

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

**MAYARA RODRIGUES RAMOS**

**FRONTEIRAS DA LINHA DE FRENTE**

O telemonitoramento e o teleatendimento na Atenção Básica enquanto estratégia de cuidado possível no contexto de pandemia de COVID-19

**BRASÍLIA**

2022

MAYARA RODRIGUES RAMOS

**FRONTEIRAS DA LINHA DE FRENTE**

O telemonitoramento e o teleatendimento na Atenção Básica enquanto estratégia de cuidado possível no contexto de pandemia de COVID-19

Trabalho de Conclusão de Programa apresentado à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientador: Prof. Dr Marcelo Pedra Machado Martins

BRASÍLIA

2022

MAYARA RODRIGUES RAMOS

**FRONTEIRAS DA LINHA DE FRENTE**

O telemonitoramento e o teleatendimento na Atenção Básica enquanto estratégia de cuidado possível no contexto de pandemia de COVID-19

Trabalho de Conclusão de Programa apresentado à Escola Fiocruz de Governo como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.


Orientador: Prof. Dr Marcelo Pedra Machado Martins

Aprovada em: 25/02/2022

**BANCA EXAMINADORA**

Etel Matiello (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)  
Examinadora

Sabrina Goursand de Freitas (Secretaria de Saúde do Distrito Federal – SES/DF)  
Examinadora



Dr. Marcelo Pedra Martins Machado (Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília)  
Presidente da Comissão Examinadora - Orientador(a)

*Dedico este trabalho a todas as pessoas que precisaram  
se reinventar na pandemia de COVID-19.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a oportunidade de atuar no SUS, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, e de prestar meus serviços à comunidade, enquanto psicóloga profissional de saúde residente, em um contexto tão desafiador que continua a ser a pandemia causada pelo novo coronavírus.

Agradeço aos meus pais Mônica e 2º Sgt. Ramos e aos meus irmãos Yago e Samara por terem me nutrido e confiado na minha trajetória enquanto mulher e profissional. Ainda, agradeço a todos os meus familiares que mostraram resiliência e afeto para atravessar o luto de nossos entes queridos em decorrência da doença Covid-19. Em memória de Elza Maria e Vandilson.

Agradeço ao meu amado Filipe, que me proporciona um lar e porto seguro em cada abraço, cada sorriso e cada sincera demonstração de carinho. Agradeço à toda minha rede socioafetiva pela torcida e compreensão dos meus ciclos enquanto pós-graduanda em tempos de pandemia.

Agradeço à minha Casa, Fiocruz Brasília, por ter proporcionado processo de formação em saúde e ter sido referência no enfrentamento à Covid-19.

Agradeço à minha preceptora Sabrina Goursand, que me acolheu no campo de prática da residência e que, de forma cordial e única, proporcionou aprendizados profissionais e interpessoais, conhecendo faces de minha luz e sombra. Ainda, agradeço aos integrantes do Nasf Prisma Ayla, Bernardo, Giane e Sabrina, por terem me proporcionado o desafio e potência do trabalho em equipe, bem como agradeço aos meus colegas Amanda, Ana Flávia, Bárbara, Beatriz, Bruna, Camila, Dyana H., Gabriel, Gabriella, Ingrid, Jivago, Manami, Marcela, Pâmela e Patrícia por terem compartilhado as “dores e as delícias” de ser profissional de saúde residente.

Agradeço ao meu escolhido orientador Marcelo Pedra pela orientação no Trabalho de Conclusão de Residência e que, cordialmente, permitiu-me aprender a me autorregular diante os desafios no processo criativo, em um contexto em que a saúde mental de todos nós está em xeque.

Agradeço à coordenadora adjunta do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica Etel Matiello, pelo convite e confiança para participar de uma expedição em Chapada Gaúcha- MG no período de estágio eletivo, que foi a “cereja do bolo” da minha trajetória na residência e construção do meu papel enquanto profissional de saúde.

Agradeço à minha psicóloga Rafaella Cezário pela companhia na jornada de

autoconhecimento, pelo acolhimento integral, pela excelente escuta qualificada e todo cuidado e compromisso ético na oferta de suporte efetivo.

Finalizo com agradecimentos a mim mesma, por ter escolhido os caminhos que me fizeram chegar até aqui. E à frente.

A todas e todos, manifesto meu sincero agradecimento e minha gratidão.

*“Entrar no último ato dentro de um saco plástico lacrado, sem direito a ter sua face exposta. Sem direito ao último toque, à última fala, à última escuta dos votos de cuidado. Como assim? Sentimento de dor, sentimento de querer cuidar do outro. Como cuidar do outro sem tocar? Como abraçar alguém sem usar os braços? Como você acaricia a cabeça de uma menina de dois anos sem usar as mãos? Como dizer pra alguém que você está do lado dele quando precisa se afastar dois metros? Iniciar uma longa viagem sem companhia. Estar só. Logo ali, no último ato.”*

*(Débora Noal em “O Humano do Mundo: Diário De Uma Psicóloga Sem Fronteiras”)*

## RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em março de 2020 o surto da doença infecciosa Covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2) como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII). Em consonância com as recomendações e diretrizes gerais de enfrentamento à doença estabelecidas no âmbito do Distrito Federal, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o DF têm reorganizado os fluxos de atendimento a fim de garantir a continuidade do cuidado e responder às necessidades de saúde prioritárias do território. Diante o contexto, convoca-se os profissionais da saúde, na linha de frente do cuidado, a adaptar estratégias que potencializam o cuidado à saúde da população e favorecem a prevenção da doença. Em um contexto de quarentena, em que se tem o distanciamento social enquanto orientação de segurança, as tecnologias de informação e comunicação podem se configurar como uma alternativa para oferecer cuidado e suporte à distância. A partir da trajetória de uma psicóloga residente inserida em programa de Residência Multiprofissional em Saúde, esta pesquisa se trata de um estudo exploratório-descritivo na modalidade de relato de experiência, que tem como objetivo descrever a experiência de oferta de cuidado à distância na modalidade de telemonitoramento e teleatendimento no âmbito da Atenção Primária à Saúde-Atenção Básica no eixo de cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos Covid-19 em uma UBS da Região Leste do Distrito Federal, diante um momento histórico de distanciamento social, que desafia as fronteiras do(s) corpo(s), do serviço de saúde e do território.

Palavras-Chaves: Pandemia Covid-19; Distanciamento Social; Atenção Primária à Saúde; Tecnologias da Informação e Comunicação; Telemonitoramento.



## **ABSTRACT**

In March 2020, the World Health Organization (WHO) declared the outbreak of the infectious disease Covid-19 caused by the new coronavirus (SARS-CoV2) as a Public Health Emergency of International Concern (PHEIC). In line with the recommendations and general guidelines for fighting the disease established within the Federal District, the Basic Health Units (UBS) throughout the DF have reorganized the care flows in order to guarantee the continuity of care and respond to the needs of patients and priority health of the territory. Given the context, health professionals are called on, on the front line of care, to adapt strategies that enhance the health care of the population and favor the prevention of the disease. In a context of quarantine, in which social distancing is a safety guide, information and communication technologies can be configured as an alternative to provide care and support at a distance. Based on the trajectory of a resident psychologist inserted in a Multiprofessional Residency in Health program, this research is an exploratory-descriptive study in the experience report modality, which aims to describe the experience of offering distance care in the modality of telemonitoring and teleservice within the scope of Primary Health Care-Primary Care in the individual care axis of confirmed and suspected Covid-19 cases in a UBS in the Eastern Region of the Federal District, in the face of a historic moment of social distancing, which defies the borders of the body(ies), the health service and the territory.

