

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: PANDEMIA DE COVID-19



VOLUME 2

**Organizadora:
Solranny Carla Cavalcante Costa e Silva**

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: PANDEMIA DE COVID-19



VOLUME 2

**Organizadora:
Solranny Carla Cavalcante Costa e Silva**

Editora Omnis Scientia

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: PANDEMIA DE COVID-19

Volume 2

2ª Edição

TRIUNFO – PE
2021

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador (a)

Dra. Solranny Carla Cavalcante Costa e Silva

Conselho Editorial

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Wendel José Teles Pontes

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Cássio Brancalone

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Editores de Área – Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dra. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistentes Editoriais

Thialla Larangeira Amorim

Andrea Telino Gomes

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Leandro José Dionísio

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

S255 Saúde pública no século XXI [livro eletrônico] : pandemia de covid-19: volume 2 / Organizadora Solranny Carla Cavalcante Costa e Silva. – Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2021.
128 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88958-29-2

DOI 10.47094/978-65-88958-29-2

1. Covid-19. 2. Coronavírus. 3. Isolamento social. 4. Pandemia.
5. Saúde pública. I. Silva, Solranny Carla Cavalcante Costa e.

CDD 616.203

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

O final do ano de 2019 foi marcado pelo surgimento do vírus SARS-CoV-2, causador da Covid-19. Vírus este com alta transmissibilidade e que logo se tornaria um caso de emergência em saúde pública mundial, levando a uma crise sanitária que vem gerando impactos tanto na gestão em saúde quanto na economia.

Travou-se uma corrida contra o tempo para se descobrir um tratamento eficaz, para se desenvolver uma vacina e para conter a disseminação do vírus tentando-se minimizar os impactos negativos sobre a economia. Uma das medidas de contenção utilizadas foi o isolamento social, o fechamento de estabelecimentos comerciais considerados não essenciais e a adoção de medidas de segurança como o uso de máscaras e de álcool em gel para higienização das mãos. No entanto, os estudos abordados neste livro mostram que os impactos da pandemia sobre a população ultrapassam aqueles relacionados ao número de infectados e de óbitos.

O presente livro traz estudos que buscam analisar ações de gestão em saúde para o enfrentamento à Covid-19 bem como os impactos dessas ações na saúde das pessoas que vão para além da infecção pelo SARS-Cov-2.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo I, intitulado “A PANDEMIA DA COVID-19: UM ANALISADOR DA GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA FRANÇA”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	10
A PANDEMIA DA COVID-19: UM ANALISADOR DA GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL E NA FRANÇA	
Fabiana Ribeiro Santana	
Cinira Magali Fortuna	
Maristel Silva Kasper	
Karen da Silva Santos	
Simone Santana da Silva	
José Renato Gatto Júnior	
Catherine Aubouin	
Gilles Monceau	
DOI: 10.47094/978-65-88958-29-2/10-26	
CAPÍTULO 2.....	27
GESTÃO EM SAÚDE E A COVID-19: ADEQUAÇÃO TÉCNICA PROTOCOLAR, ESTRUTURAL E LOGÍSTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	
Heron Vasconcelos Nascimento	
Claudia Feio da Maia Lima	
DOI: 10.47094/978-65-88958-29-2/27-37	
CAPÍTULO 3.....	38
REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE VIA TRANSCRIPTASE REVERSA (RT-PCR) APLICADA AO DIAGNÓSTICO DE COVID-19 DURANTE A PANDEMIA EM LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	
Andréia Moreira dos Santos Carmo	
Ivana Barros de Campos	
Maria Cecília Cergole Novella	
Elaine Cristina de Mattos	
Daniela Rodrigues Colpas	
Itatiana Rodart	
Flavia de Carvalho	
Valéria dos Santos Cândido	
Akemi Oshiro Guirelli	
Roberta Thomaz dos Santos Marques	
Vilma dos Santos Menezes Gaiotto Daros	
DOI: 10.47094/978-65-88958-29-2/38-52	
CAPÍTULO 4.....	53

REPOSICIONAMENTO DE MEDICAMENTOS COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA COVID-19

Edmilson Clarindo de Siqueira

José Adonias Alves de França

Rosenilda Clarindo de Siqueira

DOI: 10.47094/978-65-88958-29-2/53-65

CAPÍTULO 5.....66

A INTERNET COMO TECNOLOGIA FACILITADORA DA PROPAGAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ACERCA DA COVID-19

Victorugo Guedes Alencar Correia

Heidy Priscilla Velôso

Marcos Renato de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-88958-29-2/66-78

CAPÍTULO 6.....79

IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-CoV2 NAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO NO BRASIL

