

A experiência de telemonitoramento por equipes de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde: breve relato

La experiencia de la telemonitorización por equipos de salud de la familia en una unidad básica de salud: breve informe

The experience of telemonitoring by family health teams in a basic health unit: brief report

Recebido: 24 ago 2021

Revisado: 16 set 2021

Aceito: 21 set 2021

Autor de correspondência:

Geovane Menezes Lourenço
mengeovane@gmail.com

Como citar: Lourenço GM. A experiência de telemonitoramento por equipes de saúde da família em uma unidade básica de saúde: breve relato. J Manag Prim Health Care. 2021;13:e019. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v13.1168>.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver nenhum interesse profissional ou pessoal que possa gerar conflito de interesses em relação a este manuscrito.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC-BY-NC). Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original.



Geovane Menezes LOURENÇO⁽¹⁾

Sabrina STEFANELLO⁽²⁾

Juliana Yuri KAWANISHI⁽³⁾

Jheyninger Aparecida Baby da LUZ⁽⁴⁾

Géssica Queiroz da SILVA⁽⁴⁾

Paulo POLI NETO⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Universidade Federal do Paraná – UFPR, Mestrado Profissional, Curitiba, PR, Brasil.

⁽²⁾ Universidade Federal do Paraná – UFPR, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – NESC, Curitiba, PR, Brasil.

⁽³⁾ Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG, Ponta Grossa, PR, Brasil.

⁽⁴⁾ Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

⁽⁵⁾ Universidade Federal do Paraná – UFPR, Departamento de Saúde Comunitária, Curitiba, PR, Brasil.

Resumo

Este relato refere-se à experiência de telemonitoramento por equipes de saúde da família em uma unidade básica de saúde, entre março e dezembro de 2020. Devido a pandemia causada pelo novo coronavírus e com o intuito de evitar a sua propagação entre os usuários e equipe de saúde, foi iniciado atendimento à distância às pessoas com sintomas respiratórios, utilizando-se de ferramentas disponíveis na Unidade Básica de Saúde – UBS, como o telefone fixo. Na realização desses contatos percebeu-se, alguns problemas como: instalação de telefone fixo apenas na recepção, sendo esta, um espaço muito pequeno, falta de pontos telefônicos nas demais salas, demora no tempo de espera durante as chamadas telefônicas aos usuários e a pouca adesão dos usuários no atendimento das chamadas por telefone fixo. Diante desse incômodo, percebeu-se que essa comunicação poderia ser melhorada com outros recursos. Dessa forma, a equipe realizou reuniões para reorganizar o processo de trabalho, assim sendo foi doado um smartphone por um dos participantes, assim, o processo de trabalho foi reorganizado com a participação da equipe, que prestava atendimento por meio da plataforma *WhatsApp bussines*, assim sendo, foi possível restabelecer o acompanhamento dos casos suspeitos e situação de saúde dos sintomáticos respiratórios e dos familiares. Essa troca de mensagens por aplicativo, serviu como um canal importante de comunicação e diálogo, abrangendo mais do que mero monitoramento, além disso, este relato mostra o quanto é possível lançar mão de novas tecnologias associadas à gestão de informação, à vigilância sanitária, à gestão descentralizada e ao trabalho esperado de equipes de saúde da família.

Descritores: Saúde da Família; Telemonitoramento; COVID-19; Equipes.

Resumen

Este informe hace referencia a la experiencia de telemonitorización por parte de los equipos de salud de la familia en una Unidad Básica de Salud - UBS, entre marzo y diciembre de 2020. Debido a la pandemia provocada por el nuevo coronavirus y con el fin de evitar su propagación entre usuarios y personal se inició la atención remota a personas con síntomas respiratorios, utilizando herramientas disponibles en la UBS, como el teléfono fijo. En la realización de estos contactos se notaron algunos problemas como: instalación de un teléfono fijo solo en la recepción, que es un espacio muy reducido, falta de puntos de teléfono en otras habitaciones, demoras en el tiempo de espera durante las llamadas telefónicas a los usuarios y poca adherencia de usuarios en contestar llamadas por teléfono fijo. Ante este inconveniente, se advirtió que esta comunicación podría mejorarse con otros recursos. Así, el equipo realizó reuniones para reorganizar el proceso de trabajo, y uno de los participantes donó un teléfono inteligente, así, se reorganizó el proceso de trabajo con la participación del equipo, el cual brindó servicio a través de la plataforma de negocios *WhatsApp bussines*, por lo tanto, se logró restablecer el seguimiento de los casos sospechosos y el estado de salud de los síntomas respiratorios y familiares. Este intercambio de mensajes por aplicación, sirvió como un importante canal de comunicación y diálogo, abarcando más que el mero seguimiento. Además, este informe muestra cuánto es posible hacer uso de las nuevas tecnologías asociadas a la gestión de la información, la vigilancia de la salud, la gestión descentralizada y el trabajo esperado de los equipos de salud de la familia.