**Keywords:** Covid-19 Pandemic; Social distancing; Primary Health Care; Information and Communication Technologies; Telemonitoring.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
COAPS	Coordenação de Atenção Primária à Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CEPEDES	Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde
DESF	Diretoria da Estratégia Saúde da Família
DIRAPS	Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde
DF	Distrito Federal
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GASF	Gerência de Apoio à Saúde da Família
GSAP	Gerência de Serviços de Atenção Primária
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEC-eSUSAB	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PRMAB	Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno
SAIS	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
SARS-CoV2	Coronavírus
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
TCI	Tecnologias de Comunicação e Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde
USR	Usuário com Sintomas Respiratórios
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1.1 OBJETIVOS</b> .....	15
1.1.1 Objetivo Geral.....	15
1.1.2 Objetivos Específicos.....	15
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	15
<b>3 O CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA</b> .....	16
3.1 <b>FRONTEIRAS DA LINHA DE FRENTE</b> .....	16
3.2 <b>O CONTEXTO DA APS NO DISTRITO FEDERAL E NA REGIONAL DE SAÚDE LESTE</b> .....	17
3.3 <b>A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA APS DO DF</b> .....	19
<b>4 DESENVOLVIMENTO</b> .....	21
4.1 <b>OFERTA DE CUIDADO À DISTÂNCIA</b> .....	21
<b>5 DISCUSSÃO</b> .....	26
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	31
<b>ANEXO A</b> .....	35
<b>ANEXO B</b> .....	36

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou em março de 2020 o surto da doença infecciosa Covid-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV2) como uma Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) <sup>1</sup>. O vírus circula em todos os continentes, caracterizando-se como uma pandemia e em vários países se tornou um desafio não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mas também devido às repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias <sup>2</sup>.

No Brasil, onde a transmissão comunitária do vírus em todo o território nacional foi declarada em 20 de março de 2020, mais de 147 mil casos e 10 mil mortes pela Covid-19 haviam sido confirmados até 9 de maio do mesmo ano <sup>3</sup>, em 2 meses de pandemia. Um ano depois, em março de 2021, eram mais de 14 milhões de casos confirmados no Brasil e aproximadamente 386 mil óbitos em abril de 2021 <sup>4</sup>. O distanciamento social da população geral e medidas de isolamento de casos foram as principais estratégias preconizadas para retardar a expansão da Covid-19 e permitir a adequação dos sistemas de saúde ao rápido aumento da demanda por leitos de internação <sup>3</sup>.

O enfrentamento à doença tem desafiado o Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atenção e a Atenção Primária à Saúde (APS) segue como a ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e deve ser a porta de entrada preferencial também para os casos suspeitos de Covid-19. Diante disso, compreende-se uma lógica de cuidado que envolve desde o monitoramento de casos leves em isolamento domiciliar, até a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar <sup>3</sup>. Com o aumento do número de pacientes com sintomas respiratórios é importante que os casos mais leves sejam atendidos pela APS, com maior resolubilidade e evitando encaminhamento aos hospitais e internações desnecessárias <sup>5</sup>.

Assim, a capacidade do sistema de saúde de desempenhar suas funções no contexto da pandemia demanda não apenas expandir o número de leitos hospitalares e de UTI, mas também reorganizar os fluxos na rede de atendimento, redefinir os papéis das diferentes unidades e níveis de atenção e criar novos pontos de acesso ao sistema de saúde, especialmente por via remota <sup>3,6</sup>.

Compreende-se, então, que cabe o desafio de organizar a manutenção do atendimento de urgência/emergência pelo novo coronavírus e da assistência habitual e no âmbito da APS, esta responsabilidade deve ser realizada de forma compartilhada entre as equipes de saúde da

família (eSF), com apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB), Gerência de Serviços de Atenção Primária (GSAP), Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde (DIRAPS) e outros atores intra e intersetoriais <sup>7</sup>, de forma a garantir e preservar os atributos essenciais da APS de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária <sup>8</sup>.

Com o objetivo de orientar estrategicamente a organização da APS no Distrito Federal, a fim de qualificar as ações de enfrentamento do novo coronavírus e de responder às necessidades de saúde prioritárias do território, as entidades de saúde vêm construindo e sistematizando diretrizes de apoio clínico e organizacional a serem aplicadas no contexto da epidemia. Diante disso, os profissionais da saúde, na linha de frente do cuidado, devem adaptar estratégias que favoreçam a prevenção da doença e potencialize o cuidado à saúde da população <sup>5</sup>. Ainda, a partir da visibilidade de experiências locais de organização da APS para o enfrentamento da Covid-19, em diversos municípios, Giovanella et al. <sup>9</sup> compreende e sistematiza a atuação das equipes APS-AB na rede de enfrentamento à Covid-19 organizada em quatro campos de ação integrados, com atuação das eSF, equipes de saúde bucal (eSB), Nasf-AB, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e agentes de endemias nos territórios que são: (1) vigilância em saúde, (2) cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos Covid-19, (3) apoio aos grupos vulneráveis no território por sua situação de saúde ou social e (4) continuidade dos cuidados rotineiros da APS.

Considerando estes quatro eixos de atuação, em um contexto de pandemia desencadeada por uma doença que é contagiosa, em que se tem o distanciamento social enquanto orientação de segurança, o uso das tecnologias de informação e comunicação (TCI) pode se caracterizar como possibilidade de oferecer cuidado à distância, é o que tem revelado pesquisas referentes a experiências de alguns municípios brasileiros <sup>9,10,11</sup>. Algumas estratégias adotadas pelas equipes de saúde e Nasf AB durante este período desafiador são os acompanhamentos e atendimentos remotos na modalidade de telemonitoramento e teleatendimento <sup>5</sup>. Em cartilha da Fiocruz <sup>12</sup> elaborada para orientar o suporte psicossocial e o trabalho de profissionais da saúde no contexto de enfrentamento à pandemia, considera-se o atendimento remoto enquanto recurso potencial para oferta de cuidado por apresentar vantagens neste momento uma vez que corrobora com as recomendações de distanciamento social, quarentena e/ou isolamento domiciliar. Dessa forma é possível evitar a circulação desnecessária e, ao mesmo tempo, garantir atendimento psicossocial efetivo.

O atendimento remoto via utilização de aparelhos telefônicos e celulares é uma prática assistencial que pôde ser utilizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tanto para manejar e

monitorar casos suspeitos e confirmados de COVID-19, como outras demandas: teleatendimento para pessoas que aguardam retorno em consulta médica e/ou estejam com exames complementares com resultados prontos e teleatendimento para usuários em acompanhamento pelo Nasf por questões de saúde mental. Para este relato de experiência, faz-se o recorte da oferta de cuidado a distância por meio de atendimento remoto nas modalidades de telemonitoramento e teleatendimento a fim a garantir o cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos Covid-19.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Geral**

Considerando a relevância da produção de conhecimentos que contribuam para estratégias de atenção à saúde num contexto de emergências e desastres e; considerando a importância na divulgação do fazer e inserção da(o) psicóloga(o) nos diversos âmbitos do SUS, tem-se como objetivo geral deste trabalho descrever a experiência das práticas de telemonitoramento e teleatendimento realizados em uma UBS do DF, a partir da trajetória em campo de prática de Residência Multiprofissional, no contexto da pandemia de Covid-19.

### **1.1.2 Específicos**

- a.** Descrever e sistematizar as práticas de telemonitoramento e teleatendimento realizadas no eixo de cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos Covid-19.
- b.** Identificar potencialidades e desafios encontrados no percurso, a fim de caracterizar esta modalidade de atendimento como uma oferta de cuidado possível na APS.

## **2. MÉTODO**

Trata-se de estudo exploratório-descritivo na modalidade de relato de experiência sobre atividades de oferta de cuidado na modalidade de teleatendimento e telemonitoramento no âmbito da APS-Atenção Básica no eixo de cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos Covid-19. A autora é psicóloga e profissional de saúde residente do programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica (PRMAB) da Fiocruz Brasília, com atuação na equipe Nasf AB, lotada em uma UBS localizada na Região Leste do Distrito Federal, sendo

este o cenário do relato de experiência.

