

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

LUANA JONATA NUNES DE MOURA

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO DO
TELESSAÚDERS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: ASPECTOS
ADMINISTRATIVOS**

Porto Alegre
2021

CIP - Catalogação na Publicação

DE MOURA, LUANA JONATA
IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO DO
TELESSAÚDERS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19:
ASPECTOS ADMINISTRATIVOS / LUANA JONATA DE MOURA. --
2021.
38 f.
Orientador: Marcelo Rodrigues Gonçalves.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Medicina, Especialização em Saúde Pública, Porto
Alegre, BR-RS, 2021.

1. Saude Publica. 2. Telemedicina. 3. Atenção
Primária. I. Rodrigues Gonçalves, Marcelo, orient.
II. Título.

LUANA JONATA NUNES DE MOURA

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE TELEMONITORAMENTO DO
TELESSAÚDERS NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19: ASPECTOS
ADMINISTRATIVOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

Porto Alegre
2021

Agradecimentos
Ao meu orientador Dr. Marcelo Gonçalves
Ao Dr. Erno Harzheim
À Vânia Ames Schommer

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde, principal porta de acesso aos serviços de saúde, assume papel fundamental frente à pandemia da COVID-19.

Dada a letalidade muito mais entre os idosos (pessoas com 60 anos ou mais), deve-se priorizá-los para atendimento. Além deles, pessoas com doença crônica, gestantes e puérperas devem ter atendimento priorizado.

O objetivo do Telemonitoramento é ajudar a conter a disseminação da COVID-19, diminuindo os atendimentos presenciais desnecessários de pacientes possivelmente contaminados, ao mesmo tempo em que avalia e orienta sobre a real necessidade deste comparecimento nos serviços de saúde de forma presencial.

Este estudo teve como objetivo descrever como se deu a implantação do serviço de Telemonitoramento de pacientes com sintomas suspeitos da COVID-19, sob o ponto de vista administrativo, uma vez que o acesso aos serviços de saúde é um problema que foi maximizado no cenário pandêmico.

Palavras-chave: Telemonitoramento, COVID-19, Acesso aos Serviços de Saúde, Administração das tecnologias da informação, Informática em saúde pública.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DAPS	Departamento de Promoção da Saúde
DESF	Departamento de Saúde da Família
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAMED	Faculdade de Medicina
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SES/RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SMS/POA	Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USF	Unidades de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma do Ministério da Saúde	21
Figura 2 - Organograma da Secretaria de Atenção Primária à Saúde	22
Figura 3 - Síntese das Ações de Fortalecimento dos Atributos Essenciais da APS para Enfrentamento do COVID 19 no Brasil.....	24
Figura 4 - Fluxograma do Telemonitoramento.....	33
ANEXO I Manual de Telecondutas.....	35
ANEXO II Roteiro de Atendimento.....	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Definição do problema	18
1.2 Justificativa.....	18
2 OBJETIVOS.....	19
2.1 Objetivo geral	19
2.2 Objetivos específicos	19
3 REVISÃO DE LITERATURA	20
3.1 O acesso na Atenção Primária à Saúde	20
3.2 Ampliação do acesso da população às unidades de saúde da família	22
3.3 Coronavírus e Telessaúde	24
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	27
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
8 CONCLUSÕES.....	36
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 na província de Hubei na China registrou-se a ocorrência dos primeiros casos da Covid-19 por um novo tipo de coronavírus, sua progressão e propagação pelo mundo. A Covid-19 é uma doença causada pelo SARS-CoV-2, que apresenta um espectro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros graves. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria (cerca de 80%) das pessoas com Covid-19 podem ser assintomáticas ou oligossintomáticas e, aproximadamente, 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas. A transmissão pessoa-pessoa se dá através da via respiratória, por secreções produzidas durante episódios de tosse, espirros e coriza, semelhante à transmissão do vírus da influenza.

O primeiro caso da Covid-19 no Brasil foi confirmado no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo/SP.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde declarou a caracterização da Covid-19 como pandemia. O Ministério da Saúde, por sua vez, deu início a diversas ações para atenuar a propagação dessa doença no Brasil, e, na segunda quinzena de março, declarou a situação de transmissão comunitária em território nacional, a partir da publicação da Portaria Nº 454/GM/MS, de 20 de março de 2020.

Desde então, amplo conhecimento vem sendo produzido e acumulado no Brasil e em todo o mundo com orientações de adoção de medidas para a vigilância, prevenção e redução da propagação desta doença e manejo das pessoas com suspeita ou confirmação da Covid-19.

O acesso presencial aos serviços de saúde é um problema que foi maximizado com o advento da pandemia e neste momento os serviços de saúde, tanto público quanto privado passam a adotar efetivamente com prioridade os canais digitais para atendimento e realização de consultas.

Conforme o Decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8080 de 1990 é pela Atenção Primária à Saúde (APS) que se dá o ingresso do usuário aos serviços de saúde, sendo considerada a porta de entrada para o usuário ao Sistema Único de

Saúde (SUS). A APS deve ser o primeiro nível de atenção e é caracterizada por atividades de saúde que se organizam em conjunto, de forma a integrar a promoção da saúde com foco na atenção integral, e que se apresente de forma satisfatória na vida da população.

Katz et al. (2020) afirmam sobre o acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul, a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS, “o acesso é um desafio ubíquo e deficiências na porta de entrada prejudicam a consecução dos demais atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS)” (p.1). Como garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde no contexto da pandemia da COVID-19 uma vez que o isolamento social é uma das formas de controlar a disseminação do vírus da COVID-19? Preciso ficar em casa, mas tenho dúvidas sobre a doença, como fazer? (WHO, 2020).

Criado em 2007, o TelessaúdeRS-UFRGS é um núcleo de pesquisa vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) que, ao longo dos anos, desenvolve diversos projetos e ações estratégicas voltadas para atender às principais demandas de atendimento à população, e cujo principal objetivo é melhorar a saúde da população por meio da telemedicina.

O serviço de Telemonitoramento em Telemedicina e Emergências em Saúde Pública do TelessaúdeRS-UFRGS em junho de 2020, passou a monitorar pacientes com suspeita da COVID - 19 em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA), Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS) e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FAMED/UFRGS).

