



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - FS**

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA SALA DE  
AVALIAÇÃO E AS MEDIDAS ADOTADAS NO ENFRENTAMENTO AO COVID EM  
UMA UNIDADE BASICA DE SAUDE DO DISTRITO FEDERAL**

**LAURA ALMEIDA VIANA**

**BRASÍLIA – DF**

**2021**

LAURA ALMEIDA VIANA

**O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES ATENDIDOS NA SALA DE AVALIAÇÃO E AS MEDIDAS ADOTADAS NO ENFRENTAMENTO AO COVID EM UMA UNIDADE BASICA DE SAUDE DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) como requisito para obtenção do título de especialista em atenção básica pelo programa de residência multiprofissional HUB/UnB.

**Orientadora:** Ms Thais Fonseca

BRASÍLIA – DF

2021

## SUMÁRIO

|                        |    |
|------------------------|----|
| INTRODUÇÃO             | 5  |
| OBJETIVOS              | 7  |
| MÉTODOS                | 8  |
| RESULTADOS E DISCUSSÃO | 10 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS   | 18 |
| REFERÊNCIAS            | 19 |

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No final de dezembro de 2019 surgiu um novo vírus chamado SARS-CoV-2 na China, causador da doença COVID-19, o primeiro caso no Brasil, foi em fevereiro de 2020. Por meio da APS, as equipes de saúde da família podem desenvolver um papel fundamental no enfrentamento ao COVID19, garantindo a integralidade e a coordenação do cuidado. **MÉTODOS:** Foi utilizado o diário de campo como instrumento para obter as informações das reuniões de colegiado e do ponto de controle, o período analisado no estudo foi de abril a agosto de 2020. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** O perfil encontrado predominante por mulheres, na faixa etária de jovens adultos, e dentre as comorbidades associadas houve maior ocorrência de hipertensão arterial (17,21%), seguido de diabetes de mellitus (5,77%). Os sinais e sintomas cefaleia (16,76%) e tosse (14,50%) foram os mais comuns, sendo julho o mês com maior quantidade de atendimentos. As medidas adotadas durante o período, destaca-se a mudança nos fluxos de acesso à Unidade, alteração nos processos de trabalho, o telemonitoramento como acompanhamento dos casos suspeitos e o painel interativo para conhecimento do cenário epidemiológico. **CONCLUSÃO:** A unidade apesar de ter enfrentado dificuldades estruturais, de recursos humanos e de insumos ainda assim, conseguiu se organizar e proporcionar atendimento e cuidado as demandas apresentadas pela população.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Equipes de Saúde da Família, COVID-19.

## INTRODUÇÃO

No final de dezembro de 2019 surgiu um novo vírus chamado SARS-CoV-2 em Wuhan, na China, causador da doença COVID-19. Esse vírus se espalhou para mais de 200 países e provocou uma pandemia mundial. O primeiro caso de COVID-19 no Brasil, foi confirmado em 26 de fevereiro de 2020 referente a uma paciente que havia viajado recentemente à Europa. E desde então, vários casos foram surgindo em diversas regiões do país (VALE et al., 2020).

O SARS-CoV-2 apresenta características pouco conhecidas, sendo que a incerteza científica de seu comportamento, a falta de vacinas até o final do ano de 2020 e de métodos de tratamento específicos tornaram seu manejo ainda mais complexo, dificultando a elaboração de estratégias ao seu enfrentamento. Devido à sua velocidade de transmissão e ao seu potencial de disseminação, a principal medida adotada por todos os países foi o isolamento social como método fundamental para a sua contenção (SILVA et al., 2020). As pessoas infectadas com COVID-19 de modo geral apresentam sinais e sintomas em média 5 a 6 dias após a infecção, os sintomas podem variar de um resfriado a pneumonia grave. A febre pode não ocorrer em jovens, idosos e nos imunossuprimidos, já em crianças a doença pode se desenvolver de forma rara a leve (ARAÚJO et al., 2020).

