

Teleatendimento em tempos da Covid-19: uma estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários atendidos na Atenção Primária à Saúde, no município de Salvador-BA

Telehealth service in Covid-19 times: a longitudinal care strategy for priority groups served in primary health care, in the city of Salvador-BA

David Ramos da Silva Rios¹, Caroline Lopez Fidalgo²

RESUMO

A pandemia da Covid-19 desencadeou uma gama de alterações no funcionamento das unidades de saúde. No caso específico da atenção primária observa-se um remodelamento dos processos de trabalho, das interações entre profissionais de saúde e usuários no acesso aos serviços. O presente artigo objetiva apresentar uma proposta de teleatendimento para pessoas portadores de hipertensão arterial e diabetes na Unidade de Saúde da Família Prof. Sabino Silva, em Salvador-Bahia, que poderá ser replicada em outros contextos. Elaborada de forma dialógica por residentes de Medicina de Família e Comunidade, a referida proposta poderá propiciar inúmeros benefícios: maior integração entre os membros da equipe de saúde; garantia de monitoramento das pessoas adscritas na unidade; manutenção da longitudinalidade do cuidado; redução da exposição das pessoas à Covid-19; reordenamento do acesso ao serviço de saúde; maior participação dos profissionais em trabalho remoto.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Telemedicina. Infecções por Coronavírus. Doença Crônica.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic triggered a range of changes in the operation of health facilities. In the specific case of Primary Care, there is a remodeling of work processes, of the interactions between health professionals and people in accessing services. This article aims to present a telehealth service proposal for people with arterial hypertension and diabetes at the Family Health Unit Sabino Silva, in Salvador-Bahia, which could be replicated in other contexts. Dialogically elaborated by residents of Family and Community Medicine, this proposal can provide numerous benefits: greater integration among the members of the health team; guarantee of the monitoring of people registered in the unit; maintenance of longitudinality of care; reduction of people's exposure to Covid-19; reordering of access to health services; greater participation of professionals in remote work.

KEYWORDS: Primary Health Care. Telemedicine. Coronavirus Infections. Chronic Disease.

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: fevereiro de 2021 – Aceito: junho de 2021

¹ Médico. Bacharel em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) (2011). Discente do curso de Pós-graduação (lato Sensu) em Gestão em Saúde na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), graduando em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA). E-mail: david-rios@hotmail.com

² Professora Auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Mestra em Tecnologias em Saúde pela EBMSP. Graduada em Medicina pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

INTRODUÇÃO

Iniciada em novembro de 2019, na província de Hubei na China, a epidemia causada pelo SARS-CoV-2, responsável pela doença intitulada Covid-19, espalhou-se por todo o mundo e se tornou o maior desafio sanitário do século XXI^{1,2}. Altamente transmissível, o vírus chegou a diferentes contextos econômicos e sociais, possuindo uma letalidade de aproximadamente 14 vezes maior que a da influenza³. Com sintomas iniciais semelhantes à de um quadro gripal (febre, rinorreia, tosse e odinofagia), a doença apresenta um espectro de gravidade de leve a moderada para cerca de 80% dos infectados³. Apesar da incidência dos quadros graves ser menor, as pessoas acometidas podem evoluir com dispneia intensa, necessitando de cuidados em unidades de terapia intensiva (UTI) e monitoramento contínuo, com risco importante de óbito. Essa situação, geralmente, tem uma maior chance de ocorrer em grupos específicos, a saber: idosos, indivíduos com obesidade, portadores de hipertensão arterial, diabetes e gestantes^{2,3}.

A Covid-19 gerou uma corrida acirrada, por parte dos diferentes estadistas e gestores, na adoção de medidas que visassem à redução da sua transmissibilidade, a estruturação de ambientes hospitalares com garantia de leitos para todas as pessoas em estado grave, bem como o diagnóstico precoce e o desenvolvimento de estratégias que pudessem ser capazes de monitorar os casos leves e moderados⁴. Uma das exímias estratégias adotadas e, inclusive, defendidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) foi o distanciamento social, ou em alguns casos o *lockdown*². Medida esta que no Brasil ganhou contornos políticos importantes e esteve no centro de diferentes debates⁵.

Os impactos desta crise sanitária e as suas consequências não se restringem apenas ao campo da saúde, geraram alterações relevantes na dinâmica econômica, política, social e cultural de toda a população, como redução do Produto Interno Bruto (PIB) em diferentes países, aumento das taxas de desemprego, maior incidência de transtornos mentais e violência doméstica, dentre outros^{6,7}. O fato de a pandemia gerar uma gama de consequências multideterminadas requer, assim, a elaboração de respostas intersetoriais, embasadas em uma análise ampla da realidade, para o seu enfrentamento.