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O acesso aos serviços de saúde é um problema que foi maximizado com o advento da pandemia da COVID-19, a partir disso, a telemedicina desponta como protagonista, tanto para o atendimento e monitoramento de casos da doença causada pelo SARS-CoV-2 (a COVID-19), como para o acompanhamento de outras doenças agudas e crônicas. Em dezembro de 2020, o Brasil se tornou um dos epicentros mundiais da pandemia COVID-19, com mais de 7,2 milhões de casos relatados. O Brasil possui um grande território com distribuição desigual de recursos para a saúde, incluindo médicos. A limitação de recursos tem sido um dos principais fatores que dificultam a resposta do Brasil à crise da COVID-19. A telemedicina tem sido uma abordagem eficaz para o gerenciamento desta doença, pois permite reduzir o risco de contaminação cruzada e fornece suporte para locais rurais remotos (SILVA, et. al, 2021.)

1.2 JUSTIFICATIVA

A implantação do serviço de Telemonitoramento é importante, pois, aciona os pontos da RAS (Rede de Atenção à Saúde) conforme a necessidade do paciente, evitando exposição desnecessária da população ao coronavírus e, identifica o momento certo para as intervenções necessárias de acordo com a fase da infecção pela COVID - 19.

Ainda, cabe salientar, que é partir do serviço de Telemonitoramento que é executada a coordenação do cuidado, considerada um dos quatro atributos essenciais da APS (STARFIELD, 2002). Essa ação possibilita que os pacientes acessem oportunamente o sistema de saúde em seus diversos pontos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de implantação, do ponto de vista administrativo do serviço de Telemonitoramento da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS durante a pandemia da COVID-19.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação do Serviço de Telemonitoramento durante a pandemia da COVID-19 do ponto de vista administrativo;
- Descrever as ferramentas necessárias para implantação do Serviço de Telemonitoramento durante a pandemia da COVID-19;
- Descrever a estrutura física necessária à implantação do Serviço de Telemonitoramento durante a pandemia da COVID-19.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

É consenso na literatura, que a APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população, e deve conciliar ações de assistência com as ações de prevenção e promoção da saúde, além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (OPAS, 2007; STARFIELD, 2002). O SUS incorpora esses princípios e, reconhece que é a partir dos valores e demandas da APS que o planejamento de suas ações deve ser feito, sendo esse, o planejamento ascendente (OPAS, 2007; STARFIELD, 2002).

A expansão da APS no país se dá, prioritariamente, por meio da implantação das eSF. É papel dessas equipes atuar nas ações de promoção, de prevenção, de recuperação, de reabilitação e da manutenção da saúde da comunidade. Cada uma das eSF é responsável pelo acompanhamento de um número definido de famílias em um território adscrito.

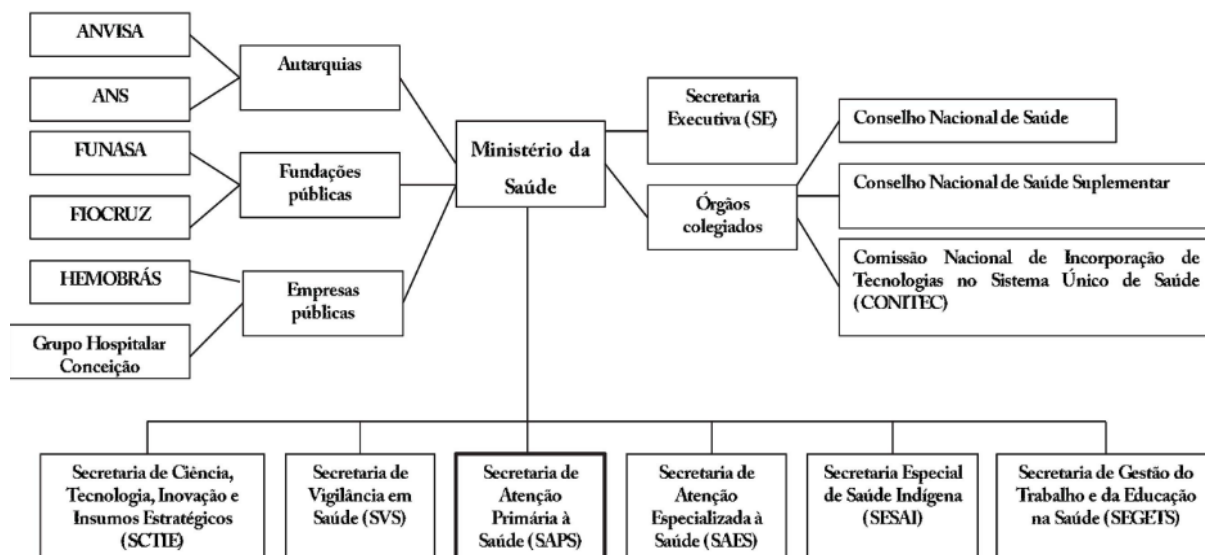
A ESF trabalha com ênfase na formação do vínculo e a partir de conceitos que envolvam as equipes no cotidiano da população, garantindo a integralidade da atenção prestada, melhorando a sua condição de vida (CAMPOS et al., 2014). Esses conceitos se traduzem em uma definição ampla da APS, tanto como rol de serviços de saúde, quanto como estímulo ao desenvolvimento integral alcançado em parceria com as demais áreas da sociedade e pela cooperação com a população (KOLLING, 2008).

Starfield (2002) descreve que uma atenção em saúde efetiva é aquela que leva em conta o contexto no qual a enfermidade acontece, e no qual o paciente está inserido, assim sendo, que não se restringe à cura de uma doença. Para fazer frente aos desafios impostos à APS, em maio de 2019, o Ministério da Saúde (MS) publica o Decreto nº 9.795 que alterou o organograma existente no MS. Por meio desse decreto, foi criada, pela primeira vez na história do país, uma Secretaria responsável pela Atenção Primária à Saúde e pela Estratégia Saúde da Família.

Conforme o organograma do MS, nas Figuras 1 e 2, apresentadas a seguir, a estrutura da nova Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) abriga três departamentos: o já existente Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), um Departamento de Saúde da Família (DESF) e um novo Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS). Com isso, a APS ao adquirir *status* institucional

