

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE ODONTOLOGIA

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL

LAURA ALMEIDA DA VEIGA

**ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE COVID-19
TELEMONITORADOS POR CIRURGIÕES-DENTISTAS RESIDENTES DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Porto Alegre

2021

LAURA ALMEIDA DA VEIGA

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE COVID-19
TELEMONITORADOS POR CIRURGIÕES-DENTISTAS RESIDENTES DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Matheus Neves.

Co-orientador: George Henrique Aliatti Mantese.

Porto Alegre

2021

CIP - Catalogação na Publicação

Almeida da Veiga, Laura
ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE
COVID-19 TELEMONTORADOS POR CIRURGIÕES-DENTISTAS
RESIDENTES DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE / Laura Almeida da Veiga. -- 2021.
50 f.
Orientador: Matheus Neves.

Coorientador: George Henrique Aliatti Mantese.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Residência Integrada em Saúde Bucal,
Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. COVID-19. 2. Telessaúde. 3. Odontologia. 4.
Atenção Primária à Saúde. I. Neves, Matheus, orient.
II. Henrique Aliatti Mantese, George, coorient. III.
Título.

LAURA ALMEIDA DA VEIGA

ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM SUSPEITA DE COVID-19
TELEMONITORADOS POR CIRURGIÕES-DENTISTAS RESIDENTES DO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Porto Alegre, 06 de dezembro de 2021.

Fernando Neves Hugo

Graduação em Odontologia, mestrado em Gerontologia Biomédica e Doutor em Odontologia, na área de Saúde Coletiva. Professor do Departamento de Odontologia Preventiva e Social UFRGS.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Fernando Neves Hugo

Rodrigo Pedroso Tolio

Graduação em Medicina, aluno de mestrado em Epidemiologia UFRGS, membro do grupo de Pesquisa em Telessaúde do HCPA e professor na faculdade de medicina da UNISINOS.



Rodrigo Pedroso Tolio

AGRADECIMENTOS

Eu gostaria de agradecer aos meus pais, Marcia Almeida da Veiga e Jorge Luiz Santos da Veiga, pelo suporte de sempre em todas as fases da minha vida. Ao meu namorado, Fernando Maracci Martins de Oliveira, pelo apoio, companheirismo e compreensão.

Gostaria de agradecer e dedicar este trabalho aos meus colegas de residência, Cynthia Freitas, Ingrid Almeida, Cassiane Claro, Raiana Garcez e Vinícius Furlan e aos nossos R2, Flávia Abich, Viviane Martinez, Andressa Simioni, Thiago Rodrigues e Mara Andressa Ferreira, que fizeram parte da equipe de cirurgiões-dentistas do Telemonitoramento COVID-19 e sem eles, esse trabalho não seria possível. À toda equipe que trabalha no Telemonitoramento COVID-19, aos médicos que nos orientaram e aos profissionais do administrativo, que nos davam todo suporte necessário.

Ao meu orientador, Matheus Neves, por ter aceitado conduzir o meu trabalho de pesquisa. Ao meu coorientador, George Henrique Aliatti Mantese, pela orientação e motivação durante todo o processo.

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada, no dia 31 de dezembro de 2020, sobre casos de pneumonia de etiologia microbiana desconhecida associados à cidade de Wuhan, província de Hubei. No dia 11 de março de 2020 foi declarada situação de pandemia de COVID-19, cujo fator etiológico é um novo coronavírus denominado SARS-CoV-2. A transmissão do vírus acontece de uma pessoa doente para outra por meio de gotículas respiratórias através de contato próximo. Cirurgiões-dentistas estabelecem contato muito próximo com as cavidades bucal e nasal do paciente e por isso correm risco adicional de serem infectados. No mês de março de 2020, foram suspensas as atividades odontológicas que não fossem de urgência e emergência, exercidas por estabelecimentos públicos de saúde, assim como as atividades nas instituições de graduação. Sendo assim, os residentes da Residência Integrada em Saúde Bucal/UFRGS não começaram atendimentos nos campos de prática, como medida de proteção e prevenção da COVID-19. Entre setembro de 2020 e abril de 2021, os cirurgiões-dentistas residentes na área de Saúde de Família e Comunidade, foram inseridos no Serviço de Telemonitoramento COVID-19, com a finalidade de acompanhar pacientes casos suspeitos e confirmados de COVID-19, pelo tempo estabelecido para o isolamento domiciliar. Este trabalho tem como objetivo descrever o acompanhamento e perfil dos pacientes que procuraram as Unidades de Saúde Santa Cecília e Tristeza e a emergência do HCPA e tiveram a continuidade do tratamento realizado de forma remota. Trata-se de um estudo descritivo observacional longitudinal retrospectivo. Os pacientes receberam ligações a cada 48 horas, por 10 dias e durante o monitoramento foram aplicados formulários eletrônicos, nos quais eram respondidas perguntas sobre a evolução dos seus sintomas, necessidade de atendimento presencial, entre outros. Os dados coletados dos formulários, foram transferidos para uma planilha do Excel e então transcritos para o software powerBI, onde foi realizada a análise descritiva dos dados. Foram realizadas 6030 ligações para 3393 pessoas. A atuação dos residentes da odontologia no combate à pandemia de COVID-19 através do serviço de Telemonitoramento COVID-19 contribuiu no tratamento de casos leves, fornecimento de informações aos pacientes, na redução da propagação do vírus e evitou a sobrecarga dos serviços de saúde. Ademais, contribuiu positivamente no crescimento pessoal e profissional da equipe de cirurgiões-dentistas.

Palavras-chave: COVID-19; Telessaúde; Odontologia; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The World Health Organization (WHO) was informed on December 31, 2020 about cases of pneumonia of unknown microbial etiology associated with the city of Wuhan, Hubei province. On March 11, 2020, a COVID-19 pandemic situation was declared, whose etiological factor is a new coronavirus called SARS-CoV-2. The virus is transmitted from one sick person to another through respiratory droplets through close contact. Dentists establish very close contact with the patient's oral and nasal cavities and take an additional risk of becoming infected. In March 2020, non-urgent and emergency dental activities carried out by public health establishments were suspended as well as activities in graduate institutions. Therefore, residents of the Integrated Residency in Oral Health/UFRGS did not start care in the practices, as a protection and prevention measure by COVID-19. Between September 2020 and April 2021, dentists residing in the Family and Community Health area were included in the COVID-19 Telemonitoring Service, with the purpose of monitoring patients with suspected and confirmed cases of COVID-19, over time established for home isolation. This study aims to describe the follow-up and profile of patients who sought the Santa Cecília and Tristeza Health Units and the emergency at the HCPA and had continued treatment performed remotely. This is a retrospective longitudinal observational descriptive study. Patients received calls every 48 hours for 10 days and during monitoring electronic forms were applied, in which questions are answered about the evolution of their symptoms, need for face-to-face care, among others. The data collected from the forms were transferred to an Excel spreadsheet and then transcribed to the powerBI software, where descriptive data analysis was performed. A total of 6030 calls were made to 3393 people. The role of dental residents in combating the COVID-19 pandemic through the COVID-19 Telemonitoring service contributed to the treatment of mild cases, providing information to patients, reducing the spread of the virus and avoiding the overload of health services. Furthermore, it contributed positively to the personal and professional growth of the team of dentists.

Keywords: COVID-19; Telehealth; Dentistry; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1	Características gerais sobre a COVID-19	10
2.2	COVID-19 e Prática Odontológica	14
2.3	A Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19	15
2.4	Telessaúde e coordenação do cuidado no combate à COVID-19	16
3	OBJETIVOS	19
4	METODOLOGIA	19
4.1	Delineamento do estudo	19
4.2	Local do estudo	19
4.3	População do estudo	19
4.4	Critérios de inclusão e exclusão	20
4.5	Coleta de dados	20
4.6	Análise e tabulação de dados	22
4.7	Aspectos éticos	22
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	31
4.7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	36
	ANEXO A- Formulário de telemonitoramento US Santa Cecília e emergência HCPA	40
	ANEXO B- Formulário de telemonitoramento US Tristeza	43
	ANEXO C- MODELO DE EVOLUÇÃO DO REGISTRO DAS CONSULTAS REMOTAS	49

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi informada sobre casos de pneumonia de etiologia microbiana desconhecida associados à cidade de Wuhan, província de Hubei, China em 31 de dezembro de 2019. A OMS anunciou posteriormente que um novo coronavírus tinha sido detectado em amostras coletadas desses pacientes. No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou, primeiramente, uma emergência de saúde pública de interesse internacional. O nome do Novo Coronavírus foi nomeado como SARS-CoV-2 no final do ano de 2019. Ele produz a doença classificada como COVID-19 (BEECHING; FLETCHER; FOWLER, 2020; BRASIL, 2020a).

Em 11 de março de 2020 a OMS declarou situação de pandemia de COVID-19, isso quer dizer que o vírus está circulando em todos os continentes. A transmissão do SARS-CoV-2 acontece de uma pessoa doente para outra por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar, por meio de contato direto ou próximo, especialmente através de mãos não higienizadas e pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas (BRASIL, 2020b).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), os grupos mais vulneráveis ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) são idosos e pessoas com condições crônicas pré-existentes (como hipertensão, insuficiência renal, doenças cardíacas, doenças pulmonares, câncer ou diabetes).

Além do grupo de risco por questões relacionadas a saúde e idade, os profissionais da área da saúde também têm alto risco de contaminação pelo coronavírus no ambiente de trabalho, seja em consultórios, ambulatórios e unidades de terapia intensiva- UTI. A carga viral concentrada nas vias aéreas superiores oriundas de secreções das vias aéreas, sangue ou saliva, tem relevante disseminação da doença entre profissionais que atuam na região de cabeça e pescoço (SOUZA; COSTA, P. S.; COSTA, L. R., 2020).

As Unidades de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde são portas de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo de fundamentais para assistência aos casos de COVID-19. Elas oferecem atendimento resolutivo, além de manter a longitudinalidade, coordenação do cuidado e no contexto atual atuam no acolhimento, e manejo de usuários com Síndrome Gripal, fazendo-se necessária uma reorganização dos serviços e das práticas profissionais.