A pandemia remodelou o próprio processo de trabalho em saúde, estimulou a introdução do uso de tecnologias de informação e comunicação nos atendimentos clínicos, bem como alterou a relação entre os profissionais de saúde e as pessoas por eles assistidas¹. Nesse sentido, apesar da importância dada ao fortalecimento da rede hospitalar, em tempos de crise, é relevante considerar que dispomos de um sistema universal de saúde, que tem como um dos seus princípios doutrinários a cobertura da atenção para todos os cidadãos, geralmente organizado a partir da atenção primária (APS), logo, o enfrentamento da Covid-19, para além de leitos de UTI, necessita de uma APS forte, organizada e com recursos humanos qualificados, capazes de mitigar os seus efeitos^{3,4}.

A APS, portanto, tem um importante papel, seja no que se refere à redução das internações hospitalares, à garantia do acesso aos serviços para os casos com gravidade leve ou moderada, redução de mortalidade e desigualdades em saúde, coordenação dos fluxos de atenção na rede de saúde, monitoramento das pessoas em distanciamento social e o cuidado dos indivíduos após a infecção. Tais potencialidades são justificadas por uma série de atributos e características da APS, como a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, a competência cultural e a capilaridade^{2,3,4}.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), durante a pandemia a APS tem três funções primordiais: atenção centrada na resposta à Covid-19; manter a continuidade dos serviços essenciais durante a transmissão comunitária da Covid-19; propiciar a redução da demanda por serviços hospitalares⁸. Contudo, como destacado, anteriormente, o que se tem observado em diferentes unidades de saúde é a modificação da organização do processo de saúde e a priorização isolada dos atendimentos aos casos da Covid-19, inclusive com a suspensão de atendimentos eletivos e de visitas domiciliares⁶. Tal aspecto negligencia elementos fundamentais da atenção primária como a longitudinalidade e deixa as pessoas acometidas com comorbidades sem qualquer tipo de acompanhamento, correndo risco real de agudização de seus problemas.

Uma medida adotada para sanar tal problema é o teleatendimento, que têm galgado maior importância no cenário nacional, inclusive com novas regulamentações por parte do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina². As teleconsultas, segundo a OPAS, se constituem em ferramentas essenciais durante uma pandemia, e se concretizam na interação entre um clínico e uma determinada pessoa no processo de cuidado, com “*o objetivo de fornecer aconselhamento diagnóstico ou terapêutico por meio eletrônico*”⁹ (p. 01), sendo, portanto, relevantes para a triagem dos pacientes, redução de visitas desnecessárias às unidades de saúde, avaliação e monitoramento de pessoas em regime ambulatorial e como ferramenta de trabalho para aqueles profissionais que estão atuando remotamente². Diversas experiências de teleatendimento têm se iniciado no país, muitas vezes estimuladas pelos próprios gestores.

Contextualização do município/ Unidade de saúde

O município de Salvador, localizado no Estado da Bahia, possui uma população de mais de dois milhões de habitantes¹⁰. Fundada, inicialmente, como São Salvador da Bahia de Todos os Santos¹¹, a primeira capital do Brasil possui atualmente um grave problema: a concentração de renda. Segundo dados do Plano Plurianual 2018-2021, “Salvador padece da terceira pior posição entre as capitais brasileiras, segundo o índice de Gini, desenhando um espectro da desigualdade em que bairros abastados exibem Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) similares aos da Austrália, enquanto

comunidades periféricas enfrentam posições semelhantes aos de países como Bangladesh”¹² (p. 15).

Na economia do município predominam atividades de prestação de serviços com baixo valor agregado e aproximadamente 60% dos postos de trabalho encontram-se apenas em quatro ramos de atividade: administração pública, comércio, atividades administrativas e construção¹².

No que se refere ao seu padrão de morbimortalidade, observa-se que a cidade segue a tendência mundial: as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre as causas de maior impacto na morbimortalidade, sendo as doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes as principais¹³. De modo geral, no campo da saúde observam-se alguns avanços, principalmente em relação à expansão do número de equipes de saúde da família, construção de novas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), bem como de novos Multicentros de Saúde. A rede hospitalar conta, atualmente, com 9.182 leitos, sendo 64% vinculados ao SUS. Já a rede de Atenção Básica possui 121 unidades, distribuídas em: Unidades Básicas sem Saúde da Família (46) e Unidades Básicas com estratégia de Saúde da Família (75)¹³.

A rede de serviços de saúde é organizada em 12 distritos sanitários: Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano / Valeria, Liberdade, Brotas, Barra/ Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapuã, Cabula / Beirú, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras. Cada um possui uma área de abrangência, definida com base nos critérios de acessibilidade geográfica e fluxo da população.

O distrito sanitário (DS) Barra/Rio Vermelho, por exemplo, possui uma área de abrangência ampla, composta por 72 bairros. Neste distrito estão inseridas 27 unidades de saúde, distribuídas em oito unidades básicas (Centros de Saúde e USF), dez unidades especializadas (Unidade de Pronto Atendimento, Centro de Atenção Psicossocial, Centro Especializado Odontológico e Multicentros de Saúde) e nove hospitais (rede SUS e complementar).