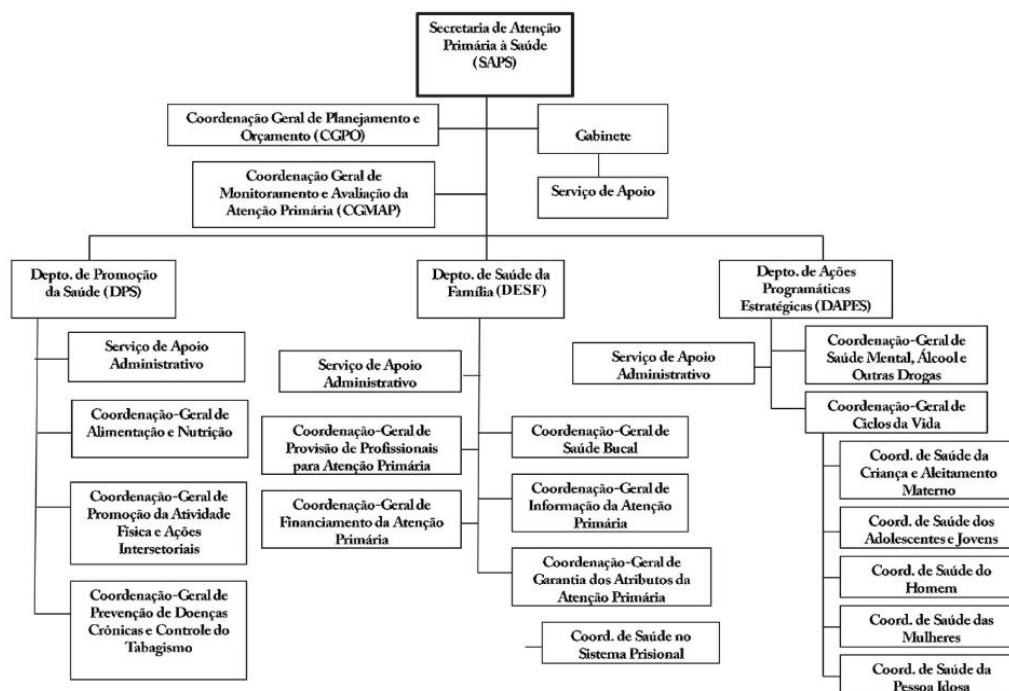
de Secretaria, na estrutura ministerial, ganhou força ao receber maior protagonismo na cadeia decisória do Ministério da Saúde e, também, maior presença nas discussões internas acerca da destinação orçamentária.

Figura 1 - Organograma do Ministério da Saúde



Fonte: REIS et al. (2019, p.2).

Figura 2 - Organograma da Secretaria de Atenção Primária à Saúde



Fonte: REIS et al. (2019, p.3)

3.2 FORTALECIMENTO DOS ATRIBUTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL

Em 15 de maio de 2019 o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 930, que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF). Essa normativa incrementou o financiamento federal para os municípios que aderirem ao programa, e permitiu a ampliação do acesso da população aos serviços de APS. Além disso, a portaria apoia os gestores locais, que desejarem transformar as unidades mistas, os pronto-atendimentos e os hospitais com número muito reduzido de leitos em USF (durante o atendimento diurno).

Por meio dessa normativa, o MS passa a apoiar com novos recursos àquelas USF que abrirem 60h ou 75h semanais e que ofereçam um conjunto obrigatório de ações e procedimentos. Ainda, é requisito para a adesão, pactuar um conjunto de dados eletrônicos, tanto administrativos, quanto clínicos dos pacientes acompanhados, com o objetivo de realizar monitoramento regular associado ao repasse financeiro. Desse modo, a proposta busca ampliar o acesso de modo mais oportuno e conveniente aos cidadãos, propiciando que este seja atendido preferencialmente no mesmo ambiente que realiza o seu cuidado continuado, mesmo fora do horário comercial. Além da ampliação do acesso aos serviços de

APS, é assegurado o financiamento em dobro aos gestores que alcançarem resultados em saúde previstos, como a garantia da oferta de ações e serviços essenciais em período integral, alinhando o Brasil aos melhores sistemas de saúde do mundo (REIS et al., 2019).

A partir disso, a APS brasileira tem a oportunidade única de se fortalecer como coordenadora do cuidado para a maior parte dos problemas de saúde enfrentados pela sociedade. Ainda, o Brasil dá um passo além, e traz para o debate a questão da teleconsulta e o uso mais amplo das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) na saúde, demonstrando seus benefícios aos profissionais, aos cidadãos e à sociedade como um todo. Tal discussão permite ampliar o acesso aos serviços de saúde, não apenas em tempos de pandemia, mas também na rotina dos cuidados em saúde da população e das comunidades. Acredita-se que esse grande esforço nacional, o maior da história da saúde pública do século XXI, possa transformar/ampliar o registro e o cuidado das pessoas no âmbito da APS, tornando perene o uso de telemedicina/telessaúde para ampliar o acesso de todos os brasileiros aos cuidados primários em saúde.

Considerando que grandes crises acontecem e exigem adequada calibragem de esforços, assim como inovação por parte dos atores envolvidos para a preservação de vidas. Com a telemedicina/telessaúde será possível, ao mesmo tempo, avançar, superar e consolidar inúmeras tecnologias na saúde, no tocante à informação, vigilância, assistência, assim como o uso oportuno da tecnologia em prol do cuidado em saúde. Na Figura 3, apresentada abaixo, estão sintetizadas as ações de fortalecimento dos atributos essenciais da APS para enfrentamento do COVID 19 no Brasil:

Figura 3 - Síntese das Ações de Fortalecimento dos Atributos Essenciais da APS para Enfrentamento do COVID 19 no Brasil

Atributos APS	Ações COVID-19
Acesso	Teleconsulta (TeleSUS), Saúde na Hora, Contratação de 7.500 médicos para a APS, 50 milhões de novos cadastros na APS
Longitudinalidade	Plataforma de Telessaúde - Manutenção do atendimento de doenças crônicas.
Integralidade	Protocolos clínicos, testagem maciça para sintomáticos e população em geral, Teleconsultoria para profissionais de Saúde
Coordenação do Cuidado	Monitoramento dos casos - TeleSUS
Outras ações de base importantes: Repasse de R\$ 200 milhões mensais para APS, Teleconsulta em saúde mental para os profissionais da linha de frente, Pesquisa sorológica de base domiciliar, Pesquisa telefônica semanal, Georeferenciamento de indicadores	

Fonte: HARSHEIM et al. (2020, p.4).

3.3 CORONAVÍRUS E TELESSAÚDE

O SARS-CoV-2 é o terceiro coronavírus a causar doença grave em humanos. Ao final do primeiro semestre de 2020, o Brasil aparece como epicentro dessa pandemia, ocupando a nona colocação entre os 10 países com população acima de 100 mil habitantes. Conforme o disposto na Lei 13.979 de 06 de fevereiro de 2020, as medidas de isolamento e distanciamento social, associadas ao uso de máscaras e intensificação de medidas de higienização de mãos, são atitudes fundamentais para o controle da disseminação do coronavírus. Tais medidas são orientadas e monitoradas em paralelo ao Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19 instituído pelo Decreto 10.277 de 16 de março de 2020.

