

FACULDADE DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

JESSICA DE SÁ BARRETO CALLOU PEIXOTO

MONITORAMENTO TELEFÔNICO DE CASOS DE SÍNDROME GRIPAL DURANTE
PANDEMIA DE COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Pessoa
2021

JESSICA DE SÁ BARRETO CALLOU PEIXOTO

MONITORAMENTO TELEFÔNICO DE CASOS DE SÍNDROME GRIPAL DURANTE
PANDEMIA DE COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para a obtenção do título de
especialista em Medicina de Família e
Comunidade.

Orientadora: Profa. Dra. Layza de Souza Chaves Deininger

João Pessoa
2021

P43m

Peixoto, Jessica de Sá Barreto Callou

Monitoramento telefônico de casos de síndrome gripal durante a pandemia de COVID-19 / Jessica de Sá Barreto Callou Peixoto. – João Pessoa, 2022.

31f.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Layza de Souza Chaves Deininger
Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade – Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE).

1. COVID-19. 2. Pandemia. 3. Isolamento Social. 4. Atenção Primária. I. Título.

CDU: 616.98

JESSICA DE SÁ BARRETO CALLOU PEIXOTO

MONITORAMENTO TELEFÔNICO DE CASOS DE SÍNDROME GRIPAL DURANTE
PANDEMIA DE COVID-19: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado
como requisito parcial para a obtenção do título de
especialista em Medicina de Família e
Comunidade.

João Pessoa, 24 de Setembro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Layza de Souza Chaves Deininger
Faculdade de Medicina Nova Esperança

Profa. Cristina Maria Lira Batista Seixas
Faculdade de Medicina Nova Esperança

Prof. Alex de Oliveira Almeida
Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa

Dedico este trabalho a todos os profissionais que atuaram no enfrentamento à COVID-19, com votos de honra ao seu mérito e paz profunda.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, pelo seu amor que me edifica. Ao meu irmão Murilo, por ser fonte de inspiração e meu melhor amigo. À coordenadora do meu programa de residência, à minha orientadora, aos meus preceptores, professores, colegas de residência e de trabalho por todas as oportunidades de aprendizado e pela sua generosa acolhida.

RESUMO

A COVID-19 (Coronavirus Disease-19) é uma doença do trato respiratório provocada pelo vírus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). Descoberta em 2019, a doença rapidamente se transformou numa pandemia. A COVID-19 provoca um amplo espectro de sintomas, que variam de casos leves a críticos. É transmitida, sobretudo, pessoa-a-pessoa, através de partículas respiratórias que contenham o vírus. Não existe tratamento específico. Uma das estratégias usadas para o controle da pandemia é o isolamento social do caso suspeito, com monitoramento telefônico do paciente. Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de uma médica residente de Medicina de Família e Comunidade no monitoramento telefônico de casos de síndrome gripal. Foi realizado estudo descritivo do tipo relato de experiência, conduzido em uma USF (Unidade de Saúde da Família) do município de João Pessoa, Paraíba, tendo como sujeitos pacientes que, ao procurar a USF, foram notificados como casos de síndrome gripal. Os pacientes foram acompanhados por ligação telefônica segundo o protocolo do Ministério da Saúde, e os resultados, registrados em prontuário. Em seguida foi construído o relato da experiência. De modo geral, o monitoramento possibilitou a melhoria da qualidade do isolamento social da população acompanhada, porém o isolamento ideal não foi atingido. Dificuldades na implementação do monitoramento incluíram a subjetividade da avaliação de sintomas como dispneia, a falta de materiais para aferição de sinais vitais nos domicílios e baixa confiabilidade das aferições, realizadas por pacientes leigos. O monitoramento permitiu a assistência aos casos de síndrome gripal, mas também, a assistência à saúde mental, e a outras demandas relacionadas à saúde, que estavam reprimidas durante a pandemia por dificuldade de acesso às USF.

Palavras-chave: COVID-19; pandemia; isolamento social; atenção primária.

ABSTRACT

Coronavirus Disease-19 (COVID-19) is a disease of the respiratory tract caused by the SARS-CoV-2 virus (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). Discovered in 2019, it quickly spread and turned into a pandemic. COVID-19 causes a wide spectrum of symptoms, which vary from asymptomatic infection to critical. It is mainly transmitted by person-to-person transmission, through respiratory particles that contain the virus. There is no specific treatment. One of the strategies used to control the pandemic is social isolation of the suspected case, with telephone monitoring of the patient. This paper aims to report the experience of a resident physician in Family and Community Medicine in telephone monitoring of cases of flu syndrome. A descriptive study of the experience report type was carried out, conducted in a primary care facility at the city of João Pessoa, Paraíba, with patients who, when entering a primary care facility, were notified as cases of flu syndrome. The patients were followed up by telephone call according to the Ministry of Health protocol, and the results were registered in medical record. Then, the report of the experience was built. In general, the monitoring enabled an improvement in the quality of social isolation of the population, but the ideal isolation was not achieved. Difficulties in implementing monitoring included the subjectivity of the assessment of symptoms such as dyspnea, lack of materials in patient's homes for measuring vital signs, and poor reliability of vital sign measurements by lay patients. Monitoring enable to offer medical care in cases of flu syndrome, but also mental health care, and care for other health-related demands, which were repressed during the pandemic due to difficulty in accessing the primary care facility.