Palabras-claves: Salud de la Familia; Telemonitorización; COVID-19; Equipos.

Abstract

This report refers to the experience of telemonitoring by family health teams in a Basic Health Unit – UBS, between March and December 2020. Due to the pandemic caused by the new coronavirus and in order to prevent its spread among users and staff remote care was started for people with respiratory symptoms, using tools available at the UBS, such as the landline. In carrying out these contacts, some problems were noticed, such as: installation of a landline only at the reception, which is a very small space, lack of telephone points in other rooms, delays in waiting time during phone calls to users and little adhesion of users in answering calls by landline. Faced with this inconvenience, it was realized that this communication could be improved with other resources. Thus, the team held meetings to reorganize the work process, and a smartphone was donated by one of the participants, thus, the work process was reorganized with the participation of the team, which provided service through the *WhatsApp bussines* platform, thus therefore, it was possible to re-establish the follow-up of suspected cases and the health status of respiratory symptoms and family members. This exchange of messages by application, served as an important channel of communication and dialogue, covering more than mere monitoring. In addition, this report shows how much it is possible to make use of new technologies associated with information management, health surveillance, decentralized management and the expected work of family health teams.

Keywords: Family Health; Telemonitoring; COVID-19; Teams.

Introdução

Em dezembro de 2019 foi divulgado o primeiro caso de infecção pela Sars-Cov-2 na província de Wuhan na China.¹ A disseminação do vírus se deu de forma rápida em vários países, em 26 de fevereiro de 2020 o Brasil registrou o primeiro caso de COVID-19, – posteriormente a Organização Mundial de Saúde – OMS declarou situação de pandemia, no dia 11 de março do mesmo ano.^{1,2}

Como o vírus se espalha de maneira rápida, devido à elevada transmissibilidade recomendou-se, que fossem adotadas medidas de prevenção destacando-se o uso de máscaras, lavagens frequentes das mãos, utilização de álcool em gel e distanciamento social,

entre outros.^{1,2} Esses cuidados profiláticos também estão amparados pela Lei n. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre o “enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019”.^{3, p. 1}

Devido ao contexto epidêmico “os serviços de APS/ESF foram incentivados a utilizar uma abordagem sindrômica do problema, não exigindo mais a identificação do fator etiológico por meio de exame específico”.^{4, p. 4} Para isso o Ministério da Saúde – MS elaborou protocolos com abordagem pragmática que orienta o manejo clínico na APS, sendo assim, este protocolo tem como foco uma abordagem clínica da Síndrome Gripal e da Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG, independentemente do agente etiológico.⁴

Considerando que a Atenção Primária à Saúde – APS, é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza como organizadora e coordenadora das redes de atenção, além de ser a porta de entrada para os usuários, têm papel essencial no cuidado continuado devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização e da acessibilidade.⁵⁻⁷

Neste contexto, para garantir a assistência a APS utilizou-se das tecnologias como uma aliada aos serviços de saúde para prestar assistência aos usuários, evitando assim a transmissão do vírus, ao mesmo tempo mantendo o atendimento à população.⁸

Com a pandemia houve uma maior pressão social, aumentando as demandas nos serviços de saúde, e para garantir uma rápida expansão do atendimento remoto, o governo sancionou a Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020, a qual dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) em “caráter excepcional e temporário, sobre as suas ações, com o intuito de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional”.^{9, p. 1}

A lei n. 13.989 em seu artigo 3º destaca que: “telemedicina, entre outros, o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde”.^{9, p. 1} Somando-se a essa lei, o MS lançou a portaria n. 467, de 20 de março de 2020, a qual regulamenta e operacionaliza o exercício da telemedicina em caráter excepcional devido à pandemia em virtude do novo coronavírus.¹⁰