No Brasil, a Lei nº 13.989, de 13 de abril de 2020 estabelece a definição de telemedicina e autoriza seu uso enquanto durar a epidemia da COVID-19. Nesse contexto, a Telessaúde e a telemedicina despontaram como protagonistas, tanto para o atendimento e monitoramento dos casos da COVID-19, quanto o acompanhamento de outras doenças agudas e crônicas (CAETANO et al., 2020). Em meados de março de 2020 a Portaria nº 08/2020 estabeleceu o regime de trabalho remoto, em caráter temporário e excepcional, ao exercício de atividades profissionais de servidores e empregados públicos dos órgãos da Presidência da República em razão do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19).

Um estudo de prevalência realizado por Silva (2020) sumariza as medidas adotadas pelo núcleo de TelessaúdeRS, no período compreendido entre a 9ª e a 27ª semana epidemiológica de 2020. Esse estudo, apresenta seus resultados com base nos dados de apoio aos serviços de saúde do SUS, a partir da análise de teleconsultorias; das informações sobre acessos semanais ao *hotsite* sobre COVID-

19 do TelessaúdeRS e; dos dados sobre as ações de teleconsulta e telemonitoramento.

No período estudado, foram realizadas 24.699 teleconsultorias pelo canal 0800, destas, 7.099 (28,74%) foram relativas à COVID-19. Os profissionais da saúde que solicitaram orientações sobre o tema tinham idade média de $38,18 \pm 10,47$ anos, aproximadamente 3/4 era do sexo feminino, 62,42% com formação em medicina, alocados em sua maioria (36,81%) na região Sudeste do Brasil e trabalhavam na APS (48,03%). Comparados aos que solicitaram teleconsultorias por outros temas, o percentual de resolução corrigido foi de 92% para questões sobre o COVID-19 e 72% para outras questões.

A demanda do canal 0800 de teleconsultorias do TelessaúdeRS, quando comparados o período compreendido da 9ª a 27ª semanas epidemiológicas de 2019 e 2020, teve um acréscimo de 76,8%, sendo 28,8% dessa demanda atribuível à COVID-19. Podemos ainda observar no mesmo período o aumento no número de acessos ao site do TelessaúdeRS, principalmente após a produção de conteúdo relacionado à COVID-19 (SILVA, 2020).

O uso da ação de teleconsultoria do TelessaúdeRS-UFRGS ao longo do período pandêmico, demonstra essa ferramenta como um recurso de apoio à tomada de decisão para profissionais de saúde, podendo apresentar impacto maior ou igual na evitação de encaminhamento para serviços de atenção especializada, bem como urgência e emergências. Os autores concluem que a organização sistemática das questões, provenientes das dúvidas básicas e avançadas, provenientes dessas teleconsultorias pode apresentar previsibilidade. Ainda, que a disponibilização de questões sumarizadas de maior relevância aos profissionais de saúde, pode ser uma forma de reduzir a demanda por ações de teleconsultorias telefônicas (SILVA, 2020).

Relativo às ações de teleconsulta e telemonitoramento, de abril de 2020 até julho de 2020 foram realizadas 5.504 avaliações de pacientes provenientes de diferentes fontes de cuidados à saúde.

Frente ao exposto, o objetivo desse trabalho foi descrever a implantação do serviço de telemonitoramento de usuários do SUS, que testaram positivo ou eram suspeitos para a COVID-19, adstritos às ESF Santa Cecília e UBS Tristeza.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo qualitativo exploratório-descritivo. O estudo foi realizado no Laboratório de Informática da Faculdade de Medicina (FAMED) da UFRGS, no Núcleo de TelessaúdeRS em Porto Alegre-RS. O núcleo foi escolhido por desempenhar de forma prioritária ações de enfrentamento à pandemia da COVID-19, no período de setembro a dezembro de 2020, em parceria com a Prefeitura de Porto Alegre/RS, que contribuiu com a estrutura de telefonia. Foi assegurado que as análises não comprometessem a identidade dos pacientes e médicos antes de acessá-los. Os dados de texto e ligações analisados não continham informações de identificação, nem dos pacientes, nem dos médicos.

A descrição e análise do processo de implantação do serviço de telemonitoramento foi feita com base nos documentos internos do Projeto com aprovação para acesso aos dados totalmente anônimos pelo Comitê de Ética do TelessaúdeRS-UFRGS.

O presente estudo teve o intuito de, por meio da análise documental do projeto TelessaúdeRS e da experiência da pesquisadora, analisar o que é necessário para que o serviço de telemonitoramento dos pacientes COVID-19 funcione. Adicionalmente, descrever quais ferramentas são utilizadas como telefonia, que tipo de *software* é usado para registro, como são construídos os fluxos administrativos, como são elaborados os *scripts* da fala para os telemonitores bem como os treinamentos dos mesmos e como é feita a coordenação do cuidado do paciente.

4.1 Seleção dos telemonitores

Através de publicação no site do TelessaúdeRS-UFRGS foi divulgada a seleção de estudantes do último ano do curso de medicina e graduandos nas áreas da saúde para participar do programa de telemonitoramento. As vagas eram para desempenho das atividades na modalidade presencial ou remoto conforme escala, a fim de evitar aglomeração. As inscrições foram feitas de forma on-line assim como as entrevistas.

Ao ser selecionado o candidato participou de forma voluntária recebendo ao final da sua participação um certificado. Esta ação também contribuiu para a formação destes profissionais quem em virtude do cenário pandêmico ficaram sem locais de atuação.

4.2 Capacitação

A equipe de médicos teleconsultores do TelessaúdeRS-UFRGS elaborou um cronograma de treinamento onde incluía o estudo de manuais e estudo das mais atuais evidências disponíveis sobre o tema.

Os participantes contavam com supervisão direta deste time de teleconsultores durante e após as ligações. As falas iniciais, os roteiros de atendimento, formas de abordagem ao paciente, foram elaborados também por esta equipe de médicos supervisores. Cada ligação durava em torno de 8 (oito minutos) e em um turno de 6 (seis) horas era possível contatar em média 23 pacientes.

4.3 Ambiente

O local de execução das atividades foi o Laboratório de Informática da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este espaço teve participação fundamental e efetiva para a contenção da pandemia da COVID-19 no Rio Grande do Sul. O local foi especialmente reformado, propiciando o cumprimento das medidas essenciais de proteção como espaçamento entre os computadores, disponibilização de álcool em gel, janelas para ampla ventilação e uso obrigatório de máscara, permitindo que as ações de telemonitoramento pudessem ocorrer.

4.3.1 Laboratório de Informática antes da reforma



Fonte. Faculdade de Medicina (FAMED/UFRGS).

4.3.2 Laboratório de Informática antes da reforma



Fonte. Faculdade de Medicina (FAMED/UFRGS).