Garantir uma Atenção Primária à Saúde (APS) com assistência segura e de qualidade torna-se crucial para a contenção da pandemia. (UFRGS, 2020; BRASIL, 2020a; SOUSA et al., 2021).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 467, de 20 de março de 2020, autoriza, em caráter excepcional e temporário, a realização das ações de Telemedicina, com o objetivo de operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da epidemia de COVID-19 (BRASIL, 2020c).

Em abril de 2020, o TelessaúdeRS-UFRGS em parceria com a prefeitura de Porto Alegre e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, foi criado o serviço de Telemonitoramento de pacientes com coronavírus que estão em isolamento domiciliar. Com objetivo de observar a evolução do quadro dos pacientes e esclarecer dúvidas deles durante o isolamento.

Na ausência de medicamentos específicos para o tratamento, na falta de vacina contra COVID-19 durante o ano de 2020 e devido à alta transmissibilidade da infecção, as intervenções eficazes para o controle da pandemia são medidas de saúde pública como isolamento, distanciamento social e vigilância dos casos, com o propósito de reduzir o contágio, evitando sofrimento e morte, ao frear a velocidade da pandemia. Ao mesmo tempo é necessário dotar o sistema de recursos para oferecer a atenção adequada e oportuna (MEDINA et al., 2020).

Em 16 de março de 2020, através do ofício Nº 477/2020 o Conselho Federal de Odontologia solicitou ao Ministério da Saúde que recomendasse a suspensão das atividades odontológicas que não sejam comprovadamente de urgência e emergência exercidas por estabelecimentos públicos de saúde. Nesta data também ocorreu o fechamento das instituições de graduação. Visto que o atendimento odontológico presta uma assistência na qual o profissional estabelece contato muito próximo com as cavidades bucal e nasal do paciente, cirurgiões-dentistas correm risco adicional de serem infectados, pois a saliva representa um importante meio na cadeia de transmissão da COVID-19 (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020a; BRASIL, 2020d).

Devido a suspensão dos procedimentos odontológicos eletivos nos estabelecimentos públicos de saúde e o cancelamento das aulas teóricas na Faculdade de Odontologia na UFRGS, os residentes da Residência integrada em Saúde Bucal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul não iniciaram os atendimentos nos campos de estágio, em Unidades de Saúde do município de Porto Alegre. Em setembro de 2020 foram inseridos no ambulatório de consultas remotas, em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, TelessaúdeRS-

UFRGS, Unidade de Saúde da Família Santa Cecília e Unidade de Saúde Tristeza, com a finalidade de monitorar pacientes que procuraram as unidades de saúde com sintomas suspeitos de COVID-19.

Este trabalho tem como objetivo descrever o perfil de pacientes com suspeita de COVID-19, acompanhados por cirurgiões-dentistas residentes do programa de Saúde da Família e Comunidade da RISB-UFRGS no ambulatório de Telemonitoramento COVID-19, assim como descrever a dinâmica do trabalho realizado no ambulatório. O presente trabalho mostra um serviço de extrema importância no contexto atual de pandemia, no qual a prestação de serviços em saúde foi adaptada para uma nova realidade. O uso imediato e a aplicação bem-sucedida do atendimento remoto para enfrentar este desafio global de saúde pública provavelmente aumentarão a aceitação de tais tecnologias para o tratamento realizado em diversas áreas da saúde, não somente no que diz respeito ao combate à pandemia de COVID-19.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A COVID-19

A doença respiratória aguda, COVID-19 é causada pelo novocoronavírus (SARS-CoV-2), que pertence à família Coronaviridae. Vírus dessa mesma família, foram responsáveis por outros dois surtos virais em humanos nos últimos anos, o primeiro deles foi de uma Síndrome Respiratória aguda Grave, causada pelo vírus SARS-CoV, em 2003 e o segundo surto ocorreu entre 2012 e 2015, a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, causado pelo MERS-Cov. (YOUSEFIFARD, et al. 2020).

A transmissão do SARS-CoV-2 acontece de uma pessoa doente para outra por meio de gotículas respiratórias eliminadas ao tossir, espirrar ou falar, por meio de contato direto ou próximo, especialmente através das mãos não higienizadas e pelo contato com objetos ou superfícies contaminadas. O contato próximo, em que pode ser transmitido o nome coronavírus caracteriza-se por: pessoas que estiveram a menos de um metro de distância por um período mínimo de 15 minutos com um caso confirmado; pessoa que teve contato físico

direto (aperto de mãos, por exemplo) com um caso confirmado; profissional da saúde que prestou assistência em saúde ao caso de COVID-19 sem utilizar equipamento de proteção individual (EPI), ou com EPI's danificados; e contato domiciliar ou residente da mesma casa/ambiente (dormitórios, creche, alojamento, etc.), de um caso confirmado. (BRASIL, 2020b; UFRGS, 2020).

O novocoronavírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves- cerca de 80%- a casos muito graves com insuficiência respiratória-entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente conforme a faixa etária e condições clínicas associadas (BRASIL, 2020a).

As pessoas são consideradas mais contagiosas quando estão mais sintomáticas. Porém foi comprovada a propagação de vírus na fase pré sintomática, quando as pessoas estão em período de incubação, geralmente um a três dias antes do início dos sintomas. A transmissão por pessoas assintomáticas que nunca desenvolveram sintomas é possível, mas parece ser bastante rara (UFRGS, 2020).

Os sinais e sintomas mais comuns são: febre e tosse seca. No entanto a febre pode ser uma sintomatologia ausente em alguns doentes ou pode desenvolver-se dias após o início do quadro clínico. Outros sintomas que também estão presentes em frequência variável são: anosmia (disfunção olfativa), disgeusia (disfunção gustatória), fadiga, anorexia, dispneia, expectoração, calafrios, cefaleia, dor de garganta, mialgias, rinorreia, congestão nasal, náuseas, diarreia, dor abdominal, tontura, sensação de pressão/dor torácica e conjuntivite. (UFRGS, 2020; PINTO et al. 2020).

Pacientes com Síndrome Gripal e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sem nenhuma outra etiologia identificada, são considerados casos suspeitos de COVID-19. Pacientes com SG apresentam pelo menos dois, dos seguintes sinais e sintomas: febre (acima de 37,8° C. Considera-se a febre relatada pelo paciente também, mesmo que não mensurada); calafrios, dor de garganta, cefaléia, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou distúrbios gustativos. Na suspeita de COVID-19, a febre pode estar ausente e sintomas gastrointestinais (diarreia), podem estar presentes. Em crianças, considera-se também obstrução nasal, na ausência de outro diagnóstico específico. Em idosos considera-se também critérios específicos de agravamento como síncope, confusão mental, sonolência excessiva, irritabilidade e inapetência. (UFRGS, 2020).

O paciente com SRAG apresenta Síndrome Gripal associada a pelo menos um dos seguintes sinais de gravidade: dispneia; ou pressão persistente no tórax; ou Saturação de O₂ menor que 95% em ar ambiente; ou coloração azulada dos lábios ou rosto. Em crianças, é necessário observar os batimentos de asa do nariz, cianose, tiragem intercostal, desidratação e inapetência (UFRGS, 2020)).

Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica, publicado pelo Ministério da Saúde em agosto de 2020, os fatores de risco a serem considerados para possíveis complicações da COVID-19 são: Idade igual ou superior a 60 anos; tabagismo, obesidade; miocardiopatias de diferentes etiologias (insuficiência cardíaca, miocardiopatia isquêmica etc.); hipertensão arterial; Pneumopatias graves ou descompensadas (asma moderada/grave, DPOC); Imunodepressão e imunossupressão; Doenças renais crônicas em estágio avançado (graus 3, 4 e 5); Diabetes Melito, conforme juízo clínico; Doenças cromossômicas com estado de fragilidade imunológica; Neoplasia maligna (exceto câncer melanótico de pele); Algumas doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme e talassemia); e gestação de alto risco (BRASIL, 2020e)

A carga viral tende a cair após aproximadamente uma semana de sintomas. Casos mais graves podem transmitir o vírus por mais tempo. O período de Incubação da COVID-19 é, em média de 5 a 6 dias, mas pode ser de até 14 dias (OMS, 2020).

São considerados casos leves os pacientes com sintomas respiratórios ou Síndrome Gripal com sintomas leves (sem tosse/febre persistente, sem piora dos sintomas, ausência de dispneia ou sinais e sintomas de gravidade). Os pacientes considerados casos moderados apresentam tosse e febre persistentes, piora progressiva dos sintomas ou pelo menos um sintoma respiratório e presença de comorbidades de risco para complicações da COVID-19. Os casos graves apresentam Síndrome respiratória Aguda Grave, caracterizada por sintomas já citados anteriormente (UFRGS, 2020).

No diagnóstico da COVID-19 deve-se levar em consideração as condições clínicas, resultados de exames laboratoriais e histórico de contato próximo ou domiciliar nos 14 dias anteriores ao aparecimento dos sinais e sintomas com pessoas já confirmadas para COVID-19. O quadro clínico inicial da doença varia desde manifestações clínicas leves como um resfriado, Síndrome Gripal ou até insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos, que podem exigir a hospitalização do paciente. (UFRGS, 2020; BRASIL, 2020e).

O diagnóstico laboratorial pode ser realizado tanto por testes de biologia molecular (RT-PCR em tempo real) como pelos testes imunológicos (sorologia por imunocromatografia, teste rápido para detecção do anticorpo IgM e/ou IgG; teste enzimaimunoensaio-ELISA IgM ou imunoensaio por eletroquimioluminescência-ECLIA IgG). O exame considerado padrão ouro é o RT-PCR, ele tem sido o método de referência para confirmar COVID-19 tanto por estabelecimento de saúde pública como também da saúde suplementar. (BRASIL, 2020a).