Keywords: COVID-19; pandemic; social isolation; primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AINE	Anti-inflamatório não esteroideal
APS	Atenção Primária à Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease-19
FAMENE	Faculdade de Medicina Nova Esperança
FR	Frequência respiratória
MERS	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
MFC	Medicina de Família de Comunidade
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Serviço de Pronto Atendimento
rpm	respirações por minuto
RT-PCR	Real-time quantitative polymerase chain reaction
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE SÍMBOLOS

@

Arrouba

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
4	ABORDAGEM METODOLÓGICA	19
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5.1	PRINCIPAIS DIFICULDADES OBSERVADAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO.....	20
5.2	QUESTIONAMENTOS SOBRE TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA COVID-19	22
5.3	ASSISTÊNCIA A OUTRAS DEMANDAS ALÉM DA SÍNDROME GRIPAL ...	22
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	25
	GLOSSÁRIO	27
	APÊNDICE A — MODELO DA ENTREVISTA PARA PRIMEIRO TELEATENDIMENTO	28
	APÊNDICE B — QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ISOLAMENTO SOCIAL	29

1 INTRODUÇÃO

No final de 2019, iniciou-se uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na província chinesa de Hubei. Foi identificado um novo tipo de coronavírus como responsável pelo surto, que rapidamente se transformou em uma epidemia. Em Fevereiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) designou a doença provocada por esse patógeno como COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), e o vírus como SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2). Desde então, a COVID-19 se alastrou rapidamente pelo mundo, transformando-se em uma pandemia com mais de 200 milhões de casos notificados (PALMORE; SMITH, 2021).

Parte significativa da demanda de casos suspeitos de COVID-19, doravante denominados casos de "síndrome gripal", deu entrada nos sistemas de saúde do mundo inteiro através da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS constitui o primeiro nível de contato do usuário com os sistemas de saúde, e é usualmente representada pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população (PORTELA, 2017).

Sistemas de saúde bem construídos tem como marca o acesso de qualidade a uma APS fortalecida. No contexto de emergências de saúde pública, a APS tem papel fundamental na construção de uma rede de resposta, assim como no atendimento às demais demandas em saúde da população. Dessa forma, a APS apresenta um importante papel no planejamento das ações em resposta à COVID-19 (DUNLOP et al., 2020).

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente. A MFC atua diretamente na APS e desempenha um papel de grande importância nesse cenário, atuando tanto no atendimento clínico dos casos suspeitos como no planejamento e execução de ações voltadas ao controle da COVID-19 (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

No Brasil, uma das estratégias do Ministério da Saúde no combate à pandemia é o monitoramento dos casos de síndrome gripal via telemedicina. Durante o desenrolar da pandemia, o Ministério da Saúde publicou um protocolo específico para profissionais da APS, que orienta e descreve como realizar o atendimento clínico e monitoramento dos casos via ligação telefônica (BRASIL, 2020).

O teleatendimento é uma estratégia de manejo ambulatorial já utilizada em outras epidemias; porém, ainda não há evidência científica de qualidade atestando a superioridade de alguma estratégia de manejo ambulatorial para COVID-19 sobre

outra (COHEN; BLAU, 2021).

O relato de uma experiência de monitoramento telefônico pode ser útil no sentido de expor aspectos do processo observáveis apenas através da prática, elencando dificuldades na sua implementação, imprevistos e benefícios dessa abordagem. Dessa forma, ele pode fornecer substrato para discussões posteriores sobre a telemedicina, e deixar alguma contribuição para a evolução na construção de protocolos de monitoramento em epidemias posteriores.