Em 20 de março de 2020 o Ministério da Saúde declara, por meio da portaria 454, a transmissão comunitária do coronavírus (COVID19) no Brasil, na qual o vírus já está circulante na população local. Com isso reporta a todos estados e ao Distrito Federal, que realizem um plano de assistência coordenado entre os níveis de atenção para diminuir a transmissibilidade e oportunizar o manejo adequado nos casos leves na rede de atenção básica à saúde e os casos graves na atenção à urgência/emergência e hospitalar (BRASIL, 2020). No Distrito Federal, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) desenvolveu um Plano de Contingência, para sistematizar as ações e procedimentos para o enfrentamento da doença pelo coronavírus, em relação a Atenção Primária em Saúde o plano recomenda os fluxos que as Unidades Básicas de saúde precisavam adotar em relação aos casos suspeitos, como ficar em área separada até o atendimento e a necessidade de transporte sanitário para remoção do paciente, traz também o

monitoramento telefônico para realizar com o paciente e seus contatos, com objetivo de identificar piora dos sintomas ou sinais de gravidade para ser avaliados de forma presencial ou encaminhamento para internação hospitalar. Além disso, o plano finaliza mostrando a importância das Equipes de Saúde da Família em organizar suas agendas de maneira que seja ampliado o acesso à demanda espontânea, priorizando, nos atendimentos programados, os casos de maior vulnerabilidade clínica e social (BRASIL, 2020)

A atenção primária é o primeiro nível de atenção, a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) e o centro articulador do acesso dos usuários na Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade. A APS tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma determinada população e é responsável pelas ações de assistência, prevenção e promoção da saúde. As equipes de Saúde da Família são responsáveis por um território delimitado, atendem uma população adscrita e têm responsabilidade sanitária, realizando atendimentos de urgência e acompanhamento das condições de saúde, podendo desenvolver um papel fundamental no enfrentamento ao COVID19 garantindo a assistência perto da residência do usuário, coordenação do cuidado para os demais níveis de atenção quando necessário e medidas de prevenção e de monitoramento dos casos (CAMPOS et al., 2014; VALE et al., 2020).

A resposta ao COVID19 por meio da APS com as Equipes de Saúde da Família, desenvolve um importante papel na coordenação e comunicação em saúde na unidade, além de realizar o telemonitoramento dos casos, reduzindo a busca das pessoas pelo serviço, realiza o acompanhamento da população adscrita. É essencial que a ESF fortaleça as estratégias de prevenção ao COVID-19 e, ao mesmo tempo, mantenha o acompanhamento longitudinal dos usuários.

Dessa forma, é importante conhecer o perfil epidemiológico dos casos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde para auxiliar na compreensão e visualização do cenário epidêmico do território e conhecer as principais medidas adotadas para lidar no enfrentamento ao COVID19.

**OBJETIVO GERAL:**

Compreender as medidas de enfrentamento do COVID19 e o perfil epidemiológico dos usuários em uma Unidade Básica de Saúde do Distrito Federal.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Descrever o sexo, faixa etária, comorbidades e os sinais e sintomas dos pacientes atendidos na sala de avaliação
- Analisar o período de maior demanda na sala de avaliação
- Relatar as medidas adotadas pela unidade no enfrentamento ao Coronavírus

## **MÉTODOS**

### **Tipo de estudo e materiais**

Para a coleta de dados utilizou-se um diário de campo que continha as informações observadas nas reuniões de colegiado e ponto de controle específicos para a organização do fluxo e do processo de trabalho frente à pandemia do COVID-19 e uma planilha on-line criada pela gerência da UBS, a qual era alimentada diariamente pelos profissionais de saúde que prestavam assistência aos pacientes com sintomas respiratórios. Dentre as variáveis que compõem o banco de dados foram escolhidas para esse estudo: os dias de atendimento; faixa etária; comorbidades; sinais e sintomas e sexo.

Para viabilizar a análise das variáveis, os dados precisaram ser agrupados e, com isso, os dias passaram a ser considerados em meses. As faixas etárias originais foram redimensionadas para grupos: Menor de 2, 2 a 10, 11 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59, 60 a 69, 70 a 79, 80 e mais. Já os sinais e sintomas foram agrupados de acordo com a Classificação Internacional de Atenção Primária- CIAP.

O período analisado no estudo foi de abril a agosto de 2020 e os dados foram tabulados no software Excel, também foi realizada a análise de duplicidade pelo nome e ano de nascimento do paciente, para não haver duplicidade de casos.



## LOCAL DO ESTUDO

A Unidade Básica de Saúde estudada fica localizada na Região de Saúde Leste, uma das 7 regiões que dividem a Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal, sendo ela composta por Itapoã, Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico. A Unidade é na RA do Itapoã, que tem a cobertura em torno de 25 mil usuários, segundo fichas cadastrais do e-SUS.

O Distrito Federal é dividido em regiões de saúde e está organizado para atender todas as regiões em todos os níveis de atenção à saúde, para iniciar o processo de reestruturação do sistema de saúde no Distrito Federal, a Secretaria de Saúde estabeleceu, por meio da Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017, a Política de Atenção Primária à Saúde (APS) do Distrito Federal, fundamentada na Estratégia Saúde da Família.