4.3.3 Laboratório de Informática após a reforma



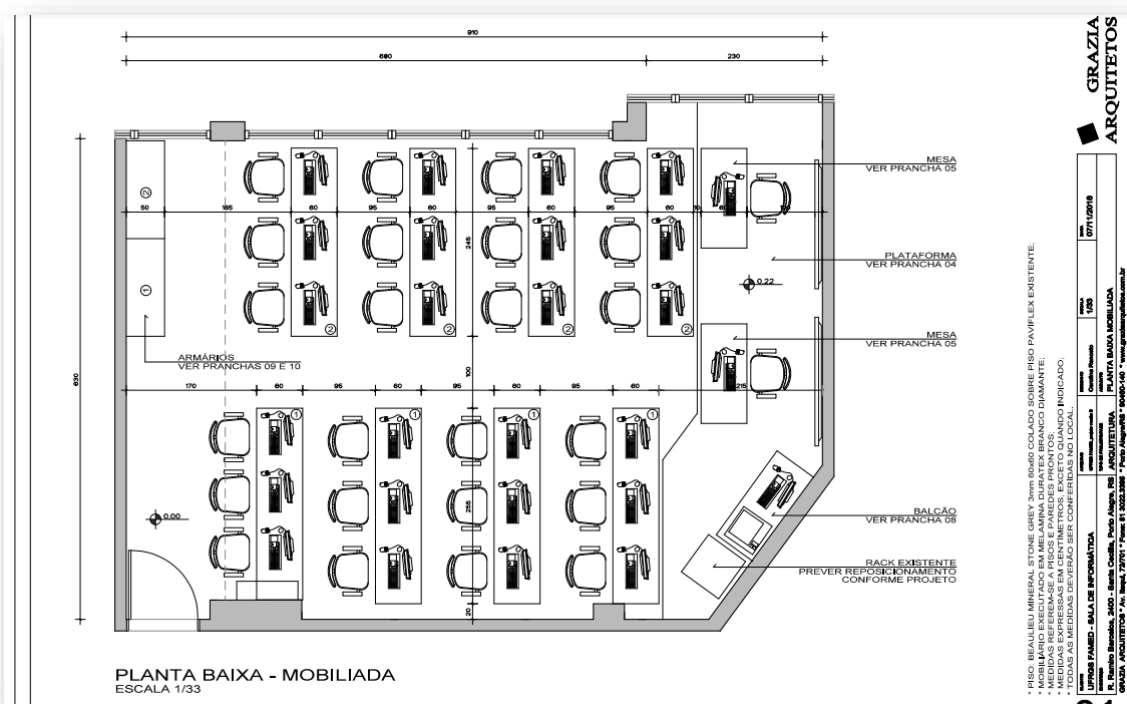
Fonte. Faculdade de Medicina (FAMED/UFRGS).

4.3.4 Laboratório de Informática após a reforma



Fonte. Faculdade de Medicina (FAMED/UFRGS).

4.3.5 Laboratório de Informática após a reforma



Fonte. Faculdade de Medicina (FAMED/UFRGS).

4.4 Desempenho das atividades

Ao chegar, o telemonitor participante, conforme escala elaborada pela equipe administrativa de forma a evitar aglomeração, executava todos os procedimentos de higienização da sua estação de trabalho, bem com medidas de higienização pessoal como lavagem das mãos, uso de álcool em gel e utilização de máscara.

As atividades eram desenvolvidas de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. Os participantes receberam comprovante de participação conforme a carga horária cumprida.

O treinamento na utilização das ferramentas e demais fluxos e *scripts*, como por exemplo *headset* e telefonia VoIP (Voz sobre IP, telefonia em banda larga ou voz permitindo o roteamento de conversação humana usando a Internet) era ministrado por um ponto focal da equipe administrativa.

Este ponto focal é responsável pelas instruções de como agir em caso de contingência de queda de telefonia, internet, dentre outros fatores que pudessem impossibilitar o desempenho do trabalho.

Para registro dos dados obtidos através das ligações eram utilizadas planilhas no Google Drive, possibilitando inclusive acesso remoto. Informações acerca do

histórico clínico do paciente, informação relevante para discussões entre telemonitor e supervisor médico, eram obtidas através do sistema AGHUse (Aplicativos para Gestão dos Hospitais Universitários). Todos os participantes assinaram termo de sigilo e confidencialidade de dados conforme prevê a LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados).

As ações sugeridas nas ligações são divididas em: manter o paciente na atenção primária (observação / isolamento) ou encaminhar o paciente para uma Unidade de Pronto Atendimento ou Emergência Hospitalar.

Havendo necessidade de envio de receita ou mesmo atestado ao paciente, o mesmo era emitido pelo médico supervisor através do site do CREMERS e enviado via Whatsapp do Projeto, instalado no computador do Laboratório de Informática da Faculdade de Medicina, ao paciente, após o seu consentimento.

4.5 Ferramentas utilizadas para operacionalização do Telemonitoramento

AGHUse - Sistema informatizado denominado aplicativo de Gestão Hospitalar desenvolvido pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre em parceria com o Ministério da Educação e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) que permite implantar soluções eficazes para os problemas estruturais dos Hospitais Universitários em todo o país.

Google Drive Planilhas – Permite o compartilhamento das informações em tempo real.

Whatsapp – Aplicativo que permite o contato eficaz com o maior número de pacientes.

VoIP - Permite a transmissão de voz por IP, ou seja, transforma sinais de áudio analógicos, como em uma chamada, em dados digitais que podem ser transferidos através da Internet.

