

Diálogos acerca da experiência de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal^{1 2 3}

Dialogues about the tele-service experience of patients with gripal syndrome

Diálogos acerca de la experiencia de tele-servicio de pacientes con síndrome gripal

Fábio Solon Tajra⁴

Gregory Ramon Bandeira da Silva⁵

Bruno Guedes Alcoforado Aguiar⁶

RESUMO:

Diante da necessidade de distanciamento e isolamento social assumidas como medidas de enfrentamento importantes para a prevenção e controle da COVID-19, o uso da telemedicina foi oportuno e incorporado como dispositivo para a atenção à saúde no mundo inteiro. Objetivamos apresentar a experiência de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista a necessidade de elaboração de estratégias para o

¹ Artigo inédito e produto de experiência no serviço de teleatendimento para síndromes gripais.

² Fonte Financiadora da pesquisa: financiamento próprio.

³ Conflitos de interesse: Declaramos que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

⁴ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente do Departamento de Medicina Comunitária, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Representante da Plataforma Multidisciplinar de Políticas de Saúde do Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados – CIATEN. Teresina (PI), Brasil. Email: fstajra@hotmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1556885629243172>. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7236-5541>.

⁵ Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Piauí. Médico da atenção básica, vinculado ao Programa Mais Médicos em Caxias-MA. Especialização em Saúde da Família e Comunidade - LATO SENSU, em andamento, oferecido pela Universidade Aberta do SUS da UFPI. Teresina (PI), Brasil. e-mail: gramon.bandeira@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8146440308240284>. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3426-5168>.

⁶ Doutor em Microbiologia-imunologia pelo Centro de Pesquisas em Infectologia do Centro Hospitalar da Université Laval. Docente do Departamento de Medicina Comunitária, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Piauí. Subcoordenador do núcleo de pesquisa do Centro de Inteligência em Agravos Tropicais Emergentes e Negligenciados – CIATEN. Teresina (PI), Brasil. Email: guedesaguiar@ufpi.edu.br. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4066712816178814>. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7986-1759>.

cuidado em saúde. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da atuação do profissional médico de um município do nordeste brasileiro no serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal. A partir da análise dos dados produzidos em diários de campo reflexivos, elaboramos três unidades de significado, a saber: Sentimentos, emoções e expectativas oportunizadas pela pandemia de COVID-19; pacientes com síndrome gripal; e, Atitudes e dúvidas da população diante da convivência com a COVID-19 e disponibilidade do serviço. A partir da implantação desse serviço, compreendemos o movimento da população diante da pandemia de COVID-19. Além da percepção sobre o entendimento das medidas de enfrentamento disseminadas ao longo da pandemia, foi possível observar as reações, sentimentos e emoções da população, bem como identificar as principais necessidades e demandas para o cuidado. O serviço de teleatendimento contribuiu com a organização e funcionamento dos serviços de saúde em rede, assumindo uma função educativa e de apoio diagnóstico, além de constituir dispositivo complementar de articulação e integração, principalmente, junto à atenção primária.

Palavras-chave: Telemedicina; Infecções por coronavírus; COVID-19; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT:

In view of the need for distance and social isolation assumed as important coping measures for the prevention and control of COVID-19, the use of telemedicine was timely and incorporated as a device for health care worldwide. We aim to present the experience of the call center of patients with flu syndrome during the COVID-19 pandemic, in view of the need to develop strategies for health care. This is a descriptive study, of the type of experience report, elaborated based on the performance of the medical professional of a municipality in the northeast of Brazil in the call center service of patients with flu syndrome. From the analysis of the data produced in reflective field diaries, we elaborated three units of meaning, namely: Feelings, emotions and expectations made possible by the COVID-19 pandemic; Analysis of the organization and functioning of the call center service for patients with flu syndrome; and, Attitudes and doubts of the population in the face of living with COVID-19 and availability of the service. From the implementation of this service, we understand the movement of the population in the face of the COVID-19 pandemic. In addition to the perception of understanding the coping measures disseminated throughout the pandemic, it was possible to observe the reactions, feelings and emotions of the population, as well as to identify the main needs and demands for care. The call center service contributed to the organization and functioning of networked health services, assuming an educational and diagnostic support function, in addition to being a complementary articulation and integration device, especially with primary care.

Keywords: Telemedicine; Coronavirus infections; COVID-19; Qualitative research.