O Itapoã fica localizada em uma região de grande vulnerabilidade social, ocupando a quarta colocação no ranking das cidades com os rendimentos mais baixos do DF. A população tem baixa escolaridade e estão inseridas em empregos precarizados ou desempregadas. A RA conta com 62.208 mil pessoas, sendo 50,3% do sexo feminino. Em relação à raça/cor da pele, a predominância é parda, para 60,4% dos moradores. No que diz respeito à escolaridade, 96,1% dos moradores com cinco anos ou mais de idade sabem ler e escrever. A área é, em sua maioria, ocupada de forma irregular, tendo sido a cidade produto de uma ocupação, o que faz com que grande parte dos domicílios ainda se encontrem na ilegalidade (CODEPLAN, 2019)

A Unidade Básica de Saúde conta com 9 Equipes de Saúde da Família, cada equipe é formada por 1 médico, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 2 agentes comunitários de saúde. A unidade possui 1 Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) que é composto por: terapeuta ocupacional, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga e uma farmacêutica e 3 Equipes de Saúde Bucal, com dentistas e auxiliares de saúde bucal.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

Tabela 01. Frequência e porcentagem do sexo dos pacientes atendidos na sala de avaliação da síndrome gripal, abril a agosto, Itapoã, 2020

| SEXO        | N    | %      |
|-------------|------|--------|
| F           | 2022 | 61,01  |
| M           | 1292 | 38,99  |
| Total Geral | 3314 | 100,00 |

A tabela 01, mostra que mais da metade dos indivíduos são do sexo feminino, representando 61,1% do total. A predominância do sexo feminino segue o mesmo perfil de casos suspeitos no Distrito Federal, apresentando 54,1% mulheres, e de estudo realizado em Santa Catarina, com 62,11% do sexo feminino (SESDF, 2020; MOURA et al., 2020). Essa predominância pode ser justificada ainda, pela população do Itapoã ter um discreto predomínio do sexo feminino, e por mulheres serem o principal público dos serviços de saúde no Brasil, somados a baixa procura dos homens aos serviços de saúde, em especial os de Atenção Primária, o que leva muitas vezes ao agravamento da doença, o tratamento tardio e a evolução a óbito (LEVORATO et al., 2014; ALMEIDA et al., 2020).

Em relação ao COVID as mulheres apresentam maior exposição, visto que representam a grande maioria dos profissionais de saúde e de cuidadores de idosos e crianças em todo o mundo, inclusive no Brasil. (MOURA et al., 2020).

Tabela 02. Frequência e porcentagem da faixa etária dos pacientes atendidos na sala de avaliação da Síndrome Gripal, abril a agosto, Itapoã, 2020

| FAIXA ETÁRIA | N    | %      |
|--------------|------|--------|
| MENOR DE 2   | 64   | 1,98   |
| 2 A 10       | 169  | 5,23   |
| 11 A 19      | 202  | 6,25   |
| 20 A 29      | 812  | 25,11  |
| 30 A 39      | 771  | 23,84  |
| 40 A 49      | 741  | 22,91  |
| 50 A 59      | 347  | 10,73  |
| 60 A 69      | 92   | 2,84   |
| 70 A 79      | 26   | 0,80   |
| 80 E MAIS    | 10   | 0,31   |
| Total Geral  | 3234 | 100,00 |

Na tabela 2, verifica-se a predominância dos casos atendidos com síndrome gripal em indivíduos economicamente ativos, jovens adultos, sendo a faixa etária de 20 a 39 anos apresentando a maior concentração, cerca de 1.583 casos, correspondendo a 48,95% dos casos atendidos, esses dados corroboram com o do Distrito Federal, sendo que os maiores números absolutos estão nas faixas etária de 30 a 39 anos e 40 a 49 anos (SESDF, 2020). Esse achado é semelhante ao encontrado em estudos realizados nos estados do Maranhão e em Macapá, que houve predomínio na faixa etária de 30 a 39 anos, correspondendo a 28,4% e 27,1% respectivamente (ALMEIDA, 2020; SILVA et al, 2020),

Esse grupo etário corresponde a uma grande parte da população produtiva, que ao se deslocarem para o seu ambiente de trabalho ficam mais expostos e facilitam a transmissão do vírus, e ao adoecerem procuram mais os serviços de saúde no Brasil. O predomínio no intervalo de 20-49 anos pode ser justificado por essa faixa etária está inclusa no intervalo de idade que mais procura serviços de saúde no Brasil (26-49 anos) (LEVORATO et al., 2014; NASCIMENTO, 2020).