Assim as classes dos profissionais de saúde aperfeiçoaram as orientações sobre o atendimento a distância, como: o Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, com a resolução n. 634/2020 dispendo sobre o atendimento remoto como uma das formas de combate à pandemia pelo novo coronavírus (Sars-Cov-2). Na qual autoriza a consulta de enfermagem à distância e a regulamenta.¹¹ O Conselho Federal de Psicologia, com a Resolução do n. 04/2020, na qual regulamenta os serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19.¹²

Após a Lei 13.989, todos os conselhos profissionais que atuam na área de saúde realizaram regulamentações específicas para atendimento remoto durante a pandemia, como por exemplo, o Conselho Federal de Fisioterapia – COFFITO, o Conselho Federal de Nutricionistas – CFN e as demais profissões.⁹

Seguindo essa linha, este artigo relata a experiência de reorganização do trabalho e utilização de tecnologia, pela equipe de saúde da família em uma Unidade de Saúde no município de Ponta Grossa, no período de março a dezembro de 2020. Espera-se que com relatos desse tipo, de equipes que se depararam com o desafio de manter vínculos e garantir o cuidado de sua população, mesmo com pouca estrutura, sirvam para indicar caminhos possíveis e mostrar o potencial que se tem no Sistema Único de Saúde – SUS.

Desenvolvimento

Unidade Básica: equipe população

O município de Ponta Grossa está situado na região centro-sul do Paraná, possui 52 unidades básicas de saúde – UBS, as quais abrigam 80 equipes saúde da família, a cidade é dividida em seis distritos sanitários os quais compreendem: bairro de Oficinas, Esplanada, Nova Rússia, Santa Paula, Uvaranas I e Uvaranas II.¹³

O bairro de Uvaranas um abrange cinco unidades de saúde perfazendo um total de oito equipes da Estratégia de Saúde da Família – ESP. A UBS, objeto de estudo, está situada no bairro de Uvaranas um, e conta com duas equipes de saúde da família sendo que uma atende aproximadamente 4.400 pessoas e a outra atende aproximadamente 5.100 pessoas.¹³

Nesta UBS existe um total de 5.273 mulheres (55%) o que corresponde ser maior que a população masculina. A renda mensal gira em torno de um a dois salários-mínimos mensais. Além disso, é composta por: gestantes 85 (1,38%), hipertensos 600, (6,32%), diabéticos 450 (4,7%) idosos 998 (10,5%) crianças menores de um ano 123(1,30%), menores que cinco 246 (2,60%), maiores que cinco e menores que 15 anos 1429 (15%). Esses dados são referentes a toda área de abrangência da UBS (E-SUS), com número total de pessoas atendidas em torno de 9.500.

Cada área é composta por: um médico generalista, um enfermeiro especialista em saúde da família, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários. Os demais membros da equipe são: uma técnica de farmácia; duas auxiliares administrativas; um cirurgião dentista; um auxiliar de dentista; uma técnica em saúde bucal; uma zeladora; um agente de endemias e a UBS recebe residentes da residência multiprofissional em saúde

coletiva e nesse período contava com quatro residentes (R1), sendo: assistente social, enfermeira; nutricionista e fisioterapeuta

Reorganização do processo de trabalho, devido ao impacto trazido pelo COVID 19

Devido a pandemia causada pelo novo coronavírus e com o intuito de evitar a sua propagação entre os usuários e equipe de saúde, foi iniciado atendimento à distância às pessoas com sintomas respiratórios, utilizando-se de ferramentas disponíveis na UBS, como o telefone fixo.

Na realização desses contatos percebeu-se, alguns problemas como: instalação de telefone fixo apenas na recepção, sendo esta, um espaço muito pequeno, falta de pontos telefônicos nas demais salas, demora no tempo de espera durante as chamadas telefônicas aos usuários e a pouca adesão dos usuários no atendimento das chamadas por telefone fixo. Diante desse incômodo, percebeu-se que essa comunicação poderia ser melhorada com outros recursos.

O atendimento à distância está baseado na Lei 13.989, de 15 de abril de 2020, conforme descrito na introdução deste relato, bem com o, as orientações realizadas no telemonitoramento foram com base em protocolos estabelecidos pela secretaria de saúde do Estado do Paraná.^{9,14} O atendimento a distância é todo o serviço prestado por profissionais de saúde, utilizando-se de recursos tecnológicos o qual permite ampliação do acesso facilitando “a oferta de serviços ligados aos cuidados com a saúde, especialmente nos casos em que a distância é um fator crítico”.^{8, p. 5} A adesão nas mensagens programadas foi positiva, assim, os contatos por telefone fixo ficaram restritos aos casos de pacientes que não tinham *WhatsApp*.