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL: Relatar a experiência de uma médica residente de Medicina de Família e Comunidade frente ao acompanhamento telefônico de usuários que foram notificados como síndrome gripal em uma USF de João Pessoa, Paraíba.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 1- Elaborar um conjunto de critérios, com base no protocolo do Ministério da Saúde para saber se o paciente e contactantes realizam um distanciamento social adequado; 2- Transformar esses critérios em um questionário que classifica o distanciamento social praticado pelo paciente como Adequado ou Inadequado; 3- Elaborar um padrão de entrevista semi-estruturada na forma de check list que padroniza o atendimento e contém, em todas as consultas, a aplicação do referido questionário; 4- Selecionar um grupo de pacientes que foram atendidos na USF e notificados como casos de síndrome gripal para ser monitorados via telemedicina; 5- Realizar uma chamada telefônica e/ou videochamada segundo as orientações do protocolo, e classificar o distanciamento social praticado pelo(a) paciente no início do processo como Adequado ou Inadequado; 6- Monitorar os casos, na periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde, e incluir em cada consulta a aplicação do questionário e educação em saúde sobre o distanciamento social; 7- Apresentar a experiência do monitoramento desses pacientes em relação à prática do distanciamento, observando com especial enfoque a ocorrência de possíveis mudanças no distanciamento a partir da orientação médica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A COVID-19 é uma infecção do trato respiratório provocada pelo vírus SARS-CoV-2. A principal forma de disseminação da doença é a transmissão direta pessoa-a-pessoa. Acredita-se que ela ocorre através de partículas respiratórias que contêm o vírus, e são liberadas quando uma pessoa infectada tosse, espirra, ou fala. Tais partículas podem transmitir o SARS-CoV-2 quando inaladas ou se entrarem em contato com mucosas. Também pode ocorrer quando o paciente está com as mãos contaminadas, ou toca em superfícies contaminadas e, então, nos seus olhos, nariz ou boca, embora essa não seja uma forma de transmissão muito relevante. Outras formas de transmissão, como a fecal-oral, através do sangue, secreções oculares ou esperma, ainda estão sendo elucidadas, mas estudos apontam que provavelmente essas vias não são importantes (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

É possível transmitir o vírus desde antes do aparecimento dos sintomas, e o período de maior infectividade está nos primeiros dias da doença, sendo a transmissão improvável a partir de 7 a 10 dias de doença (MCINTOSH, 2021).

O período de incubação é de aproximadamente 14 dias, e a maioria dos casos se manifesta clinicamente após 4 a 5 dias da exposição. Os sintomas mais comuns são tosse, mialgia e cefaleia, porém também são relatados outros sintomas, como diarreia, dor em garganta, disgeusia, anosmia, conjuntivite e lesões dermatológicas (MCINTOSH; S HIRSCH; BLOOM, 2021).

A COVID-19 pode provocar um espectro amplo de sintomas, que varia de casos leves a críticos. Atualmente, estudos indicam que 81% dos casos são leves, 14% são graves, 5% são críticos e a mortalidade é de 2,3%. A taxa de mortalidade, entretanto, pode variar segundo fatores como a idade, qualidade do cuidado médico, subnotificações, e comorbidades (MCINTOSH; S HIRSCH; BLOOM, 2021). Embora esteja bem documentada a existência de casos assintomáticos, a porcentagem de assintomáticos varia significativamente entre os estudos. Em crianças, o quadro costuma ser leve (YUANGYUANG DONG et al., 2020).

As comorbidades e condições associadas a doença severa e óbitos incluem: doença cardiovascular, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e outras doenças pulmonares, neoplasias (em particular neoplasias hematológicas, câncer de pulmão e cânceres metastáticos), doença renal crônica, histórico de transplante (incluindo órgãos sólidos e medula óssea), obesidade e tabagismo (MCINTOSH; S HIRSCH; BLOOM, 2021). Alguns estudos apontam uma preferência da COVID-19 pelo sexo masculino, e associam achados laboratoriais específicos a desfechos (ZHOU et al., 2020).

A manifestação mais séria da doença é a pneumonia, que pode evoluir com

complicações, como a Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA). Tipicamente, o paciente com caso leve que evolui com dispneia apresentará o sintoma aproximadamente a partir do sétimo dia de doença. Também são descritas complicações cardiovasculares como arritmia, insuficiência cardíaca, choque, complicações tromboticas como trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar, complicações neurológicas como encefalopatia, e complicações inflamatórias, como uma exuberante resposta inflamatória, e síndrome de Guillain-Barrè. Contudo, infecção secundária não é uma complicação comum. (ANESI, 2021).

Não há sinais ou sintomas patognomônicos de COVID-19. Entretanto, estudos sugerem que os sintomas mais sugestivos da doença são as alterações de olfato e paladar (CALIENDO, HANSON, 2021). A hipótese diagnóstica de COVID-19 deve ser considerada em qualquer paciente com febre de início recente e/ou sintomas do trato respiratório (por exemplo: tosse, dispneia). Mas também em pacientes com doença severa do trato respiratório inferior sem causa estabelecida, ou que apresentem outros sintomas consistentes como disgeusia, anosmia, mialgias, e diarreia.