Vítor da Silva Dias

Ivler Lucas de Brito

Rodolfo Lima Araújo

DOI: 10.47094/978-65-88958-29-2/79-87

CAPÍTULO 7.....88

IMPACTOS DA PANDEMIA POR COVID-19 NA SAÚDE MENTAL: UMA REVISÃO NARRATIVA

Fernanda Barbosa da Silva

Maria Antônia Rodrigues da Silva Lima

Samuell Ozório Almeida

Alice de Sousa Ventura

Rafael Carvalho Pires da Silva

Felipe de Sousa Moreiras

Janaina Maria dos Santos Francisco de Paula

Jardeliny Corrêa da Penha

Isaura Danielli Borges de Sousa

Giovanna de Oliveira Libório Dourado

DOI: 10.47094/978-65-88958-29-2/88-96

CAPÍTULO 8.....97

IMPACTO DA COVID-19 NA POPULAÇÃO IDOSA

Steffany Larissa Galdino Galisa

Adriana Raquel Araújo Pereira Soares

Radmila Raianni Alves Ribeiro

Maria do Carmo Guimarães Porto

Fábio Rodrigo Araújo Pereira

Thaynara Teodosio Bezerra

Isabella Rolim de Brito

Valeska Luna de Carvalho

DOI: [10.47094/978-65-88958-29-2/97-105](https://doi.org/10.47094/978-65-88958-29-2/97-105)

CAPÍTULO 9.....106

AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR PSICOLÓGICO E DAS DIMENSÕES PSICOEMOCIONAIS
DOS MILITARES FRENTE À PANDEMIA DO COVID-19

Juliana Campelo Lima Mororó

Fernanda Jorge Magalhães

Karla Maria Carneiro Rolim

Anna Karynne Melo

Mirna Albuquerque Frota

DOI: [10.47094/978-65-88958-29-2/106-116](https://doi.org/10.47094/978-65-88958-29-2/106-116)

CAPÍTULO 10.....117

COVID-19: OS IMPACTOS NAS BOAS PRÁTICAS DE MANIPULAÇÃO DE ALIMENTOS EM
RESTAURANTES TIPO SELF-SERVICE

Sandra Regina de Souza Dutra

Gabriel Domingos Carvalho

Flávia Regina Spago

Monique Lopes Ribeiro

DOI: [10.47094/978-65-88958-29-2/117-125](https://doi.org/10.47094/978-65-88958-29-2/117-125)

GESTÃO EM SAÚDE E A COVID-19: ADEQUAÇÃO TÉCNICA PROTOCOLAR, ESTRUTURAL E LOGÍSTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

Heron Vasconcelos Nascimento¹;

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/7408895605351070>

Claudia Feio da Maia Lima².

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia.

Lattes iD: <http://lattes.cnpq.br/1349476596214207>

RESUMO: Objetivo: Relatar a experiência vivenciada diante dos desafios inerentes ao enfrentamento da COVID-19 numa Unidade de Saúde da Família, buscando adequar o ambiente de atendimento, a logística de acesso e as técnicas protocolares. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e qualitativo, baseado nas adaptações necessárias da gestão em saúde pela COVID-19 na Unidade de Saúde da Família. **Resultados:** A inexistência do gestor em saúde comprometeram as atribuições de gerência (o planejamento em saúde, a gestão e a organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e a integração com a rede de serviços), sendo identificados pontos frágeis na Unidade de Saúde da Família: gerenciamento descontinuado, investimentos e manutenção preventiva precária; déficit na capacitação e aprimoramento dos colaboradores, biossegurança vulnerável, deficiência de indicadores estatísticos e desaparelhamento do Sistema Único de Saúde. A capacidade de “reinventar-se” permitiu fazer a intervenção e assegurar a biossegurança adequada, um atendimento protocolar conforme o Ministério da Saúde, uma logística estrutural que preservou a integridade dos acolhidos. O uso do *WhatsApp Web*, consolidou a efetividade das ações com orientações fundamentais sobre o combate da COVID-19. **Conclusão:** A consolidação do Sistema Único de Saúde e o aperfeiçoamento dos processos administrativos e protocolares na Atenção Básica precisam de aprimoramento, suporte e vigilância continuada capazes de permitir o pleno avanço tecnológico e intelectual, por meio de educação continuada.

PALAVRAS-CHAVE: Coronavírus Associado à SARS. Gestão em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

HEALTH MANAGEMENT AND COVID-19: PROTOCOLAR, STRUCTURAL AND LOGISTIC TECHNICAL SUITABILITY IN BASIC CARE

ABSTRACT: Objective: To report the experience lived in face of the challenges inherent to coping with COVID-19 in a Family Health Unit, seeking to adapt the service environment, access logistics and protocol techniques. **Method:** This is an experience report, of a descriptive and qualitative character, based on the necessary adaptations of health management by COVID-19 at the Family Health Unit. **Results:** The inexistence of the health manager compromised the management attributions (health planning, management and organization of the work process, coordination of actions in the territory

and integration with the service network), identifying weak points in the Health Care Unit. Family Health: discontinued management, investments and precarious preventive maintenance; deficit in the training and improvement of employees, vulnerable biosafety, deficiency in statistical indicators and the unraveling of the Unified Health System. The ability to “reinvent itself” allowed the intervention to be carried out and to ensure adequate biosafety, protocol assistance according to the Ministry of Health, structural logistics that preserved the integrity of those welcomed. The use of WhatsApp Web, consolidated the effectiveness of the actions with fundamental guidelines on the fight against COVID-19. **Conclusion:** The consolidation of the Unified Health System and the improvement of administrative and protocol processes in Primary Care need improvement, support and continuous surveillance capable of allowing full technological and intellectual advancement through continuing education.