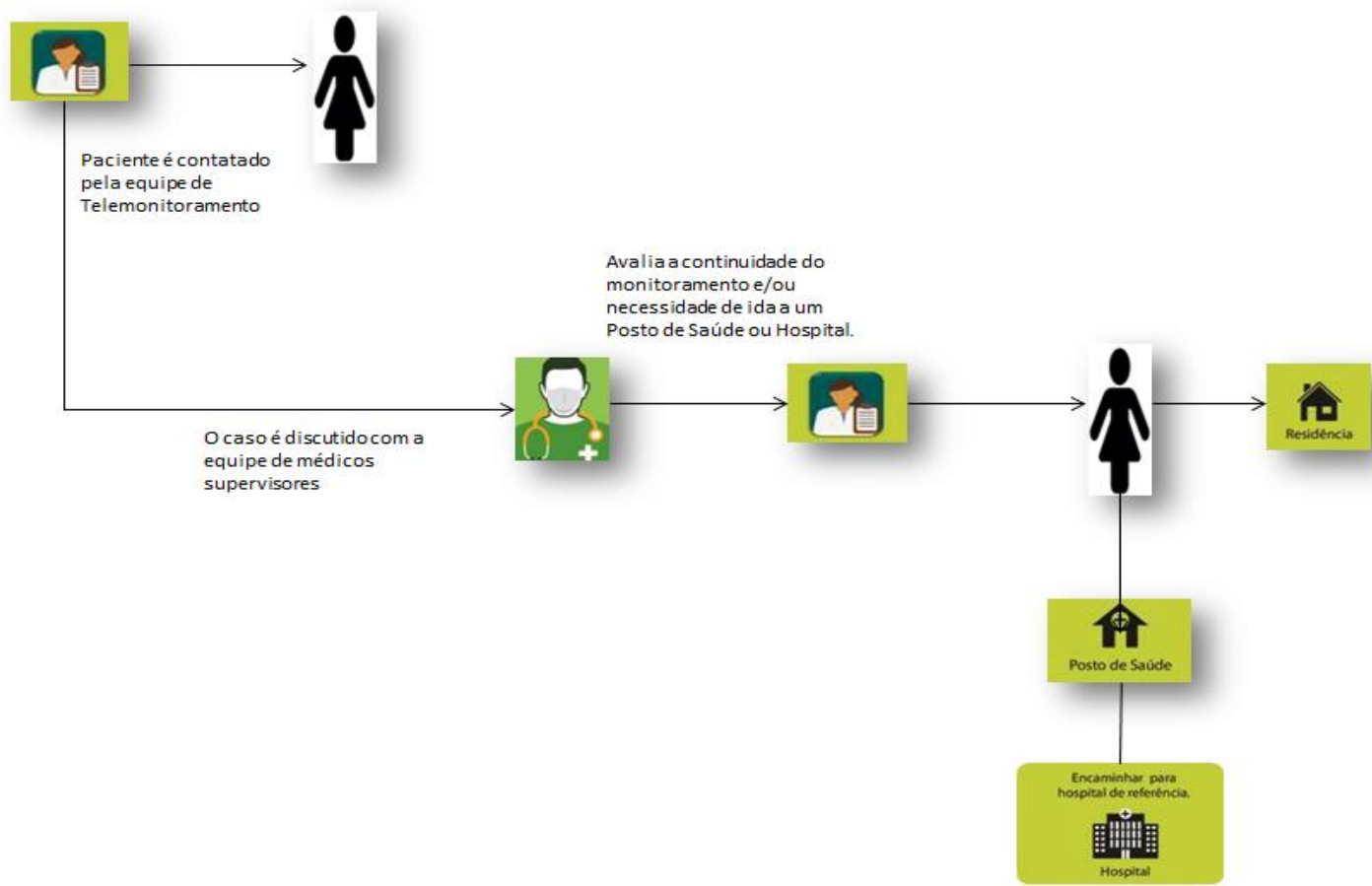
E-mail – Permite o envio da receita, atestado ao paciente.

CREMERS - Site do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, permite a emissão digital pelo médico da receita e atestado.

e-SUS AB - Sistema informatizado das Unidades Básicas de Saúde, estratégia desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que permite acesso ao prontuário eletrônico do paciente.

Gercon - Sistema de regulação de consultas especializadas do SUS, desenvolvido pela Companhia de Processamento de Dados - Procempa para a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre/RS.

Fig. 4 Fluxograma do Telemonitoramento



Fonte: Elaborado pelo autor.

4.5 Coordenação do Cuidado

Harzheim et al., descrevem a ampliação dos canais de comunicação com a população como importante mecanismo para consolidação da APS, assim sendo, a coordenação do cuidado promove essas conexões como forma de atingir o objetivo maior que é atender às necessidades em saúde das pessoas e implica na organização de todas as atividades sejam elas clínicas ou administrativas ofertando os cuidados necessários em saúde, minimizando as barreiras de acesso a distintos níveis de atenção, integrando ações e serviços.

Benefícios potenciais do uso da telemedicina para grupos vulneráveis que não têm acesso a serviços clínicos devido a pandemia da COVID-19, como por exemplo, mulheres gestantes, visto que a gravidez foi relatada como uma condição clínica com fatores de risco (SILVA, et.al.) permitiu através da tecnologia a operacionalização deste cuidado aproveitando todos os recursos disponíveis.

Por meio da ação de Telemonitoramento junto à gestão e organização dos processos de trabalho, a coordenação das ações no território e a integração com a Unidade de Saúde da Família (USF) desenvolve-se a continuidade da atenção ao indivíduo garantindo-lhe assistência à saúde, por meio da notificação correta de casos suspeitos e da identificação de contatos.

Além disso, com o Telemonitoramento, é possível manter as medidas de distanciamento social, que associadas as demais medidas não -farmacológicas, são estratégias efetivas para redução da velocidade de contágio e de óbitos pela COVID-19, assim como para a prevenção do colapso do sistema de saúde.

Oferecer aos usuários que necessitam de cuidados mais complexos as orientações necessárias para encontrar seu caminho através do sistema de saúde só poderão ocorrer se existir coordenação do cuidado, ou seja, a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio de equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, como destaca Mendes E.V.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Diante do surto da COVID-19, caracterizado como uma infecção respiratória, que em alguns casos pode evoluir para uma síndrome respiratória aguda grave (SRAG), diversas práticas profissionais buscaram a readequação dos processos de trabalho com o objetivo de diminuir a disseminação do vírus. Frente a tantas mudanças exigidas em virtude da pandemia da COVID-19, em todos os cenários de produção de saúde, áreas muito sensíveis à riscos de todas as pessoas, se fez ainda mais fundamental a oferta da atenção integral no SUS.

Levando em consideração esse contexto e todos os aspectos que norteiam as estratégias e orientações do MS sofrendo constantes atualizações e revisões, é o que se justifica a implementação da estrutura de novos parâmetros, novas formas de cuidado e de monitoramento conforme descritas neste estudo. Essas ações são voltadas à coordenação do cuidado no contexto do cenário pandêmico, sem deixar de estar centrado nas pessoas e nas coletividades.

Com base na análise dos dados do TelessaúdeRS, o processo de implantação do serviço de telemonitoramento, do ponto de vista administrativo, é de essencial importância. Isso, em virtude de a transmissão do Sars-CoV-2 acontecer pelo contato de uma pessoa contaminada para outra não contaminada. Essa transmissão se dá por meio de aerossóis eliminados ao tossir, espirrar ou falar; pelo contato direto ou próximo, especialmente pelas mãos não higienizadas; e pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas (BRASIL, 2020).