Um dos bairros inseridos no DS Barra / Rio Vermelho é o Nordeste de Amaralina, cercado por áreas de classe média alta, tem a sua história / ocupação estritamente ligada aos pescadores. Atualmente, possui aproximadamente 83 mil moradores, sendo em sua maioria pardos ou negros, jovens, com baixos níveis de escolaridade e sem atividades remuneradas¹⁴.

Neste bairro está localizada a Unidade de Saúde da Família Professor Sabino Silva, composta por cinco equipes, com cobertura de 4821 famílias adscritas o que representa cerca de 12.811 indivíduos. A maior parte dos usuários é do sexo feminino (45, 57%), jovem (média de idade de 36 anos) e recebe até dois salários-mínimos, segundo dados coletados no portal MAS (Multitoky Agentes de Saúde). A unidade oferece atendimento médico/enfermagem, sala de vacina, farmácia, curativo, entre outros serviços, e serve como campo de prática para estudantes de Medicina, Enfermagem e residentes em Medicina de Família e Comunidade (MFC).

Durante a pandemia da Covid-19 esta região foi uma das últimas a possuir casos confirmados da doença, no município. Entretanto, após o início da transmissão passou a ser uma das localidades com maior taxa de incidência, necessitando que o poder público, diversas vezes, instituísse medidas de *lockdown* no território.

A USF Prof. Sabino Silva e o seu processo de trabalho em tempos da Covid-19

A pandemia da Covid-19 desencadeou uma gama de alterações no funcionamento das unidades de saúde. No caso específico da Atenção Básica observa-se um remodelamento dos processos de trabalho, das interações entre profissionais de saúde e as pessoas assistidas, no tocante ao acesso aos serviços oferecidos nas unidades de saúde.

Cada localidade reordenou a oferta dos serviços prestados de acordo com a sua realidade, orientadas ora por meio de portarias e recomendações dos três níveis de governo^{6,15}, ora pelas decisões coletivas dos profissionais de saúde. Assim, durante a pandemia da Covid-19, a USF Prof. Sabino Silva, teve todos os seus atendimentos eletivos, exceto as consultas de pré-natal, suspensos. Foram criadas escalas de trabalho para os profissionais, voltadas à realização de atendimento exclusivo às pessoas com sintomas respiratórios. Um consultório foi estabelecido como *lócus* de atendimento para casos suspeitos; institui-se um serviço de renovação de receituários nos casos onde não se fazia necessário um atendimento presencial; as equipes presentes na unidade reorganizaram as suas agendas; os atendimentos de acolhimento foram ampliados, sendo agrupados em três categorias: sintomáticos respiratórios, sintomáticos febris (devido a um surto de arboviroses vivenciada concomitantemente com a crise sanitária causada pelo Sars-Cov-2), e o acolhimento geral, que abarcava todas as outras comorbidades não incluídas nos dois grupos anteriores.

Uma pessoa ao chegar na unidade de saúde e relatar que possuía qualquer sintoma gripal era encaminhada para a sala de atendimento dos Sintomáticos Respiratórios (SR), onde, inicialmente, era triada pela equipe de enfermagem e, posteriormente, avaliada pelo médico. Nos casos em que a suspeita era consolidada, o caso era notificado, essa pessoa era orientada sobre a necessidade de isolamento social e acerca da sua condição clínica. Seu nome era incluído em uma lista de monitoramento, gerenciada pela própria unidade. Tal fluxo sofreu diversas alterações, ao longo do tempo, em decorrências das inúmeras recomendações e diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

É necessário destacar, entretanto, que o cuidado às pessoas com problemas crônicos de saúde, como os portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), considerados inclusive como grupos de risco para a Covid-19, foi completamente negligenciado durante esse período,

dispondo apenas das consultas de acolhimento ou do serviço de renovação de receitas médicas. Tal aspecto vai contra as diretrizes da AB, principalmente no que se refere à longitudinalidade e à integralidade.

Assim, levando em consideração este contexto e partindo de uma gama de recomendações da OMS e da OPAS acerca da realização de teleconsultas⁹; bem como se embasando nos relatos de diferentes experiências nacionais e internacionais que utilizaram diversas estratégias e programas (*Webex, Skype, Zoom, Ms Teams, Face Time, Whatsapp*, ligações telefônicas, entre outros) para o atendimento a distância, com boa adesão dos usuários^{6, 15, 16}; além de considerar a Portaria nº 467, de 20 de março de 2020 e a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020, que versam sobre a regulamentação desse tipo de atendimento em caráter temporário^{17,18} aventou-se a possibilidade de elaborar e implementar uma proposta de teleatendimento na USF Prof. Sabino Silva.