Para discutir o uso de uma nova estratégia foram realizadas reuniões com a equipe, inclusive com os residentes. Tendo como um dos resultados a doação de um smartphone por um dos participantes. Com algo melhor e concreto em mãos, foi sendo desenvolvida uma nova estratégia, foi instalado o *Whatsapp*® business, por permitir automatização de mensagens, atribuir etiquetas a cada conversa, ser gratuito e possibilitar criação de um perfil com informações para serem enviadas de forma automática.

Os profissionais escolhidos para realizarem o monitoramento à distância foram aqueles que por causa da pandemia estavam com menor demanda para atendimentos presenciais e os que mais se identificaram com o teleatendimento, esta organização não foi imposta, mas discutida em equipe que se demonstrou solidária diante dos novos desafios. Portanto, foram os enfermeiros, os agentes comunitários de saúde, o educador físico e o odontólogo os responsáveis pelo atendimento usando o *smartphone*.

Cada dia da semana tinha um profissional responsável para garantir essa assistência

sem interrupções, portanto foi elaborada uma escala pela própria equipe. Esse monitoramento à distância era realizado de segunda a sexta-feira, das 9h às 16h. O horário foi estipulado para que o responsável conseguisse inserir as novas famílias que necessitavam do monitoramento e conseguir atender a demanda de mensagens vindas dos usuários após o contato. Nem sempre se conseguia responder imediatamente, conforme as mensagens iam chegando, o responsável no dia tentava respondê-las.

Nos sábados, domingos e feriados o telemonitoramento não era realizado pelos profissionais inseridos na USB, devido a unidade de saúde não ter seu horário estendido, além da carga horária dos profissionais ser quarenta horas semanais de segunda a sexta-feira. Sendo assim, nos finais de semana a organização do telemonitoramento era de responsabilidade do município, o qual era realizada por telefone fixo.

Ainda, no intuito de organizar as ações dos profissionais, foi elaborado um fluxograma de telemonitoramento (Figura 1) pela equipe da UBS e mensagens padronizadas que serão descritas na sequência.