RESUMÉN:

Ante la necesidad de la distancia y el aislamiento social asumidos como importantes medidas de afrontamiento para la prevención y control del COVID-19, el uso de la telemedicina fue oportuno e incorporado como un dispositivo para la atención de la salud a nivel mundial. Nuestro objetivo es presentar la experiencia del call center de pacientes con síndrome gripal durante la pandemia COVID-19, ante la necesidad de desarrollar estrategias de atención a la salud. Se trata de un estudio descriptivo, del tipo de relato de experiencia, elaborado a partir de la actuación del profesional médico de un municipio del noreste de Brasil en el servicio de call center de pacientes con síndrome gripal. A partir del análisis de los datos producidos en los diarios reflexivos de campo, elaboramos tres unidades de significado, a saber: Sentimientos, emociones y expectativas posibilitadas por la pandemia de COVID-19; Análisis de la organización y funcionamiento del servicio de call center para pacientes con síndrome gripal; y, Actitudes y dudas de la población ante la convivencia con COVID-19 y disponibilidad del servicio. A partir de la implementación de este servicio, entendemos el movimiento de la población ante la pandemia COVID-19. Además de la percepción de comprensión de las medidas de afrontamiento difundidas a lo largo de la pandemia, fue posible observar las reacciones, sentimientos y emociones de la población, así como identificar las principales necesidades y demandas de atención. El servicio de call center contribuyó a la organización y funcionamiento de los servicios de salud en red, asumiendo una función de apoyo educativo y diagnóstico, además de ser un dispositivo complementario de articulación e integración, especialmente con la atención primaria.

Palabras clave: Telemedicina; Infecciones por Coronavirus; COVID-19; Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

Após o início da epidemia da nova pneumonia, popularmente tratada por COVID-19 (COrona VIRus Disease), na província de Hubei, China, associada ao novo coronavírus (SARS-CoV-2), a infecção emergente se espalhou por diversos países¹. Em pouco tempo, mobilizou esforços do mundo inteiro e recrutou recursos diversos para a sua prevenção e controle.

Os primeiros casos no Brasil foram registrados em meados de fevereiro de 2020². De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 25 de março de 2021, já foram registrados 12.130.019 casos confirmados da doença e 298.676 mortes no país. No mundo inteiro, o número de casos confirmados de COVID-19 já ultrapassou a marca de 124.215.843 e o número de mortes de 2.734.374, considerando o mesmo período³.

Febre, tosse, cansaço, dificuldade de respirar, perda de paladar e olfato foram os sintomas mais comuns relacionados ao novo vírus⁴. Sem vacinas e tratamento eficiente no início da epidemia, medidas não farmacológicas foram implementadas com o intuito de reduzir a mortalidade e a demanda pelos serviços de saúde⁵. Diante da necessidade de distanciamento e isolamento social assumidas como medidas de enfrentamento importantes, o uso da telemedicina foi oportuno e incorporado às respostas de diversos sistemas de saúde ao redor do mundo e no Brasil⁶⁻⁸.

No Brasil, o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) esteve ancorado pela Portaria N° 467/2020 e pela Lei N° 13.989/2020⁹⁻¹⁰. Além do intuito de reduzir o contato entre pessoas e diminuir a transmissão viral, a telemedicina apresentava diversas qualidades como a ampliação e facilitação do acesso aos serviços de saúde¹¹⁻¹².

Com o medo advindo da pandemia, o impacto do isolamento social na saúde mental das pessoas e a demanda estrutural de diversas doenças, a telemedicina foi implementada e se destacou como uma das alternativas na busca por informações e atendimento médico¹³⁻¹⁴. No entanto, poucos relatos são descritos na literatura científica sobre o teleatendimento durante o período de pandemia, assim como de suas potencialidades e fragilidades.

O objetivo deste estudo foi apresentar a experiência de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal durante a pandemia da COVID-19, tendo em vista a necessidade de elaboração de estratégias para o cuidado em saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência¹⁵, elaborado a partir da atuação do profissional médico (pesquisador principal) de um município do nordeste brasileiro, Caxias - Maranhão, no serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal.

O município de Caxias, 412,9 km distante da capital São Luís, tem investido na organização e funcionamento dos serviços para o combate à COVID-19. Para isso, recrutou equipe de médicos para a implantação do serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal. A implantação se deu em maio de 2020 durante a pandemia de COVID-19. Naquela ocasião, o número de pessoas afetadas era de vinte e seis e, ainda, não tinha sido registrado nenhum óbito. O serviço tinha como objetivos orientar a população acerca do agravo, possibilitar o acesso da população com síndrome gripal aos profissionais de saúde por meio do teleatendimento, ordenar o fluxo assistencial dentro da rede e diminuir a circulação de pessoas nos postos de saúde e Unidades de Pronto Atendimento.

Os dados deste estudo foram produzidos a partir de um diário de campo reflexivo entre os meses de maio e julho de 2020 após imersão prévia do pesquisador principal no serviço. Por meio deste registro, foram pontuadas notas, impressões, observações, primeiras teorizações do pesquisador diante da sua atuação e contato com o serviço¹⁶. As transcrições foram compartilhadas com os demais autores para comentários e anotações.