8 CONCLUSÕES

Para minimizar a contaminação e propagação da COVID-19 são necessárias ações de profissionais de saúde, como as ações dos participantes do serviço de telemonitoramento, estando organizados e treinados para trabalhar em sintonia, desde o acolhimento no telefone, a abordagem clínica e até a avaliação de sintomas e definição dos casos, para que os usuários não sejam desassistidos e não sofram quaisquer riscos inerentes à COVID-19. Ainda, é necessária uma atenção para os processos de desinfecção, esterilização e limpeza dos instrumentais, equipamentos e ambientes de trabalho, no caso realizado na FAMED da UFRGS, no laboratório de informática.

As limitações encontradas referem-se aos meios de comunicação *on-line* (à distância) como perda de conexão durante o teleatendimento, necessidade de nova conexão para continuidade do telefonema. Nos casos em de avaliação clínica, as limitações na realização do exame físico, tais como saturação da oxigenação (a qual pode ser superada com a disponibilização ou aquisição de oxímetro) aos pacientes acompanhados também foi um fator que comprometeu a tomada de decisão pelo profissional de saúde.

Direcionar os pacientes dentro dos sistemas de saúde, verificando a necessidade do paciente e de acordo com a complexidade do caso e, preparar a APS, serviços de urgências e emergências e hospitais para recebê-los será tarefa cada vez mais necessária. Nesse cenário a telessaúde aparece como importante protagonista dessa ação de coordenação dos diferentes agentes do sistema de saúde (SILVA et al., 2021).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da COVID-19 impactou o capital humano e financeiro de diversas instituições, com necessidades de adaptações inclusive dos serviços de saúde. Com base nas análises das 300 (trezentas) chamadas realizadas diariamente pelos telemonitores, 99% tiveram suas dúvidas esclarecidas evitando assim que este usuário precisasse se expor ao vírus ao buscar uma Unidade de Saúde.

No Brasil, assim como no mundo, a pandemia da COVID-19 trouxe a necessidade de impor medidas de isolamento social. Cenários que apresentaram a telemedicina como estratégia fundamental para manter o provimento da saúde das pessoas. A característica que essas inovações provocam na prestação dos serviços de saúde merece que aprofundemos o conhecimento e a prática da telemedicina como cuidado essencial à saúde.

Por fim, partindo da necessidade de que as informações devem estar em todos os pontos de cuidado, embora já exista a tecnologia necessária para que os sistemas de informação sejam interoperáveis, ainda persistem obstáculos como a falta da cultura de compartilhamento de informações, os aspectos legais e normativos e a ineficiência administrativa.

Um grande serviço de telessaúde, como o apresentado neste estudo, com múltiplas tarefas, permite a racionalização no gasto dos recursos de saúde, ainda que esses recursos sejam insuficientes. Devem estar articuladas diferentes ações, como teleconsultoria, teleconsulta, telemonitoramento, telediagnóstico e teleeducação, o que torna possível reduzir encaminhamentos desnecessários, utilização desnecessária de alta densidade tecnológica, além de reduzir a circulação física de pessoas, importante agora e na situação pós-COVID-19 (SILVA et al., 2021).

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília: Diário Oficial da União, 07 abr. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2021.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Consultório virtual de saúde da família: manual instrutivo de cadastro dos profissionais de saúde no e-Gestor AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
3. 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). Brasília: Diário Oficial da União, 03 out. 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 08 mar. 2021.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019**. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 15 mai. 2019. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 13 mar. 2021.
5. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020**. Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da COVID-19. Brasília: Diário Oficial da União, 16 mar. 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10277.htm>. Acesso em: 12 jul. 2021.
6. BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasília: Diário Oficial da União, 20 mai. 2019. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm>. Acesso em: 08 mar. 2021.
7. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020**. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília: Diário Oficial da União, 07 fev. 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm>. Acesso em: 12 jul. 2021.
8. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020**. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília: Diário Oficial da União, 16 abr. 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13989.htm>. Acesso em: 08 mar. 2021.

9. BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 8, de 17 de março de 2020.** Estabelece o regime de trabalho remoto, em caráter temporário e excepcional, quanto ao exercício de atividades por servidores e empregados públicos dos órgãos da Presidência da República em razão do estado de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Brasília: Diário Oficial da União, 24 mar. 2020. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%208-20-pr-sg.htm>. Acesso em: 12 jul. 2021.
10. CAETANO, R.; SILVA, A.B.; GUEDES, A.C.C.M.; PAIVA, C.C.M.; RIBEIRO, G.R.; SANTOS, D.L.; SILVA, R.M. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.5, mai. 2020.
11. CAMPOS, R.T.O.; FERRER, A.L.; GAMA, C.A.P.; CAMPOS, G.W.S.; TRAPÉ, T.L.; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.esp., p.252-64, out. 2014.
12. HARZHEIM, E.; MARTINS, C.; WOLLMANN, L.; PEDEBOS, L.A.; FALLER, L.A.; MARQUES, M.C.; MINEI, T.S.S.; CUNHA, C.R.G.; TELLES, L.F.; MOURA, L.J.N.; LEAL, M.H.; RODRIGUES, A.S.; RECH, M.R.A.; D'AVILA, O.P. 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*, Rio de Janeiro, v.25, supl.1, p.2493-7, jun. 2020.
13. HARZHEIM, E.; SANTOS, C.M.J.; D'AVILA, O.P.; WOLLMANN, L.; PINTO, L.F. Bases para a reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.15, n.42, p.235-51, jan-dez 2020.
14. KATZ, N.; ROMAN, R.; RADOS, D.V.; OLIVEIRA, E.B.; SCHMITZ, C.A.A.; GONÇALVES, M.R.; MENGUE, S.S.; UMPIERRE, R.N. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.4, p.1389-1400, abr. 2020.
15. KOLLING, J.H.G. Orientação à atenção primária à saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. **Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.**
16. OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington: OPAS, 2007.
17. REIS, J.G.; HARZHEIM, E.; NACHIF, M.C.A.; FREITAS, J.C.; D'ÁVILA, O.; HAUSER, L.; MARTINS, C.; PEDEBOS, L.A.; PINTO, L.F. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.9, p.3457-62, set. 2019.
18. SILVA, R.S. da. **O impacto da pandemia COVID-19 em um núcleo de telessaúde:** estudo de caso no TelessaúdeRS. **Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.**