Considerando a prevalência da doença, é recomendável que os médicos adotem um limiar baixo de tolerância para considerar o caso como suspeito, especialmente se o paciente reside/viajou para áreas onde a transmissão é comunitária, ou teve contato próximo com caso suspeito/confirmado. Idealmente, todos os casos suspeitos devem realizar o teste, mas, em situações onde isso não seja possível, várias sociedades publicaram estratégias de priorização na testagem e também recomendações especiais para testagem de assintomáticos (MCINTOSH; S HIRSCH; BLOOM, 2021).

O diagnóstico é feito através de testes de amplificação de ácidos nucleicos, sendo o mais recomendado o RT-PCR (Reverse-Transcription Polymerase Chain Reaction), colhido em amostras do trato respiratório superior. O exame positivo confirma o diagnóstico, e estudos relatam taxas de falso negativo entre 5- 40% (M CALIENDO; E HANSON, 2021). Exames de imagem como a radiografia de torax ou a tomografia computadorizada não são recomendados para rastreamento e não são, por si só, capazes de estabelecer o diagnóstico de COVID-19 (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2020).

Com o desenrolar da pandemia, surgiram diversas sugestões de tratamentos possíveis, porém falta evidência científica que as suporte, não estando formalmente indicado o uso de hidroxicloroquina, azitromicina, corticoides, fluvoxamina, colchicina ou ivermectina. Recentemente, foi aprovado nos EUA o uso de casirivimab- imdevimab e sotrovimab, de forma emergencial, para casos específicos. No

momento, o tratamento medicamentoso dos casos ambulatoriais é apenas de suporte clínico, com uso de sintomáticos como acetaminofeno e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) (COHEN, BLAU, 2021).

O cuidado ao paciente com síndrome gripal deve, idealmente, envolver um contínuo de estratégias, que envolvam ferramentas utilizáveis pelos pacientes (por exemplo, materiais de educação sobre COVID-19), triagem telefônica, testagem, acompanhamento através de telemedicina para os casos elegíveis, integração entre a rede de urgência e emergência e a rede ambulatorial, colaboração entre os profissionais da saúde pública e lideranças comunitárias (COHEN; BLAU, 2021).

A MFC é a especialidade médica que presta assistência à saúde de forma continuada, integral e abrangente para pessoas. Atuando na atenção primária à saúde, a MFC orienta sua prática através de princípios inerentes à especialidade.

O primeiro deles é o princípio de que o médico de família é um clínico qualificado, apto para cuidar da saúde da população de maneira ampla e eficiente. Dessa forma, ele deve dominar o conhecimento científico sobre os principais problemas de saúde presentes na população, assim como ser competente no método clínico centrado na pessoa, cuidando dos pacientes de maneira integral, empática e ampla. O segundo relata que a atuação do médico de família e comunidade é influenciada pela comunidade. Logo, aspectos epidemiológicos, culturais, e ambientais influenciam as demandas em saúde dentro do território adscrito, e norteiam a atuação do profissional (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

O terceiro princípio da MFC coloca o médico de família e comunidade como o recurso de uma população adscrita. Assim, a USF constitui uma porta de entrada no sistema único de saúde (SUS), e a MFC é primeira forma de acesso dos usuários ao sistema. O quarto princípio da MFC é o de que a relação médico-pessoa é fundamental para o desempenho do médico de família e comunidade (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019).

Portanto, embora não seja uma exclusividade, é uma característica intrínseca da MFC o desenvolvimento de uma relação médico-paciente profunda e marcada pelo *rapport* e confiança. Dessa forma, existe na MFC um vínculo profundo entre profissionais e pacientes, que pode ser utilizado como uma forma de acessar, acompanhar e educar a população. Considerando esse contexto, a APS constitui um importante braço da rede no combate à pandemia através da Telemedicina, sendo útil não apenas no monitoramento e manejo clínico dos casos, mas também constituindo um importante cenário de educação da comunidade sobre como fazer um distanciamento social adequado.

No Brasil, uma das estratégias do Ministério da Saúde no combate à pandemia é o monitoramento dos casos de síndrome gripal via telemedicina.

Segundo a recomendação oficial do Ministério, a partir do momento em que um usuário procura uma USF e é notificado como caso de síndrome gripal, a equipe de saúde da família deve realizar o monitoramento via telefone do caso suspeito/confirmado por 14 dias, a cada 24h se o(a) paciente foi considerado(a) como integrante do grupo de risco, e a cada 48h se não for considerado(a) integrante deste grupo (BRASIL, 2020).