A análise dos dados esteve fundamentada no paradigma interpretativo, uma vez que os pesquisadores estudaram os fenômenos em seus cenários naturais, tentando entendê-los em termos dos significados que as pessoas a eles conferem¹⁷. Dentre os procedimentos de análise, adotamos o referencial teórico da hermenêutica de Hans-Georg Gadamer¹⁸ associada às contribuições de Paul Ricoeur¹⁹. Assim, três fases foram percorridas: leitura inicial, com o objetivo de compreender o texto de maneira superficial, até a apreensão dos principais

significados; leitura crítica, com a finalidade de interpretar e compreender os prováveis significados imbuídos no texto; e, apropriação, tendo em vista a necessidade de compreensão e assimilação da mensagem desvelada²⁰.

As unidades foram geradas indutivamente sem utilização de softwares. Os resultados foram debatidos entre o pesquisador principal e outros dois docentes com expertise no assunto que contribuiram com a definição das unidades de significado e discussão acerca do objeto de estudo.

Resultados e discussão

A partir da análise dos dados produzidos, elaboramos três unidades de significado que serão tratadas a seguir:

Sentimentos, emoções e expectativas oportunizadas pela pandemia de COVID-19

A pandemia da COVID-19 trouxe mudanças importantes na maneira como nos relacionamos com outras pessoas, com os serviços, com o lazer e o trabalho²¹. Em se tratando do trabalho em saúde, um dos pontos mais sensíveis foi o despertar de sentimentos e emoções que oscilavam durante todo o período. Mesmo com essa inconstância, a sensação de ansiedade tornou-se dominante, ainda que, por muitas vezes, esse sentimento tivesse razões diferentes de existir.

Nos primeiros indícios de que a doença se tornava real no nosso meio, a ansiedade se apresentou pelo medo do desconhecido e pela falta de informação sobre como diagnosticar, isolar, tratar e prevenir complicações que não tardaram a aparecer. Isso foi observado nos mais diversos cenários e contextos de situação de saúde de estados e municípios, principalmente, em quem estava na linha de frente para o cuidado²².

Apesar do número de casos, que hoje entendemos como baixo para aquele momento inicial, em torno de 26 pessoas infectadas no município até o

dia 29 de abril de 2020, foi gerado temor entre os profissionais de saúde. Naquela ocasião, os testes de RT-PCR (do inglês reverse-transcriptase polymerase chain reaction) demoravam, em média, 10 dias para recebimento. Aliado a isso, persistiram algumas dúvidas: Como manter o isolamento e estender o cuidado aos contatos domiciliares? Onde interná-los? Quais protocolos seguir?

Alguns autores mencionam desafios e oportunidades para a telessaúde em tempos de pandemia de COVID-19. Relatam que a telessaúde oferece recursos importantes como a capacidade para triagem, cuidado e tratamento remotos, além de auxiliar o monitoramento, vigilância, detecção e prevenção, e para a mitigação dos impactos aos cuidados de saúde indiretamente relacionados a COVID-19²³. Contudo, percebemos que a sua implantação requer planejamento e participação de usuários, profissionais de saúde e gestores.

Uma vez implantado o serviço no município e atentando para a prática no serviço, foi possível observar diversos obstáculos junto à população. Explicar repetidas vezes que, diante da limitação dos testes diagnósticos, era necessário seguir critérios para a sua realização, não era tão bem recebido pela maioria dos usuários que se mostravam irredutíveis quanto o "direito" de realizá-los a qualquer custo.

Outra dificuldade de entendimento percebida na população esteve relacionada com o medicamento mais apropriado para a COVID-19. A veiculação de informações equivocadas ou sem evidência alguma dificultaram ainda mais o trabalho em saúde e contribuíram para uma reação intempestiva da população. Isso afetou, sobremaneira, a relação médico-paciente.

O que entendemos hoje como fake news constitui outro problema que afeta essa relação. No seu sentido mais genérico, constitui um movimento de plantar notícias falsas e veiculá-las, principalmente nos meios digitais, com o objetivo claro de proliferar uma crença errônea na população que tem acesso a esses meios. É importante mencionar que essas notícias falsas podem ser manipuladas no todo ou em parte e interferem, sobremaneira, no processo de cuidado em saúde.

No âmbito da saúde, as interferências das fake news se dão em virtude do poder de propagação dessas notícias e dos efeitos que elas podem causar para todos (profissionais, pacientes e poder público). Ao divulgar uma notícia não fundamentada em trabalhos científicos ou até mesmo fundamentar protocolos não embasados, produzimos fake news. Isso aconteceu, mais recentemente, com a disseminação da informação sobre algumas drogas para o tratamento da COVID-19, como a cloroquina / hidroxicloroquina, ivermectina e azitromicina²⁴.