A experiência descrita é referente ao período de julho de 2020 a julho de 2021. O percurso metodológico consiste na descrição e sistematização da experiência da prática do teleatendimento e telemonitoramento na UBS campo de prática e referência para este relato, de acordo com documentos orientadores elaborados por entidades de saúde nacionais e locais que tinha como objetivo sistematizar diretrizes de apoio clínico e organizacional a serem aplicadas no contexto da epidemia, bem como orientações para estratégias de cuidado via modalidade remota. e orientação para atuação das equipes Nasf-AB. Os documentos selecionados foram: (Nota Técnica Nº 01/2020 COAPS/SAIS/SES - COVID-19. 2020. 1–46 p. Versão 3 de 17/06/2020)<sup>7</sup>, (1ª Série de documentos técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família. GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES. Junho de 2020)<sup>5</sup>, e (Cartilha: “Recomendações aos psicólogos para atendimento online”, elaborada por Ministério da Saúde e Fiocruz)<sup>12</sup>. Ainda, utilizou-se como fonte de informações o diário de bordo da autora no formato Portfólio reflexivo, que é uma estratégia alternativa de avaliação, ensino e aprendizagem, de forma a ser utilizado para registrar a trajetória no cenário de prática da Residência Multiprofissional e possibilitar reflexão crítica acerca da atuação construída ao longo da jornada educacional <sup>13</sup>.

Para construção do relato de experiência, considera-se, ainda, o processo de planejamento e execução das atividades, os instrumentos e equipamentos utilizados, bem como identificando as potencialidades e desafios deste percurso.

### **3. O CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA**

#### **3.1 FRONTEIRAS DA LINHA DE FRENTE**

Em períodos de quarentena, enquanto reforçaram-se as orientações de segurança para que as pessoas ficassem em casa, como uma estratégia de enfrentamento da pandemia COVID-19, os trabalhadores dos serviços de saúde preparavam-se para fazer o oposto <sup>14</sup>. Importante colocar que os profissionais de saúde antes de serem agentes atuantes no enfrentamento à COVID-19 são cidadãos, mães, filhos, irmãos, o amor de alguém, amigos etc. e estão sujeitos a todos os impactos sociais, econômicos, de saúde física e saúde mental que um contexto de pandemia desperta. Segundo documento oficial realizado pela ONU <sup>15</sup> sobre saúde mental no contexto da pandemia, os profissionais de saúde que estão atuando na linha da frente são dos mais afetados porque lidam com uma grande sobrecarga de trabalho, correm o risco de serem infectados e de disseminarem a infecção e testemunham a morte de pacientes, bem como luto



de familiares e outros entes queridos.

Importante ressaltar que por “linha de frente” compreende-se a expressão que tem sido utilizada de forma popular para designar o âmbito de atuação e os profissionais, principalmente profissionais de saúde que, na atuação e contribuição no enfrentamento à doença COVID-19, estão em contato mais direto com o vírus e, portanto, têm maior risco de contaminação. No Brasil, o enfrentamento à doença tem desafiado o SUS em todos os níveis de atenção à saúde e a referência de “linha de frente” para este relato faz-se a partir da experiência de atuação no âmbito da APS.

### **3.2 O CONTEXTO DA APS NO DISTRITO FEDERAL E NA REGIONAL DE SAÚDE LESTE**

Apesar de ser a menor unidade federativa brasileira, a população projetada para o DF em 2018 pela Subsecretaria de Vigilância à Saúde, a partir de atualização feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 2.972.209 habitantes, conforme consta no portal da Sala de Situação da SES do DF <sup>16</sup>. Estimativas do IBGE apontam que em 2020 sua população já era superior a três milhões de habitantes, sendo importante considerar, ainda, a população que reside nas cidades do entorno, principalmente nos estados de Goiás e Minas Gerais e que compõem a Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno, a RIDE, ressaltando que a rede de atenção do DF é referência para esta população <sup>17</sup>.

Embora conte com o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, o DF possui internamente desigualdades socioeconômicas discrepantes, de tal forma que em seu território há regiões com renda per capita similar a países europeus e, ao mesmo tempo, outros comparáveis a países com condições precárias de renda, educação e saúde. A alta desigualdade da distribuição da renda per capita entre as Regiões Administrativas se reflete, em parte, nos indicadores de saúde, confirmando-se que menores rendas estão associadas a piores condições de vida <sup>18</sup>, convocando-se um grande desafio à organização dos serviços de saúde, sobretudo nas regiões mais vulneráveis <sup>17</sup>.

O DF é um único estado e município, com características organizacionais diferenciais no seu território em relação aos outros estados brasileiros, o que reflete na sua organização no setor saúde. O sistema público de saúde do DF tem na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) a principal entidade mantenedora e executiva das diferentes atividades de gestão, como financiamento, planejamento, aquisições e contratação de profissionais <sup>19</sup>, o que responsabiliza a SES-DF pela gestão tanto da Atenção Primária quanto dos outros níveis de atenção, além das ações de vigilância em todo o seu território <sup>20</sup>. A organização territorial

sanitária das áreas de saúde SES-DF passou por reestruturação iniciada em 2016 a partir do Decreto nº 37.057/2016<sup>21</sup> que dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Em 2018, o Decreto 38.982<sup>22</sup> alterou a estrutura administrativa da SES resultando nas Regiões de Saúde Central, Centro-Sul, Norte, Sul, Leste, Oeste e Sudoeste.

A Região de Saúde Leste, que é a referência de território para este relato de experiência compreende as Regiões Administrativas de São Sebastião, Jardim Botânico, Paranoá e Itapoã. Caracteriza-se como possuindo um dos menores contingentes populacionais dentre as Regiões de Saúde, com 278.232 habitantes, correspondendo a 9,61% do total do DF e é a segunda mais extensa, com 1.264,18 km<sup>2</sup>, 21,97% da área total do DF<sup>19</sup>. São Sebastião é uma das RAs com maior densidade urbana (hab/km<sup>2</sup>) do DF, enquanto Jardim Botânico tem densidade urbana entre as mais baixas do DF. As diferenças morfológicas também espelham as diferenças de renda na Região de Saúde Leste; enquanto Jardim Botânico está no grupo de alta renda, São Sebastião, Paranoá e Itapoã, estão no grupo de média-baixa renda.

À diante, a fim contextualizar a Atenção Primária à Saúde no DF, destaca-se que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>23</sup> considera os termos “Atenção Primária à Saúde” e “Atenção Básica”, nas atuais concepções, como termos equivalentes, definindo tanto a estratégia como o nível de atenção que a caracteriza e tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A APS em geral é compreendida pela definição clássica de Bárbara Starfield<sup>8</sup> e representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde. A APS é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, o que visa possibilitar com que os princípios do SUS façam-se presentes na cobertura da maior parte do território brasileiro e dessa forma, os serviços são organizados por territórios de forma a desenvolverem-se no local mais próximo da vida das pessoas<sup>24</sup>. Por proximidade da vida na comunidade, pode-se compreender que as unidades de serviço devem se instalar perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam, ou seja, onde vivem em seu cotidiano.

A Atenção Primária à Saúde, nestes 33 anos de implementação do SUS, assim como todo o sistema de saúde, passou e segue a passar por profundas transformações com vista a garantir o direito à saúde de qualidade para a população brasileira. A entrada da APS na agenda da política de saúde do DF é resultado de sucessivas iniciativas de mudança na sua organização nos mandatos seguindo-se os mandatos governamentais desde quando o Ministério da Saúde adotou a Estratégia Saúde da Família como o principal modelo de reorganização da APS, com o Programa Saúde da Família, em 1994<sup>20</sup>. São diversos os estudos e pesquisas que fazem o

levantamento da retrospectiva do processo de construção da APS no DF considerando os contextos políticos e os desafios.