O exame de biologia molecular (RT-PCR em tempo real) visa a detecção do RNA do novocoronavírus e permite identificar a presença dele em amostras coletadas por swab da cavidade nasal e orofaringe, por aspirado de secreção da nasofaringe ou até de vias inferiores. Ele pode ser realizado até o 8º dia do início dos sintomas, sendo preferencialmente coletado entre o 3º e o 7º dia de sintomas, pois é a fase aguda. (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020e; UFRGS, 2020).

Os testes imunológicos de detecção de anticorpos contra o SARS-CoV-2 podem diagnosticar doença progressa ou ativa, em casos que se apresentam tardiamente no curso da doença. Estes testes devem ser realizados após o 8º dia do início dos sintomas, por meio de coleta de sangue (gota de sangue ou soro) (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020e).

As alterações em exames complementares mais comuns são infiltrados bilaterais nos exames de imagem de tórax, linfopenia no hemograma e aumento da proteína C-reativa. A doença apresenta fundamentalmente complicações respiratórias: pneumonia e Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – SARA. (BRASIL, 2020a).

Diante do reconhecimento da pandemia pela OMS, o Ministério da Saúde estabeleceu, através da Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020, medidas para prevenção e controle da transmissão da COVID-19. Essas medidas são: distanciamento social, etiqueta respiratória (cobrir nariz e boca com lenço de papel, nunca com as mãos, ao tossir ou espirrar; evitar tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas; evitar abraços e apertos de mão, dentre outros), higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados.

2.2 COVID-19 E PRÁTICA ODONTOLÓGICA

O atendimento odontológico confere a produção de aerossóis, com o uso da seringa tríptica, da caneta de alta rotação e do aparelho de ultrassom, que podem ser foco de contaminação e propagação do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Embora a transmissão do vírus pelo ar ainda não tenha sido documentada, ela é possível durante procedimentos que gerem aerossóis. Em estudo experimental de Van Doremalen et al. (2020), o SARS-Cov-2 permaneceu viável em suspensão no ar por pelo menos três horas após procedimento gerador de aerossóis. Esse quadro representa risco não somente à equipe executante como também pode desencadear a contaminação de pessoas que não tiveram contato direto com o paciente infectado pela Covid-19 devido à propagação de fluídos pelo ar que contaminam o ambiente e as superfícies inertes e se a pessoa não está fazendo uso de equipamento de proteção adequado, como a máscara por exemplo (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020a; BRASIL, 2020; FRANCO et al, 2020).

A Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/Desf/Saps/Ms), através da Nota Técnica Nº 16/2020-CGSB/DESF/SAPS/MS, de 17 de junho de 2020, recomendou que, além da suspensão de atendimentos odontológicos eletivos nos estabelecimentos da APS (Unidades Básicas de Saúde-UBS/Unidades de Saúde da Família-USF), reforçou também a orientação aos profissionais das equipes de Saúde Bucal que não estiverem envolvidos com atendimento de urgências odontológicas a colaborarem com as ações do Fast Track Covid-19, de forma a prestar apoio nos processos definidos localmente de enfrentamento dessa doença. Recomendou também, a postergar as atividades coletivas relacionadas à saúde bucal, com vistas a evitar aglomerações e ações que possam contribuir para a propagação do vírus.

O Conselho Federal de Odontologia, por meio de publicação descreveu quais são as situações de urgência e emergência que devem ser atendidas na pandemia:

As emergências odontológicas: I-Sangramentos não controlados; II- Celulite ou infecções bacterianas difusas com potencial risco de comprometimento das vias aéreas dos pacientes; III- Traumatismo envolvendo ossos da face. As situações de urgência serão: I- Dor odontológica aguda, decorrente de inflamações da polpa (pulpite); II- Pericoronarite ou dor relacionada a processos infecciosos envolvendo os terceiros molares; III- Alveolite pós-operatória; IV- Remoção de suturas; V-Abscessos (dentário e periodontal) ou infecção bacteriana; VI- Fratura de dentes; VII- Tratamento odontológico necessário prévio à procedimento médico crítico; VIII- Cimentação ou

fixação de coroas ou próteses fixas; IX- Biópsias; X-Ajuste ou reparo de próteses removíveis; XI- Finalização ou troca para medicação intracanal; XII-Restauração de cáries extensas ou restaurações com problemas que estejam causando dor; XIII- Necroses orais com dor e e presença de secreção purulenta; XIV-Ajuste, troca ou remoção de dispositivo ortodôntico que estiver ulcerando a mucosa bucal; XV- Mucosites orais com indicação de tratamento com laserterapia; XVI-Trauma dentário com avulsão ou luxação. (CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA, 2020b).

Através da Portaria nº639, de 31 de março de 2020, o Ministério da Saúde teve como objetivo capacitar profissionais da área da saúde para o enfrentamento do coronavírus (COVID-19). Ela dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo- Profissionais da saúde”. Os profissionais da odontologia estão entre os listados na Portaria.

Embora dentistas e médicos atuem em campos diferentes, as suas formações compartilham algumas similaridades. Ambos têm conhecimento sobre ciências humanas básicas, como a anatomia, fisiologia farmacologia e microbiologia. Sendo assim, os dentistas também podem ser aliados no combate à pandemia de COVID-19. Podendo atuar no rastreamento de casos suspeitos, acompanhando casos confirmados com manifestação de sintomas leves, etc. (SENEVIRANTNE; LAU; GOH, 2020).

2.3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

O manejo clínico da COVID-19 na APS difere frente a gravidade dos casos. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento. Para casos graves, inclui a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte a centros de referência ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares (BRASIL. 2020a).

Medina et al. (2020) Ressalta que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social.

Dada a letalidade muito mais elevada da COVID-19 nas pessoa com 60 anos ou mais, deve-se priorizá-las para atendimento. Além deles, pessoas com doença crônica, gestantes e puérperas devem ter atendimento priorizado. Gestantes e puérperas não têm risco elevado

para COVID-19, mas apresentam maior risco de gravidade se infectadas por influenza (BRASIL, 2020a).

O tratamento dos casos de síndrome gripal leve, na APS, é realizado por meio de medidas não farmacológicas (indicação de repouso, hidratação e isolamento domiciliar), farmacológicas e medidas clínicas. Serão prescritos fármacos para o controle dos sintomas, caso não haja nenhuma contradição. As medidas clínicas adotadas serão: acompanhamento do paciente, preferencialmente por telefone, a cada 24 horas em pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco e a cada 48 horas nos demais pacientes, até completar 14 dias do início dos sintomas (OMS, 2020).

Profissionais da APS podem orientar, utilizando modalidades de teleatendimento, os casos suspeitos quanto ao isolamento e reconhecimento dos sinais de alerta; identificar pacientes que não podem ser cuidados no domicílio; monitorar estes casos suspeitos quanto à evolução clínica; realizar videoconsultas para casos mais complexos e orientá-los a procurar um atendimento presencial (DAUMAS et al., 2020).

Pacientes que procuram atendimento nas Unidades de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde e apresentam sintomas de tosse, dificuldade respiratória ou dor de garganta serão abordados como casos suspeitos de COVID-19. Após a identificação dos sintomas na recepção, o paciente recebe uma máscara e é encaminhado para uma sala de isolamento (ela deve ter a porta fechada, janelas abertas e ar-condicionado desligado). Após essa triagem, o paciente deve passar por consulta presencial com enfermeiro e médico. É imprescindível a realização da consulta médica a fim de estratificar a gravidade por meio de anamnese e exame físico. Em consulta médica, após confirmar a presença de Síndrome Gripal, é fundamental estratificar a gravidade dos casos, a fim de identificar rapidamente casos suspeitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (BRASIL, 2020a).

2.4 TELESSAÚDE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO NO COMBATE À COVID-19

Historicamente, a telemedicina concentrava-se na aplicação de interações tradicionais de médico para paciente (e entre médicos) aprimorada pelo recurso bidirecional de vídeo e áudio. Posteriormente, o uso de tecnologias de informação e telecomunicação (TIC) foi estendido para suportar serviços, atividades de treinamento e de informação em saúde de forma multidisciplinar (CAETANO et al, 2020).

Os termos Teleatendimento, Telemedicina e Telessaúde são usados como sinônimos, porém o Telessaúde, abrange um campo mais amplo e não se restringe apenas ao campo da medicina. Essa forma de atendimento em saúde, traz múltiplas oportunidades de uso para o enfrentamento da epidemia da COVID-19.

As aplicações dos atendimentos remotos são: Teleconsultoria, que se trata de consulta entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, objetivando esclarecer dúvidas e questões relativas ao processo de trabalho; Telediagnóstico, que utiliza a TIC em serviços de apoio ao diagnóstico, que inclui telerradiologia, teleespirometria, telepatologia etc.; Telemonitoramento de parâmetros de saúde e/ou doença de pacientes, incluindo coleta de dados clínicos, transmissão, processamento e manejo por profissional de saúde; Telerregulação, através de ações e sistemas de regulação, avaliação e o planejamento das ações, possibilitando redução nas filas de espera no atendimento especializado; Teleeducação, que abrange aulas, cursos ou disponibilização de objetos de aprendizagem sobre temas relacionados à saúde; e Teleconsulta, na qual é realizada a consulta médica ou de outro profissional de saúde à distância por meio de TIC, que até a pandemia de COVID-19, o Conselho Federal de Medicina só autorizava em casos de emergência. (BRASIL, 2020f).

No Brasil, o serviço de Teleatendimento é caracterizado pelo uso de tecnologias da informação e comunicação para atividades à distância relacionadas à melhora da saúde da população por meio da qualificação do SUS. A Portaria nº2.546, de 27 de outubro de 2011, publicada pelo Ministério da Saúde, redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes.

O TelessaúdeRS-UFRGS foi criado em 2007 e tem como objetivo melhorar a saúde da população por meio da Telemedicina/Telessaúde. Desenvolve ações de teleeducação, telediagnóstico e teleconsultoria voltadas para todos os profissionais que trabalham na APS. Ele atua na qualificação do trabalho das equipes de APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ajudar na tomada de decisão clínica e gerencial e aumentar a resolutividade, fortalecendo os atributos da APS.