Observamos os efeitos das notícias falsas durante toda a crise causada pela COVID-19. De um lado, a população que anseia por uma resposta; do outro, profissionais da saúde que se colocam nesse embaraço e percebiam a relação médico-paciente ruir. Para uma parcela importante da população angustiada e com medo, uma notícia veiculada nas redes sociais, formais e informais, que defende o uso de determinada medicação para tratamento da COVID-19, provoca uma procura em massa. Foi o que observamos durante toda esta crise. Médicos que tentaram levar informações mais precisas em seus atendimentos sobre o real efeito de tais medicamentos foram muitas vezes colocados em segundo plano pelos próprios pacientes ou até mesmo tiveram sua conduta ignorada e subjugada. A disseminação desenfreada de fake news, principalmente durante este período de pandemia, comprometeu, sobremaneira, a relação médico-paciente, bem como a relação médica com as instituições públicas de saúde. Aliado a isso, contribuiu com o descrédito da ciência e de instituições globais de saúde²⁵.

Isso gerou em muitos de nós, profissionais da saúde, um sentimento de fragilidade diante de um sistema de saúde precário e um governo omissivo. É nesse contexto que trabalhamos diariamente no nosso serviço de teleatendimento. Cientes do nosso papel enquanto profissionais de saúde, conhecendo nossas limitações e tentando aliar os sentimentos e emoções gerados diante dos desafios da pandemia.

Análise da organização e funcionamento do serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal

Observamos os efeitos das notícias falsas durante toda a crise causada pela COVID-19. De um lado, a população que anseia por uma resposta; do outro, profissionais da saúde que se colocam nesse embaraço e percebiam a relação médico-paciente ruir. Para uma parcela importante da população angustiada e com medo, uma notícia veiculada nas redes sociais, formais e informais, que defende o uso de determinada medicação para tratamento da COVID-19, provoca uma procura em massa. Foi o que observamos durante toda esta crise. Médicos que tentaram levar informações mais precisas em seus atendimentos sobre o real efeito de tais medicamentos foram muitas vezes colocados em segundo plano pelos próprios pacientes ou até mesmo tiveram sua conduta ignorada e subjugada. A disseminação desenfreada de fake news, principalmente durante este período de pandemia, comprometeu, sobremaneira, a relação médico-paciente, bem como a relação médica com as instituições públicas de saúde. Aliado a isso, contribuiu com o descrédito da ciência e de instituições globais de saúde²⁵.

Isso gerou em muitos de nós, profissionais da saúde, um sentimento de fragilidade diante de um sistema de saúde precário e um governo omissivo. É nesse contexto que trabalhamos diariamente no nosso serviço de teleatendimento. Cientes do nosso papel enquanto profissionais de saúde, conhecendo nossas limitações e tentando aliar os sentimentos e emoções gerados diante dos desafios da pandemia.

Análise da organização e funcionamento do serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal

O serviço de teleatendimento contava com uma equipe formada por dois médicos, quatro profissionais de enfermagem, responsáveis por realizar a

triagem inicial dos casos, uma equipe de telemonitoramento, também formada por profissionais de nível superior, em sua maioria psicólogos e assistente social, que tinham a função de monitorizar os pacientes que fossem atendidos no decorrer da semana.

Foram disponibilizados quatro números para a comunidade, que deve fazer contato via aplicativo de mensagens whatsapp, através de vídeo chamada. O serviço de triagem era responsável por acolher a demanda. Caso a queixa do paciente fosse caracterizada como síndrome gripal, a chamada seria transferida para um dos médicos, realizando assim o atendimento por meio de chamada de vídeo. Naquela oportunidade, o paciente poderia, quando indicado, receber uma prescrição com medicação sintomática e solicitação de testagem ou ser encaminhado para a atenção básica ou serviço de urgência, diante da necessidade de uma avaliação presencial. Tanto a equipe de triagem como os médicos seguiam o roteiro de consulta e os fluxogramas determinados pela Secretaria Municipal de Saúde.

No momento da implantação do serviço, percebemos problemas quanto a sua operacionalização. Foi necessário estabelecer roteiro de como receber o paciente numa chamada, quais informações seriam importantes coletar, como encaminhar o paciente e estabelecer uma linguagem acessível, garantindo o fluxo das informações. Com isso, observamos que se fazia necessário unificar o atendimento tanto em termos de conduta quanto em informações prestadas à comunidade. Foi então que surgiram os primeiros fluxogramas para direcionar o paciente dentro da rede, sempre baseado nas orientações oficiais.

Além da dificuldade organizacional, enfrentamos a resistência dos profissionais médicos da atenção básica e serviços de urgência que, muitas vezes, colocavam em dúvida a necessidade do serviço de teleatendimento. Observamos alguns questionamentos: “como é possível verificar a veracidade dos sinais e sintomas em uma consulta por chamada de vídeo?”; “como fazer se não é possível realizar o exame físico?”.