Mais do que isso, o teleatendimento já foi utilizado em epidemias anteriores, como na de Influenza A H1N1, Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS), e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). E, embora os protocolos estejam em constante evolução e sendo alvo de estudos, as evidências científicas vem demonstrando eficácia e adequabilidade do teleatendimento (COHEN, BLAU, 2021). Ele é considerado apropriado para a maioria dos casos de COVID-19, e tem como vantagem evitar entradas desnecessárias em serviços de saúde, preservando não só o conforto do paciente, como também evitando a exposição da comunidade e dos trabalhadores de saúde.

4 ABORDAGEM METODOLÓGICA

O trabalho realizado é um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, conduzido pela médica residente do segundo ano do programa de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) da FAMENE, durante os meses de Junho e Julho de 2020.

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Ipiranga Integrada, localizada no bairro Valentina de Figueiredo, na cidade de João Pessoa, Paraíba. Os sujeitos do estudo foram pacientes que procuraram a UBS durante a pandemia de COVID-19 e, após atendimento médico, foram notificados como casos de síndrome gripal.

Os pacientes foram escolhidos de maneira aleatória, a partir das notificações de caso de síndrome gripal disponíveis na unidade. Em seguida, foram monitorados via ligação telefônica e/ou videochamada, conforme as recomendações do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária À Saúde. Em cada consulta, era realizado o atendimento clínico ao paciente, e também a avaliação de como estava sendo realizado o isolamento social, e educação em saúde sobre o isolamento social. Os atendimentos foram registrados em prontuários, a partir dos quais foi construído o relato da experiência.

Diante do exposto, por se tratar de um estudo do tipo relato de experiência, não houve a necessidade de apreciação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FAMENE.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram monitorados, durante os meses de Junho e Julho de 2020, 8 (oito) pacientes, sendo 4 (quatro) homens e 4 (quatro) mulheres. Os pacientes foram selecionados de forma aleatória a partir das notificações de casos de síndrome gripal realizadas pela USF Ipiranga Integrada. A amostra contemplou pacientes adultos jovens e idosos em estágios diferentes da síndrome gripal.

Na primeira consulta, apenas 1 (uma) paciente foi classificada como isolamento social adequado. Todos os demais foram classificados como isolamento inadequado.

Dentre os critérios de isolamento, listamos aqui aqueles que foram mais frequentemente descumpridos: permanecer em quarto isolado, limitar a movimentação do paciente pela casa, uso de máscara dentro do domicílio, não recebimento de visita, e uso de máscara pelo cuidador, bem como troca de máscara, não tocar na máscara e lavagem de mãos após troca de máscara. Os critérios de cobrir boca e nariz ao tossir, assim como o de evitar contato com as secreções do doente, e limpeza de superfícies, também foram frequentemente ignorados pelos pacientes.

Entretanto, a maior parte dos pacientes conseguiu cumprir os critérios seguintes: higiene das mãos, sair do domicílio apenas em casos de emergência, uso de toalha, realizar os mesmos cuidados caso o contactante desenvolva sintomas, e lavagem das roupas do doente.

Dentre os pacientes assistidos e que estavam realizando isolamento inadequado, mais da metade apresentou mudança de conduta em relação ao isolamento. De maneira geral, conforme o monitoramento telefônico foi se desenvolvendo, o isolamento social gradativamente foi melhorando. Entretanto, em nenhum momento, na população estudada, foi possível atingir o isolamento social adequado preconizado pelo Ministério da Saúde.

A seguir, são discutidos outros aspectos relevantes observados durante a experiência de monitoramento.

5.1 PRINCIPAIS DIFICULDADES OBSERVADAS NA IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO

Uma das dificuldades foi a abordagem da dispneia como sinal de gravidade da síndrome gripal. Dentro da lista dos sinais/sintomas de gravidade para COVID-19, o protocolo do Ministério da Saúde coloca os seguintes sinais/sintomas

respiratórios como de gravidade: "falta de ar ou dificuldade para respirar", "ronco, retração sub/intercostal severa"; "cianose central", "saturação de oximetria de pulso <95% em ar ambiente" e "taquipneia (>30 rpm)" (BRASIL, 2020, p. 14).

Entretanto, a avaliação da dispneia é subjetiva, sendo possível e não infrequente o paciente referir dispneia leve, e a avaliação da dispneia como um sintoma que requer atendimento presencial e possível encaminhamento à urgência torna-se prejudicada pela consulta na modalidade de teleatendimento.