Em 20 de março de 2020, foi publicada a Portaria nº 467, que 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 decorrente da epidemia de COVID-19. A teleatendimentos têm o objetivo de reduzir a circulação de pessoas expostas ao coronavírus e assim, reduzir a propagação do COVID-19 e proteger as pessoas.

As ações de Telemedicina de interação à distância podem contemplar o atendimento pré-clínico, de suporte assistencial, de consulta, monitoramento e diagnóstico, por meio de tecnologia da informação e comunicação, no âmbito do SUS, bem como na saúde suplementar e privada. (BRASIL, 2020).

O serviço de atendimento remoto contribui tanto no monitoramento e vigilância dos casos confirmados de COVID-19, como na prevenção e tentativa de frear a transmissão da doença. Através do Telessaúde, evitam-se consultas presenciais, exames e, conseqüentemente, deslocamentos e exposições desnecessárias, o contato físico direto, entre pacientes que procuram serviços de saúde e entre os pacientes e os profissionais de saúde (WANG, 2020).

O uso de tecnologias de informação e comunicação, como WhatsApp e telefone, para a realização de teleconsulta, garante a oferta de ações de forma segura, de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento. Sugere-se responder a demandas frequentes de usuários – como a renovação de receitas e a busca por medicamentos – de modo que estes não precisem se dirigir à unidade básica de saúde (UBS), seja prolongando o tempo de duração das prescrições, seja viabilizando a entrega domiciliar dos medicamentos pelo ACS, adotando-se os cuidados necessários (MEDINA et al. 2020)

Segundo Almeida et al (2018), a coordenação do cuidado significa estabelecer conexões de modo a alcançar o objetivo maior de prover às necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidados em saúde, com elevado valor, qualidade e continuidade. Em tempos de pandemia é essencial associar a coordenação do cuidado em saúde com ferramentas tecnológicas baseadas em saúde digital, como os teleatendimentos (HERNANDES, et al. 2020).

O Ministério da Saúde desencadeou a ação estratégica “O Brasil Conta Comigo-Profissionais da saúde”, através da Portaria nº639, de 31 de março de 2020. Essa estratégia é voltada ao cadastramento de profissionais da área da saúde e sua capacitação nos protocolos oficiais de enfrentamento à epidemia, aprovados pelo Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública, por meio de cursos à distância. Não há menção direta à Telessaúde, mas estruturas das Redes Nacional de Pesquisa são espaços naturais para viabilização dessa proposta.

3 OBJETIVOS

Descrever o acompanhamento e perfil dos pacientes casos suspeitos e confirmados de COVID-19 que procuraram atendimento no serviço de emergência do Hospital de clínicas de Porto Alegre e nas Unidades de Saúde Santa Cecília e Tristeza, no município de Porto Alegre e tiveram a continuidade do tratamento e monitoramento realizado por residentes do programa de Saúde da Família da RISB-UFRGS, no ambulatório de consultas remotas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em parceria com o TelessaúdeRS.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo observacional longitudinal retrospectivo. Desenvolvido com base nos registros eletrônicos do Telemonitoramento de pacientes casos suspeitos de COVID-19, realizado por 11 cirurgiões dentistas residentes do Programa de Saúde da Família da Residência Integrada em Saúde Bucal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de consultas remotas, localizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O ambulatório de consultas remotas consiste em uma sala de informática, com dezoito computadores. O horário de funcionamento do serviço é das 9:00 às 17:00.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A amostra do estudo foi composta por 3393 pessoas que procuraram atendimento nas Unidades de Saúde Santa Cecília, Tristeza e emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, por apresentarem sintomas suspeitos de COVID-19.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos somente os dados coletados pelos cirurgiões-dentistas residentes da RISB-UFRGS, que atuam no ambulatório de consultas remotas do HCPA, em parceria com a Prefeitura de Porto Alegre e o TelessaúdeRS. Dados coletados por profissionais de outras áreas, que também realizam esse acompanhamento, não serão descritos.

Não receberam ligações para fins de telemonitoramento, os pacientes cujo o número no cadastro não é um número com a Discagem Direta a Distância (DDD) 51.

Não foram incluídos dados de formulários preenchidos incorretamente, onde não consta a identificação da pessoa telemonitorada.

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada a partir das respostas dos questionários de acompanhamento em um serviço de telemonitoramento de pacientes com sintomas suspeitos de COVID-19. Foi selecionada a subpopulação atendida somente pelos 11 cirurgiões-dentistas do programa de Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde Bucal da UFRGS. Os pacientes entram no sistema do serviço após um atendimento realizado presencialmente nas Unidades de Saúde Tristeza e Santa Cecília ou na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A Unidade de Saúde Tristeza está localizada na zona Sul de Porto Alegre, possui aproximadamente 19.603 pessoas adscritas e o horário de funcionamento é das 8:00 às 22:00. A Unidade de Saúde Santa Cecília está localizada na área central de Porto Alegre, possui aproximadamente 43.853 pessoas adscritas e o horário de funcionamento é das 8:00 às 18:00. Os atendimentos de pacientes com sintomas respiratórios/suspeitos de COVID-19 são abertos à população em geral de todo o território de Porto Alegre, não precisando necessariamente ser adscrito à Unidade de Saúde, durante o ano de 2020 e 2021. O serviço de emergência do HCPA funciona 24h por dia, de segunda à domingo e é aberta a todas as pessoas, sendo moradora de Porto Alegre ou não.

No primeiro atendimento presencial, que ocorre nos estabelecimentos citados acima, o paciente passa por um acolhimento, destinado a pacientes com sintomas respiratórios, tem seus sinais vitais aferidos, relata os seus sintomas, é atendido pelo médico, que notifica o

paciente para fins de controle epidemiológico da doença e gera a guia de encaminhamento para realização do exame diagnóstico RT-PCR. Informações como nome completo, idade, CPF, número do Cartão Nacional de Saúde e telefones para contato dos pacientes são transferidos para planilhas Google (pacientes atendidos na Unidade de Saúde Tristeza vão para uma planilha e os pacientes atendidos na Unidade de Saúde Santa Cecília e emergência do HCPA são direcionados para outra planilha) no dia seguinte ao atendimento presencial. O acompanhamento dos pacientes consiste em ligações realizadas pelo aplicativo de chamadas, denominado Zoiper. A primeira ligação ocorria às 9:00 e a última ligação deveria ser realizada até 16:30. Formulários eletrônicos (Forms Google) foram criados como um instrumento para a anamnese estruturada. Assim como as planilhas com os dados iniciais, havia também dois formulários (ANEXO A e B). Nos formulários eletrônicos, a equipe registrava o nome do paciente, o nome do monitor, CPF e telefone de contato do paciente, na sequência era registrado se a ligação foi atendida ou não, se o paciente estava internado no momento da ligação ou se o paciente não desejava participar do acompanhamento; era perguntado se na percepção do paciente ele estava apresentando melhora ou piora dos sintomas; em seguida, as perguntas sobre a presença dos sintomas nos últimos dois dias (a pessoa respondia “sim ou não” para os sintomas que constavam nos formulários); Era perguntado sobre a presença de sintomas respiratórios nos contactantes íntimos, com a finalidade de notificação dessas pessoas; era questionado se a pessoa poderia esperar pela próxima ligação ou se ela julgava que necessitava de um atendimento presencial antes; e por fim, era registrada a conduta da ligação: ligação atendida e acompanhamento mantido 48h, ligação atendida e acompanhamento especial 24h, ligação atendida e paciente estava internado, orientado a procurar um atendimento presencial, encerrado pelo tempo de acompanhamento, encerrado a pedido do paciente, encerrado por teste negativo, retirado da lista por não atender ligação em 3 dias diferentes, ligação atendida, mas paciente não deseja realizar o acompanhamento.

Foram realizadas ligações a cada 48 horas, por um período de 10 dias após o início dos sintomas com o objetivo de observar a evolução do quadro do paciente e esclarecer dúvidas durante o isolamento. Casos especiais (pacientes idosos, com sintomas de alarme e comorbidades), receberam ligações a cada 24 horas. Além das perguntas do formulário eletrônico, também são realizadas perguntas sobre o início dos sintomas, data de realização do exame diagnóstico e se a pessoa possui comorbidades (ANEXO C). Ao final da ligação, a consulta é evoluída no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS, para os pacientes

da Unidade de Saúde Tristeza e da Unidade de Saúde Santa Cecília e em um “Google docs”, para os pacientes que tiveram o primeiro contato na emergência do HCPA, que era passado para o prontuário eletrônico do HCPA. Os serviços de telessaúde devem garantir a segurança das informações do paciente e o registro das mesmas, de forma obrigatória, no prontuário eletrônico. Nos casos de pacientes menores de idade, o contato foi realizado com familiar responsável.

As respostas dos formulários eletrônicos foram registradas automaticamente em planilhas Google. Os formulários apresentavam pequenas diferenças, então foi realizada uma unificação, algumas correções (no formulário aplicado para pacientes da Unidade de Saúde Santa Cecília e emergência do HCPA não constavam os sintomas “alteração no paladar” e “alteração no olfato” e no formulário da Tristeza havia, por exemplo, então eles não foram considerados) para fins de padronização dos dados obtidos.