KEY-WORDS: Coronavirus Associated with SARS. Health Management. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Com o advento do novo coronavírus, observou-se um “surto batizado como COVID-19”, que tem causado alarme nas autoridades sanitárias a nível mundial, a ponto de ser “declarada uma Emergência de Saúde Pública de evidência Internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS)”, protagonizando instabilidade na saúde pública com desafios para profissionais de saúde nos serviços da Atenção Básica (AB) do Brasil (BRASIL, 2020, p. 8).

O novo Coronavírus ingressado no país em 2020 é um vírus RNA que possui dois gêneros, alfa e beta, capazes de infectar seres humanos, com potencial de mutação. Em anos anteriores, outros dois novos coronavírus surgiram com elevada taxa de mortalidade e potencial pandêmico: o Sars-CoV em 2002 e o Mers-CoV em 2012, ambos causando infecções respiratórias. Apesar de, a maioria dos infectados apresentaram-se com resfriados leves, este é um vírus com capacidade elevada de disseminação e competente, enquanto patógeno causador de pandemias (FUCHS, 2020).

Atravessa-se um cenário epidemiológico de alta complexidade, pois a maneira como a gestão das práticas sanitárias e sua organicidade se comportarão diante das demandas advindas com a pandemia, segundo Oliveira e Cruz (2015), traçará um marco histórico com resultados promissores ou não, para a redução ou eliminação dos riscos à saúde público-coletiva e ampliação da competência técnico-científica no enfrentamento das adversidades causadas pela disseminação / transmissão do novo Coronavírus.

Sendo o novo Coronavírus, um desconhecido do nosso sistema imunológico, sem uma memória adquirida de proteção, levou à totalidade populacional uma exposição globalizada e com potencial ameaçador, sem fronteiras nem limites. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído de um histórico e uma evolução organizativa, tendo o Programa de Saúde da Família (PSF) como projeto dinâmico e disseminador das ações primárias em saúde (SANTOS, 2014), passa a ser a principal alternativa para o acolhimento das pessoas nas situações pandêmicas.

Estrategicamente, a Unidade de Saúde da Família (USF) protagonizadora de ações descentralizadas nas diversas regiões do país, cumpre um papel imprescindível no cuidado à saúde na AB, minimizando a procura na rede de serviços hospitalares e centros especializados, tanto na atenção secundária quanto terciária.

Aliado a essa premissa, tem-se o gestor em saúde a responsabilidade fundamental na definição de padrões de qualidade e efetividade das ações na atuação cotidiana da AB.

Em face da necessidade da tomada de decisões rápidas e efetivas, fez-se imperiosa a elaboração de um Plano de Contingência para o combate da transmissão e a proliferação do vírus, e a reorganização de rotinas e fluxos no atendimento na USF, baseado no Protocolo de Manejo Clínico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

Importante salientar que diante das exigências impostas para a contenção do processo de disseminação do novo vírus, o ambiente laboral da unidade de trabalho não contemplava condições favoráveis, nem possuía insumos e equipamentos de proteção individual (EPI), imprescindíveis para lidar com o combate da doença viral de alto poder de virulência e contaminação.

Por ser a porta de entrada do SUS e oferecer atendimento resolutivo longitudinal com potencial de identificação precoce de casos graves, a USF teve a incumbência de traçar ações de enfrentamento ao combate da COVID-19 e potencializar o cuidado na atenção à saúde. Para não expor a equipe de profissionais e usuários foi necessário rever todas as rotinas de atendimento e adequá-las as normas de biossegurança.

Diante dos fatos, questionou-se: Como enfrentar os desafios causados pela COVID-19 na USF, a partir da necessidade de adequação técnica protocolar, estrutural e logística no ambiente laboral?

Um ponto de equilíbrio para essa situação se transformou no objetivo geral desse trabalho: relatar a experiência vivenciada diante dos desafios inerentes ao enfrentamento da COVID-19 numa USF, buscando adequar o ambiente de atendimento, a logística de acesso e as técnicas protocolares. Para tal foram traçados os seguintes objetivos específicos: 1- Identificar as necessidades de adequação, segundo as determinações protocolares do Ministério de Saúde (MS); 2- Estruturar e adaptar o ambiente de trabalho (atendimento), visando restringir as possibilidades de contaminação pela COVID-19; 3- Operacionalizar as rotinas e fluxos do Plano de Contingência para o enfrentamento da pandemia.

MÉTODOS

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo e qualitativo. Esse tipo de estudo, segundo Gerhardt e Silveira (2009), pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade e exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Taquette e Minayo (2016) refere que a abordagem qualitativa ocupa-se do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratada por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais. Assim, emergiu esse relato baseado nas necessidades de adaptação da gestão em saúde diante da COVID-19, no que tange à adequação técnica protocolar, estrutural e logística na USF de minha vinculação profissional, com início em 23/03/2020 e em curso no momento.

A região do Vale de Jequiriçá está entre montanhas, matas virgens, riachos, cachoeiras e inserida na microrregião de Jequié-Ba, pertencente à mesorregião Centro-Sul Baiano e imbricado entre três braços de rios, configurando-se no cenário de estudo - USF com atendimento médico e odontológico para uma população de extrema pobreza e vulnerabilidade social.