Conforme o conhecimento sobre a pandemia foi se desenvolvendo, foram publicadas ferramentas que permitem uma melhor avaliação da dispneia, tornando-a mais objetiva. Elas envolvem perguntas como: "quais atividades o sr(a). conseguia fazer sem dificuldade e agora estão causando dificuldade para respirar?"; "o cansaço piorou nos últimos um, dois ou três dias?"; "o sr(a) está respirando com mais dificuldade ou mais rápido quando sentado(a)?"; "o(a) sr(a) não consegue mais realizar mais atividades domésticas devido a falta de ar?", e "caminhar causa tontura?". Ao final, a dispneia poderá ser classificada em "leve", "moderada" ou "severa", facilitando a decisão (COHEN; BLAU, 2021). Entretanto, essa ferramenta não está no protocolo do ministério, e ainda não era do conhecimento da residente quando este trabalho foi iniciado. Por isso, a análise da dispneia foi subjetiva.

A aferição de sinais vitais também foi ensinada aos pacientes. Uma paciente relatou FR de 40rpm, porém, segundo a mesma, não apresentava dispneia no momento da avaliação. Foi orientada a procurar o PA, porém, é levantada a hipótese de que este valor de FR não seja verdadeiro, e esta mesma paciente não atendeu as ligações subsequentes.

Devido ao fato de nenhum dos pacientes possuir oxímetro, não foi possível avaliar a oximetria de pulso. Levanta-se a hipótese de que, devido às condições socioeconômicas da população assistida, não foi possível a avaliação desse parâmetro. Entretanto, até o momento da publicação deste trabalho, não existe na literatura recomendação de solicitar aos pacientes com casos leves que adquiram um oxímetro.

A avaliação por ligação de vídeo pode ser útil em casos dúbios, pois permite ao médico contar a FR do paciente e buscar sinais de insuficiência respiratória como cianose, e tiragem. Porém, nos casos em que foi solicitada, foi preferência dos pacientes atendidos realizar apenas a ligação com áudio, devido a indisponibilidade de conexão de internet. Levanta-se a hipótese de que, devido a condições socioeconômicas da população assistida, esse recurso não esteve disponível.

5.2 QUESTIONAMENTOS SOBRE TRATAMENTOS ESPECÍFICOS PARA COVID-19

Ao todo, 6 (seis) pacientes fizeram uso de azitromicina, 3 (três) pacientes fizeram uso de ivermectina, 2 (dois) fizeram uso de corticoides orais, e todos fizeram uso de sintomáticos conforme necessidade, segundo prescrição médica anterior ao monitoramento telefônico. Essas prescrições foram realizadas pelos médicos que atenderam os pacientes na USF, nas consultas em que foram feitas as notificações dos casos. Nenhum paciente fez uso oseltamivir, embora existissem pacientes com indicação no grupo monitorado. Não houve uso de hidroxicloroquina, colchicina ou outras medicações além das mencionadas.

Levanta-se a hipótese de que a ivermectina foi mais frequentemente prescrita do que outras drogas (como a hidroxicloroquina e a colchicina), devido à familiaridade e experiência prévia dos médicos com essa medicação no contexto da APS. Levanta-se também a hipótese que o melhor perfil em relação a efeitos adversos e segurança da ivermectina, quando comparado ao de outras medicações (como a hidroxicloroquina), contribuiu para a preferência na sua prescrição.

As dúvidas sobre o uso de medicações como azitromicina, ivermectina, e corticoides orais foram frequentes. Foi explicado aos pacientes que não existe evidência científica de qualidade que suporte o uso desses medicamentos nos casos ambulatoriais de COVID-19 (COHEN; BLAU, 2021).

Durante os monitoramentos, optamos por realizar educação em saúde sobre os tratamentos para COVID-19, discutir o assunto considerando a evidência científica existente até o momento, o impacto psicológico do uso desses tratamentos, e deixar os pacientes livres para tomar suas próprias decisões.

5.3 ASSISTÊNCIA A OUTRAS DEMANDAS ALÉM DA SÍNDROME GRIPAL

Ao longo da experiência de monitoramento, a maior parte dos pacientes demonstrou preocupação com seu quadro, e expectativa de saber o resultado do teste para COVID-19. Na USF Ipiranga Integrada, os resultados de exames de RT-PCR estavam demorando, em média, 10 (dez) dias para serem liberados, e os testes rápidos, por sua vez, eram agendados para 10 (dez) dias após o início dos sintomas. Entretanto, 2 pacientes apresentaram sintomas mais intensos de ansiedade, e, na ocasião, foram realizados atendimentos em saúde mental dentro das teleconsultas, ou agendados em horários específicos.

Durante as ligações telefônicas, uma paciente solicitou informações sobre colelitíase sintomática, e recebeu esclarecimentos sobre a doença, bem como foi discutido o plano terapêutico para a mesma. Alguns meses após o encerramento do monitoramento telefônico, essa paciente compareceu à USF para dar seguimento ao plano terapêutico orientado durante as teleconsultas.