Tabela 03. Frequência e porcentagem das comorbidades apresentadas dos pacientes atendidos na sala de avaliação da Síndrome Gripal, abril a agosto, Itapoã, 2020

| <b>COMORBIDADES</b> | <b>N</b>    | <b>%</b>      |
|---------------------|-------------|---------------|
| HAS                 | 590         | 17,21         |
| DIABETES            | 198         | 5,77          |
| BRONQUITE           | 130         | 3,79          |
| OBESIDADE           | 54          | 1,57          |
| SINUSITE            | 36          | 1,05          |
| HIPOTERODISMO       | 34          | 0,99          |
| PRÉ DIABETES        | 33          | 0,96          |
| RINITE              | 22          | 0,64          |
| ARRITMIA CARDÍACA   | 11          | 0,32          |
| OUTROS              | 77          | 2,25          |
| SEM COMORBIDADES    | 2244        | 65,44         |
| <b>TOTAL</b>        | <b>3429</b> | <b>100,00</b> |

Dentre as comorbidades associadas houve maior ocorrência de hipertensão arterial (17,21%), seguido de diabetes de mellitus (5,77%) e bronquite (3,79%). Destaca-se ainda, que 65,44% não apresentavam nenhum tipo de comorbidade. As comorbidades apresentadas pelos casos suspeitos do presente estudo são semelhantes ao estudo realizado na China, com 20.812 pacientes confirmados com

COVID-19, a diabetes (5,3%) e a hipertensão arterial (12,8%) foram as comorbidades mais associadas ao COVID-19 (ZHANG et al. 2020).

Em Alagoas, as principais causas encontradas também foram diabetes (28,1%) e HAS (17,3%), e em Fortaleza as comorbidades mais frequentes notificadas foram as doenças cardiovasculares (6,5%) e diabetes (4,9%) (SANTOS et al., 2020; CESTARI et al., 2020).

Ademais, 10.150 casos confirmados no Distrito Federal por COVID-19 tinham pelo menos uma comorbidade, sendo as doenças cardiovasculares mais prevalentes, seguido dos distúrbios metabólicos e pneumopatias (SESDF, 2020). As doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e doenças cardiovasculares, potencializam os riscos relacionados às complicações clínicas, o que torna os pacientes afetados mais vulneráveis (ALMEIDA et al., 2020).

Ressalta-se também que, além das várias manifestações clínicas, cerca de 80% das pessoas infectadas podem permanecer assintomáticas. Portanto, recomenda-se monitorar constantemente os casos suspeitos, devido às diversas sintomatologias apresentadas, de maneira que não descarte casos levando em conta apenas a manifestação clínica (ISER et al., 2020).

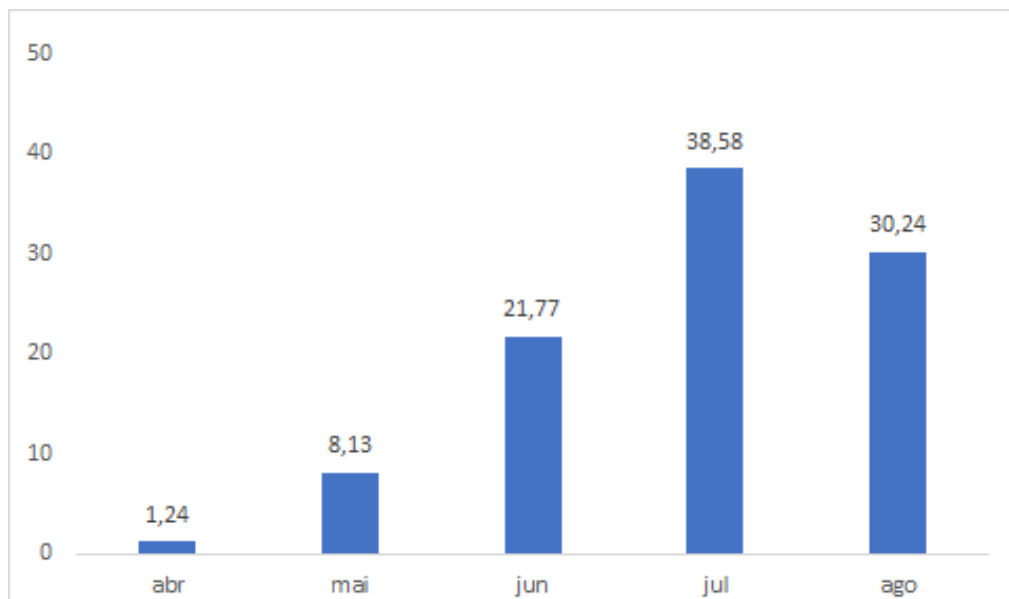
Tabela 04. Frequência e porcentagem dos sinais e sintomas apresentados nos pacientes atendidos na sala de avaliação da síndrome gripal, abril a agosto, Itapoã, 2020