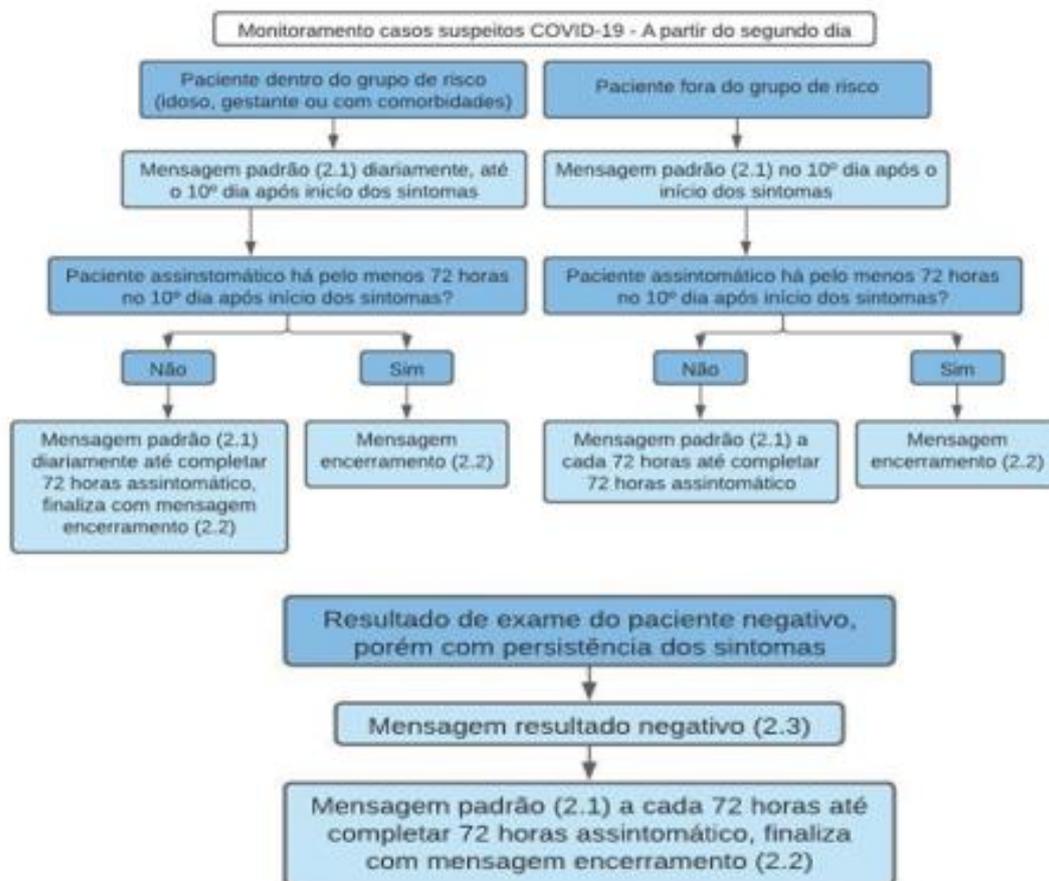


Figura 1. Fluxograma de telemonitoramento aos sintomáticos respiratórios

Fonte: Elaborado pelos autores (2020).

Apesar desse contato ter sido organizado com mensagens padronizadas, existiu interação na comunicação entre profissionais da saúde e responsável pelo telemonitoramento, bem como deste com os usuários. Caso os usuários tivessem dúvidas ou precisassem de mais orientações, elas eram dadas pelo profissional responsável pelo telemonitoramento naquele dia. Caso este profissional tivesse alguma dúvida de como agir diante de um caso em particular, ele consultava outros profissionais da UBS para conseguir orientar adequadamente o usuário.

Mensagens padrão

Usuários com comorbidades como, hipertensão, diabetes, entre outras, eram considerados mais vulneráveis, sendo assim, o contato era realizado todos os dias. Aos usuários sem comorbidades as mensagens eram enviadas apenas no décimo dia.

- Mensagem inicial:

" 2.1 Bom dia. 1- No dia de hoje, tudo bem com você? 2- Como estão as pessoas que moram com você? Alguém apresentando algum dos sintomas citados (febre, tosse, dor de cabeça, dor no corpo, diarreia, dificuldade para respirar, alteração do paladar ou olfato ou dor de garganta)? "

- Mensagem de encerramento:

"2.2 Obrigado pela resposta. A partir de agora, estamos encerrando seu monitoramento, uma vez que já se passaram 10 dias do início dos sintomas e não há mais sintomas.

Frisamos a importância de continuar com as medidas de cuidados contra a COVID-19, ainda mais pelo agravamento do número de casos e contexto atual da pandemia. O uso de máscara é obrigatório e o distanciamento social é a maior prevenção. Sempre que puder, fique em casa.

Muito obrigado! A situação exige cuidados individuais e com toda a comunidade. Passaremos por esses momentos juntos. Previna-se! Atenciosamente, equipe UBS"

- Mensagem no caso de persistência dos sintomas:

"2.3 Apesar do resultado do teste ter sido negativo, a orientação da Fundação Municipal da Saúde é que o isolamento continue até os sintomas acabarem, pois, mesmo que rara, há possibilidade de resultado falso negativo. Pelo agravamento do número de casos e contexto atual da pandemia, as precauções devem ser máximas. Portanto o isolamento deve ser mantido e continuaremos te monitorando por mais alguns dias, tudo bem?"

Porta de entrada e telemonitoramento

Os usuários sintomáticos respiratórios procuravam atendimento nas UBSs, nas Unidades de Pronto Atendimento – UPA e na rede privada, sendo que todas essas instituições quando identificavam usuários como suspeita de COVID-19, realizavam a notificação compulsória pelo sistema de informação notifica COVID Paraná.¹⁴

A gestão da APS do município sistematizou todas essas informações referentes às pessoas com sintomas respiratórios e compartilhou com todas as equipes das UBSs. Desse modo, a identificação dos indivíduos ficou mais ágil e o monitoramento se tornou viável à distância. Munidos com tais informações, os profissionais escalados da equipe separavam em planilha específica os usuários pertencentes à área de abrangência, com nome de todos que viviam no mesmo domicílio e números de celulares disponíveis. Com esses dados reorganizados, eram incluídos na lista de contatos do aplicativo, para que as mensagens programadas fossem enviadas regularmente. Além disso, os dados sobre presença de comorbidades eram verificados nos registros dos atendimentos prévios.