Um paciente relatou um quadro clínico prévio à síndrome gripal de disfagia a esclarecer, o qual levantou a hipótese diagnóstica de neoplasia de esôfago; dessa forma, o mesmo foi encaminhado para atendimento presencial na USF.

Foram fornecidas informações sobre retorno ao trabalho conforme solicitação dos pacientes, e considerando a literatura médica vigente ao longo da pandemia.

A literatura científica sugere que a relação entre médico e paciente torna-se mais rica e bem-sucedida quando médicos e pacientes podem compartilhar informações e tomar decisões juntos sobre o tratamento. Além disso, o relacionamento também melhora quando o profissional busca demonstrar respeito pelos valores, preferências, e necessidades do paciente, realiza coordenação de cuidados, comunica-se de forma transparente, demonstra preocupação em trazer conforto físico, suporte emocional, e faz esforços para envolver familiares e amigos no cuidado (DELBANCO; GERTEIS, 2020).

De modo geral, durante as consultas foi feito esforço no sentido de utilizar as estratégias acima citadas para fortalecer a relação entre médica e pacientes, e foi observada, com o desenrolar do acompanhamento, a construção de vínculo, fortalecimento do *rapport* e da relação de confiança, tornando o acompanhamento mais fácil e trazendo uma maior adesão dos pacientes às recomendações médicas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na amostra estudada, o monitoramento telefônico se mostrou uma ferramenta útil no acompanhamento de pacientes com casos de síndrome gripal, contribuindo, de forma geral, para uma melhora significativa na qualidade do isolamento social, através do conselho médico e educação em saúde.

Entretanto, por si só, ele não foi capaz de fazer os pacientes atingirem um isolamento social adequado. Levantamos a hipótese de que os fatores socioeconômicos que influenciam os processos de saúde-doença interferem no isolamento social. Um exemplo dessa realidade é a dificuldade relatada pelos pacientes para separar um quarto para o doente em domicílios onde só existia um quarto e uma única cama.

A avaliação de sintomas como dispneia, por ser subjetiva, foi dificultada. Porém, levantamos a hipótese de que ela pode se tornar mais fácil quando são criadas ferramentas objetivas para a classificação da mesma, e posterior conduta. Da mesma forma, colocamos a hipótese de que, frequentemente as aferições de sinais vitais realizadas por pacientes e familiares podem estar incorretas, e assim, levar a erros de conduta médica. Concluímos que as limitações da telemedicina deveriam ser levadas em consideração na elaboração de protocolos de monitoramento telefônico.

O vínculo e a disponibilidade que essa estratégia de cuidado proporcionam foi útil para esclarecer dúvidas quanto ao diagnóstico, isolamento, e tratamento. Levantamos a hipótese de que o monitoramento telefônico pode ser uma ferramenta útil para evitar entradas desnecessárias em serviços de saúde.

A possibilidade de prestar assistência a outras demandas relacionadas à saúde dos usuários, além da síndrome gripal, constituiu uma parte importante da experiência. O cuidado à saúde mental melhorou a saúde dos pacientes de forma geral, conforme medos, expectativas sobre a doença e transtornos mentais prévios foram abordados. Além disso, durante as ligações era possível entrar em contato com demandas em saúde que foram reprimidas devido às dificuldades de acesso aos serviços de saúde durante a pandemia, e ofertar, na consulta de monitoramento, o atendimento a essas demandas, bem como articular a consulta presencial quando necessário.

Assim, levantamos a hipótese de que o monitoramento telefônico de casos de síndrome gripal pode ser uma importante estratégia no combate à COVID-19 e também na assistência às demais demandas de saúde durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. **ACR Recommendations for the use of Chest Radiography and Computed Tomography (CT) for Suspected COVID-19 Infection**. 2020. Disponível em: <https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection>. Acesso em: 27 set. 2021.

ANESI, George L . **COVID-19: Epidemiology, clinical features, and prognosis of the critically ill adult**. Up To Date. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-clinical-features-and-prognosis-of-the-critically-ill-adult?search=covid%2019%20complica%C3%A7%C3%B5es&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10. Acesso em: 9 mai. 2022.

BRASIL. **Protocolo de Manjeo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**: versão 9. Brasília - DF, 2020.

COHEN, Pieter; BLAU, Jessamyn. **COVID-19: Outpatient evaluation and management of acute illness in adults**. Up To Date. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-outpatient-evaluation-and-management-of-acute-illness-in-adults?search=covid-19&topicRef=128404&source=see_link. Acesso em: 8 set. 2021.