Foi oportuno definir e socializar os objetivos do serviço de teleatendimento e informar sobre a necessidade de lançar mão de um serviço que pudesse favorecer o acesso à informação e direcionamento do usuário na rede, entendendo o momento de distanciamento e isolamento social que estávamos vivenciando e a limitação do acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Com o serviço de teleatendimento, pessoas com indicação foram testadas e diagnosticadas. Por meio da nossa central, foi possível, quando indicado, orientar o melhor dia para realização dos testes. Muito se fez no sentido de orientar o paciente sobre qual serviço procurar dentro da rede (UPA, hospitais ou UBS), sempre fazendo o referenciamento à equipe da UBS, fazendo-a tomar conhecimento sobre os casos confirmados dentro da sua área de atuação.

Um ponto importante foi a necessidade de se construir uma relação e estabelecer o vínculo com a atenção primária, garantindo o atendimento médico com a equipe assistente. Essa articulação e integração dos serviços em rede tem sido um desafio para os sistemas de saúde que operam tentando garantir a integralidade do cuidado em saúde²⁷⁻²⁸.

Aqui, foi possível perceber muitos problemas. Serviços que se encontravam fechados ou com demanda reduzida em momentos de pandemia, unidades que não prestavam assistência aos seus doentes crônicos que posteriormente agudizam (hipertensos, diabéticos e até mesmo gestantes) tornaram-se um potencial fator para aumentar a demanda por leitos hospitalares. Foi necessário mudar a postura dentro do município e garantir atendimento aos doentes crônicos que necessitam de acompanhamento nas UBS.

No que diz respeito à construção do vínculo, percebemos fragilidades, tendo em vista a rotatividade dos profissionais. De fato, a rotatividade dos profissionais interfere, sobremaneira, na construção do vínculo com a população, principalmente, nos modelos de saúde orientados a partir da atenção primária²⁹⁻³⁰. Contudo, percebemos aspectos importantes para a abordagem às pessoas e que poderiam minimizar a distância estabelecida por meio desse canal.

Tendo em vista o número crescente de casos e de mortes, os pacientes passaram a superlotar as UBS e de emergência, buscando atendimento e testagem diagnóstica para quaisquer sintomas, mesmo que discretos. Os testes se encontravam insuficientes, incluindo a rede privada. Foi nesse momento que se fez necessário orientar a população sobre os principais sintomas, quando e por quanto tempo se isolar de outros familiares dentro do domicílio, sintomas de gravidade e quando testar em momentos de indisponibilidade. Essas informações, muitas vezes, eram o que de mais valioso o serviço de atendimento poderia ofertar aos pacientes durante a pandemia. A informação oportuniza o cuidar-de-si e o cuidar-do-outro²⁶.

Entendemos que, ao estabelecer roteiros organizados para as consultas e fluxogramas de direcionamento dentro da rede, era possível diminuir a demanda dentro das UBS e até mesmo nas unidades de emergência, pois pacientes considerados casos leves puderam ser acompanhados a partir da nossa atuação. Desenvolvemos, então, critérios para testar os pacientes tendo em vista a limitação de número de testes rápidos e RT-PCR. Certamente, o desenvolvimento destes critérios não foi algo simples de ser colocado em prática. Foi necessário informar a população que, com a indisponibilidade de recursos, era necessário priorizar grupos, isolando-os precocemente e identificando os casos potencialmente graves. Assim, foi elaborado um vídeo educativo que pudesse ter maior alcance e fosse mais facilmente socializado nas redes sociais, formais e informais. A população, mesmo com a informação sendo prestada, não compreendia, quando não se encaixavam no protocolo de testagem vigente no serviço público nos meses iniciais. O momento exigia paciência e compreensão por parte da nossa equipe.

Diante da experiência no serviço de teleatendimento, entendemos que sempre há lugar para a empatia mesmo que por meio do atendimento remoto. Percebemos que é possível fazer telemedicina, compreendendo o tipo de serviço que será prestado e até onde este serviço consegue suprir as necessidades do

paciente e manter a segurança. É preciso elaborar normas e fluxos, assim como definir critérios para articular a atenção junto a outros serviços.

Com a evolução do serviço ao longo dos dias percebemos que muitos profissionais envolvidos não permaneceram nesta atividade por motivos diversos, incluindo principalmente a dificuldade em estabelecer uma comunicação acessível com o paciente, assim como a dificuldade com a alta demanda. De fato, a atividade de teleatendimento envolve aspectos diversos que incluem as condições e a organização do trabalho, o conteúdo da tarefa e da atividade e os relacionamentos interpessoais. Todos estes aspectos contribuem para as vivências de prazer e sofrimento nesse tipo de atividade e levam à permanência ou não no serviço³¹.

Percebemos que, para realizar um serviço de teleatendimento, deve existir um perfil próprio por parte dos profissionais envolvidos. Era preciso desenvolver um perfil de um bom comunicador. Isso era válido tanto para o médico assistente quanto para a equipe de triagem e de coleta de informação. Era rotineiro a preocupação da coordenação do teleatendimento em reforçar que todas as informações deveriam ser coletadas e anotadas de forma que garantisse o contato posterior pela equipe de monitoramento e o vínculo com a atenção primária.