4.6 ANÁLISE E TABULAÇÃO DE DADOS

Os dados gerados a partir das respostas dos questionários eletrônicos (Formulários Google) foram analisados através da estatística descritiva. Os dados coletados dos formulários, foram transferidos para uma planilha do Excel e então transcritos para o software powerBI, aonde foi realizada a análise descritiva dos dados. A estatística descritiva foi empregada para análise do perfil clínico dos pacientes. Foram utilizadas frequência absoluta, média e proporções

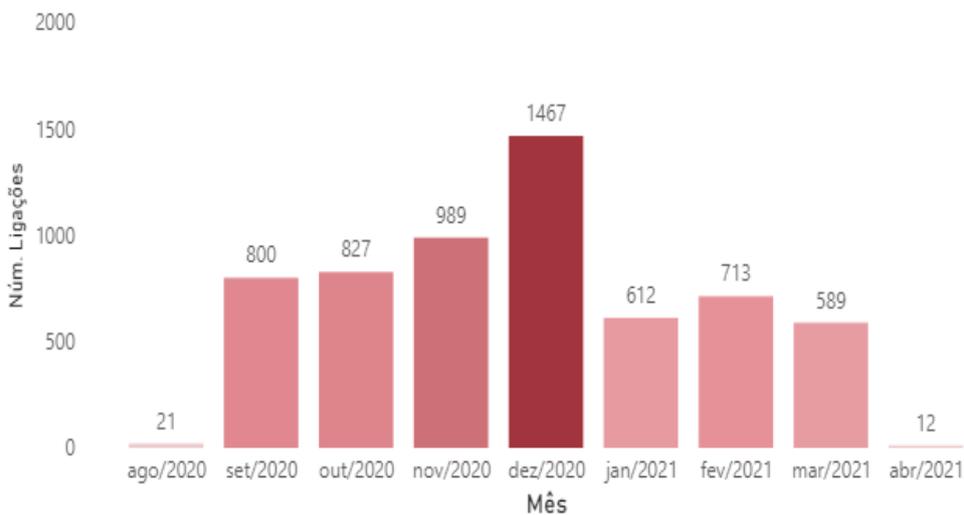
4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitada a autorização prévia da coordenação do TelessaúdeRS-UFRGS. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da UFRGS e foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

5 RESULTADOS

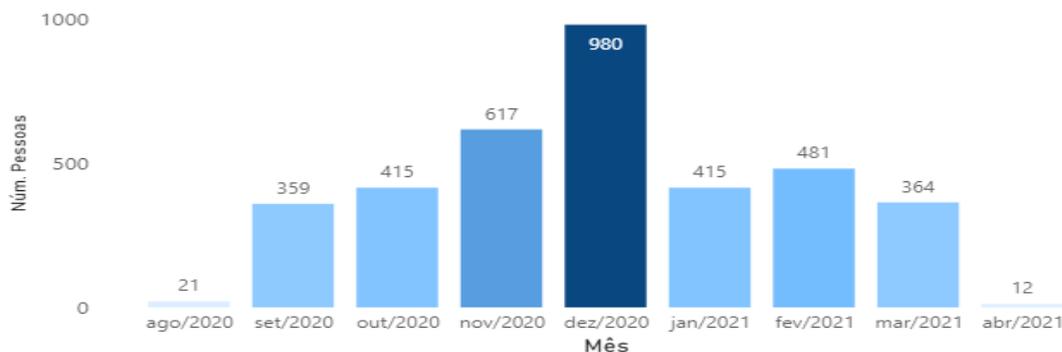
Foram realizadas 6030 ligações, para 3393 pessoas com sintomas respiratórios suspeitos de COVID-19, que procuraram atendimento na unidade de Saúde Tristeza, no período do dia 14 agosto de 2020 a 1 de abril de 2021 e a emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Unidade de Saúde Santa Cecília, no período entre o dia 25 novembro de 2020 a 5 de abril de 2021. O perfil dos pacientes que receberam ligações foi majoritariamente pelo sexo feminino 58,65%. A média de ligações realizadas por dia foi de 44,01 ligações. O mês com o maior número de ligações foi o de dezembro de 2020, com 1467 ligações (gráfico 1). Das 6030 ligações feitas, 2457 foram atendidas e 3573 ligações não foram atendidas.

Gráfico 1. Número de ligações realizadas por mês.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

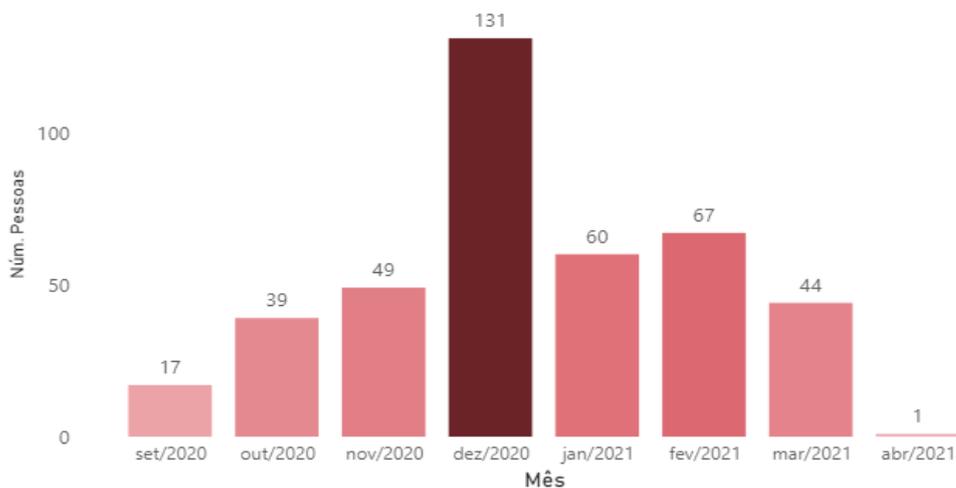
Gráfico 2. Número de pessoas que receberam ligações por mês.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

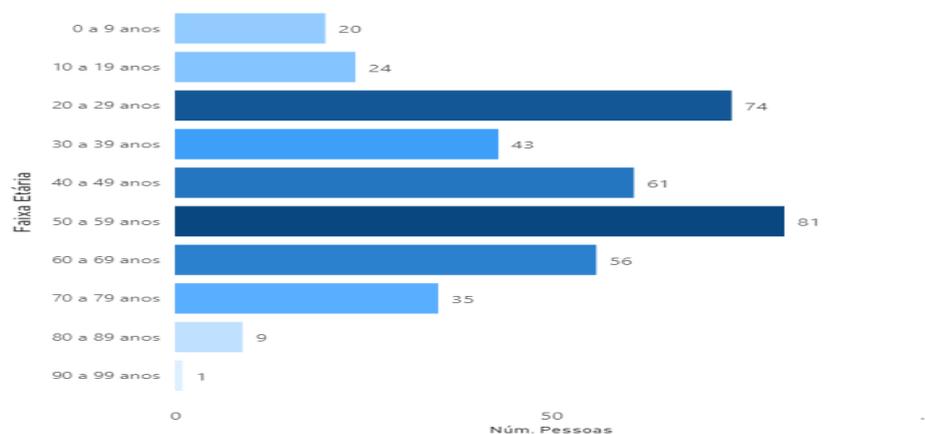
Quatrocentas e quatro pessoas participaram do acompanhamento pelo tempo recomendado de isolamento domiciliar (10 dias a partir da data dos primeiros sintomas) (Gráfico 3). Essas pessoas tiveram resultado positivo para COVID-19. A faixa etária com maior número de pacientes acompanhados foi a de 50-59 anos (Gráfico 4) com 81 pessoas. 239 pessoas (59,15%) do sexo feminino e 165 pessoas (40,84%) do sexo masculino foram acompanhadas pelo tempo de isolamento recomendado (Gráfico 5). O número médio de ligações realizadas até a alta do paciente (10 dias após o início dos primeiros sintomas), foi de 3 ligações.

Gráfico 3. Número de pessoas que foram acompanhadas pelo tempo de isolamento recomendado x Mês.



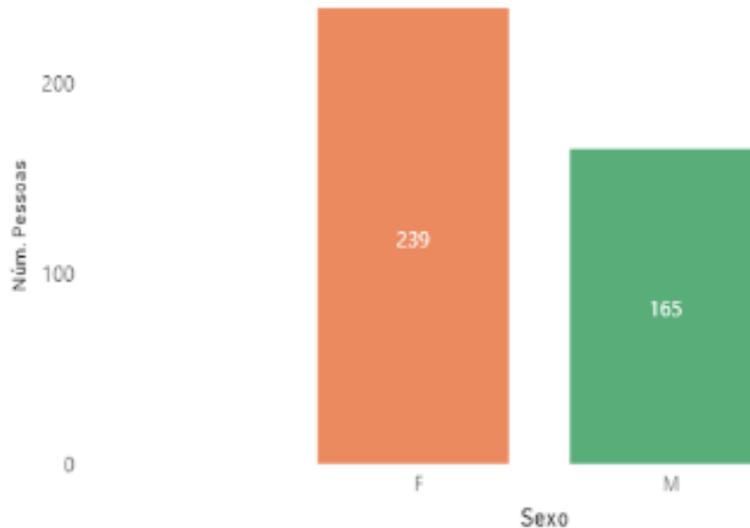
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 4. Número de pessoas que foram acompanhadas pelo tempo de isolamento recomendad X Faixa etária.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 5. Número de pessoas que foram acompanhadas pelo tempo de isolamento recomendado X Sexo.

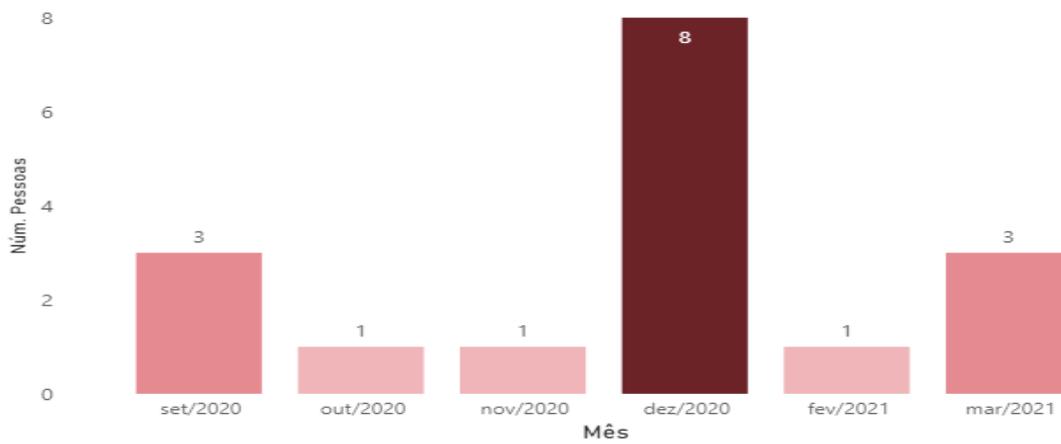


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Cinquenta e um pacientes atenderam à primeira ligação, porém não desejaram realizar o acompanhamento. Cem pessoas iniciaram o acompanhamento, porém pediram para encerrar antes do dia de alta (10 dias após o início dos primeiros sintomas), por optarem não realizar o exame diagnóstico RT-PCR ou por terem recebido o resultado positivo, mas seus sintomas melhoraram antes de atingir os 10 dias de acompanhamento e não viram mais necessidade de serem telemonitoradas a cada 48h. 185 pessoas tiveram o acompanhamento encerrado, pois apresentaram o resultado negativo do exame RT-PCR. 195 pessoas tiveram o acompanhamento encerrado, pois não atenderam às ligações em três dias diferentes.