Para realizar diagnóstico do COVID 19, o médico tinha a possibilidade de solicitar dois exames, estabelecidos em protocolos,¹⁴ o PCR-nasal e o teste rápido sanguíneo. Ambos podiam ser coletados por enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e fisioterapeutas, na UBS, nas redes privadas de saúde ou na unidade de referência COVID-19.

O exame do PCR-nasal era realizado a partir do terceiro dia do início do primeiro sintoma e o exame sanguíneo era feito a partir do décimo dia dos sintomas. Eles eram coletados nas UBSs ou em unidades de referência especializada, os materiais coletados eram encaminhados para o laboratório municipal e os resultados eram enviados para as UBSs, por meio de sistema de informação online. Os resultados da rede privada de saúde eram os próprios usuários que retiravam e informavam aos profissionais de saúde que realizavam o monitoramento à distância.

Dessa forma, por meio do atendimento à distância, ocorria a interação entre o usuário e o profissional escalado, com intuito de procurar atender às necessidades individuais e dos familiares. Foram atendidas remotamente, cerca de quinhentas famílias, seguindo os passos descritos até aqui.

Discussão

O telemonitoramento foi realizado com um aparelho smartphone, de março a agosto de 2020, posteriormente a gestão da APS, aprovou e aderiu à iniciativa, disponibilizando um computador e um ramal telefônico com acesso ao *Whatsapp business*. Tal instrumento permitiu o acompanhamento dos casos suspeitos e situação de saúde das pessoas

sintomáticas respiratórias e de seus familiares, levando em consideração as respostas obtidas nesse novo modo de contato. Essa pequena iniciativa, que posteriormente foi ampliada para outras UBS da APS do município, permitiu expandir o acesso e cobertura^{7,15} oferecida pelos serviços públicos de saúde. O teleatendimento é uma das formas de se ultrapassar barreiras, permitindo proximidade maior dos profissionais de saúde, interação rápida e escuta qualificada.^{16,17} Mas para que isso aconteça sistematicamente é preciso garantir ferramentas apropriadas e investimento nas equipes.

Antes da pandemia já existiam portaria do MS que regulamenta e proporcionam o atendimento a distância no Brasil, como a Portaria 2.546, do Ministério da Saúde, de 27 de outubro de 2011,¹⁸ na quais os atendimentos eram realizados de profissional com profissional que serve para aumentar a resolutividade das equipes inseridas na APS. Com o advindo da pandemia surgiram novas leis e regulamentações que permitiram ampliar esse cuidado oferecendo atendimento direto para as pessoas, as quais foram discutidas na introdução deste relato.

Assim, as tecnologias são fundamentais para realizar atendimento a distância, proporciona abrangência dos serviços de saúde.¹⁹ Consequente, essas decisões podem contribuir e amplificar o atendimento a distância. Telessaúde disponibiliza meios para triagem, orientação e tratamento, contribui no monitoramento, atenção, identificação e precaução, e para a atenuar os impactos a assistência de saúde relacionados à infecção por coronavírus.

Outros estudos têm demonstrado o aumento no uso do telefone para o atendimento de pessoas, principalmente na APS, com aumento no uso dessas ferramentas em tempos de pandemia pelo novo coronavírus.^{15,21} Assim, para melhorar a interação dos profissionais da atenção básica com os usuários, o Ministério da Saúde disponibilizou uma plataforma para atendimento virtual, a qual proporciona um meio de interação entre equipes de saúde e usuários.²² Outro estudo aponta que a satisfação dos usuários tem sido positiva com o atendimento remoto.²¹

Cabe ressaltar que a plataforma virtual que foi disponibilizada pelo MS,²² não foi utilizada pelas equipes da APS, visando que necessitava da adesão do município, além de mais computadores e provedor de internet com melhor qualidade de rede, sendo assim, manteve-se o uso da ferramenta disponível que no momento atingia as pessoas que possuíam pacotes de dados celulares restrito.

