira sanitária. E o monitoramento de qualquer paciente com suspeita de COVID-19 não acabou. Estamos diariamente nos adaptando à essa nova realidade, sempre buscando oferecer o melhor cuidado possível aos nossos pacientes.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, aprendi que o trabalho de prevenção é sempre o que alcança melhores resultados. Vi a mobilização de todos os colaboradores da saúde de Pedro Avelino fazendo o possível e impossível com os recursos limitados que tínhamos. O que me deixou profundamente satisfeita de ter contribuído e esperançosa com o que a equipe pode ser capaz de realizar. Tivemos muitas dificuldades e a mais preocupante delas estava relacionada a ausência de um bom serviço de Urgência e Emergência, pois temíamos que vários pacientes evoluíssem com insuficiência respiratória e não pudessem ser estabilizados a tempo de chegar em unidades de maior complexidade. Ficamos muito assustados com as notícias (algumas vezes sensacionalistas) que recebíamos de países como a Itália, considerada desenvolvida e com um sistema de saúde bem melhor que o nosso, onde milhares de pessoas morriam e não havia caixões suficientes. Em diversas reuniões que fizemos, nos perguntávamos como seria e o que faríamos caso aquela densidade de casos e de óbitos ocorresse em Pedro Avelino. Não teríamos caixões ou valas suficientes no cemitério. Todavia, isso não ocorreu.

Hoje, reflito e penso que essas fatalidades foram evitadas com o árduo, calorento, cansativo e, muitas vezes, pouco reconhecido, trabalho de prevenção que fizemos. A equipe ia de porta em porta, toda paramentada com os EPIs, suando no calor médio de 35° que faz nessa cidade, para conscientizar, pedir e explicar à população a importância de fazer o isolamento social. Fomos às fazendas mais distantes entregar máscaras, álcool e passar orientações. Disponibilizamos nossos telefones pessoais para qualquer dúvida e necessidade que o usuário tivesse. Fizemos rondas noturnas, pedindo às pessoas para não ficarem nas calçadas à noite, em especial, àqueles mais idosos. Recebíamos denúncias de festas e aglomerações e lá ia o colaborador que estivesse disponível chamar a Guarda Municipal para desfazer a algazarra, muitas vezes gerando desafetos entre amigos e familiares, já que em Pedro Avelino todo mundo se conhece ou é primo distante.

Fomos formiguinhas e cada um carregava um pedaço do que fosse necessário para não deixar nossa população, nossos amigos e familiares adoecerem. Até as desavenças que existiam entre os colaboradores foram esquecidas em prol dessa causa nobre. Hoje, eu estou só o orgulho de ter participado disso. E não consigo nem dimensionar o que enfrentar a pandemia do COVID-19 em uma pequena cidadezinha do interior contribuiu para o meu crescimento profissional e pessoal, me fazendo entender que o trabalho na saúde é multidisciplinar, em equipe e que não se chega sozinho à lugar algum.

#### 4. REFERÊNCIAS

SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Protocolo de manejo clínico do coronavírus(covid-19) na atenção primária à saúde. 2. versão. Brasília. 2020

SESAP. Informe Epidemiológico Coronavirus(covid-19). 176. nº. Natal. 2020. Disponível em: <https://portalcovid19.saude.rn.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/DOC000000000241187.pdf> . Acesso em: 27/09/2020

PREFEITURA MUNICIPAL DE PEDRO AVELINO. Plano de Contingência para enfrentamento ao COVID-19(novo coronavirus). Pedro Avelino. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO DE PEDRO AVELINO. Decreto nº 86, de 25 de março de 2020. Pedro Avelino. 2020. Disponível em: <http://www.diariomunicipal.com.br>. Acesso em: 30/09/2020

IBGE. Tabela de Índice de Desenvolvimento Humano. Pedro Avelino. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rn/pedro-avelino/pesquisa/37/0> . Acesso em: 29/09/2020

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Gráfico COVID-Explorer. 29 de set de 2020. Disponível em: <https://worldhealthorg.shinyapps.io/covid/> . Acesso em: 29/09/2020

5. ANEXOS