Desse modo, o presente artigo objetiva apresentar uma proposta de teleatendimento para pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) na USF Prof. Sabino Silva, em Salvador-Bahia, que poderá ser replicada em outros contextos, auxiliando na manutenção do atendimento aos portadores de doenças crônicas em tempo de pandemia; garantindo a atuação e participação dos profissionais da unidade que estão em regime total de *home office*; bem como assegurando que as demandas espontâneas sejam mais qualificadas, de modo a otimizar o processo de trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou como fonte de dados os registros documentais do processo de planejamento, elaboração, sistematização e discussão da proposta de teleatendimento, aqui descrita, bem como os relatórios da observação participante das reuniões realizadas. Procedeu-se uma revisão documental dos referidos materiais, com a sistematização das seguintes informações: diagnóstico situacional da unidade; processo de trabalho para a elaboração da proposta; metodologias utilizadas no processo de elaboração; atores envolvidos; caracterização da proposta elaborada; fluxos definidos na proposta elaborada; perfil das pessoas a serem atendidas; potenciais e fraquezas da proposta; desafios para a implementação da proposta. Os dados encontrados foram cotejados com o resultado de uma revisão da literatura realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Pubmed, nos portais do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina, acerca do teleatendimento em tempos da Covid-19.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de construção da proposta

Diante da necessidade de se garantir o acompanhamento e o atendimento longitudinal às pessoas com doenças crônicas adscritas na unidade, aventou-se a possibilidade de desenvolver uma estratégia que fosse capaz de solucionar, ou ao menos mitigar, os efeitos da suspensão das consultas eletivas. Inicialmente, algumas propostas foram pensadas e discutidas pelo grupo de Residentes em Medicina de Família e Comunidade do Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgar Santos da Universidade Federal da Bahia (ComHupes-UFBa), que atua nesta USF. Uma destas propostas foi elaborada por um dos residentes em trabalho remoto, durante a pandemia, devido ao fato de possuir comorbidades que o incluíam no grupo de risco para a Covid-19, com a colaboração da supervisora, e visava à implementação do teleatendimento na unidade. Essa proposta por sua vez foi discutida em reunião *online* via Zoom com os demais residentes, visando aprimorá-la.

Após essa primeira discussão o projeto foi remodelado e apresentado ao conjunto dos profissionais da unidade, bem como aos demais atores que nela estão inseridos, para que coletivamente pudessem contribuir com sua elaboração. Desse modo, foi elaborada a Matriz de programação das ações (Quadro 1), contendo os principais objetivos da intervenção, suas metas, ações e responsáveis, de modo a tornar viável e coordenada a sua implementação.

Quadro 1 – Matriz de Programação das ações

<p>Problema Interrupção do acompanhamento eletivo de pessoas hipertensas e diabéticas na área de abrangência da USF Prof. Sabino Silva durante a pandemia da Covid-19.</p> <p>Objetivo Geral Implementar uma proposta de teleatendimento para pessoas portadoras de hipertensão arterial e diabetes na Unidade de Saúde da Família Prof. Sabino Silva, em Salvador-Bahia.</p>							
Objetivos específicos	Metas	Ações	Responsáveis/ Participantes	Recursos (pessoal, material/outros)	Prazos		
					Mês 1	Mês 2	Mês 3
Elaborar uma proposta de teleatendimento para os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da USF Prof. Sabino Silva, no contexto da COVID-19.	80 % das pessoas portadores de doenças crônicas (HAS e DM), identificados e elegíveis, atendidos pelo projeto.	- Organizar espaço para a discussão da proposta; - Sistematizar opiniões e recomendações dos usuários, gestores e profissionais;	Profissionais e usuários da USF	Sala de reunião; Papel ofício A4; Notebook; Canetas e lápis; Datashow;	X		

(Conclusão)

<p>Identificar possíveis usuários elegíveis a participarem das teleconsultas;</p>	<p>100% das pessoas com HAS e DM que se enquadram nos critérios para o teleatendimento identificados por meio de busca ativa;</p>	<p>- Solicitar indicações de pessoas aptas a participarem do teleatendimento aos profissionais da unidade. - Realizar reunião de equipe para a apresentação, discussão e aprovação da lista de pessoas</p>	<p>Enfermeiros das unidades / Médicos, enfermeiros e agentes comunitários das 5 equipes da unidade.</p>	<p>Sala de reunião; Papéis A4; Notebook; Canetas e lápis;</p>		<p>X</p>	
<p>Organizar processo de trabalho da equipe para teleatendimento dos hipertensos e diabéticos elegíveis, com definição de metas e responsabilidades.</p>	<p>01 protocolo de teleatendimento na unidade para os usuários elegíveis.</p>	<p>- Organizar e realizar reunião com representantes dos gestores, profissionais, e usuários para a definição do processo de trabalho</p>	<p>Médicos e enfermeiros / Agentes comunitários, gestores, usuários e demais profissionais da unidade</p>	<p>Sala de reunião; Papéis A4; Notebook; Canetas e lápis; Datashow; Cavalete;</p>		<p>X</p>	<p>X</p>

Fonte: elaborado pelos autores

A necessidade de se garantir atendimento às pessoas com HAS e DM mesmo durante o período da pandemia e o fato de elas terem ficado desassistidas por um longo período, incentivou os diferentes sujeitos a contribuírem com a proposta. A estratégia metodológica pensada para a execução desta intervenção contempla uma série de momentos articulados, a saber:

Identificação das prováveis pessoas aptas ao teleatendimento

Segundo dados autorreferidos pelos usuários aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em um processo de análise situacional da unidade, e disponíveis no MAS, os seus principais problemas são: Hipertensão (17,9%), uso de álcool (8,5%) e Diabetes (5,4%). Apesar da HAS e DM serem algumas das comorbidades mais prevalentes no território e representarem a grande maioria das consultas na USF, consideramos que o acompanhamento dos seus portadores não pode ser realizado exclusivamente por meio de teleatendimento, visto que o *processus* do encontro clínico requer elementos presenciais que não podem ser completamente negligenciados.