| SINAIS E SINTOMAS | N    | %      |
|-------------------|------|--------|
| CEFALEIA          | 1322 | 16,76  |
| TOSSE             | 1144 | 14,50  |
| MIALGIA           | 957  | 12,13  |
| AGEUSIA           | 789  | 10,00  |
| ANOSMIA           | 722  | 9,15   |
| CORIZA            | 593  | 7,52   |
| FEBRE             | 493  | 6,25   |
| DOR DE GARGANTA   | 485  | 6,15   |
| DISPNEIA          | 400  | 5,07   |
| DIARREIA          | 189  | 2,40   |
| NÁUSEAS           | 147  | 1,87   |
| CANSAÇO           | 136  | 1,72   |
| ASTENIA           | 97   | 1,23   |
| OUTROS            | 435  | 4,68   |
| ASSINTOMÁTICO     | 47   | 0,60   |
| TOTAL             | 7890 | 100,00 |

No que tange aos sinais e sintomas mais comuns entre os casos suspeitos analisados, foram referidos principalmente: cefaleia (16,76%), tosse (14,50%) e mialgia (12,13%) enquanto os sintomas menos frequentes foram cansaço (1,72%) e astenia (1,23%), conforme tabela 4. Estudo semelhante realizado no Estado de Alagoas, mostra que os sintomas mais relatados pelos pacientes foram tosse (40,1%), febre (37,4%) e cefaleia (18,3%) (NASCIMENTO et al., 2020).

Embora, a maioria das pessoas infectadas tenham sintomas leves, e possam lembrar um quadro gripal comum, alguns pacientes desenvolvem algumas manifestações clínicas. Alguns estudos realizados na China trouxeram o panorama semelhante ao do estudo, no qual tosse e mialgia se apresentam como sintomas mais frequentes nas infecções pela doença (NASCIMENTO et al, 2020).

Gráfico 01. Porcentagem dos meses de atendimento dos pacientes atendidos na sala de avaliação da síndrome gripal, abril a agosto, Itapoã, 2020



Em relação aos meses de atendimento, julho (38,58%) foi o mês com a maior quantidade de pacientes atendidos, seguido de agosto com 30,24%. No Distrito Federal, em julho, foram notificados 55.616 casos de covid-19 segundo boletim epidemiológico.

Dessa forma, destaca-se que o aumento do número de atendimento nesse período pode ter sido, principalmente, devido às características de disseminação e transmissibilidade do SAR, considerando ainda, que diversos fatores contribuem para o aumento do número de casos, como os determinantes sociais, culturais e

ambientais de cada local (SILVA, 2020). Somados ao não cumprimento das medidas de isolamento social, além da redução das medidas de paralisação total de atividades na capital, conhecido como lockdown. Portanto, medidas importantes de saúde pública, como isolamento, distanciamento social e contenção comunitária, são eficazes no controle da evolução dos casos (PESTANA et al., 2020)

No entanto, a propagação do vírus acaba sendo mais significativa nas zonas periféricas, visto que a população vive em locais com alta densidade de moradores por casa, fazem uso de transporte público e sofrem com a fragilização das relações de trabalho. Os impactos da pandemia nesses locais perpassam a ordem biológica, acarretando em mais problemas sociais, econômicos e de moradia (CESTARI, 2020).

Para o enfrentamento ao COVID algumas medidas foram adotadas na Unidade Básica de Saúde, como a mudança nos fluxos de acesso à Unidade, na porta da UBS foi estabelecido uma equipe denominada “Posso Ajudar”, caracterizada pela presença de dois profissionais, que controlavam o fluxo dos pacientes, organizando as filas por demandas e direcionando para os seus respectivos atendimentos, identificando os sintomáticos respiratórios e adotando os protocolos de segurança (uso de máscara, higienização das mãos, distanciamento entre os pacientes). Outra medida adotada foi o isolamento de consultórios com porta de entrada separada, criando um fluxo específico para sintomáticos respiratórios (SR) e suspeitos de COVID19, as equipes se revezavam por períodos para realizarem os atendimentos em local arejado. Todo esse fluxo foi organizado baseado no Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde de acordo a versão disponível por período (BRASIL, 2020).