Com a criação dos fluxos e condutas unificadas entre os profissionais médicos foi possível organizar o serviço de atendimento aos casos suspeitos e confirmados. Posteriormente, percebemos que nosso papel de levar informação era de grande importância, visto que em um primeiro momento o acesso às UBS foi estreitado para garantir o isolamento social. Nossa função esteve para além do atendimento. Tivemos a função de organizar o fluxo dentro da rede de saúde da cidade, já que alguns pontos se tornaram referência para dos casos suspeitos, orientando muitas vezes famílias que identifiquem sinais de gravidade em seus doentes, e servindo de ponte com a atenção primária e de urgência fazendo encaminhamentos quando necessário.

Após organizar o serviço, vivemos outro problema diário: o uso de medicação sem evidências seguras de sua eficácia para o tratamento. O governo endossou informações positivas sobre o uso de tais substâncias em seus principais protocolos sem evidências científicas que pudessem respaldar o uso dessas substâncias na prevenção ou tratamento da COVID-19³². Isso dificultou não apenas os serviços presenciais como também o serviço de atendimento remoto. Vivenciamos um número imenso de pessoas que solicitaram um atendimento apenas para receber prescrição que deveria incluir: azitromicina, ivermectina e hidroxicloroquina / cloroquina. Aos profissionais médicos mais receosos, era extremamente desgastante repetir informações sobre o uso indiscriminado e as consequências de substâncias sem eficácia comprovada para COVID-19. O mesmo embate que observamos na mídia e no cenário político observamos dentro dos nossos consultórios, seja ele remoto ou presencial, entre médicos e pacientes. Observamos isso, ainda, nas discussões clínicas dentro dos serviços médicos em todo o mundo. Para nós, profissionais de saúde da ponta, a introdução e disseminação de informações duvidosas sobre estas substâncias feriu a relação médico-paciente e muito exigiu dos profissionais de saúde mais cautelosos.

Com a evolução da pandemia foi aumentado o poder diagnóstico tanto na rede municipal de saúde como no serviço privado. Esse aumento no número de testes fez crescer a demanda por atendimento no nosso serviço. Percebemos, então, que a população mudou a concepção quanto ao teleatendimento no município, utilizando o serviço meramente com uma central para agendamento dos testes. Entretanto, nosso objetivo iria muito além disso. Foi preciso resgatar o nosso desafio como acolhedor, provedor de informações, regulador e de ação diagnóstica contínua.

Atitudes e dúvidas da população diante da convivência com a COVID-19 e disponibilidade do serviço

O serviço foi implantado pela secretaria municipal de saúde sem o estabelecimento de fluxos e roteiros de consulta. Foi divulgado por meio das redes sociais e outros meios de comunicação. Inicialmente, gerou um número intenso de chamadas pelos mais diversos motivos, como a necessidade de informações e atendimento para doenças crônicas diversas, pré-natal e até mesmo reclamação sobre a ausência de profissionais nas UBS.

Percebemos que a população estava desinformada sobre como estava funcionando a rede no momento da pandemia com a falsa ideia de UBS fechadas ou com atendimento restrito. A falta de informação comprometeu, assim, o seguimento dos casos em andamento e a cobertura de novos casos. Assim, foi importante o esclarecimento sobre a proposta de teleatendimento como dispositivo de suporte para a rede e de assistência à saúde da população.

Com o avançar do trabalho, identificamos questionamentos diversos: “meu marido está em isolamento, posso dormir com ele?”; “minha filha amamenta meu neto de 3 meses e está com os sintomas. Ela deve amamentar?”. Esses questionamentos foram disparadores de um processo de treinamento da equipe de triagem para gerar mais fluidez aos atendimentos e organizar o fluxo para investigação dos casos de síndrome gripal. Havia dúvidas específicas sobre a duração do isolamento e dos sintomas, quando seria mais indicado realizar os testes ou, até mesmo, como perceber a gravidade da doença.

Ao levar em consideração as dúvidas e preocupações da população, revisamos a estrutura do serviço e investimos no treinamento da equipe para a disseminação das informações. Isso foi importante para contribuir na apropriação do conhecimento sobre a doença e nos recursos para a sua prevenção e controle em meio a um cenário que parecia tornar-se trágico em pouco tempo.

Ter a oportunidade de sanar diretamente as dúvidas com um profissional de saúde, também, foi uma forma de dar apoio e minimizar o pânico

da população com o crescente número de casos e óbitos. Aliado a isso, tivemos o grande desafio de esclarecer informações falsas prestadas nas redes sociais e outros meios de comunicação. De fato, o teleatendimento constitui um dispositivo importante para a promoção da saúde, além de contribuir com o desenvolvendo a responsabilidade da população para uma melhor da qualidade de vida¹².