Desse modo, foram elencados critérios de inclusão para as pessoas que receberão propostas de

teleatendimento. Tais critérios foram selecionados levando-se em consideração: o tempo de acompanhamento da pessoa na unidade; a necessidade de monitoramento do seu quadro clínico; e maior risco de agudização da comorbidade crônica em decorrência de um maior período sem assistência; e as recomendações de *guideline* em níveis nacional e internacional. Assim, os critérios definidos foram: pessoas com necessidade de renovação de receita; reavaliação de pessoas após a introdução de nova medicação; pessoas com má-adesão terapêutica; pessoas com mais de seis meses sem consulta médica; última consulta realizada presencialmente com médico; avaliação de exames; pessoa com elevado risco cardiovascular; pessoa com hemoglobina glicada acima do valor oito.

Definição das funções a serem realizadas e dos atores envolvidos

A presente proposta objetiva envolver os diferentes profissionais de saúde atuantes na unidade, a gestão local e os representantes da comunidade, de modo a englobar os anseios de todos. Assim, as funções dos atores envolvidos são as mais diversas e suas ações devem ser concatenadas, propiciando uma atuação integral e a corresponsabilização com o processo. A Tabela 1 apresenta sistematicamente as funções de cada profissional.

Tabela 1 - Função dos atores envolvidos

Médicos	Enfermeiros	Cirurgiões-dentistas
Agendar as pessoas para o teleatendimento;	Realizar atendimento presencial e teleatendimento;	Realizar atendimento presencial e teleatendimento;
Classificar a prioridade, tipo de atendimento e seguimento;	Sugerir pessoas para o teleatendimento;	Sugerir pessoas para o teleatendimento;
Realizar teleatendimento e atendimento presencial;	Avaliar periodicamente a proposta.	Avaliar periodicamente a proposta.
Avaliar periodicamente a proposta.		

Agentes Comunitários de Saúde	Estudantes de graduação	Gestores	Usuários
Sugerir pessoas para o teleatendimento;	Apoio na realização de todas as etapas do processo;	Divulgar a iniciativa;	Sugerir pessoas para o teleatendimento;
Realizar visitas de acordo com as necessidades do teleatendimento;	Acompanhar os teleatendimentos;	Garantir o desenvolvimento adequado da proposta;	Avaliar periodicamente a proposta.
Atualizar informações sobre os usuários do teleatendimento;		Avaliar periodicamente a proposta.	
Avaliar periodicamente a proposta;			

Fonte: elaborada pelos autores

Definição do processo de trabalho

Em um primeiro momento, os médicos, ACS, enfermeiros e cirurgiões dentistas identificarão as pessoas com necessidade de teleatendimento e que estejam aptas a terem esse tipo de modalidade de consulta, de acordo com os critérios pré-estabelecidos. Esse processo de identificação se dará por meio de diferentes estratégias, a saber: busca ativa pelos ACS; revisão de prontuário; demanda espontânea; durante as consultas agendadas com médicos e enfermeiros. Essas pessoas serão incluídas em uma lista de atendimentos, que deverá ser aprovada, periodicamente, nas reuniões de equipe, pelos seus respectivos profissionais. Após esse primeiro momento de identificação, os médicos serão responsáveis pela inclusão de cada pessoa indicada em uma planilha de teleatendimento geral. Por conseguinte, o médico de cada equipe analisará o quadro clínico dos usuários adscritos em seu território, classificar sua prioridade e definir o tipo de atendimento.

A classificação da prioridade de atendimento determinará em qual espaço de tempo a consulta deverá ser realizada (Quadro 2).

Quadro 2 – Tempo de espera para a realização de teleatendimento segundo a classificação de prioridade

Baixa	Média	Alta
(Apresentação de resultado de exames; HAS e/ou DM controlados).	(Elevação de PA ou dos níveis glicêmicos na última consulta; Introdução/alteração de tratamento; Hipertensão moderada - estágio 2)	(Pessoa com risco cardiovascular elevado; HbA1C acima de 9; Hipertensão grave - estágio 3)
Atendimento deve ser realizado no mês de inclusão, pelos profissionais das respectivas equipes.	Atendimento deve ser realizado em até duas semanas após a inclusão, pelos profissionais das respectivas equipes.	Atendimento deve ser realizado na semana de inclusão, por qualquer profissional.