Quanto aos aspectos éticos do estudo, por se tratar de um relato de experiência referente à compreensão dos desafios ao enfrentamento da COVID-19 na USF, sem envolvimento de sujeitos, não coube atender às Resoluções do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em especial as

resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), mesmo que mantendo o rigor ético científico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atenção Básica como Martim e salvaguarda da saúde

A compreensão do cenário atual, ao qual o SUS e sua rede de atenção de serviços territorial adstrita estão inseridos, perpassa pela necessidade de reestruturação interna das USF (estrutura física), da adoção de nova via de acesso de usuários (logística), implantação de precauções padrão na contenção de riscos biológicos (biossegurança) e aplicação de protocolo de manejo clínico para o novo coronavírus.

A estratégia de repensar um modelo adequado para o atendimento, até então denominado de “Atenção Básica”, consolidado na conjuntura histórica conceitual de serviço primário, renasce com uma pluralidade fugaz figurada como o berço acolhedor de indivíduos com espectro clínico em parte desconhecido e, supostamente, com um alto padrão de infectividade, transmissibilidade, letalidade e mortalidade (MS, 2020). De modo repentino, floresce uma expectativa emergencial que transforma a AB em uma “AB PLUS”.

Inesperadamente e de forma insinuada, sem planejamento prévio estrutural e operacional a ofertar, o SUS com os reflexos da pandemia da COVID-19 aterriza e desorganiza os processos e rotinas das USF, dando-lhes a missão de acolher usuários infectados pelo Coronavírus. A Atenção Primária à Saúde (APS) ressurgiu como um gigante empoderado, o Martim, na salvaguarda da saúde pública brasileira.

Sobrevivendo em uma realidade deficitária, a USF recebeu as missões impositivas de braços abertos e se reinventou; apesar de sobreviver em precária estrutura física, carente de insumos, equipamentos, EPI, recursos humanos capacitados e em condições inadequadas de trabalho, insegurança, insalubridade, gestão em saúde desalinhada e desconexa devido ao subfinanciamento do SUS.

Plano de Contingência para USF

Com base no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na APS, versão 08, elaborado pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), construiu-se o plano de contingência da USF, tendo como premissa:

- 1- Identificação de caso suspeito de Síndrome Gripal;
- 2- Medidas para evitar contágio na UBS;
- 3- Estratificação da gravidade da Síndrome Gripal;
- 4- Casos leves: manejo terapêutico e isolamento domiciliar;
- 5- Casos graves: estabilização e encaminhamento a serviços de urgência/emergência ou hospitalares;
- 6- Notificação imediata;
- 7- Monitoramento clínico e
- 8- Medidas de prevenção comunitária e apoio à vigilância ativa (BRASIL, 2019, p. 6).

A cada USF do município foi delegada a elaboração do Plano de Contingência, face às peculiaridades de cada território e a estrutura física e organizativa de cada gestão, o que evidencia ausência de um projeto unificado, todavia, permite a cada unidade a liberdade de atuação e construção de modelos adaptáveis aos processos e fluxos das rotinas da AB, conforme as exigências do protocolo do MS.

A primeira ação foi tomar conhecimento do conteúdo do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus, aliado com a coordenação da USF, a fim de traçar o plano de ação a qual se denominou de “Plano de Contingência para a pandemia do COVID-19”. Analisar o fluxograma de manejo clínico na APS em transmissão comunitária foi o ponto de partida que possibilitou uma visão global dos impactos na rotina diária da unidade e as mudanças fundamentais para a efetivação e cumprimento do protocolo técnico, além do novo desenho dos processos relacionados aos casos suspeitos de síndrome gripal (SG).

De imediato foi comunicado a todos os participantes da equipe de profissionais de saúde da USF os desafios para o enfrentamento da COVID-19, buscando adequar o ambiente de atendimento, a logística de acesso e as técnicas protocolares exigidas pelo MS. O envolvimento dos colaboradores permitiu formar uma força-tarefa e em curto espaço de tempo colocou em prática a ação de desinfecção de todas as instalações internas.

Nesse ínterim, em missão paralela, parte da equipe definiu as áreas de interdição, visando diminuir as vias de circulação em prol de menor exposição e propagação do vírus. Então, interditou-se a área de recepção e seus respectivos sanitários, o consultório odontológico e transformou a sala de fisioterapia em “sala de isolamento”, por estar situado em local estratégico, ser ampla e arejada, para uso exclusivo dos casos suspeitos passíveis de encaminhamento para unidade hospitalar do município ou na rede de serviços conveniados.

O atendimento de usuários passou a ser realizado pela área lateral da unidade, em razão da necessidade de diminuir a área de circulação interna e ficar estrategicamente localizada, preservando os profissionais de saúde por permitir, num primeiro contato, a realização do interrogatório inicial com barreira física em distância (2m) capaz de resguardar usuário e profissional de saúde, sem perder a qualidade do acolhimento e atendimento assistencial.