Com a evolução do número de mortes, foi potencializada a ansiedade nas famílias com pessoas adoecidas. O medo de morte foi uma demanda intensa percebida no serviço. Percebemos uma tensão devido às perdas ou possibilidade de perda, cabendo a nós acolher essa demanda e informar que o isolamento social e as medidas de proteção individual eram os nossos únicos recursos para diminuir o risco de contágio.

Servimos como dispositivo de suporte para a organização do fluxo assistencial, buscando contribuir, principalmente, com o acesso à atenção primária e não substituindo esse serviço.

Além da enxurrada de informações disponíveis na rede, muitas delas falsas, e o uso indiscriminado de medicações que não mostravam efetividade contra a COVID-19, percebemos uma busca incansável por exames complementares que eram desnecessários em muitos dos casos. Pessoas acreditavam ser necessário realizar tomografia de tórax, ainda que não apresentassem qualquer complicação. Enfrentamos esses questionamentos até mesmo no consultório presencialmente. Os pacientes tinham a falsa impressão de que todos apresentavam complicações pulmonares e necessitavam de avaliação através de tomografia. O interesse pelo conhecimento e informação é sempre bem-vindo, desde que amparado por informação médica de qualidade, sendo esta nossa maior contribuição para nossa comunidade³³.

Aos poucos, fomos acolhidos pela população que entendeu a proposta do serviço, ainda que nosso atendimento não conseguisse suprir toda a demanda. O serviço de teleatendimento em muito contribuiu como gerador de informações e apoio para a tomada de condutas médicas.

Tivemos pessoas que buscavam o serviço repetidas vezes e de forma exaustiva, mas esse também era um sinal de que a população buscava responder às suas angústias, medos e preocupações. A partir do teleatendimento foi possível caracterizar as reações, sentimentos e emoções da população e atentar para a elaboração de medidas que respondessem a esse cenário e contexto de temos apresentado por todos nós. Mais uma vez, repetimos a importância do teleatendimento como serviço de apoio para acolher a população diante das suas necessidades e demandas.

Vale mencionar que o alcance do serviço se deu nos mais diversos grupos etários da população. Percebemos uma busca intensa inclusive de muitos pacientes idosos que demonstravam autonomia para manipular os aplicativos de mensagem e realizar uma consulta via teleatendimento.

Nesse serviço, não era possível realizar aferição de pressão arterial, glicemia ou auscultar, por exemplo, mas foi oportuno para ouvir queixas, avaliar o tom de voz e a fluidez da fala. Constituiu recurso sensível para acolher a demanda, perceber sinais de adoecimento, interagir com a pessoa e elaborar a conduta mais apropriada naquele momento. Isso exigiu da equipe de profissionais de saúde um esforço incansável e constituiu um exercício importante de atenção e respeito às singularidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da inserção no serviço de teleatendimento de pacientes com síndrome gripal, compreendemos o movimento da população diante da pandemia de COVID-19. Além da percepção sobre o entendimento das medidas de enfrentamento, farmacológicas e não-farmacológicas, disseminadas ao longo da pandemia, foi possível observar as reações, sentimentos e emoções da população, bem como identificar as principais necessidades e demandas para o cuidado.

O serviço de teleatendimento neste município contribuiu com a organização e funcionamento os serviços de saúde em rede, assumindo uma função educativa e de apoio diagnóstico, além de constituir dispositivo complementar de articulação e integração, principalmente, junto à atenção primária em saúde.

Inúmeras barreiras foram percebidas ao longo do processo de trabalho. Acreditamos que a implantação desse serviço exige o treinamento das equipes de saúde, a pactuação de processos de trabalho, a elaboração de fluxos e normas e a disseminação da informação junto à comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Wu, F., Zhao, S., Yu, B. et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020; 579:265–269.
2. Johns Hopkins University & Medicine. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). [cited 17 oct. 2020]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
3. World Health Organization - WHO, 2020. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Oct 17]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
4. Iser BPM, Silva I, Raymundo VT, Poletto MB, Schuelter-Trevisol F, Bobinski F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 17]; 29(3): e2020233. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300401&lng=en.
5. Ferguson N, Laydon D, Nedjati Gilani G, Imai N, Ainslie K, Baguelin M, Bhatia S, Boonyasiri A, Cucunuba Perez ZU, Cuomo-Dannenburg G, Dighe A. Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. Imperial College COVID-19 Response Team United Kingdom: Imperial College COVID-19 Response Team, 2020.