Fonte: elaborado pelos autores

Após esse processo, os profissionais poderão realizar o teleatendimento por meio de diferentes ferramentas: *Whatsapp, Zoom, Skype, Google Hangouts, Hangouts Meet, Microsoft Teams, Slack*. Por fim, os teleatendimentos podem desencadear os seguintes desfechos: renovação de receituários, visita do ACS, atendimento médico presencial, renovação de receituário, encaminhamento para unidade de maior complexidade, atendimento de enfermagem presencial. O atendimento será registrado em dois instrumentos: no prontuário eletrônico do Sistema Vidas, utilizado pela SMS; e no formulário, desenvolvido para este fim, pela própria unidade.

A implementação do projeto requer a cooperação dos diferentes profissionais e atores da unidade e sua efetivação, apesar de ser viável depende de fatores diversos como: carga de trabalho dos profissionais, demandas políticas, retorno da normalidade do processo de trabalho, demanda e aceitação por parte dos usuários, bem como o transcorrer e as consequências do período pandêmico. É indispensável destacar que inúmeras experiências de teleatendimento ou telemonitoramento, na Atenção Básica, encontram-se em execução e já são descritas na literatura científica.

Rodrigues⁶, por exemplo, descreve uma proposta de telemonitoramento em uma unidade de Saúde do município de Vitória, no Espírito Santo, realizado pelos ACS, com o suporte do Núcleo de Apoio de Saúde da Família. Nessa experiência, a maior parte do público atendido foi de hipertensos e diabéticos, 48% dos contatos realizados, e tal prática teve boa aceitação por parte dos usuários neste território.

Barra¹⁹, por sua vez, destaca a importância do acompanhamento das pessoas idosas, com risco elevado para complicações da HAS e DM, durante a pandemia, por meio de contato telefônico ou

Whatsapp, em Uberlândia, Minas Gerais. A discussão acerca da utilização de contato telefônico ou de aplicativos de vídeo para a realização do teleatendimento é analisada por Greenhakgh e colaboradores²⁰. Segundo eles, no contexto da Covid-19, a maior parte das pessoas pode ser manejada remotamente, mas apesar de termos uma grande maioria de consultas realizadas por chamadas, a imagem de vídeo fornece elementos visuais para a avaliação clínica, inclusive para o exame físico, e a presença do profissional pode ser tida como uma medida terapêutica para os pacientes, principalmente os mais ansiosos. Castro¹⁶, entretanto, constatou que, nos casos dos usuários menos letrados ou com queixas mais complexas os áudios, se mostraram o meio mais efetivo na comunicação.

De modo geral, os estudos^{6,16} sinalizam que tais práticas têm sido avaliadas positivamente pelas pessoas atendidas virtualmente, de acordo com o relato dos profissionais de saúde e pelos próprios *feedbacks* recebidos diretamente pela equipe de teleatendimento¹⁶, em decorrência da resolução de problemas como: renovação de receituário, avaliação de exames, ou orientações clínicas. Em Amarantina, Minas Gerais, por exemplo, 74% das 153 teleconsultas realizadas tiveram resolução completa¹⁶. Santos¹⁵ corrobora com tal achado ao sinalizar que, das 17 teleconsultas realizadas no Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia, apenas três pessoas necessitaram de um atendimento presencial posterior, o que representa, portanto, 17,6% da amostra.

É relevante salientar que esta não é uma realidade apenas brasileira, diversas experiências de teleatendimento na APS são observadas em outros países. Rawaf e colaboradores²¹, por exemplo, ao explorarem *relatos do Fórum Global on-line sobre Cobertura Universal de Saúde e Atenção Primária à Saúde*, concluíram que em diferentes países a criatividade e as iniciativas dos profissionais propiciaram a implementação de diversas estratégias de assistência à saúde, como a utilização de telefones, e-mails, dentre outras ferramentas. Buscou-se por meio destas iniciativas garantir o “distanciamento dos profissionais”, ao mesmo tempo em que se mantinha a prestação de cuidados aos usuários. Apesar da importância de tais estratégias, os autores salientam que o seu desenvolvimento, nas diferentes nações, é heterogêneo. Em muitos locais com poucos recursos, como é o caso dos países da África e da América Latina, a aplicação é muito mais limitada. Realidade diferente da observada nos Estados Unidos, Japão e alguns países europeus, onde se tem diferentes estágios de experimentação ou implementação da telemedicina²².

Gray e Sanders²³, ao refletirem sobre a realidade da Inglaterra destacam que apesar dos recursos tecnológicos já estarem disponíveis há bastante tempo, há poucas evidências, até esta pandemia, do seu uso generalizado, incluindo telefone, vídeo para comunicação individual e discussões em grupo, consultas on-line e uso de mídia social. Entretanto, segundo os autores, apesar da tecnologia poder melhorar o acesso de muitos usuários aos serviços de saúde, principalmente na AB, é necessário levar em

consideração os diferentes grupos socialmente marginalizados, para os quais tais tecnologias nem sempre estão disponíveis.