Para um recorte de transformação atual, destaca-se que em 2017 a APS do Distrito Federal foi reestruturada a partir da implantação do Projeto de Conversão da Atenção Primária para a Estratégia Saúde da Família (Converte)<sup>25</sup>, que é considerado passo fundamental na organização da Rede de Atenção à Saúde e estabelecia que a ESF seria o modelo de atenção, além de padronizar que todos os estabelecimentos da APS seriam denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>21</sup>. A publicação da Portaria SES-DF nº 77 de 14/02/2017<sup>26</sup> estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e a Portaria SES-DF nº 78 de 14/02/2017<sup>27</sup> regulamenta o artigo 51 da Portaria 77, disciplinando o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde ao modelo de Estratégia de Saúde da Família estabelecendo normas e prazos para o processo de implantação.

Ainda, em 2018, no sentido de aprimorar a resolutividade e qualidade da APS no DF, foram publicadas duas Portarias com o objetivo de organizar os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), de acordo com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A Portaria SES nº 4897, de 24 de maio de 2018<sup>28</sup>, regulamenta a estruturação e a operacionalização dos NASF-AB, com suas normas e diretrizes, e a Portaria SES nº 4968, de 25 de maio de 2018<sup>29</sup>, disciplina o processo de transição das equipes para o novo modelo.

Atualmente, no Distrito Federal, a Rede de Atenção Primária à Saúde é composta por 176 Unidades Básicas de Saúde<sup>30</sup> integradas por 605 equipes de Saúde da Família, cuja cobertura total do território é de 68,4%<sup>31</sup>. Na Região Leste são 31 Unidades Básicas de Saúde sendo 3 no Itapoã, 8 no Paranoá, 1 no Jardim Botânico (UBS 1 Jardins Mangueiral) e 19 em São Sebastião, incluindo 6 Unidades de Saúde Prisional<sup>30</sup>. Ainda, dados referentes ao mês de junho de 2020 apontam que são 48 equipes Nasf-AB no DF, sendo 27 consistidos (com carga horária de 200 horas e 5 profissionais de categorias distintas) e 21 equipes Nasf-AB de transição (com 120 horas e 3 categorias distintas)<sup>5</sup>, tendo-se cobertura de 54% das equipes de APS. Na Região de Saúde Leste são 7 equipes Nasf-AB.

### **3.3 A INSERÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA APS DO DF**

A residência em área profissional da saúde é uma pós-graduação Lato Sensu, estabelecida como treinamento em serviço e é regulamentada pela Lei nº 11.129, de 30/6/2005<sup>32</sup> e resoluções complementares da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

(CNRMS/MEC). O PRMAB da Fiocruz Brasília iniciou suas atividades em 2020, têm duração de 5760 horas distribuídas em 60 horas teórico práticas semanais, durante o período de 2 anos e dedicação exclusiva, tendo como objetivo especializar profissionais, com a finalidade de atuar em equipes de Atenção Primária à saúde de forma interdisciplinar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A experiência de formação no Programa de Residência Multiprofissional foi marcada desde o início pela atuação num contexto de emergência sanitária. Ao atuar no âmbito da APS-Atenção Básica em uma UBS na Região Leste do DF, que é campo de prática e referência para este relato de experiência, pôde-se viver e observar os impactos que uma pandemia desencadeada por uma doença que é contagiosa tem na dinâmica de um ponto de atenção à saúde e os desafios para responder às necessidades da comunidade. Alguns conceitos como “território”, “porta de entrada” e “proximidade”, podem requerer novas proporções em contextos de “distanciamento social”, “quarentena” e “contágio”, o que convocou aos profissionais e usuários do serviço a reavaliarem as delimitações e fronteiras desse território, as fronteiras da própria UBS e as também fronteiras da relação entre pessoas e corpos.

Neste este relato, destaca-se este fator que tem atravessado e desafiado a experiência tanto dos profissionais de saúde que estão no início uma jornada profissional, quanto os que possuem consideráveis anos de carreira, que é a atuação em um contexto em que o distanciamento social é uma medida de segurança essencial devido a elevada infectividade do SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19. Falando-se do local de uma profissional residente que está em formação em saúde no escopo da Atenção Básica, orientada pela Estratégia de Saúde da Família, onde tem-se a priori um contato mais próximo com a comunidade e o território, bem como um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, couberam questionamentos: Até onde se pode chegar e permitir entrar? É possível delimitar o distanciamento importante sem barrar o acesso? De que forma construir fronteiras a fim de garantir a saúde de quem precisa de cuidados, mas também de quem cuida? Como gerenciar e coordenar o cuidado se os espaços de gestão coletiva, como uma reunião de equipe, podem ser caracterizados como aglomeração e se torna automaticamente fator de risco de contaminação no serviço? Como oferecer cuidado sem ver e sem ser visto? Diante disso, há a convocação para reconfigurar o contato, a comunicação, o acolhimento e o vínculo com o usuário do serviço de saúde a quem se presta a assistência, atendimento e suporte, bem como com os colegas de trabalho.

O contexto de epidemia e a sobrecarga dos atendimentos direcionados aos usuários com sintomas respiratórios, urge que esta seja uma das demandas prioritárias do território, e que

outros tipos de atendimentos que fazem parte da carteira de serviços da Atenção Básica e que são essenciais para se conhecer os processos de trabalho na ESF precisem ser temporariamente suspensos. Reuniões de equipe, reuniões de colegiado interno, atendimento em grupo, visitas domiciliares, práticas integrativas, atuação em conjunto com as escolas e outras atividades de prevenção e promoção à saúde que fazem parte do cotidiano da UBS precisaram ser temporariamente suspensos ou adquirirem novos formatos devido aos protocolos de segurança.

Destaca-se ainda um desafio para atuação do Nasf AB, que tem sido manter-se enquanto equipe e não se deixar descaracterizar de seus objetivos na APS, uma vez que devido a urgência na reorganização dos processos de trabalho da UBS existem obstáculos na manutenção das ferramentas tecnológicas que são mecanismos de suporte às eSF. Reuniões da equipe Nasf com as equipes de saúde da família, espaços para diálogo, discussão de casos, discussão de processos de trabalho e suporte em matriciamento, bem como outras estratégias de cuidado coletivo, interdisciplinaridade e clínica ampliada foram diretamente afetados pelo impacto do contexto da pandemia, dificultando o processo de comunicação e corporificação da atuação do Nasf AB na APS que é desafiador desde sua implantação em 2008<sup>33</sup> e precisa ser construída diariamente.

É diante do desafio deste contexto de novos formatos de se atuar na Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família e questionamentos quanto às fronteiras de se atuar na linha de frente que se constrói a jornada e o processo de formação de uma psicóloga inserida em programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com atuação na equipe Nasf-AB.

## **4. DESENVOLVIMENTO**

### **4.1 OFERTA DE CUIDADO À DISTÂNCIA**

Em consonância com as recomendações e diretrizes gerais de enfrentamento à doença COVID-19 estabelecidas no âmbito do Distrito Federal, desde o mês de março de 2020, a UBS campo de prática e referência para este relato de experiência tem somado esforços para reorganizar o serviço a fim de garantir a continuidade do cuidado e responder às necessidades de saúde prioritárias do território. Nesse sentido e de acordo com as diretrizes técnicas <sup>7</sup> ratificou-se a manutenção e a qualificação desses fluxos atentando-se para: reserva de áreas específicas para acomodar e atender os Usuários com Sintomas Respiratórios (USR), que são acolhidos após à triagem na entrada da unidade; gestão do uso seguro e racional de Equipamento de Proteção Individual (EPI); adequação das agendas, para que sejam garantidos

o atendimento de casos suspeitos e outras demandas prioritárias; atendimento e monitoramento remoto, onde diversos profissionais e equipes estão ofertando cuidados por meio de telemonitoramento, teleatendimento e teleorientação.