Para facilitar a comunicação dos usuários foi criado o TELE-USF, apelidado de “TELE-POSTO”, que através do *WhatsApp Web* passou a conectar um canal de tira-dúvidas na USF e evitou o deslocamento dos usuários até lá, favorecendo o isolamento domiciliar da população e a contenção da propagação do vírus. É importante ressaltar que o território não possui cobertura do sinal de telefonia celular, o que não permitiu utilizar o serviço do tele atendimento publicada na Portaria nº 467, de 20 de março de 2020, em caráter excepcional e temporário, nem usufruir das ações de telemedicina na operacionalização de medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública (BRASIL, 2020). De mesma maneira, o acesso ao TeleSUS que presta serviço de atendimento pré-clínico de saúde, também foi inviabilizado pela mesma razão.

A “Porta de Entrada” para prestação de serviços de atendimento inicial à saúde é a AB. Como centro articulador de acesso dos usuários e possuidora das Redes de Atenção à Saúde (RAS), representa a estrutura logística de amplo acesso normatizada nas políticas públicas do SUS.

Em situação de surtos e pandemia, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental na resposta global à doença em questão o que lhe confere um grande potencial de identificação precoce grave que devem ser manejados em serviços especializados. (BRASIL, 2020, p. 3).

Com o surgimento do novo Coronavírus e a previsibilidade do potencial de virulência, fez-se imprescindível tornar o fluxo de acesso restritivo, seletivo e direcional, por uma via segura e

viável, garantindo as prerrogativas de biossegurança e sem dificultar o acesso dos usuários com casos suspeitos de SG e COVID-19, além das usuárias gestantes e outras demandas de urgência.

A partir da decisão da implantação de um novo modelo de acesso, toda sinalização visual foi modificada e afixaram-se placas informativas indicando e direcionando o fluxo através de setas, de tal modo que o usuário pudesse acessar a área reservada para o atendimento exclusivo e de isolamento, com total segurança para usuários e profissionais de saúde.

De modo contraditório, a universalidade ganha uma amplitude delimitada, pois o ponto focal é a COVID-19, caracterizada por febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), tosse, dispneia, mialgia e fadiga, sintomas respiratórios superiores e sintomas gastrointestinais, como diarreia (mais raros); a equidade é impactada com os critérios de isolamento social de grupos de risco (adultos > 60 anos, grávidas em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas, crianças < 05 anos, população indígena, usuários com comorbidades e obesos), por imposição estratégica; a integralidade por estar restrita aos limites impostos pela obscuridade científica acerca do vírus e a limitação do leque de patologias elegidas para assistência na AB (BRASIL, 2020).

A livre via de acesso reverenciada e caracterizada como “Porta de Entrada”, no mundo pandêmico atual, personaliza-se com um caráter restritivo e repulsivo a qualquer prerrogativa que expunham usuários e profissionais de saúde ao Coronavírus. Assim, instituíram-se no ambiente interno da USF áreas de acesso restrito em prol do enfrentamento do vírus. A porta estreitou-se, entreaberta se fez, para o cumprimento de trabalho com abordagem sindrômica, na fase de transmissão comunitária.

Cumprindo a determinação do Plano de Contingência municipal, o atendimento da USF foi reduzido em uma hora (08h às 12h / 13h às 15h), pela redução do número de atendimento de usuários adeptos da medida protetiva do isolamento social, em especial, idosos e/ou com doenças crônicas.

A adoção de precauções padronizadas faz parte das medidas de biossegurança na prevenção e controle da transmissão de infecção, seja por bactérias ou vírus. O Protocolo estabelecido pelo MS ressalva que a implantação de “precauções padrão constitui a principal medida de prevenção da transmissão entre pacientes e profissionais de saúde, e deve ser adotado no cuidado de todos os pacientes” (BRASIL, 2020, p. 18).

A aplicabilidade das medidas preventivas por profissionais de saúde requer um esmero técnico e conscientização da importância em adotar protocolos de biossegurança e usar EPI. Na prática laborativa foram observados comportamentos e atitudes que negligenciaram condutas higiênicas e de proteção, comprometendo a segurança do trabalho e as boas práticas de prevenção: desafios que caminham de forma persistente junto a antigos e anômalos costumes.

Sendo uma realidade muito frequente na USF foi preciso repensar e adotar novo padrão de higienização e orientação do uso correto de EPI, para preservar as boas práticas de contenção de riscos biológicos. Em relação à limpeza e higienização, resgatou-se o protocolo do Conselho de Química de Minas Gerais, para melhor aplicação da solução de desinfecção: solução diluída de água sanitária: 25 ml ou 50 ml de água sanitária (2,0 a 2,5%) em 1L de água, a depender do nível de contaminação da área.

Em decorrência da inexistência de vacina para a prevenção da COVID-19, potencializou-se a proação para a não exposição aos vírus (patógenos), por ser a melhor maneira de prevenir a doença, junto a ações não farmacológicas, mas de prevenção comunitária (BRASIL, 2020).

restringiu o acesso aos EPI e a grande procura inflacionou o mercado de produtos hospitalares, estimulando à produção caseira de máscara, avental e proteção facial. Por conseguinte, as autoridades sanitárias, inclusive a OMS, passaram a sugerir o uso de máscara de tecido como alternativa, visando não faltar para as equipes de saúde em combate da pandemia, e com a possibilidade de higienizá-las com água e sabão neutro e reutilizá-las, realidade comum em todo território nacional.