Algumas dificuldades foram encontradas ao longo do caminho, a primeira delas foi a estrutura física da UBS que era desfavorável ao isolamento respiratório, para cumprir tal medida foi preciso organizar um novo fluxo interno para os pacientes com sintomas respiratórios, que acessavam os consultórios destinados aos atendimentos pela entrada de trás da UBS, e aguardavam na tenda no estacionamento. Para garantir uma espera adequada foram construídos dois banheiros na parte externa da UBS e providenciado junto à Caesb uma caixa com água para consumo.

Além das mudanças no fluxo dos pacientes e na organização da estrutura, as agendas dos profissionais precisaram ser reorganizadas para evitar aglomerações e ao mesmo tempo garantir os atendimentos aos grupos prioritários. Todos os grupos foram suspensos e as consultas eletivas bloqueadas, sendo mantido os atendimentos às demandas agudas e urgentes e os agendamentos e acompanhamento de gestantes, puérperas e seus filhos (primeira consulta do bebê), bem como idosos com comorbidades (hipertensão e diabetes descompensadas) e casos mais complexos de saúde mental.

Todas as mudanças realizadas durante o período do estudo foram feitas baseadas nos protocolos da SES-DF, documentos oficiais do Ministério da Saúde, da ANVISA e no Protocolo de Manejo Clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (ANVISA 2020; BRASIL 2020).

Para a organização do fluxo dos pacientes na UBS, reorganização dos processos de trabalho e alinhamento de condutas, a gerência instituiu um ponto de controle semanal com os profissionais de saúde para discussão dos Protocolos, manejo clínico, organização de espaços e todas as demandas relativas ao enfrentamento do COVID.

O ponto de controle foi fundamental nesse processo, pois ele disseminava as informações, que se atualizavam rapidamente, para todos os profissionais, trazia homogeneidade ao serviço prestado, visto que todos os profissionais seguiam as mesmas diretrizes e orientações. Também auxiliou na tomada de decisão da chefia em ampliar ou não as equipes por período tanto na demanda espontânea e agendada quanto na sala dos sintomáticos respiratórios, além de se tornar um espaço de trocas, escuta e de acolhimento nos momentos mais angustiantes da pandemia.

Foi organizado junto à equipe NASF-AB e os ACS uma planilha de acompanhamento dos casos por meio do teleatendimento. O contato telefônico para o monitoramento dos casos suspeitos e confirmados era realizado no intervalo de 48 ou 24 horas, a depender da avaliação clínica do usuário. As informações obtidas no monitoramento clínico eram registradas em prontuário e na planilha de monitoramento, estas incluíam verificação dos sintomas, seguimento da evolução do

quadro, investigação do surgimento de sintomas nos contatos, e a classificação da gravidade do caso, possibilitando a longitudinalidade e a coordenação do cuidado.

Para Daumas et al., 2020, o teleatendimento é uma importante estratégia para o acompanhamento dos casos suspeitos, visto que os profissionais orientam quanto ao isolamento e o reconhecimento dos sinais de alertas, monitorando a evolução clínica do paciente. Essa medida contribui para a redução da demanda e dos riscos de infecção nas unidades e permite a concentração de seus recursos no atendimento aos casos mais graves.