Neste sentido, a oferta de cuidado por meio de telemonitoramento e teleatendimento prestados aos usuários que deram entrada com sintomas respiratórios, caracterizados como casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 passaram a integrar a carteira de serviços ofertadas pela UBS em contexto emergencial a partir de junho de 2020. O fluxo deu-se nas seguintes etapas a serem detalhadas a seguir: (1) acolhimento na UBS, (2) registro em planilha para acompanhamento remoto de usuários e o (3) telemonitoramento e teleatendimento.

### **1) Acolhimento na UBS**

Considerando, então, que a APS é também a porta de entrada preferencial para os pacientes com sintomas respiratórios com ou sem sinais de gravidade <sup>7</sup> e considerando as diretrizes da nota técnica, a UBS reservou áreas específicas para acomodar e atender os Usuários com Sintomas Respiratórios (USR), que são acolhidos após à triagem na entrada da unidade. A UBS sistematizou a triagem externa no formato de recepção “Posso Ajudar?”, que passou a funcionar no mês de março de 2020, de forma que os usuários que necessitam de serviços essenciais da UBS recebem as devidas orientações e os usuários com queixas de sintomas respiratórios são dirigidos à tenda na parte externa à área central e aguardam encaminhamento à “Sala de Avaliação”, local onde receberão atendimento e as devidas orientações de saúde. A escala para atendimentos na Sala de Avaliação é composta por 2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiros e 2 médicos com possibilidade de aumento da equipe, caso necessário. Os profissionais escalados eram de diferentes equipes de saúde da família e os atendimentos eram prestados à comunidade sem distinção de equipe de referência.

A partir dos atendimentos realizados na Sala de Avaliação, a equipe da Gerência da UBS era a responsável pelo georreferenciamento dos usuários, de forma que estes fossem identificados a partir de seu território, sinalizando a área que residem e equipe de saúde de referência, bem como outras categorias de informações importantes para que se pudesse dar continuidade ao monitoramento destes casos, que serão listadas no tópico a seguir. Ainda, a equipe da Gerência alimentava painel informativo com os dados referentes à trajetória dos atendimentos na UBS de forma a compor o Cenário Epidemiológico dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 da UBS em questão.

## **2) Registro em planilha para acompanhamento remoto de usuários**

De acordo com documento orientador<sup>7</sup>, importante etapa estratégica de acompanhamento dos casos suspeitos de COVID-19 é através de teleatendimento e telemonitoramento. Dessa forma, para dar continuidade no acompanhamento dos usuários com sintomas respiratórios atendidos na Sala de Avaliação, organizou-se sob coordenação da equipe da Gerência da UBS uma “Planilha de Monitoramento” no formato *excel* para cada uma das 9 equipes de saúde da família integrantes contendo as categorias de informação: (1) data do primeiro atendimento; (2) local do atendimento, considerando que o usuário poderia ter sido atendido em hospital com a continuidade do acompanhamento pela UBS; (3) nome do usuário; (4) nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS); (5) data de nascimento; (6) telefone; (7) endereço de residência; (8) data do início dos sintomas; (9) sinais e sintomas; (10) comorbidades; (11) PCR (Proteína C Reativa), com referência à sinalização de realização e o resultado do exame, indicado até o 7º dia de início dos sintomas; (12) teste sorológico, com referência à sinalização de realização e o resultado do exame, indicado para usuários com 8 dias ou mais de início dos sintomas. A partir do início do teleatendimento para monitoramento telefônico, os profissionais preenchem as categorias da mesma planilha com: (13) registro de data e horário dos teleatendimentos; (14) nome do profissional de referência que realizou o teleatendimento; (15) acompanhamento, com breve evolução descrita do teleatendimento, que mais tarde seria registrada em prontuário eletrônico PEC-eSUS; (16) número de contactantes, que diz respeito a quantidade de pessoas que o usuário teve ou tem de manter contato durante a fase dos sintomas; (17) se o usuário ou família encontram-se em situação de alta vulnerabilidade social; (18) encaminhamentos do acompanhamento, com sinalização para o próximo monitoramento (em 24h, 48h ou mais). Ainda, fazia-se importante para a estratégia sinalizar quanto à (19) classificação de risco do caso em leve, com sinais de agravamento ou estado crítico. Por último, (20) encerramento do caso, com possibilidades para informar se foi um caso confirmado para COVID-19, descartado, suspeito ou óbito.

## **3) Acompanhamento e atendimento remoto: telemonitoramento e telatendimento**

Nesta UBS, o acompanhamento remoto dos usuários com sintomas respiratórios teve início em junho de 2020 e continuou até setembro de 2021. O acompanhamento foi realizado por profissionais do Nasf-AB, profissionais das equipes de saúde bucal (eSB), profissionais de

saúde residentes (PSR) integrantes do Nasf-AB e eSB e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O Nasf foi encarregado por coordenar a ação e o processo de trabalho organizou-se da seguinte forma:

**a. Grupos de trabalho (GT):** foram aproximadamente 28 profissionais de saúde designados para participar da ação, divididos em grupos de trabalho referentes às 9 equipes de saúde da família. Os ACS e o profissionais das eSB participavam do GT das suas equipes de referência de trabalho, e os integrantes do Nasf-AB dividiram-se entre as 9 equipes, em conjunto com os residentes, de forma que cada equipe de saúde da família, então, contava com um grupo de 3 profissionais, em média, para realizar os teleatendimentos e monitoramento remoto dos USR atendidos pela Sala de Avaliação da UBS.

**b. Ponto de controle:** sob coordenação do Nasf AB, cada GT realizava reuniões caracterizadas como “ponto de controle” semanal a fim de que os profissionais estivessem alinhados com os objetivos e as diretrizes da ação e que fosse estabelecido o planejamento interno do GT, bem como monitoramento da atividade. Era o momento de atualizar a escala da semana, verificar se os atendimentos foram concluídos, dar a devolutiva do trabalho realizado, bem como levantamento de dúvidas quanto aos encaminhamentos e outros desafios que o GT encontrava ao realizar o teleatendimento.

**c. Instrumentos e equipamentos:** O teleatendimento e telemonitoramento são atividades assistenciais que poderiam ser realizadas em regime de teletrabalho ou na própria UBS de acordo com a disponibilidade do espaço, escala dos profissionais e equipamentos disponíveis. Para realizar o atendimento era necessário, então: sala, computador com internet para consulta e registro na Planilha de Monitoramento e no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC-eSUSAB) e aparelho de comunicação remota (telefone ou celular). Outros instrumentos utilizados para orientar o trabalho eram documentos orientadores elaborados por entidades de saúde (internacionais, nacionais e locais) que vêm construindo e sistematizando diretrizes de apoio clínico e organizacional a serem aplicadas no contexto da epidemia e que poderiam conter também orientações para estratégias de cuidado via modalidade remota: Nota Técnica Nº 01/2020 COAPS/SAIS/SES - COVID-19. 2020. 1–46 p. Versão 3 de 17/06/2020)<sup>7</sup>, (1ª Série de documentos técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família. GASF/DESF/COAPS/SAIS/SES. Junho de 2020)<sup>6</sup>, e (Cartilha: “Recomendações aos psicólogos para atendimento online”, elaborada por Ministério da Saúde e Fiocruz)<sup>12</sup>



**d. Telemonitoramento:** Caracterizou-se como monitoramento a oferta de acompanhamento remoto dos usuários com suspeita de COVID-19 ou diagnóstico confirmado que foram atendidos na UBS, na Sala de Avaliação. O contato telefônico foi feito diretamente com a família ou o usuário, caso este estivesse em condições de receber o atendimento, a fim de identificar a evolução do quadro, identificar possíveis sinais de descompensação da síndrome gripal, dar orientações sobre isolamento domiciliar, orientação às pessoas sintomáticas respiratórias em caso de piora do quadro, bem como garantir às recomendações e orientações de saúde da equipe que o atendeu. Para garantir a continuidade da ação e organização do monitoramento, faz-se importante que os agentes de saúde encarregados dessa atividade preenchessem corretamente a Planilha de Monitoramento com as devidas informações elencadas anteriormente atentando-se para as datas programadas para o teleatendimento, a escala dos profissionais e a classificação de risco. O GT organiza-se a fim de que se consiga que os usuários sejam monitorados a cada 24h ou 48h até o 15º dia do início dos sintomas, com final do isolamento, de acordo com as diretrizes norteadoras da ação.