Essa troca de mensagens por aplicativo, serviu como um canal importante de comunicação e diálogo, abrangendo mais do que mero monitoramento. Foi possível dar orientações, encaminhar resultados de exames, tirar dúvidas, e garantir cuidado em saúde para outras condições, mesmo que o contato inicial tenha sido por causa da COVID-19,

variou de acordo com as condições de saúde e necessidades de cada usuário. Além de reforçar informações pertinentes e confiáveis, aliada à preocupação de uma equipe e seu trabalho no SUS, podem ter colaborado, em alguma medida, a se contrapor a informações distorcidas ou falsas.

Assim, proporcionou interação na comunicação entre os pacientes, ou seus familiares, com o responsável do telemonitoramento por meio das mensagens que eram enviadas pelo profissional de saúde, sendo assim o paciente visualizava e retornava, assim propiciava vínculo do paciente com o profissional. Além disso, solicitaram resultados dos exames de PCR o qual era enviado uma foto, quando o paciente autoriza esse procedimento, também eram realizados os atestados médicos dos positivos e de seus contatos, bem como, eram tiradas as dúvidas dos pacientes frente às condições de saúde e dos seus sintomas.²

Além de perguntas ou dúvidas dos doentes ou dos seus familiares frente ao isolamento, como: retorno ao trabalho, dúvidas nas coletas dos materiais específicos para exames, entre outros. Algumas contra respostas que indicavam sintomas de risco e de evolução desfavorável da saúde, como mal estar geral, dor de cabeça, diarreia, fraqueza intensa, dor de garganta, febre, perda do paladar, muita falta de ar, entre outros sintomas que os mesmos relataram no telemonitoramento. Caso o quadro clínico dos pacientes não tivesse evolução positiva, orientava consulta presencial na unidade ou na atenção secundária.

Destaca-se, que o planejamento para a organização do fluxo do atendimento aos sintomáticos respiratórios com suspeita de contaminação por coronavírus, contou com a participação de todos que estavam envolvidos nas atividades da unidade de saúde, através de uma construção coletiva do cuidado. Isso foi possível, graças à autonomia da equipe na organização do processo de trabalho, à garantia de espaços de discussão no serviço, à implicação com o trabalho, à compreensão da importância do papel da atenção primária à saúde e à rápida adaptação, com uso de tecnologias.

Atualmente fica a pergunta se essas adaptações e rápida inclusão de tecnologias,²¹ que tanto ajudaram a aproximar pessoas, mesmo estando distantes umas das outras, serão incorporadas e sustentadas como mais um recurso possível, tornando-se parte do cotidiano no cuidado aos indivíduos.

Com o intuito de fortalecer a abrangência do serviço de saúde, no que concerne a importância da atuação da APS, na prevenção de transmissibilidade das doenças infectocontagiosas, além de assegurar o acesso universal e igualitário em tempos de pandemia fez-se necessário a reorganização desse acesso.^{5,7,15,23} O telemonitoramento foi um recurso usado para prestar atendimento contínuo das pessoas sintomáticas, atendimento geral e dúvidas sobre o COVID-19.

Conclusão

A relevância social deste relato de experiência consiste em compartilhar estratégia e adaptação do trabalho de equipes de saúde da família em uma UBS e que posteriormente expandiu-se para um município. Algo que parece relativamente simples, que começa com ideias e um smartphone, entretanto somente foi viável graças a equipes bem apropriadas de seu papel, comprometidas com os princípios do SUS e um modelo de gestão que garante a inclusão dos trabalhadores implicados no atendimento à população. Este relato mostra o quanto é possível lançar mão de novas tecnologias associadas à gestão de informação, à vigilância sanitária, à gestão descentralizada e ao trabalho de equipes de saúde da família.

Contribuição autoral

GML foi responsável pela elaboração e produção do manuscrito; SS, responsável pela revisão e correção do manuscrito; JYK colaborou com a escrita, revisou a metodologia; JABL colaborou com a revisão metodologia e escrita; GQS colaborou com a revisão do texto; PPN colaborou com a revisão do texto.