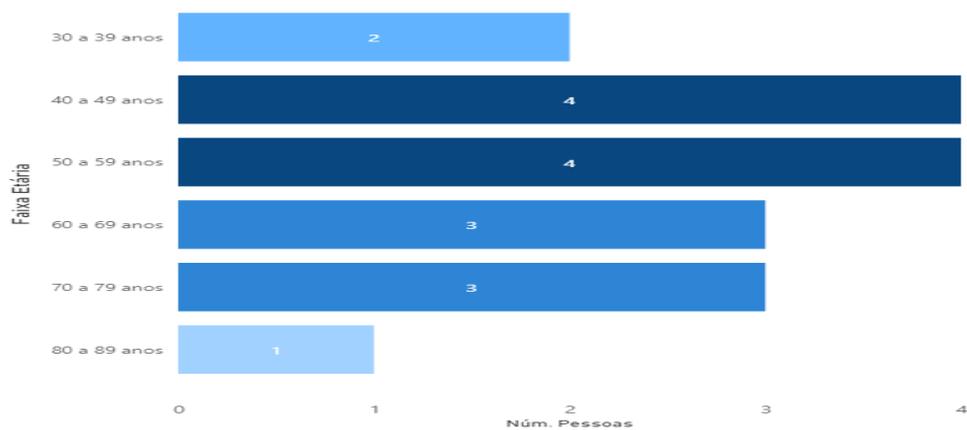
Dezessete pacientes, que apresentaram resultado positivo para COVID-19 foram orientados a procurar atendimento presencial, pois apresentaram sintomas de alarme (febre persistente e falta de ar em atividades cotidianas). No mês de dezembro, 8 pessoas foram orientadas a procurar atendimento presencial, sendo em uma emergência ou em uma Unidade de saúde (gráfico 6). As faixas etárias que mais tiveram pacientes orientados ao atendimento presencial foram 40-49 anos (4 pacientes) e 50-59 anos (4 pacientes) (gráfico 7). 9 dos 17 pacientes eram pessoas do sexo masculino e 8, eram pessoas do sexo feminino (gráfico 8).

Gráfico 6. Número de pessoas orientadas a procurar um atendimento presencial x Mês.



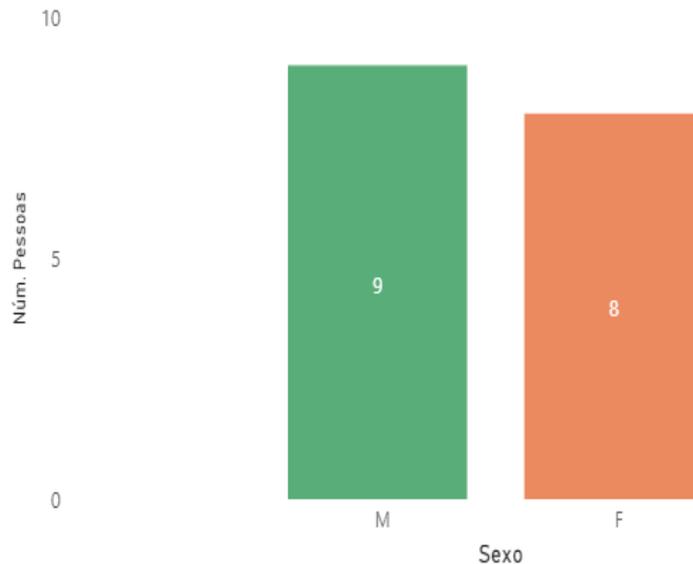
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 7. Número de pessoas orientadas a procurar um atendimento presencial x Faixa etária.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

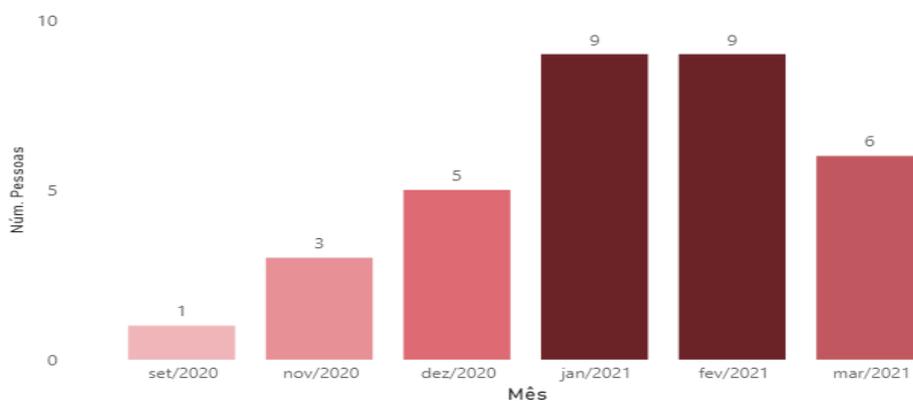
Gráfico 8. Número de pessoas orientadas a procurarem um atendimento presencial x Sexo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

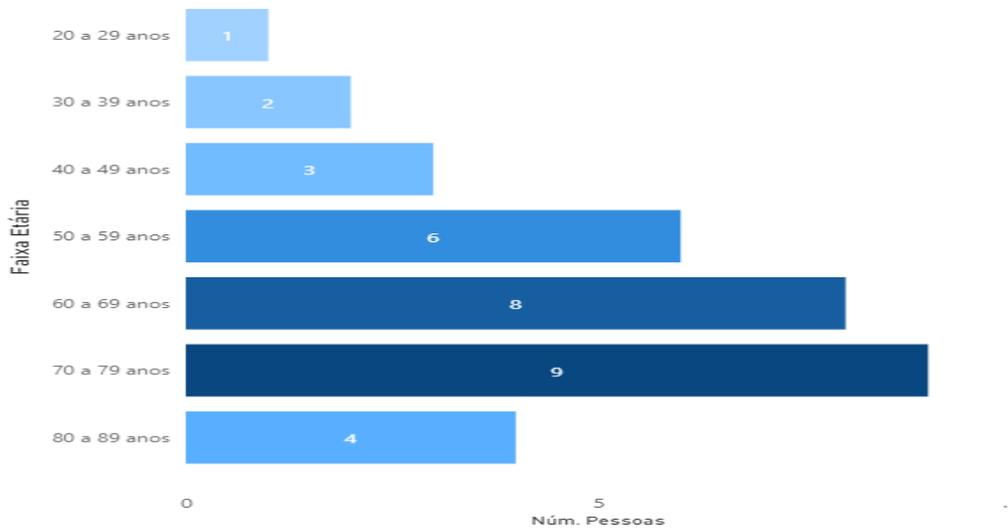
Trinta e três pacientes estavam internados quando foi realizada a primeira ligação (atendida por familiar), ou seja, durante o período entre o primeiro atendimento presencial e a primeira ligação, essa pessoa teve piora dos sintomas e precisou ser internada. 9 pessoas receberam ligação em janeiro de 2021 e 9, em fevereiro de 2021 (gráfico 9). A faixa etária com maior número de pacientes nessa condição era foi a de 70-79 anos (gráfico 10). 20 pacientes eram do sexo feminino e 13, eram do sexo masculino (Gráfico 11).

Gráfico 9. Pessoas que já estavam internadas quando foi realizada a primeira ligação x Mês.



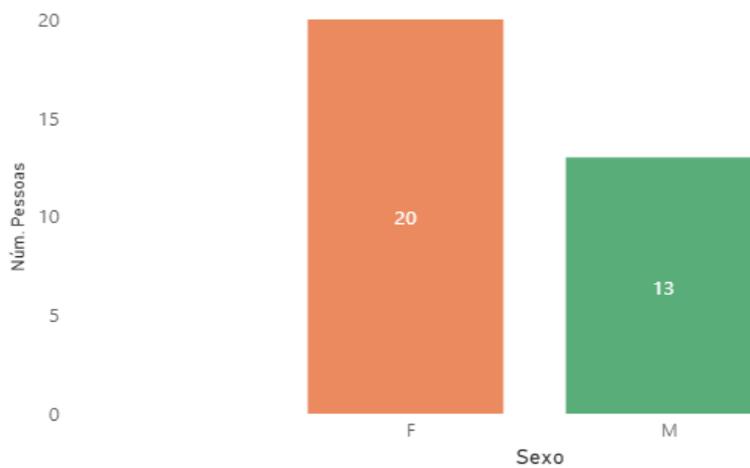
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Figura 10. Pessoas que já estavam internadas quando foi realizada a primeira ligação x Faixa etária.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 11. Pessoas que já estavam internadas quando foi realizada a primeira ligação x Sexo.