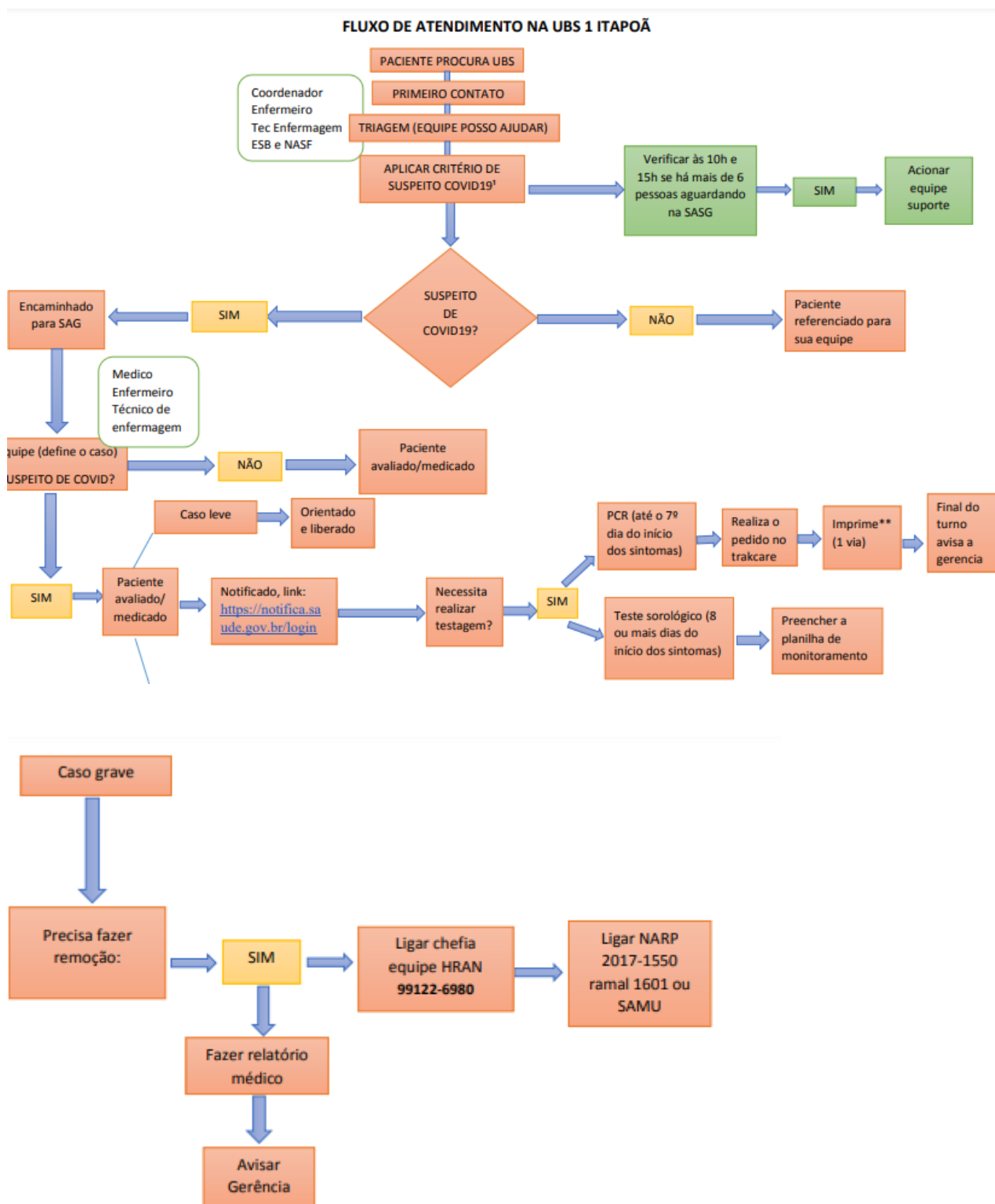
Ao longo da pandemia, foi observado pela gerência a importância de sistematizar os dados produzidos pela equipe de assistência para tomada de decisão de forma mais rápida e ao mesmo tempo dar transparência aos profissionais e aos usuários o que vinha sendo realizado pela equipe no enfrentamento ao COVID19. Para cumprir com tais objetivos foi realizado um painel interativo dos casos suspeitos de síndrome gripal, demonstrando a área do domicílio, a quantidade de testes rápidos e de SWABs realizados e informações sobre o perfil sociodemográfico dos pacientes, bem como a informação de quantos profissionais da UBS foram afastados/acometidos pelo COVID.

O painel se mostrou um importante instrumento para o planejamento e a tomada de decisões, com ele foi possível: ajustar o número de profissionais para o atendimento na sala de isolamento de acordo a demanda; adequar a quantidade de consultórios para os atendimentos dos pacientes suspeitos de COVID-19; fazer a gestão dos insumos e EPIs de forma racionalizada; e mobilizar as equipes (ESFs, NASF e Saúde Bucal) para o monitoramento dos casos, sendo uma ferramenta que assume posição estratégica, por propiciar uma melhor compreensão do comportamento da doença no território, facilitando a intervenção oportuna nas microáreas onde a propagação da doença apresenta.

Diante disso, para que o atendimento seja realizado de forma efetiva e com qualidade, é necessário a elaboração de um planejamento baseado em indicadores, reorganização dos serviços de acordo com a situação epidemiológica, alocação de recursos financeiros, e a capacitação dos profissionais, para que possam responder com eficiência e segurança as demandas da população (SARTI et al., 2020).



Foi realizado na gerencia o fluxo de atendimento na UBS para alinhar com todos os profissionais da Unidade a homogeneidade das informações.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi possível perceber que a partir das estratégias lançadas para o enfrentamento da pandemia, a planilha foi um importante instrumento para a tomada de decisões, organização dos fluxos e dos processos de trabalho dos profissionais, foi uma ferramenta que permitiu conhecer as características e o perfil dos usuários atendidos na unidade suspeitos de síndrome gripal. Contudo, uma das limitações a ser considerada foi a ausência de algumas informações no banco de dados, devido ao preenchimento incorreto ou incompleto das variáveis.