**e. Teleatendimento:** O teleatendimento é uma prática assistencial que pôde ser utilizada na UBS tanto para manejar e monitorar casos suspeitos e confirmados de COVID-19, como outras demandas: teleatendimento para pessoas que aguardam retorno em consulta médica e/ou estejam com exames complementares com resultados prontos e teleatendimento para usuários em acompanhamento pelo Nasf por questões de saúde mental. Neste relato de experiência, selecionou-se a oferta de cuidado à distância em formato teleatendimento para manejo dos casos confirmados ou suspeitos de COVID-19. Para realizar um atendimento de forma remota via telefone, então, atentou-se para os eixos: conexão remota com o usuário, que se refere às condições do local, aos instrumentos e equipamentos necessários para garantir um atendimento efetivo tanto da parte do profissional quanto do usuário, identificação do agente de saúde e do usuário ou familiar, bem como esclarecimento dos objetivos do atendimento; orientações para realizar o teleatendimento, onde garante-se os objetivos do atendimento: avaliar a evolução dos sintomas do usuários com identificação de sinais de gravidade ou melhora, avaliação quanto a presença de sinais de alerta e necessidade de avaliação presencial na UBS ou serviço de urgência, verificar se o usuário precisa de orientações, atestado, acolhimento e intervenção em saúde mental ou outras demandas e dúvidas que poderiam ser tiradas sem que o usuário precisasse deslocar-se até a UBS; e as demandas ao final do teleatendimento, que se refere aos encaminhamentos de acordo com a classificação de risco do caso em leve, com sinais de agravamento ou estado crítico. Ressalta-se que as principais diretrizes que orientaram o

teleatendimento e o telemonitoramento na UBS estão sistematizadas no anexo V e VI da nota técnica <sup>7</sup>.

**f. Registrar teleatendimento PEC e-SUS:** Todos os atendimentos eram registrados no PEC e-SUS on-line no módulo Registro Tardio de Atendimento. Ainda assim, era orientado se fizesse a Planilha de Monitoramento com os registros de atividades em categorias especificadas anteriormente.

**g. Devolutiva para as equipes de saúde:** Mensalmente, os GT's somavam esforços para reunirem-se com as equipes de referência, a fim de dar devolutivas quanto ao trabalho realizado de telemonitoramento e teleatendimento dos usuários de seus territórios. Era compartilhado sobre o processo de trabalho, quantidade de casos monitorados no mês, quantidade de casos confirmados para COVID-19, quantidade de casos descartados decorrentes de testagem sorológica ou PCR que testaram negativo para COVID-19 ou onde foi constatada outra doença (dengue, gripe etc.). Ainda, havia os usuários que não tiveram o diagnóstico para COVID-19 confirmado, uma vez que não realizaram teste para investigação, bem como não se tinha informação de outro diagnóstico possível e permaneceram em acompanhamento. Os usuários que não se foi possível o contato via telefone a despeito de motivos como chamadas não atendidas, número de telefones incorretos, caixa de mensagem, dentre outros fazia-se necessário busca ativa por Agente Comunitário de Saúde a fim de atualização e continuidade no acompanhamento.

## 5. DISCUSSÃO

Diante do contexto de emergência sanitária e da urgência na reorganização dos processos de trabalho na UBS, os profissionais foram convocados a se colocarem enquanto agentes de saúde produtores de cuidado em um novo campo, o da atenção à saúde no enfrentamento à COVID-19, para além do seu núcleo de saber e atuação cotidiana. Se o "núcleo" é o conhecimento, o saber, as tecnologias e as práticas específicas de cada profissão e que demarca a identidade profissional e o "campo", um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscava em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas <sup>34</sup> coube a provocação de sair do habitual e desenvolver novos saberes e práticas em saúde, como foi o caso dos profissionais que integraram os grupos de trabalho para realizar telemonitoramento e teleatendimento dos usuários suspeitos e confirmados de COVID-19. Diante disso, percebeu-se certo grau de dificuldade dos profissionais em encontrarem sua

identidade nesse novo eixo de atuação, somando-se o fato de muitos atendimentos núcleo estarem restritos, como foi o caso de técnicos de saúde bucal e cirurgiões-dentistas. Destaca-se a importância dos espaços de matriciamento e clínica ampliada para que o GT se instrumentalize a fim de garantir a atenção às necessidades prioritárias do território e se superem as resistências dos profissionais quanto às formas de se colocarem em campo, uma vez que quanto mais identificado e seguro o profissional estivesse com a forma de atuar e sua contribuição, maior era a adesão à atividade.

Dessa forma, as reuniões de ponto de controle constituía-se também como o espaço estratégico para qualificação dos profissionais e possível matriciamento, compreendendo-se que, ao monitorar um USR em contexto de COVID-19, o profissional, independentemente de sua categoria, caracteriza-se como um agente de saúde que pode deparar-se durante o teleatendimento com situações como dúvidas sobre o percurso da doença e as devidas orientações em saúde e de segurança, informações quanto os protocolos da UBS e fluxo na Rede de Atenção à Saúde (RAS), situações de alta vulnerabilidade social, luto, ansiedade e outras questões de saúde mental.

Neste espaço, o Nasf-AB e os ACS podem contribuir para facilitar a identificação dos equipamentos do SUS e SUAS (Sistema Único de Assistência Social) da região, bem como as potencialidades do território como, por exemplo, os pontos de apoio existentes na comunidade e iniciativas de economia solidária. Ainda, mapeamento de materiais, conteúdos e meios de comunicação que fossem divulgadas estratégias de autocuidado em períodos de isolamento, atividades físicas para serem realizadas em casa, receita para produtos de limpeza como sabão caseiro e dicas e orientações para alimentação saudável em tempos de pandemia. Se, os enfermeiros e médicos de família e comunidade poderiam instrumentalizar os colegas de trabalho quanto a utilização correta dos equipamentos de proteção individual (EPI), para realizar o telemonitoramento do usuário suspeito ou confirmado com COVID-19, com eles também pode-se aprender de forma mais aproximada com base na experiência cotidiana, sobre o que é o coronavírus, formas de transmissão, sintomas da doença, bem como identificar os sinais de gravidade e estratégias de encaminhamento. A partir daí também pode-se construir coletivamente possibilidades para os cuidados das famílias em casa de acordo com o contexto do território.

O ponto de controle também era o espaço para compreensão e gestão dos instrumentos e equipamentos que seriam utilizados para as atividades. As TCI se constituíam como um mundo a desbravar para muitos profissionais, que contaram com a colaboração de colegas para aprenderem a manusear de forma correta o computador e planilhas *excel*, funções no aparelho

telefone e *smartphone*, bem como o PEC eSUS da maneira adequada. Aqui, ressalta-se que para que o telemonitoramento e o teleatendimento possam ser viabilizados, é necessário prover telefones e acesso à internet para as equipes, facilitando o atendimento não presencial aos usuários<sup>9</sup>. Se prover EPI foi um desafio para todos os serviços de saúde no início da pandemia devido à explosão do consumo e à dificuldade em encontrar fornecedores, obter todos os equipamentos necessários para fazer o atendimento remoto também, urgindo-se a necessidade de escalas e agendas dos profissionais para utilizar os 4 aparelhos telefone disponíveis para os aproximadamente 28 profissionais dos GT. A baixa quantidade de equipamentos diminuía os alcances quantitativos das ligações realizadas. Utilizar os equipamentos pessoais tornou-se uma opção sem ressarcimento para os trabalhadores.