Identificação de Caso Suspeito e Estratificação da Gravidade SG e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)

Através da porta de entrada da APS, via USF, foi recepcionada uma grande parte dos pacientes com SG e os casos suspeitos de COVID-19. Primeira ação priorizada foi à identificação dos casos suspeitos de SG baseada pelo fluxo do *Fast-Track* para SG, em transmissão comunitária. Imprescindível se fez o entendimento que esses casos deveriam ser considerados suspeitos da doença viral ao apresentarem: tosse, ou dificuldade respiratória, ou dor de garganta. Assim, APS efetivou sua participação no combate à pandemia da COVID-19 no território adstrito.

A triagem, anamnese e o exame físico foram os recursos da semiologia utilizados na consulta presencial, que serviram de meios de interrogatório e estratificação da gravidade da SG e SRAG. A prioridade do atendimento foi brindada aos idosos maiores de 60 anos, pacientes com doenças crônicas, gestantes e puérperas que apresentaram com SG.

Os critérios básicos sintomatológicos para definição de SG no adulto foram: febre de início súbito, acompanhada de tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória; na criança menor de dois anos de idade: febre (quantificada ou referida) de início súbito, com tosse ou dor de garganta ou dificuldade respiratória, na inexistência de outro diagnóstico específico.

Quanto a SRAG, estado mais grave da SG, em indivíduos de qualquer idade considerou, além dos sintomas anteriores: saturação ($SpO_2 < 95\%$) em ar ambiente, desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória, conforme a idade, piora nas condições clínicas da comorbidade existente e hipotensão. Nas crianças somaram-se batimentos de asa de nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência.

Medidas não farmacológicas foram adotadas como alternativas viáveis e positivas no tratamento inicial dos sintomas (casos leves) da COVID-19: repouso, hidratação, dieta adequada e isolamento social, associando ao tratamento farmacológico. O controle dos casos suspeitos requereu uma vigilância ativa continuada e acompanhamento ambulatorial diário até o final do isolamento. Vale ressaltar que o início dos sintomas tornou um importante referencial para contagem do período de quarentena (isolamento domiciliar de 14 dias). A revisão dos sintomas e o acompanhamento da evolução do quadro clínico variaram entre 24h (idosos > 60 anos de idade) e 48h (nos demais casos), preferencialmente por telefone.

A Portaria Nº 454 de 20 de março de 2020 definiu as condições de isolamento. O domiciliar precoce passou a ser uma importante arma no combate à pandemia, sendo recomendada a pessoa com qualquer sintoma respiratória, na presença ou ausência de febre. Esse mesmo procedimento foi aplicado aos contatos domiciliares e às pessoas com SG, brindadas com atestado médico por 14 dias, porque a escassez de testes limitou o diagnóstico precoce dos casos suspeitos, distorcendo os dados estatísticos epidemiológicos, atualmente considerados subnotificados (MS, 2020).

Com relação a este item, foi gerado um novo documento de controle denominado de Termo de Declaração para o registro o nome da pessoa sintomática SG e SRAG, Registro Geral (RG), Cadastro Pessoa Física (CPF), domicílio, período e local do cumprimento da medida de isolamento domiciliar, nome das pessoas residentes no mesmo endereço para cumprimento da medida de isolamento e respectivo RG, assinatura da pessoa sintomática, data e horário.

Considerando a determinação do MS e a estratégia de realização de testes de detecção do SARS-Cov-2 foi incluído no protocolo de manejo “sala de isolamento” e rotina de testagem de pessoas sintomáticas, contudo, por questões logísticas e pela restrição na disponibilização dos testes, os mesmos estão centralizados na sede do município. Ademais, a USF ainda não foi contemplada com avental e protetor fácil.

Apesar da expectativa gerada pelo MS, o qual recomendou a testagem progressiva para os grupos de profissionais de saúde e segurança pública em atividade (assistencial ou gestão), pessoa que reside no mesmo domicílio de um profissional de saúde e segurança pública em atividade, pessoas com idade ≥ 60 anos, pessoas com condições de risco para complicações da COVID-19 e população economicamente ativa, o plano está longe de se concretizar em sua totalidade.

Por depender de uma temporalidade para efetivar a detecção de anticorpos, o teste rápido (*ONE STEP COVID-2019 TEST[®]*), que apresenta 86% de sensibilidade e 99% de especificidade, só é possível ser realizado no sétimo dia de início dos sintomas. O resultado é rápido e pode ser verificado após 15 minutos da coleta (BRASIL, 2020, p. 23).

De caráter compulsório, a notificação imediata de caso suspeito de SG deve ser registrada via plataforma e-SUS VE (Vigilância Epidemiológica). Para a notificação imediata de SG foi essencial seguir critérios atuais que exigem a presença de febre no quadro clínico do paciente sintomático.