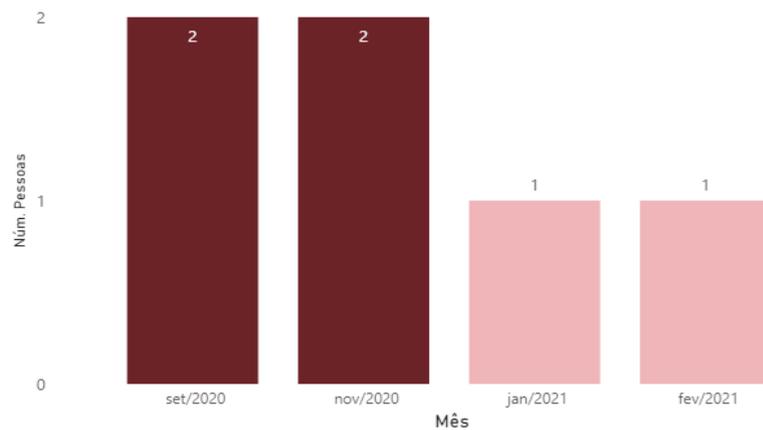


Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Seis pacientes, com diagnóstico de COVID-19, precisaram ser internados durante o período que já estavam sendo telemonitorados (já havia sido realizada uma ligação e aplicação de formulário, pelo menos uma vez). Observa-se no gráfico 12 que os meses em que essa situação ocorreu foram: setembro de 2020 (2 pacientes), novembro de 2020 (2 pacientes), janeiro de 2021 (1 paciente) e fevereiro de 2020 (1 paciente). As faixas etárias com número

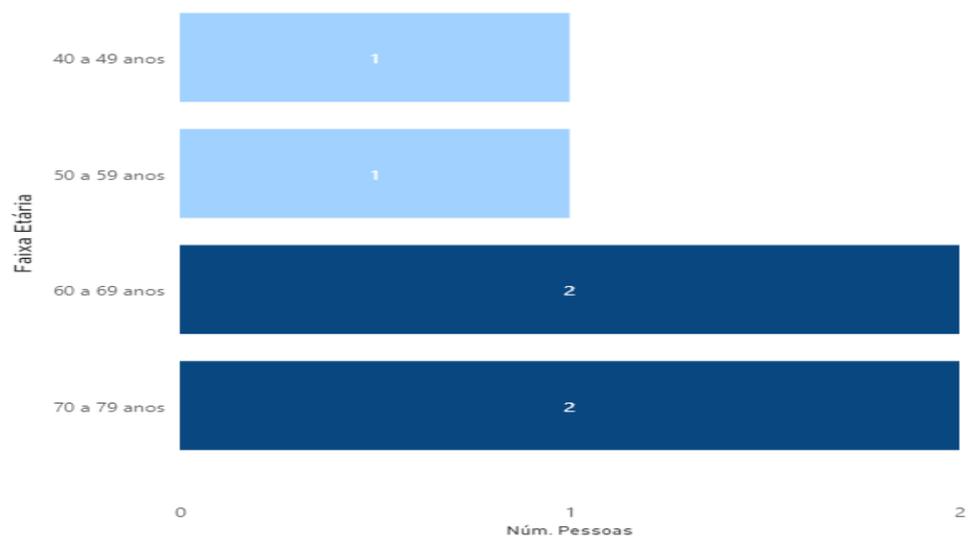
maior de pacientes que foram internados foram 60-69 anos e 70-79 anos (gráfico 13). 4 desses pacientes eram homens e 2, mulheres (gráfico 14).

Gráfico 12. Pessoas que precisaram ser internadas durante o período em que estavam sendo telemonitoradas x Mês.



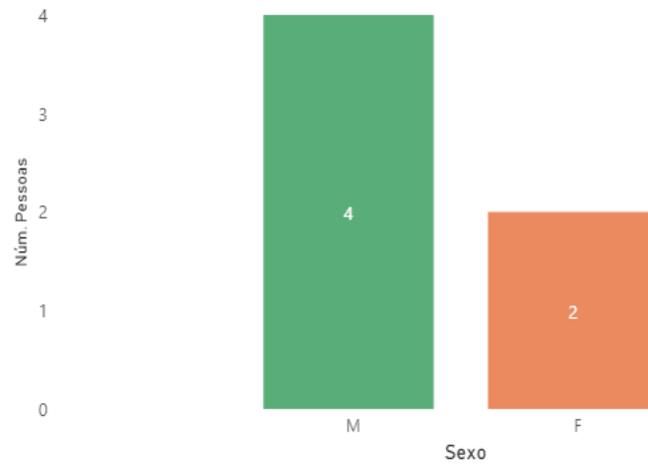
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 13. Pessoas que precisaram ser internadas durante o período em que estavam sendo telemonitoradas x Faixa etária.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

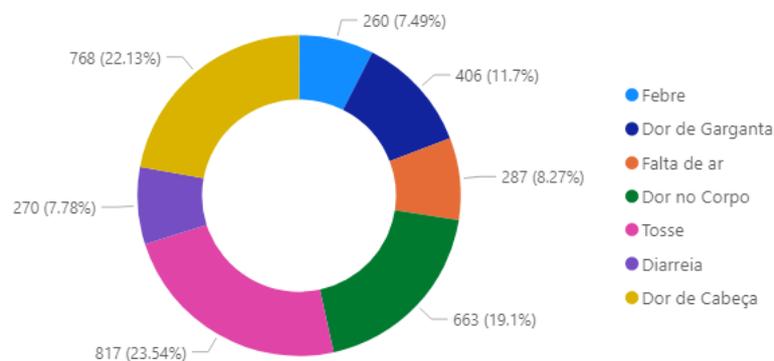
Gráfico 14. Pessoas que precisaram ser internadas durante o período em que estavam sendo telemonitoradas x Sexo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

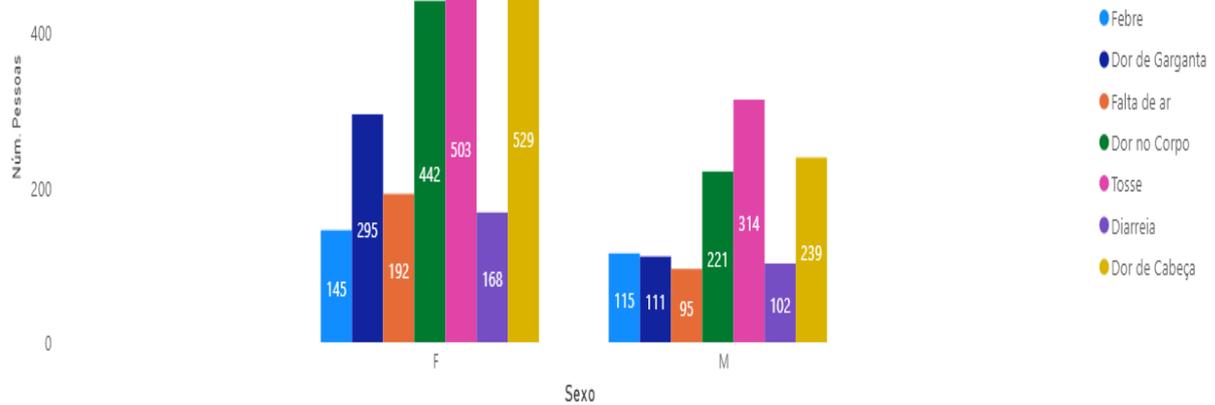
O número de vezes que os sintomas apareceram nas ligações atendidas foram: tosse (817 vezes. 23,54%), dor de cabeça (768 vezes. 22,13%), dor no corpo (663 vezes. 19,1%), dor de garganta (406 vezes. 11,7%), falta de ar (287 vezes. 8,27%), febre (260 vezes. 7,49%) e diarreia (270 vezes. 7,78%) (gráfico 15). No sexo feminino, o sintoma mais prevalente foi a dor de cabeça (apareceu 529 vezes) e o sintoma mais prevalente no sexo masculino foi tosse (apareceu 239 vezes) (gráfico 16).

Gráfico 15. Número de vezes que os sintomas apareceram nas ligações atendidas.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Gráfico 16. Número de vezes que os sintomas apareceram nas ligações atendidas x Sexo.



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, o sexo feminino predominou na amostra (58,65%), assim como ocorreu no estudo de Accorsi et al., (2020), que foi de 59% e no estudo de Rogero Blanco et al. (2021), em que 55,1% dos pacientes eram mulheres. Em estudo de FREITAS et al., (2021), realizado com base na análise de dados de pacientes atendidos pelo serviço de atendimento remoto denominado “Telessaúde-COVID” componente da Rede de Atenção em Saúde, em um município de Minas Gerais, o perfil dos indivíduos também houve predomínio de pacientes do sexo feminino (60,9%).

A faixa etária predominante nos pacientes que apresentaram resultado positivo no exame diagnóstico de COVID-19 e foram acompanhadas pelo tempo recomendado de isolamento domiciliar (10 dias após início dos sintomas), foi de 50-59 anos de idade (20,04%). No estudo de FREITAS e al., (2021), foi a faixa etária 20 a 59 anos (75,9%).

O número de vezes que os sintomas apareceram nas ligações atendidas no presente estudo foram: tosse 817 vezes (23,54%), dor de cabeça 768 vezes (22,13%), dor no corpo 663 vezes (19,1%), dor de garganta 406 vezes (11,7%), falta de ar 287 vezes (8,27%), febre 260 vezes (7,49%) e diarreia (270 vezes. 7,78%). As mulheres apresentaram sintomas mais graves como

febre (que apareceu 145 vezes) e falta de ar (192 vezes).

No estudo de Huang et al. (2020), 73% dos infectados eram homens. Os sintomas mais comuns eram febre (98% dos pacientes), tosse (76% dos pacientes) e dores no corpo e cansaço (44% dos pacientes). Os sintomas menos comuns foram produção de expectoração (28%), dor de cabeça (8%), e diarreia (55%). Mais da metade dos pacientes tiveram dispneia (55%).

Em estudo de Zhang et al. (2020), dos 140 pacientes diagnosticados com COVID-19, que participaram desse estudo, cerca de metade (50,7%) dos pacientes eram do sexo masculino. Os sintomas mais comuns foram febre (91,7%), seguida de tosse (75%), fadiga (75%) e aperto no peito ou falta de ar (36,7%). 39,6% deles queixaram-se de sintomas gastrointestinais, incluindo náuseas, diarreia e dor abdominal.

No estudo de Wang et al. (2020), 54,3% dos pacientes estudados eram homens. Os sintomas mais comuns foram febre (98,6%), fadiga (69,6%), tosse seca (59,4%), dor no corpo (34,8%) e falta de ar (31,2%). Em Zhang et al. (2021), 56,9% dos participantes do estudo eram homens e 24,6% eram casos graves.