Não obstante, a despeito desta problemática e de diversos outros questionamentos acerca da telemedicina, é relevante destacar que diferentes estudos têm demonstrado que as consultas dessa modalidade não são inferiores quando comparadas às consultas tradicionais, principalmente no que se refere à eficácia clínica e à qualidade de vida²⁴⁻²⁷. Estudo realizado na Catalunha, Espanha, demonstra, por exemplo, que a maioria das teleconsultas teria evitado a visita presencial em até 79% dos casos²⁸.

Possíveis contribuições da experiência para a formação em MFC

A pandemia da Covid-19, para além de alterações no processo de trabalho em saúde, suscitou uma gama de modificações nas estratégias metodológicas para a formação dos futuros profissionais. No caso específico das residências médicas, o impacto foi ainda maior, uma vez que a formação se dá no serviço, logo, os médicos residentes tiveram de conciliar os atendimentos eletivos com a demanda emergente, atuando diretamente na linha de frente do enfrentamento à Covid.

No caso do residente envolvido na elaboração deste projeto, uma particularidade ainda se impunha, a existência de fatores que o colocavam no grupo de risco para a forma grave da doença, o que culminou com o seu trabalho remoto. Essa estratégia, além de ter de obedecer às recomendações do Ministério da Saúde, no que diz respeito à obrigatoriedade de carga horária para atividades práticas e teóricas, necessitou levar em consideração as particularidades da formação em MFC, quais sejam: “um modelo de prática médica centrada na pessoa e na relação médico-pessoa, com foco na família e orientada para a comunidade, privilegiando, por consequência, o primeiro contato, o vínculo, a continuidade e a integralidade do cuidado na atenção à saúde”²⁹.

A elaboração de um projeto desta natureza, na conjuntura social e epidemiológica que vivenciamos, respaldada em metodologias ativas de ensino-aprendizado, pode-se mostrar, portanto, de suma relevância. O desenvolvimento e implementação deste projeto poderá propiciar o fortalecimento de habilidades de comunicação e a integração entre prática e teoria, levando em consideração alguns pilares da MFC, como a abordagem centrada na pessoa, a gestão do cuidado, a responsabilidade social, e o raciocínio clínico.

Ademais, a utilização da telemedicina insere os discentes em um cenário inovador, que apesar de ter caráter temporário, e ser autorizado apenas durante o período pandêmico, começa a ganhar contornos de permanência, podendo vir a ser uma estratégia futura de atendimento às mais diversas pessoas, como forma de se garantir o acesso e a longitudinalidade do cuidado.

CONCLUSÃO

Em meio à Covid-19, inúmeras iniciativas de teleatendimento têm se espalhado pelo mundo. No Brasil, tal prática foi regulamentada e galgou maior importância, principalmente por se concretizar como uma exímia estratégia de garantia do acesso à assistência em saúde.

A implementação dos teleatendimentos na USF Prof. Sabino Silva pode propiciar inúmeros benefícios: maior integração entre os membros da equipe de saúde durante o período de pandemia; garantia de monitoramento das pessoas adscritas na unidade; manutenção da longitudinalidade do cuidado; redução da exposição das pessoas à Covid-19; reordenamento do acesso ao serviço de saúde; maior participação dos profissionais em trabalho remoto.

Apesar da elaboração do presente projeto não ter tido desafios, é certo que sua implementação deverá superar uma gama de obstáculos e responder a diversas questões: Como envolver as pessoas sem acesso às tecnologias utilizadas? Como possibilitar a discussão coletiva sobre os usuários com os membros da equipe? Como adaptar etapas fundamentais da avaliação clínica, como o exame físico, por exemplo?

Ademais, a evolução da pandemia certamente é um importante elemento a ser considerado no processo de implementação e execução da proposta apresentada, visto que sua elaboração se baseou nesse contexto. Entretanto, é sabido que o período pandêmico deixará importantes mudanças sociais e alterações nos processos de trabalho em saúde. A institucionalização das práticas de teleatendimento certamente será um caminho, visto que por meio dela é possível desenvolver novas estratégias metodológicas, ou processos de trabalho, capazes de solucionar diversas questões que se impõem.

REFERÊNCIAS

1. Harzheime E, Martins C, Wollmann L, Pedebos LA, Faller LA, Marques MC et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. Ciênc. saúde coletiva. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 25(1): 2493-97. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Xzd5fgpvV4qtfrK66pNLm8p/?lang=pt>
2. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 29(2): 1-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt#>
3. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 36(6): 1-7. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>
4. Barbosa SP. O novo coronavírus na perspectiva da Atenção Primária à Saúde. [Internet]. 2020 [acesso em 2020 ago 18]. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/o-novo-coronavirus-na-perspectiva-da-aps-simone-pinho-final1.pdf>