A participação e mobilização de toda a equipe, desde o acolhimento do paciente até o monitoramento do estado de saúde por teleatendimento, era uma importante forma de fortalecer o vínculo e a humanização da equipe, possibilitando o aprimoramento da comunicação e abordagem com o usuário, construindo um pacto de saúde entre equipe e paciente. No entanto, com as mudanças das agendas e dos processos de trabalho dos profissionais, a vinculação foi reduzida entre os usuários e a equipe, pacientes deixaram de procurar a equipe por medo da contaminação e muitas vezes quando procuravam o serviço eram atendidos por outras equipes, devido ao profissional está afastado ou por estar na escala da sala de isolamento.

A Unidade Básica de Saúde para um cuidado mais efetivo, precisava ser integrada a outros serviços e equipamentos sociais, na qual exigia esforços para reorganizar o cuidado segundo as singularidades locais. Faltou ações coletivas nos territórios, por meio da comunicação e educação em saúde, articulação com as redes de apoio comunitária e ações e programas sociais, como identificar usuários/famílias em extrema pobreza, grupos vulneráveis, como população em situação de rua, mobilizar lideranças e organizações sociais para ações de suporte social e para inserção em ações governamentais (cadastros sociais, Programa Bolsa Família, auxílio emergencial, cestas básicas etc.).

Entretanto, vale destacar que a Unidade enfrentou problemas estruturais, de recursos humanos e de insumos e ainda assim, conseguiu se organizar e proporcionar o cuidado as demandas apresentadas pela população dentro da sua governabilidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. C. et al. Caracterização Epidemiológica dos casos de covid-19 no Maranhão: Uma breve análise, 2020

ARAÚJO, F. A. et al. Análise de casos confirmados e óbitos pelo novo Coronavírus no Piauí. J. nurs. health. 2020;10(n.esp.):e20104036

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2020

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano de Contingência do Distrito Federal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus/ COVID-19. Versão 6: 06/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do novo coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CAMPOS, R. T. O. et al . Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 252-264, 2014 .

CESTARI, V. R. F. et al. Vulnerabilidade social e incidência de covid-19 em uma metrópole brasileira, Cien Saude Colet. dez, 2020

DAUMAS, R. P. et al . O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 36, n. 6, e00104120, 2020 .

DISTRITO FEDERAL. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece 56 a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, Ano XLVI Edição nº 33. Brasília - DF, p.4, 15 de fev. 2017

ISER, B. P. M. et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 29, n. 3, e2020233, 2020

GDF; SEFP; CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios -Itapoã. 2019.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1263-1274, Apr. 2014

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília , v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003 .

MOURA, P. L. et al. Perfil epidemiológico da Covid-19 em Santa Catarina. Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. 2020

NASCIMENTO J. S. et al. Prevalência e aspectos epidemiológicos da COVID-19 na 9ª Região de Saúde de Alagoas Journal of Health & Biological Sciences, 2020

SANTOS, C.R. et al. Investigação epidemiologica da covid-19 no estado de Alagoas, Brazil. Rev Pre Infec e Saúde [Internet]. 2020;6:11290.

SARTI, T. D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 29(2): e 2020166, 2020.

SESDF. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Saúde. Boletim epidemiológico: Emergência de Saúde Pública COVID-19 no âmbito do Distrito Federal. Brasília:DF 2020.

SILVA, A. W. C. et al. Perfil epidemiológico e determinante social do COVID-19 em Macapá, Amapá, Amazônia, Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 04, Vol. 04, pp. 05-27. Abril de 2020.

SILVA, E. L. E. et al. Covid-19 na região integrada de desenvolvimento do distrito federal e entorno (RIDE) distribuição espacial e medidas sanitárias de contingência. Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, p. 287 - 297, 20 jun. 2020.

SILVA, A. W. C. et al. Perfil epidemiológico e determinante social do COVID-19 em Macapá, Amapá, Amazônia, Brasil. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. São Paulo, ano 5, ed. 4, v. 4, abr. 2020.

SILVA, J. P. B. et al. Análise epidemiológica de casos confirmados de COVID-19 em Caxias, Maranhão, Brasil. Revista Prevenção de Infecção e Saúde, v. 6, p. 1-9, 2020b

PESTANO, E. S. et al. Análise do comportamento epidemiológico da Covid-19 no estado do Maranhão, 2020. Rev Pre Infec e Saúde [Internet]. 2020;6:

VALE, P. V. et al. Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. APS EM REVISTA, v. 2, n. 2, p. 83-90, 9 jun. 2020.

ZHANG, Y. et al. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. China CDC Weekly. v. 2, n. x, 2020.