19. SILVA, R.S.; SCHMTIZ, C.A.A.; MOLINA-BASTOS, C.G.; OLIVEIRA, E.B. de; ROMAN, R.; UMPIERRE, R.N.; GONÇALVES, M.R. O Papel da Telessaúde na Pandemia COVID-19: Uma Experiência Brasileira. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.26, n.6, p.2149-57, 2021.
20. SODRÉ, F. Epidemia da COVID-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, e00302134, 2020.
21. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; 2002.
22. TELESSAÚDERS. **As melhores respostas para suas dúvidas sobre COVID-19**. Porto Alegre: TelessaúdeRS, [202...]. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/>>. Acesso em: 09 mar. 2021.
23. TELESSAÚDERS. **TelessaúdeRS e Prefeitura de Porto Alegre contra a COVID-19**. Porto Alegre: TelessaúdeRS, 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/noticias/telessauders-e-prefeitura-de-porto-alegre-contra-COVID-19/>>. Acesso em: 09 mar. 2021.
24. UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Serviço de telessaúde da UFRGS orienta paciente com doença respiratória crônica**. Porto Alegre: UFRGS, 2020. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/coronavirus/base/servico-de-telessaude-da-ufrgs-orienta-paciente-com-doenca-respiratoria-cronica/>>. Acesso em: 08 mar. 2021.
25. WHO – World Health Organization. **Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected**. Interim guidance 19 March 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495>>. Acesso em: 08 mar. 2021.
26. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, et al. **Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro**. Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. Acesso em 2021 set 21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFDxZL4mPjCFXMhnzRpFsHH/abstract/?lang=pt>
27. Mendes E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde;2011.

ANEXO I

MANUAL DE TELECONDUTAS COVID-19

Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_coronavirus.pdf
acesso em 26/09/2021.



Anexo II

ROTEIRO DE ATENDIMENTO

Passo 1. Apresentação e escuta livre:

- “Olá [NOME PACIENTE], meu nome é [NOME],e faço parte da equipe de Telemonitoramento do TelessaúdeRS-UFRGS, Hospital de Clínicas de Porto e Secretaria Municipal de Saúde.

- Sempre procurar falar com o próprio paciente que precisa do monitoramento, a não ser que haja algum impedimento para isso (idade, gravidade, dificuldade auditiva).

Passo 2. Esclarecer o motivo da ligação;

Após ouvir o relato livre do PACIENTE, deve definir o MOTIVO PRINCIPAL da chamada e confirmá-lo com o PACIENTE, registrando o mesmo no campo apropriado.

Passo 3. Conduitas e fluxos de acordo com cada tipo de motivo de atendimento.

Passo 4. Definir se é ou não caso de urgência usando as regras abaixo:

- Avaliar a presença de:

o febre* (mesmo que referida),

o dor de cabeça*,

o tosse*,

o cansaço (adinamia)*,

o dores musculares / dor no corpo (mialgia)*,

o dificuldade para respirar*

o alterações no paladar ou no olfato (capacidade de sentir cheiros)*,

o dor de garganta*,

o calafrios,

o coriza,

o diarreia.

A PRESENÇA de UM SINTOMA CARDINAL (*) ou QUALQUER COMBINAÇÃO DE 2 SINTOMAS DEFINEM A SUSPEITA da COVID-19.

A AUSÊNCIA de QUALQUER SINTOMA CARDINAL (*) ou a presença de APENAS UM DOS SINTOMAS SECUNDÁRIOS DESCARTAM A SUSPEITA da COVID-19.

Informar ao paciente:

Agora vou lhe repetir 3 perguntas para avaliar se há sinais de Urgência na ligação:

PASSO 5. DEFINIR SE CHAMADA REPRESENTA URGÊNCIA CLÍNICA

Avaliar a urgência do caso, somente se no relato livre não tenha sido possível determinar as respostas às 3 perguntas que caracterizam urgência:

1- Você acha que a sua situação representa uma emergência, incluindo, ataque cardíaco, derrame, convulsão, hemorragia, acidente e alergia graves? Sim/Não

2- Você apresenta dificuldade para respirar ou tem preocupação com uma leitura de oxímetro com saturação de oxigênio baixa? Sim/Não

3- Você apresenta cansaço ou fadiga que estão lhe impedindo de fazer coisas que habitualmente você fazia? Sim/Não

A resposta positiva a qualquer uma dessas 3 perguntas define URGÊNCIA.

Após definição de URGÊNCIA, deve orientar paciente em relação aos desfechos:

Emergência COVID – Orientar paciente quanto a remoção devido a suspeita da COVID grave, em 1h realizar novo contato com o paciente, finalizar atendimento.

EMERGÊNCIA, SAMU 192 se for constatada a presença de:

- falta de ar grave (dificuldade para falar);
- dor no peito;
- lábios e/ou mãos arroxeadas (cianose);
- choque (hipotensão/síncope, alteração do estado mental, diminuição importante do fluxo urinário - oligúria);
- saturação (verificar se possui oxímetro, ideal acima de 90)
- “Sr/Sra [NOME PACIENTE], sendo assim, oriento que o sr (a) ligue imediatamente para o SAMU 192 para imediata remoção a um hospital.”

Realizar ligação ativa 1 hora depois do atendimento para se certificar que remoção ocorreu com êxito e registrar evolução do caso devidamente.

Urgência COVID – Realizar encaminhamento de paciente para hospital ou UPA devido a suspeita de caso grave da COVID, realizar novo contato com o paciente em 3 h, finalizar atendimento.

URGÊNCIA (Hospital/Centro de Referência):

- tosse e febre persistentes (72h);

- piora dos sintomas;
- tosse/febre persistentes e comorbidades de risco para complicações da COVID-19;
- falta de ar
- hemoptise
- saturação (verificar se possui oxímetro, ideal acima de 90)

ORIENTAR CASOS COVID MÃO-URGENTES QUE REQUEREM OU NÃO CONSULTA

- Identificar claramente a data de início dos sintomas;
- Identificar se foi realizado teste para COVID-19. Se o teste foi realizado, qual tipo de teste e seu resultado;
- Verificar contato com caso confirmado em janela de transmissão - entre 2 dias antes e 10 dias após a data de início dos sintomas do paciente;
- Verificar se PACIENTE possui contatos domiciliares que podem estar infectados;

SUSPEITA COVID COM NECESSIDADE DE CONSULTA MÉDICA: quem tem SUSPEITA DA COVID SEM característica de URGÊNCIA mas necessita de avaliação médica para manejo terapêutico de medicamentos para alívio dos sintomas ou solicitação de teste PCR.

Orientar sobre medidas de ISOLAMENTO DOMICILIAR de todos coabitantes do PACIENTE até orientações da consulta médica, se necessita de atestado ou renovação de receita de medicamento de uso habitual.

ORIENTAR QUE SERÁ REALIZADA NOVA CHAMADA PARA MONITORAMENTO DOS SINTOMAS.

Atenção especial para as comorbidades de risco para complicação conforme o Manual Telecondutas (Anexo I).