5. Bezerra ACV, Silva CEM, Soares FRG, Silva JAM. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 25(1): 2411-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9g4hLHkSSW35gYsSpggz6rn/?lang=pt>
6. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, Costa LRO, Fernandes PF, Silva RPP et al. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS EM REVISTA*. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 2(2): 189-96. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/bitstream/10/11655/1/APSEMREVISTA.pdf>
7. Santos JPC, Siqueira ASP, Praça HLF, Albuquerque HG. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 36(5): 1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FQPRkjPcCkkXX5qWsNgRpWp/abstract/?lang=pt>
8. Opas - Organización Panamericana de la Salud. Nota técnica. La adaptación del primer nivel de atención en el contexto de la pandemia de COVID-19: intervenciones, modalidades y ámbitos, 23 de abril del 2020. Washington: OPAS [Internet]. 2020. [acesso em 2020 ago 18]. Disponível em https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52223/OPSHSSHSCOV19200017_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Opas - Organización Panamericana de la Salud. Teleconsulta durante uma pandemia. Washington: OPAS [Internet]. 2020. [acesso em 2020 ago 18]. Disponível em: <https://www.paho.org/ish/images/docs/covid-19-teleconsultas-pt.pdf?ua=1>
10. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (Brasil). Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
11. Terra F, Oberlaender FJC. Salvador - Uma Iconografia Através Dos Séculos. Salvador: Editora Caramurê; 2014.
12. Salvador. Salvador – PPA 2018-2021. Salvador: Prefeitura Municipal de Salvador; 2017.
13. Salvador. Plano Municipal de Saúde do Salvador 2018-2021. Salvador: Secretaria Municipal da Saúde; 2018.
14. Souza TS. Novo olhar sobre a Região Nordeste de Amaralina – os impactos das ações culturais do Programa Viva Nordeste. In: ENCONTRO DE ESTUDOS MULTIDISCIPLINARES EM CULTURA, III, 2007, Faculdade de Comunicação/ UFBA. Anais do III ENECULT, Salvador, 2007.
15. Santos ABS, França MVS, Santos JLF. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *APS EM REVISTA*. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 2(2): 169-76. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/120>
16. Castro FAG, Santos AO, Reis GVL, Viveiros LB, Torres MH, Oliveira Junior PP. Telemedicina rural e COVID-19: ampliando o acesso onde a distância já era regra. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 15(42): 1-14. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2484/1551>
17. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. *Diário Oficial da União*. [acesso em 2020 ago 18]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
18. Brasil. Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020 (BR). Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União*. [acesso em 2020 ago 18]. Disponível

em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>

19. Barra RP, Moraes EN, Jardim AA, Oliveira KK, Bonati PCR, Issa AC et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. APS EM REVISTA. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 2(1): 38-4. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/64>
20. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: avaliação remota em Atenção Primária à Saúde. Rev Bras De Med De Fam E Comunidade. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 15(42): 2461. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2461>
21. Rawaf S, Allen LN, Stigler FL, Kringos D, Yamamoto HQ, Weel C. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. Eur J Gen Pract. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 26(1): 129–33. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2020.1820479>
22. Vidal-Alaball J, Acosta-Roja R, Hernández NP, Luque US, Morrison D, Pérez SN et al. Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. Aten Primaria. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 52 (6): 418–22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164871/>
23. Gray R, Sanders C. A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom. J Interprof Care. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 34(5): 672-78. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32962462/>
24. Molteni F, Gaffuri M, Guidotti M, Checcarelli N, Colombo M, Lorenzon C. Efficiency in stroke management from acute care to rehabilitation: bedside versus telemedicine consultation. Eur. J. Phys. Rehabil. Med. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 fev. 17]; ; 55(2): 141–47. Disponível em: <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2019N02A0141>
25. Müller KI, Alstadhaug KB, Bekkelund SI. Headache patients' satisfaction with telemedicine: a 12-month follow-up randomized non-inferiority trial. Eur. J. Neurol. [Internet]. 2017 [acesso em 2021 fev. 17]; 24(6): 807–15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28432757/>
26. Batalik L, Dosbaba F, Hartman M, Batalikova K, Spinar J. Rationale and design of randomized controlled trial protocol of cardiovascular rehabilitation based on the use of telemedicine technology in the Czech Republic (CR-GPS) Medicine (Baltimore). [Internet]. 2018 [acesso em 2021 fev. 17]; 97(37): e12385. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30213005/>
27. Rodríguez-Fortúnez P, Franch-Nadal J, Fornos-Pérez JA, Martínez-Martínez F, David de Paz H, Orera-Peña ML. Cross-sectional study about the use of telemedicine for type 2 diabetes mellitus management in Spain: patient's perspective. The EnREda2 Study. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 fev. 17]; 9(6): e028467. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/9/6/e028467>
28. López Seguí F, Walsh S, Solans O, Adroher Mas C, Ferraro G, García-Altés A et al. Teleconsultation Between Patients and Health Care Professionals in the Catalan Primary Care Service: Message Annotation Analysis in a Retrospective Cross-Sectional Study. J Med Internet Res. [Internet]. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 22(9): e19149. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32687477/>
29. Barban MRJ, Lopes Junior A, Moreira JV, Pellizzaro DAM, Sarno MM, Borret RHES et al. Recomendações para a qualidade dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020 [acesso em 2021 fev. 17]; 15(42): 2509. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2509>