6. Rockwell KL, Gilroy AS. Incorporating telemedicine as part of COVID-19 outbreak response systems. *Am J Manag Care*. 2020 Apr;26(4):147-148.
7. Portnoy J, Waller M, Elliott T. Telemedicine in the Era of COVID-19. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 May;8(5):1489-1491.
8. Carvalho CRR, Scudeller PG, Rabello G, Gutierrez MA, Jatene FB. Use of telemedicine to combat the COVID-19 pandemic in Brazil. *Clinics* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 27]; 75: e2217. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-59322020000100121&lng=en.
9. Brasil, Ministério da Saúde. 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). *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 15 abr 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Lei/L13989.
10. Brasil, Ministério da Saúde. 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. 3° da Lei n° 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 23 mar 2020: Edição: 56B: Seção 1 - Extra: 1.
11. Schmitz CAA, Gonçalves MR, Umpierre RN, Siqueira ACS, D'Ávila OP, Bastos CGM, et al. Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-7. [citado 27 de março de 2021];12(39):1-7. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1540>
12. Machado FSN, Carvalho MAP, Mataresi A, Mendonça ET, Cardoso LM, Yogi MS et al. Utilização da telemedicina como estratégia de promoção de saúde em comunidades ribeirinhas da Amazônia: experiência de trabalho interdisciplinar, integrando as diretrizes do SUS. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 Jan [cited 2020 Oct 17]; 15(1): 247-254. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100030&lng=en.
13. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz. J. Psychiatry* [Internet]. 2020 June [cited 2021 Mar 27]; 42(3): 232-235. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462020000300232&lng=en.

14. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(4):317-320.
15. Minayo MCS. et al. *Pesquisa social*. 30. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2011. 108 p.
16. Oliveira FGVC; Carvalho MAP; Garcia MRG; Oliveira SS. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface comun. saúde educ*;17(44):201-210, jan.-mar. 2013.
17. Denzin, N. K. E; Lincoln, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.
18. Gadamer HG. *Verdade e método* Vol. 1. 15 ed, Petrópolis: Vozes. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco, 2015. 631.
19. Ricoeur P. *Teoria da Interpretação. O discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70, 1976. 109p.
20. Terra MG, Gonçalves LHT, Santos EKA, Erdmann AL. Fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como referencial metodológico numa pesquisa de ensino em enfermagem. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2009 Feb [cited 2020 Apr 25]; 22(1): 93-99. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100016&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000100016>.
21. Santos KOB, Fernandes RCP, Almeida MMC, Miranda SS, Mise YF, Lima MAG. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 25]; 36(12): e00178320. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020001203001&lng=en.
22. Paula ACR, Carletto AGD, Lopes D, Ferreira JC, Tonini NS, Trecossi SPC. Reações e sentimentos dos profissionais de saúde no cuidado de pacientes hospitalizados com suspeita covid-19. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 25]; 42(spe): e20200160. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200404&lng=en.

23. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL et al. 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* [Internet]. 2020 [cited 2021 Mar 27]; 36(5): e00088920. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000503001&lng=en.

24. Araujo RF; Oliveira TM. Desinformação e mensagens sobre a hidroxicloroquina no Twitter: da pressão política à disputa científica. *AtoZ: novas práticas em informação e conhecimento*, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 196 - 205, dec. 2020. ISSN 2237-826X. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/atoz/article/view/75929>>. Acesso em: 26 mar. 2021.

25. Galhardi CP, Freire NP, Minayo MCS, Fagundes MCM. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Oct [cited 2021 Mar 26]; 25(Suppl 2): 4201-4210. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804201&lng=en.

26. Tajra FS, Pontes RJS, Carvalho FHC. Os possíveis sentidos do cuidado: o cuidar-de-si e o cuidar-dos-outros. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2017; 35(2), 199-209.

27. Amaral CEM; Bosi MLM. O desafio da construção de modelos avaliativos de redes de atenção: um relato de experiência. In: TANAKA, Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Org.). *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 53-62.

28. Aguilera SLVU, França BHS, Moysés ST; Moysés SJ (2013). Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. *Revista de Administração Pública*, 47(4), 1021-1040.

29. Pierantoni CR, Vianna CMM, França T, Magnago C, Rodrigues MPS. Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil. *Saúde debate* [Internet]. 2015 Sep [cited 2021 Mar 27]; 39(106): 637-647. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000300637&lng=en.

30. Barbosa MIS, Bosi MLM. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. *Physis* [Internet]. 2017 Dec [cited 2021 Mar 27]; 27(4): 1003-1022. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401003&lng=en.
31. Torres CC, Abrahão JI. A atividade de teleatendimento: uma análise das fontes de prazer e sofrimento no trabalho. *Rev. bras. saúde ocup.* [Internet]. 2006 Dec [cited 2021 Mar 27]; 31 (114): 113-124. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572006000200010&lng=en.
32. Santos-Pinto, CDB, Miranda ES, Osorio-de-Castro CGS. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 27]; 37(2): e00348020. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000200601&lng=en.
33. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2021 Mar 27]; 42(118): 594-605. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300594&lng=en.