Casos notificados positivos de SG que a posteriori apresentarem positivo para COVID-19 serão notificados como confirmados e o resultado do teste informado. Igualmente foram considerados casos confirmados os pacientes com SG e histórico de contato próximo ou domiciliar nos últimos dias 07 (sete) dias antes do aparecimento de sintomas, com confirmação laboratorial para COVID-19 e para o qual não foi possível realizar a investigação específica. Com relação aos contatos domiciliares assintomáticos, caso iniciem com sintomas e seja confirmado SG deverão ser iniciadas as precauções de isolamento notificado. Os exames de pessoas com SG que apresentaram negativos para COVID-19 passaram a ser denominados de casos descartados (MS, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste relato de experiência, ressalva-se que a USF já enfrentava desafios no seu cotidiano. Ademais, o impacto da nefasta ineficiência do poder público, pelas interferências e descontinuidade de ações das políticas públicas, vem deteriorando a capacidade operativa - sempre faltaram materiais, equipamentos e medicamentos.

Esta realidade, contextualizada na pandemia, evidenciou problemas antigos de gestão. A inexistência da figura do gestor em saúde e a solução doméstica adotada pela gestão municipal comprometeram as atribuições de gerência (o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, coordenação das ações no território e a integração com a rede de serviços).

Logo, o enfrentamento da pandemia encontrou pontos vulneráveis: gerenciamento

descontinuado, investimentos e manutenção preventiva precária; déficit na capacitação e aprimoramento dos colaboradores, biossegurança vulnerável, deficiência de indicadores estatísticos e desparelhamento do SUS, o que refletiu diretamente na assistência imediata da USF.

A capacidade de “reinventar-se” permitiu à equipe fazer a intervenção necessária e assegurar, tanto aos usuários quanto aos servidores, biossegurança adequada, atendimento fundamentado no protocolo do MS, logística estrutural que preservou a integridade de todos acolhidos. Por meio da estratégia de comunicação virtual, via *WhatsApp Web*, consolidou-se a efetividade das ações do Plano de Contingência com orientações fundamentais sobre o combate da COVID-19.

Por fim, o aperfeiçoamento dos processos administrativos e protocolares precisa de um aprimoramento, suporte e da vigilância constante que permitam o pleno avanço tecnológico e intelectual, por meio de educação continuada. Este estudo não pretende esgotar os conhecimentos a cerca da realidade cotidiana em uma UBS em épocas de pandemia, contudo, sugere que novos mecanismos de controle e diagnóstico sejam implantados em prol da mensuração da sua realidade, em busca de melhores estratégias de enfrentamento de surtos epidemiológicos e maior sinergismo entre os serviços prestados nos três níveis de complexidade na APS.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nos, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico e pessoal.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 Dez. 2012. Disponível em <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 Maio 2016. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Ministério da Saúde credencia gerentes de unidade de saúde**. Publicado em 28 Maio 2019. Disponível em <<https://aps.saude.gov.br/noticia/5454>>. Acesso em 10 Abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES). Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência (DAHU). Coordenação Geral de Urgência (CEURG). Força Nacional de Sistema Único de Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV)**. Brasília-DF, 2020. Disponível em <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>. Acesso em 08 Abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de**

Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde (Versão 7). Brasília-DF, Abr. 2020. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200407_ProtocoloManejo_ver07.pdf>. Acesso em 24 Abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde (Versão 8).** Brasília-DF, Abr. 2020. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf. Acesso em 24 Abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID19). **Boletim Epidemiológico 07 - COE Coronavírus - 06 Abr. 2020.** Disponível em <<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/06/2020-04-06---BE7---Boletim-Especial-do-COE---Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf>>. Acesso em 10 Abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 454, de 20 de março de 2020.** Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587>. Acesso em 14 Abr 2020.

CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (CCMS). Ministério da Saúde. **História da higienização de mãos.** Publicado em 20 de março 2020. Disponível em <<http://www.ccms.saude.gov.br/noticias/historia-da-higienizacao-de-maos>>. Acesso em 17 Abril 2020.

FUCHS, Antônio. Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz. Agência Fiocruz de Notícias. **Covid-19: riscos e desafios de uma doença emergente.** Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/covid-19-riscos-e-desafios-de-uma-doenca-emergente>. Acesso em 03 Abr 2020.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa.** Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em 17 Abr 2020.

OLIVEIRA, Cátia Martins; CRUZ, Marly Marques. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP). **Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios.** Rio de Janeiro - RJ, Brasil, 2015. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100255>. Acesso em 03 Abr 2020.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. **Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 417-434, 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n2/0103-7331-physis-26-02-00417.pdf>> Acesso em 17 Abr 2020.

SANTOS, Aline Aparecida Pereira. **Programa Saúde da Família: reflexões sobre o papel do gestor.** Efdeportes.com. Revista Digital. Buenos Aires, Ano 19, n. 198, Nov. 2014. Disponível em <<https://www.efdeportes.com/efd198/psf-o-papel-do-gestor.htm>>. Acesso em 03 Abr 2020.