Referências

1. World Health Organization. Metal heath and psicossocial considerations during the covid-19 outbreak [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado 25 jun 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
2. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus: como é transmitido [Internet]. Brasília, DF: MS; 8 abr 2021; atualizado 15 maio 2021; citado 20 jun 2021]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/como-e-transmitido>
3. Brasil. Lei n. 13.989, de 06 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 [Internet]. Brasília, DF: PR; 2020 [citado 22 jun 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/Lei/L13979.htm
4. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde: versão 5 [Internet]. Brasília, DF: SAPS; 2020 [citado 22 jun 2021]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/24/20200323-ProtocoloManejo-ver05.pdf>

5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/MS; 2002.
6. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica?: integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saude Debate*. 2003;27(65):278-289.
7. Harzheim E, coordenador. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2011 [citado 4 jun 2021]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18458/9788579670664_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Maldonado J. Telemedicina: desafios à sua difusão no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(suppl 2):e00155615. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155615>.
9. Brasil. Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) [Internet]. Brasília, DF: Imprensa Nacional; 2020 [citado 21 jun 2021] Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2020 [citado 20 jun 2021]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
11. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução n. 663/2021. Prorroga o vencimento das anuidades do exercício de 2021 devidas pelas pessoas físicas e jurídicas inscritas nos Conselhos Regionais de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília, DF: Cofen; 2021 [citado 21 jun 2021]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-663-2021_86065.html
12. Conselho Federal de Psicologia (BR). Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19 [Internet]. Brasília, DF: CFP; 2020 [citado 21 jun 2021]. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-4-2020-dispoe-sobre-regulamentacao-de-servicos-psicologicos-prestados-por-meio-de-tecnologia-da-informacao-e-da-comunicacao-durante-a-pandemia-do-covid-19?origin=instituicao&q=004/2020>

13. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Plano municipal de saúde [de] Ponta Grossa: 2018-2021 [Internet]. Ponta Grossa (PR): SMS; 2017 [citado 15 jun 2021]. Disponível em: <https://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps-2018-2021.pdf>
14. Secretaria de Saúde do Paraná (PR). Primeiro atendimento de pacientes com covid 19. [20 jun. 2021] Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-03/PRIMEIRO%20ATENDIMENTO%20DE%20PACIENTES%20COM%20COVID-19.pdf
15. Castro FAG, Santos ÁO, Reis GVA, Viveiros LB, Torres MH, Oliveira Junior PP. Telemedicina rural e covid-19: ampliando acesso onde a distância já era regra. *Rev Bras Med Fam.* 2020;15(42):2484. [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2484](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2484).
16. Catapan CS, Calvo MCM. Teleconsulta: uma revisão integrativa da relação médico-paciente mediada pela tecnologia. *Rev Bras Educ Med.* 2020;44(1):e002. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190224>.
17. Pygall S-A. Triagem e consulta ao telefone: estamos realmente ouvindo. Islabão AG, tradutor; Andrade MP, revisão técnica. Porto Alegre: Artmed; 2018.
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [21 jun 2021] Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2546_27_10_2011.html
19. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela covid-19?. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(2):e2020166. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>.
20. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the covid-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad Saude Publica.* 2020;36(5):e00088920. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00088920>.
21. Khan MNB. Telephone consultations in primary care, how to improve their safety, effectiveness and quality. *BMJ Qual Improv Rep.* 2013;2(1):u202013.w1227. <https://doi.org/10.1136/bmjquality.u202013.w1227>.

22. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (BR). O SUS terá consultório virtual da saúde da família [Internet]. Brasília, DF: SAPS; 22 abr 2020 [20 jun 2021]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/8136>
23. Bizinelli MB, Poli Neto P, Albuquerque GSC, Conde RES, Scarin FC. Acesso à atenção primária em Curitiba: a percepção dos usuários que frequentam a unidade de pronto atendimento (UPA). APS Rev. 2019;1(3):198-205.

Minicurrículo

Geovane Menezes Lourenço | <http://lattes.cnpq.br/1697093684395460>
<https://orcid.org/0000-0002-4242-8318>

Sabrina Stefanello | <http://lattes.cnpq.br/9786403635183487>
<https://orcid.org/0000-0002-9299-0405>

Juliana Yuri Kawanishi | <http://lattes.cnpq.br/7447651865424584>
<https://orcid.org/0000-0002-3434-4309>

Jheynifer Aparecida Baby da Luz | <http://lattes.cnpq.br/4679477340177938>
<https://orcid.org/0000-0002-4999-7601>

Géssica Queiroz da Silva | <http://lattes.cnpq.br/3265774459827780>
<https://orcid.org/0000-0002-6051-2863>

Paulo Poli Neto | <http://lattes.cnpq.br/3817856676959820>
<https://orcid.org/0000-0003-1073-6583>