Aquém dos novos aprendizados que estávamos sujeitos enquanto profissionais atuantes no âmbito da APS-AB, destaco Débora Noal, psicóloga pesquisadora do Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) da Fiocruz e profissional referência na atuação de enfrentamento à COVID-19, que de forma importante e necessária nos relembra e sugere que em contextos de crise “a melhor ferramenta é aquela que você já conhece e já usava antes. Ela vai proporcionar uma sensação de autocuidado, de conforto”<sup>35</sup>, o que remete a uma estratégia de cuidado e sobrevivência para toda a comunidade, mas também para os profissionais de saúde que estão diante uma nova doença e novas formas de atuação e serviu de orientação para a prática do teleatendimento. Aqui, os profissionais do Nasf-AB enquanto apoiadores contribuem ao resgatarem e ativarem junto ao GT ferramentas que os profissionais de saúde já utilizam no âmbito do cuidado na APS e que são diretrizes de atuação na Atenção Básica, como por exemplo, lembrar o acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 28: Acolhimento à Demanda Espontânea<sup>36</sup> o acolhimento, compreendido no território das tecnologias leves de cuidado, “encarna nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras.” Isso implica que a qualidade do acolhimento contribui ativamente para o vínculo com o usuário, bem como facilitar a continuidade do plano de cuidado que se estabelece para o acompanhamento à distância e os possíveis encaminhamentos, impactando os alcances da oferta de cuidado que o teleatendimento proporciona. Salienta-se que a realização da escuta qualificada não é prerrogativa exclusiva de nenhum profissional, devendo ser prática corrente

de toda a equipe <sup>36</sup> e, certamente, dá estrutura para o profissional realizar o teleatendimento, uma vez que este possibilitava um espaço onde o usuário ou o familiar poderiam compartilhar com o profissional de saúde as dificuldades de passar pelo percurso da doença, sem julgamento, e ser acolhido de forma qualificada, bem como enxergar e construir em companhia, ainda que à distância, possíveis caminhos e estratégias para a singularidade da demanda. Ainda, o espaço do teleatendimento também era um momento para desabafos e possíveis reclamações quanto à insatisfação do atendimento em saúde como um todo. Destaco que ofertar um espaço de escuta, comunicação e vínculo para o usuário através do teleatendimento, ainda que o monitoramento não acontecesse da forma mais efetiva dentro da janela de 48h, percebeu-se que o retorno dos usuários era positivo, uma vez que foi possibilitado sentirem-se “vistos” e cuidados, ainda que a distância.

Uma vez que as reuniões de equipe, reunião destas com o Nasf-AB e outras reuniões importantes para gerenciar de forma coletiva os processos de trabalho na UBS estavam suspensas ou acontecendo pontualmente sob demanda, falando-se do local de profissional residente passando por um processo de formação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família e que buscava reconhecer as ferramentas tecnológicas da comunicação Nasf-eSF de forma prática, considerava-se os espaços de gestão de cuidado coletivo essencialmente estratégicos, mas também muito caro para o serviço no atual contexto. Dessa forma, assim como as breves reuniões de ponto de controle, a devolutiva para a equipe de saúde, era um momento tático para se pensar as problemáticas das microrregiões, uma vez que no mesmo território existem dinâmicas diversas quanto à vulnerabilidade social, fluxo de pessoas, presença ou não de comércio, possíveis pontos de aglomeração, adesão ao uso de máscara e outras recomendações de segurança. Neste encontro, era uma oportunidade de se discutir o cenário da UBS, com os novos processos de trabalho e as demandas emergentes, bem como o compartilhar da vivência dos profissionais que estavam atuando na Sala de Avaliação. Devido a dinâmica do serviço e as singularidades de cada equipe, foram poucas vezes que aconteceram esse formato de reunião.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS-AB tem um papel essencial e estratégico no enfrentamento da Covid-19 no cuidado às pessoas, em seus domicílios e territórios, tanto agora, no momento da pandemia, como na continuidade da vigilância frente a outras ondas da doença e ao longo do tempo, uma vez que há possibilidade de que se torne uma doença endêmica <sup>9</sup>. É importante que a reorganização do processo de trabalho na APS no contexto da epidemia se faça de modo a garantir o enfrentamento do agravo e a continuidade dos cuidados às necessidades de saúde do território e a preservar os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária.

A partir da experiência compartilhada, assim como em outros municípios brasileiros, compreende-se que é possível, no âmbito da AB, a oferta de cuidado à comunidade através de atendimento remoto na modalidade telemonitoramento e teleatendimento no contexto de pandemia de COVID-19, uma doença com alto nível de contágio e que apresenta riscos também para o profissional que cuida. A partir destas modalidades de atenção à saúde, garante-se as vantagens de evitar a circulação desnecessária e, ao mesmo tempo, garantir atendimento psicossocial efetivo, em consonância com as recomendações do distanciamento social, quarentena e/ou isolamento domiciliar. Para que o telemonitoramento e teleatendimento sejam prestados com eficiência, é preciso movimentar os recursos necessários que vão de equipamentos a recursos humanos e uma rede de atenção integrada que se estabeleça comunicação com os demais níveis de atenção.

A incorporação das tecnologias de informação e comunicação enquanto recurso potencial para a carteira de serviços da AB para atender as necessidades prioritárias do território neste contexto pode ser um legado importante para a APS-AB no DF, uma vez que pode-se abrir um leque de possibilidades para a comunicação entre profissionais de saúde e a comunidade, seguindo-se as diretrizes da ESF, como vem sendo incorporadas em outros municípios desde antes da pandemia.

Atuar no eixo de cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de Covid-19 através da oferta de telemonitoramento e teleatendimento em todas as etapas de construção da atividade, mostrou-se como oportunidade de inserção no campo de prática a partir da atuação na equipe Nasf-AB, bem como atuar de forma multidisciplinar e construir vínculos com a comunidade, assim como com os colegas de trabalho em um momento atípico para a Estratégia de Saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [Internet]. 12 de março de 2020 [acessado em 13/Abr/2021]. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>
  
2. Xerente ER, Xavier KE, Valadares AF, Sanches YC, Borges AKP. Transformação da cultura indígena: e sua influência na saúde diante da pandemia de COVID 19. Rev Observ [Internet]. 1º de maio de 2020 [citado 17º de fevereiro de 2022]; 6(3):a7pt. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/observatorio/article/view/10562>
  
3. Daumas RP, Silva GA e, Tasca R, Leite I da C, 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. Caderno de Saúde Pública. 2020;36(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104120>.
  
4. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil: Painel COVID-19, 2020. Página inicial. [acessado em 24/Abr/2021]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
  
5. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. 1ª Série de documentos técnicos para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família. NASF/DESF/COAPS/SAIS/SES. Junho de 2020. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/1a-Serie-de-documentos-tecnicos-NASF\\_Organizacao-de-trabalho-e-territorio-1-2.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/1a-Serie-de-documentos-tecnicos-NASF_Organizacao-de-trabalho-e-territorio-1-2.pdf)
  
6. World Health Organization (WHO). Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance [Internet] 19 March 2020. [Acessado em 13/Abr/2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331492>.
  
7. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica Nº 01/2020 COAPS/SAIS/SES - COVID-19. 2020. 1–46 p. Versão 3. 17/06/2020. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/NOTA\\_TECNICA\\_COVID\\_APS\\_V3\\_versao\\_17062020\\_SUMARIO.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/NOTA_TECNICA_COVID_APS_V3_versao_17062020_SUMARIO.pdf)
  
8. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. [Acessado em junho 2020] Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>
  
9. Giovanella L, Martufi V, Mendonza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19 Saúde Debate. 2020; 44(spe 4):161-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103->

11042020E410

10. Silveira JPM, Zonta R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. APS EM Rev [internet]. 2020 [acesso em 10 jan 2022]; Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122>
11. Piropo TG e Amaral HO. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. Saúde em Debate [online]. 2015, v. 39, n. 104 [Acessado 5 Junho 2021], pp. 279-287. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151040413>.
12. Melo BD et al. Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19: Recomendações aos psicólogos para o atendimento online. [Internet] Rio de Janeiro, 2020 [Acessado em set de 2020] Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42359>
13. Meneses TQ, Faria M de S, da Silva LS, Cotta RMM, da Costa GD. A utilização do portfólio reflexivo como método de ensino, aprendizagem e avaliação na disciplina Políticas de Saúde. J Manag Prim Health Care [Internet]. 5º de janeiro de 2017 [citado 18º de janeiro de 2022];7(1):149-. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/491>
14. Weintraub AM et al. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: orientações aos trabalhadores dos serviços de saúde. Fiocruz/CEPEDES [Internet] Rio de Janeiro, 2020 [Acessado em set de 2020] Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41828>
15. United Nations (UN). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. [online]. Maio de 2020 [Acessado em Setembro de 2020]. Disponível em: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief-covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf)
16. Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). População – InfoSaúde [Internet]. info.saude.df.gov.br. [Acessado em 10 de Outubro de 2021] Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/populacao/>
17. Tasca R et al. Laboratórios de inovação em saúde: por uma Atenção Primária à Saúde forte no Distrito Federal, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2019, v. 24, n. 6 [Acessado 10 Janeiro 2022] , pp. 2021-2030. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08672019>
18. Codeplan DF. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio: Itapoã, PDAD 2018. [Internet] Brasília, 2020.[Acessado Outubro 2021] Disponível em: <https://codeplan.df.gov.br/pdad-2018>
19. Göttems LBD, Almeida MO, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. Cienc Saude Coletiva [Internet]. 2019 [Acessado 10 Janeiro 2022] ; 24(6):1997-2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08522019>



20. Guedes BAP, Vale FLBD, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Cien Saude Colet*. [online] 2019, v. 24, n. 6 [Acessado 10 Janeiro 2022] , pp. 2125-2134. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08632019>
21. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 37.057, de 14 de janeiro de 2016. Dispõe sobre a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que especifica e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2016; 29 abr.
22. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde (SES). Decreto nº 38.982, de 10 de abril de 2018. Altera a estrutura administrativa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e dá outras providências. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 11 abr.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) . *Diário Oficial da União* . 22 Set 2017
24. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012
25. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. [Internet] Brasília, 2019.[Acessado Outubro 2021] Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2020\\_06\\_01\\_PDS-2020-2023\\_Aprovada\\_CSDF\\_v\\_publicizada.pdf](https://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/2020_06_01_PDS-2020-2023_Aprovada_CSDF_v_publicizada.pdf)
26. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal*, Brasília (DF), 2017 fev 14
27. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2018; 9 abr.
28. Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 4897 de 24 de maio de 2018. Regulamenta a estruturação e operacionalização dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB). [Internet] Brasília, 2018 [Acessado em 20 de Janeiro de 2022]. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/ses\\_prt\\_489\\_2018\\_rep.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/fa973d02ac7f47ad87eb39f3d4fc85b1/ses_prt_489_2018_rep.html)

29. Distrito Federal. Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 496, de 25 de maio de 2018. Distrito Federal, 2018. [acessado em 20 de Janeiro de 2022]. Disponível em:  
[http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/778bc7967ebb4ff791f4fb53d97bf5db/ses\\_prt\\_496\\_2018\\_rep.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/778bc7967ebb4ff791f4fb53d97bf5db/ses_prt_496_2018_rep.html)
30. Secretaria de Saúde do DF (SES/DF). CNES – UBS (Posto de Saúde, Centro de Saúde) – InfoSaúde [Internet]. [info.saude.df.gov.br](http://info.saude.df.gov.br). [Acessado 10 Outubro de 2022]. Disponível em:  
<https://info.saude.df.gov.br/area-tecnica/cnes-ubs/>
31. Secretaria de Saúde do DF (SES/DF). Atenção primária fez 2,7 milhões de atendimentos individuais em 2021 [Internet]. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. [Acessado 18 de Janeiro de 2022]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/atencao-primaria-fez-27-milhoes-de-atendimentos-individuais-em-2021>
32. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005.
33. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União 43 mar 2018; Seção 1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)
34. Campos GW de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. Soc. e Cult. [Internet]. 5º de dezembro de 2007 [acessado em 2 de fevereiro de 2022];3(1). Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fcs/article/view/456>
35. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Conexão Fiocruz Brasília - O novo Coronavírus e nossa Saúde Mental [Internet]. Youtube; 2020 [Acessado em 26 de março de 2020]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=g60jnnckeR0>
36. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à demanda espontânea no. 28. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Volume 1.


**ANEXO A****TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR**

Eu **Marcelo Pedra Machado Martins**, declaro para os devidos fins, estar de acordo com a orientação do Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, da residente **Mayara Rodrigues Ramos**. O título provisório deste trabalho será **Fronteiras da Linha de Frente: O teleatendimento na Atenção Básica enquanto estratégia de cuidado possível na pandemia de Covid-19**.

Brasília, 18 de maio de 2021.



**Assinatura do Orientador**



**Assinatura da Residente**

## ANEXO B

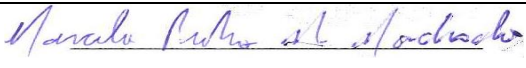
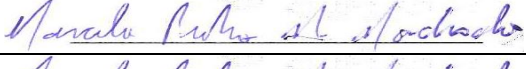
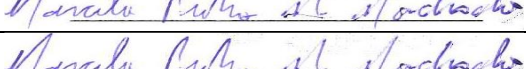
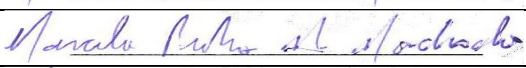
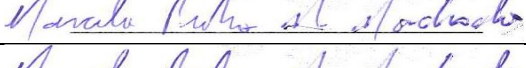
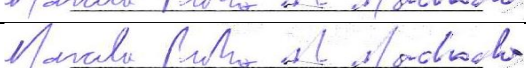


## REGISTRO DE ORIENTAÇÃO DE TCR

Residente: **Mayara Rodrigues Ramos**

Ano/Semestre: **2022/1**

Orientador: **Marcelo Pedra Machado Martins**

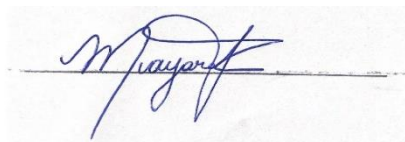
Título do Trabalho: **“Fronteiras da Linha de Frente: O telemonitoramento e o teleatendimento na Atenção Básica enquanto estratégia de cuidado possível na pandemia de Covid-19”.**

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>	<b>Assinatura do(a) Orientador(a)</b>
06/04/2021	Orientação TCR	
17/04/2021	Orientação TCR	
19/05/2021	Orientação TCR	
25/05/2021	Orientação TCR	
23/06/2021	Orientação TCR	
20/07/2021	Orientação TCR	
10/11/2021	Orientação TCR	
26/01/2022	Orientação TCR	

Brasília, 18 de fevereiro de 2022.



**Assinatura do Orientador**



**Assinatura da Residente**