ÍNDICE REMISSIVO

A

alimentos comprovadamente seguros 117, 123
ansiedade 73, 74, 83, 91, 92, 93, 94, 96, 98, 101, 102, 103
aspectos farmacológicos 53
atenção primária à saúde 11, 16, 95
atendimento 17, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 42, 47, 102
atendimento protocolar 27

B

bem-estar psicológico 106, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116
biossegurança adequada 27, 36
Brasil 10, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 28, 37, 42, 43, 47, 54, 64, 66, 69, 70, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 90, 91, 98, 100, 106, 109, 110, 111, 113, 116, 117, 118, 119, 124

C

cadeia produtiva de alimentos 117, 123
centros especializados 11, 16, 28
ciência hegemônica 11, 21
comunidade científica 40, 79
conhecimentos a respeito da COVID-19 66, 68
consolidação do Sistema Único de Saúde 27
contaminação dos alimentos 117, 119, 123, 124
contradições na gestão em saúde 11, 22
convivência interpessoal 106, 107
coordenação das ações no território 27, 35
Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) 39, 40, 77
COVID-19/SARS-CoV-2 53
cuidados higiênicos-sanitários 117

D

decretos 10, 14
depressão 83, 93, 98, 101, 103
detecção de SARS-CoV-2 39, 41, 42, 47, 48
diferença de classes sociais 11
dimensões psicoemocionais 106, 109
disseminação do SARS-CoV-2 53, 99
distanciamento social 18, 67, 89, 98, 101, 103
distúrbios psiquiátricos 98, 101
documentos oficiais 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17
documentos oficiais brasileiros 10
documentos oficiais franceses 11
doenças do aparelho circulatório 79, 81, 82, 84, 85
doenças psicossomáticas 106, 107

E

educação em saúde 66, 74, 76, 86, 93
enfermeiros 89
Epidemiologia 79
estresse 84, 92, 94, 102, 106, 108, 109, 114
Exército Brasileiro 106, 108, 109, 115

F

fármacos 53, 63
França 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 63

H

hábitos culturais 88
hospital 11, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 86, 95

I

idosos 21, 32, 34, 44, 81, 86, 91, 93, 94, 97, 98, 100, 101, 102, 116, 125
Infecções por Coronavírus 11
integração com a rede de serviços 27, 35
internações hospitalares 79, 82, 85
internet 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 93, 94, 102
isolamento 6, 16, 20, 21, 30, 31, 32, 34, 35, 45, 84, 89, 90, 92, 93, 97, 99, 101, 102, 103, 119

L

legislações brasileiras e francesas 10
leis 10, 14, 21
logística de acesso 27, 29, 31

M

maior esclarecimento da doença 66
manipuladores de alimentos 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125
medicalização 11, 14, 15, 16, 18, 21, 22
médicos 20, 37, 62, 75, 89, 92, 101
medidas provisórias 10, 14
mercado de alimentação 117, 119, 123
Ministério da Saúde 13, 14, 17, 22, 23, 27, 36, 37, 41, 51, 70, 95, 118, 124
mudanças nos hábitos de vida 117

N

Normalização e vulnerabilidades 11, 14, 15, 16, 19
nova rotina 88
novo coronavírus 12, 14, 18, 28, 30, 39, 40, 50, 54, 88, 89, 90, 100

O

organização do processo de trabalho 27, 35
Organização Mundial da Saúde 12, 39, 40, 54, 119
organizações militares 106, 109

P

pandemia de COVID-19 10, 13, 17, 22, 48, 63, 93, 98, 100, 102
planejamento em saúde 27, 35
pontos frágeis na Unidade de Saúde da Família 27
população idosa 97, 98, 99, 101, 103, 105
população mundial 88
portarias 10, 13, 14, 17
postos de saúde 72, 79
prejuízos na comunicação 106, 107
profissionais de saúde 19, 28, 31, 32, 33, 35, 44, 48, 63, 74, 79, 90, 93
profissional militar 106, 109
promoção da saúde 11, 16, 108
propagação de informações 66, 68, 73, 74, 76
proteger os mais velhos 97, 99
protocolos de segurança 53, 63
psicólogos 89
psiquiatras 89, 91, 93

Q

quarentena 34, 89, 90, 94, 119, 121

R

raspado de nasofaringe e orofaringe 39
reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) 39
resoluções 10, 14, 30
restaurantes 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 125

S

saúde do militar em tempos de Pandemia 106, 109
Saúde dos Militares 107
saúde mental 21, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 101, 102, 103, 106, 108, 109, 110, 114
Saúde Pública 10, 11, 14, 23, 25, 28, 37, 51, 55, 70, 89, 102
saúde pública global 53
Segurança Alimentar 117, 125
self-service 117, 118, 119, 122, 125
Serviço de Alimentação 117
severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) 39, 40
sofrimento emocional 106, 107

T

taxa de mortalidade 19, 28, 79, 81, 84, 85, 94, 97, 100, 101, 103
técnicas protocolares 27, 29, 31
tecnologia 39, 40, 45, 66, 68, 74, 76, 102
terapia 53, 55, 59, 63, 93, 101
trabalhadores militares 106, 109
transcrição reversa 39, 40
tratamento da COVID-19 53, 54, 55, 57, 60, 62
tratamento precoce 79

U

Unidade de Saúde da Família 27, 28
uso de substâncias 98, 101
uso excessivo de farmacológicos 106, 107

V

vulnerabilidade 29, 90, 100, 106, 109



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 