DELBANCO, Tom; GERTEIS, Margaret. **A patient-centered view of the clinician-patient relationship**. Up To Date. 2020. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/a-patient-centered-view-of-the-clinician-patient-relationship?search=teleatendimento%20e%20rela%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dico%20paciente&source=search_result&selectedTitle=1~95&usage_type=default&display_rank=1#H7. Acesso em: 27 set. 2021.

DUNLOP, Catherine *et al*. **The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response**. British Journal of General Practice Open. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>. Acesso em: 16 out. 2020.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade**: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 2019.

M CALIENDO, Angela; E HANSON, Kimberly. **COVID-19: Diagnosis**. Up To Date. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-diagnosis?search=covid%2019&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=8. Acesso em: 7 set. 2021.

MCINTOSH, Kenneth. **COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention**. Up to Date. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?search=covid-19&topicRef=127759&source=see_link. Acesso em: 8 set. 2021.

MCINTOSH, Kenneth; S HIRSCH, Martin; BLOOM, Allyson. **COVID-19: Clinical features**. Up To Date. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-clinical-features?search=covid%2019&source=covid19_landing&usage_type=main_section. Acesso em: 6 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/who-china-joint-mission-on-covid-19---final-report-1100hr-28feb2020-11mar-update.pdf>. Acesso em: 25 set. 2021.

PALMORE, Tara N; SMITH, Becky A. **COVID-19: General approach to infection control in the health care setting**. Up To Date. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-general-approach-to-infection-control-in-the-health-care-setting?search=covid%2019&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9. Acesso em: 9 mai. 2022.

PORTELA, Gustavo Zoio. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais**. SciELO. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDBYnh/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2021.

YUANGYUANG DONG, Xi *et al.* **Epidemiology of COVID-19 Among Children in China**. Pub Med.gov. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32179660/>. Acesso em: 9 mai. 2022.

ZHOU, Fei *et al.* **Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study**. The Lancet. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3). Acesso em: 27 set. 2021.

GLOSSÁRIO

Rapport

Conexão, sintonia, ligação, afinidade.

APÊNDICE A — MODELO DA ENTREVISTA PARA PRIMEIRO TELEATENDIMENTO

- Cumprimentar
- Confirmar usuário
- Identificar-se (nome e CRM)
- Explicar motivo da ligação
- Obter consentimento
- Preencher ficha de primeiro teleatendimento
- Solicitar cópia dos exames que atestam o caso de COVID-19
- Aplicar o questionário baseado no protocolo do Ministério da Saúde (apêndice B) para qualificar o isolamento do paciente e dos contactantes
- Ensinar a aferir sinais vitais
- Avaliar conduta realizada até o momento
- Ensinar a reconhecer sinais de piora
- Orientar ligar se necessário

APÊNDICE B — QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ISOLAMENTO SOCIAL

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE ISOLAMENTO SOCIAL

◦ ISOLAMENTO DO PACIENTE

- Permanecer em quarto isolado e bem ventilado¹.
- Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados
- Utilização de máscara todo o tempo. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência
- Trocar máscara sempre que esta estiver úmida ou danificada
- Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara
- Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro
- Sem visitas ao doente
- O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível

◦ PRECAUÇÕES DO CUIDADOR

- o cuidador utiliza uma máscara quando está perto do paciente
- Caso a máscara fique úmida ou com secreções, é trocada imediatamente.
- O cuidador nunca toca ou mexe na máscara enquanto estiver perto do paciente
- Após retirar a máscara, o cuidador lava as mãos
- É realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/depois do contato com o paciente, antes/depois de ir ao banheiro, antes/depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário, com álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas
- Sempre que o cuidador lava as mãos com água e sabão, dá preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utiliza toalha de tecido e troca sempre que ficar úmida
- Caso alguém do domicílio apresentar sintomas de SG, iniciar com os mesmos cuidados de precaução para pacientes e solicitar atendimento na sua

¹ Caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos);

USF

◦ PRECAUÇÕES GERAIS

- Sempre que os moradores lavam as mãos com água e sabão, dão preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizam toalha de tecido e trocam sempre que ficar úmida
- Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. Lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso
- Moradores evitam o contato com as secreções do paciente
- Ao descartar o lixo do paciente, utilizam luvas descartáveis
- Limpam frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água), e fazem o mesmo para banheiros e toaletes².
- Lavam roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90°C, e deixam as roupas secarem

TODOS OS PONTOS CUMPRIDOS = ISOLAMENTO ADEQUADO

NÃO CUMPRIMENTO DE QUALQUER PONTO = ISOLAMENTO INADEQUADO

² Para fins deste trabalho, também foi considerada aceitável a limpeza de superfícies com álcool a 70%