O sintoma respiratório mais frequente no estudo de Accorsi et al., (2021) foi a tosse (74,4%) e os outros relatados foram: dor de garganta (38,6%), febre (45%), dor no corpo (44,8%), dor de cabeça (40,6%), diarreia (15%) e falta de ar (29,4). Os sintomas mais comuns em estudo de Rogero Blanco et al., (2021) foram tosse (78%), febre (77,8%) e falta de ar (54,1%). Entre os sinais e sintomas mais frequentes no estudo de Freitas et al., (2020), observaram-se: dor de cabeça (41,8%), tosse (33,3%), coriza (30,0%), dor de garganta (28,5%), febre (25,3%) e dor no corpo (22,7%).

Em estudo de Manohar et al., (2021) dos 110.498 pacientes testados para diagnóstico de COVID-19, 11.930 tiveram resultado positivo. Dos pacientes confirmados com COVID-19, 4.895 foram hospitalizados, 1.070 desenvolveram doença grave e 1.654 sofreram morte relacionada com COVID-19. Entre os hospitalizados, os pacientes com idade maior que 80 anos foram mais prevalentes.

Assim como no presente estudo, em que os homens representaram a maioria dos pacientes que precisaram ser internados durante o acompanhamento, no estudo de Scully et al., (2021), baseado em dados de admissão e tratamento de pacientes em cinco hospitais de Maryland nos Estados Unidos, os homens foram hospitalizados com mais frequência que as

mulheres (33% homens e 28%, mulheres). Dos 2.626 internados, as pessoas do sexo feminino apresentaram parâmetros respiratórios menos graves e o masculino apresentou mais febre, enquanto as mulheres tiveram uma frequência maior de dor de cabeça e vômitos.

No nosso estudo, 0,50% dos pacientes foram orientados a procurar atendimento presencial, pois apresentavam sintomas de alarme e demonstraram a necessidade de serem atendidos presencialmente e 0,17% foram internados no hospital, pois apresentaram piora dos sintomas, assim como foi observado em Freitas et al., (2021), em que 15,6 % dos pacientes não precisaram de atendimento presencial. No estudo de Tarn et al., (2021), dos 89 pacientes acompanhados à distância por meio de um serviço de Telessaúde, 9% precisou de uma consulta presencial. Essas porcentagens baixas demonstram que os serviços de telemonitoramento dos pacientes COVID-19 são eficientes no controle dos surtos, na orientação dos pacientes que desenvolveram sintomas leves e identificação de pacientes que desenvolveram sinais de alerta e necessitaram um tratamento mais especializado.

Mais da metade das ligações realizadas não foram atendidas, demonstrando assim uma limitação da realização de um acompanhamento remoto. Cinquenta pacientes atenderam à ligação, porém não desejaram realizar o acompanhamento, alguns eram idosos e apresentavam uma certa resistência em consultar à distância. Ademais, as consultas mediadas por tecnologias de comunicação podem não ser apropriadas para alguns grupos, como pessoas com distúrbios cognitivos, como o Alzheimer, por exemplo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste trabalho demonstram que o telemonitoramento de pacientes com suspeita de COVID-19, realizado por cirurgiões-dentistas residentes do programa de Saúde da Família e Comunidade da RISB-UFRGS foi eficaz na avaliação remota, prestação de cuidados e fornecimento de informações aos pacientes considerados casos leves, assim como na identificação de casos moderados e graves.

Durante o período de acompanhamento, a equipe de cirurgiões-dentistas, através de protocolos específicos e com orientação de médicos da área de Medicina de Família e Comunidade e de acordo com a gravidade dos sintomas relatados pelos pacientes, puderam orientá-los a procurar um atendimento presencial quando necessário (uma Unidade Básica de Saúde, uma unidade de pronto atendimento ou a uma emergência hospitalar), ou permanecer em casa tendo os seus sintomas monitorados por telefone até o dia da alta.

As consultas presenciais desempenham um importante papel na relação entre paciente e profissional da saúde no processo de saúde-doença, porém na situação da pandemia, um número alto de consultas presenciais se torna inviável. A telemedicina atua evitando a propagação do vírus e a sobrecarga dos serviços de saúde (inclui a diminuição do número de pacientes e também, a diminuição do tempo de espera por um atendimento presencial).

Para evitar a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência é necessário que a Atenção Primária tenha resolutividade, realize a coordenação e comunicação dos cuidados a serem tomados, buscando a diminuição de pessoas que não apresentam sintomas graves se desloquem até hospitais e unidades de pronto atendimento.

A facilidade de contágio do vírus, o alto potencial de propagação da doença em espaços fechados, como hospitais e serviços de urgência, e a necessidade de se evitar uma busca em massa pelos serviços de saúde nas fases críticas da epidemia tornam os serviços de telessaúde uma estratégia de cuidado fundamental, possibilitando que os usuários tenham informação qualificada e em tempo oportuno de como proceder em nível individual.

Além de contribuir com o distanciamento social dentro do contexto da COVID-19, o telessaúde auxilia na proteção dos profissionais de saúde, possibilitando a atuação profissional de forma remota.

Desse modo, acredito que a telessaúde, tão oportuna nos tempos atuais, possui potencialidades e pode persistir além desse período pandêmico, abrangendo outras especialidades, não somente o acompanhamento de casos suspeitos de COVID-19 como foi mostrado neste trabalho.

A atuação dos residentes da odontologia no combate à pandemia de COVID-19, além de ter sido uma experiência benéfica para os pacientes acompanhados, também contribuiu positivamente no crescimento pessoal e profissional dos cirurgiões-dentistas. A interação diária com os médicos e profissionais de outras áreas da saúde, como fisioterapeutas, por exemplo, promoveram um crescimento mútuo, possibilidade de troca de saberes, uma oportunidade de trabalhar em equipe multiprofissional. Além disso, contribuiu na consolidação de conhecimentos de semiologia, especificidades da COVID-19 e prática da entrevista/escuta clínica.

REFERÊNCIAS

ACCORSI, T. A. et al. Avaliação de pacientes com sintomas respiratórios agudos durante a pandemia de COVID-19 via Telemedicina: características clínicas e impacto no encaminhamento. **Einstein**. São Paulo, v. 18, p. 1-18, Ago, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210036> . Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2021.v24/e210036/#>. Acesso em: 20 out, 2021.

BEECHING, N. J.; FLETCHER, T. E.; FOWLER, R. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Straight to the point of care. **BMJ Best Practices**. London, Aug. 2020. 268 p. Disponível em: < <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/3000201/pdf/3000201/Coronavirus%20disease%202019%20%28COVID-19%29.pdf>>. Acesso em: 2, out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde**. Brasília, maio. 2020. Versão 9. 41 p. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>>. Acesso em: 2, out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações para manejo de pacientes com COVID-19**. Brasília, jun. 2020. 49 p. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/06/Covid19-Orienta-esManejoPacientes.pdf>>. Acesso em: 5, out. 2020.

BRASIL, Portaria nº 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, decorrente da epidemia de COVID-19. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 23 mar. 2020. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº16. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde, jun. 2020. Disponível em: < <http://www.crosp.org.br/uploads/arquivo/295c9c14409db20cb63c862bb07ce0e4.pdf>>. Acesso em: 15, out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância epidemiológico: Emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, 2020. 58 p. Disponível em: < http://www.dive.sc.gov.br/notas-tecnicas/docs/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf>. Acesso em: 20, out. 2020.

BRASIL, Portaria nº 11.565, de junho de 2020. Estabelece orientações gerais visando à

prevenção, ao controle e à mitigação da transmissão da COVID-19, e à promoção da saúde física e mental da população brasileira, de forma a contribuir com as ações para retomada segura das atividades e o convívio social seguro. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19, jun. 2020. Seção 1, p. 64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 639, de 31 de março de 2020. Dispõe sobre a Ação Estratégica “O Brasil Conta COMIGO- Profissionais da Saúde”, voltada à capacitação e ao cadastramento de profissionais da área da saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 abr. 2020. Seção 1, p. 76.

BRASIL. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 out. 2020. Seção 1, p. 50.

CAETANO, R. 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**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 1-19, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Ofício nº477. Brasília, mar. 2020. Disponível em: < <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/oficio-ministro-da-saude-coronavirus-1.pdf>>. Acesso em: 15, out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. O que são emergências e urgências odontológicas?. Brasília: mar. 2020. Disponível em: <https://website.cfo.org.br/wp-content/uploads/2020/03/CFO-URGENCIAS-E-EMERGENCIAS.pdf>>. Acesso em: 2, nov. 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**. São Paulo, v. 30, n. 6, p. 1-7, Jun. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>, Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/pt/>. Acesso em: 10 out, 2021.

FREITAS, B. A. C. et al. Análise dos atendimentos realizados pelo telessaúde COVID-19 em um município de Minas Gerais. **Rev. Bras. Epidemiol.** São Paulo, v. 24, n. 13, p. 1-14, Ago, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210036>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rbepid/2021.v24/e210036/#>. Acesso em: 1 nov, 2021.

FRANCO, A.G. et al. Importância da conduta do cirurgião-dentista frente à contenção e prevenção do COVID-19. **InterAm J Med Health**, v. 3, p. 1-3, 2020.

HERNANDES, H. C. P. et al. Coordenação do cuidado baseado em saúde digital e cuidado híbrido no acompanhamento da jornada do paciente pós COVID-19. **Rev. Adm. Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 80, p.1-11, jul./set. 2020.

HUANG, M. D. C. et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**. London, v. 395, n. 10223, p. 497-506, Feb, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext). Acesso em: 16 out, 2021.

MANOHAR, J. et al. Social and Clinical Determinants of COVID-19 Outcomes: Modeling Real-World Data from a Pandemic Epicenter. **MedRxiv**, New York, v. 1, p. 1-24, Apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.04.06.21254728>. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.06.21254728v1>. Acesso em: 20 set. 2021.

MEDINA, M. G. et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-5, jun./jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Q&A on coronaviruses (COVID-19). Out. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses>>. Acesso em: 10, out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Clinical management of COVID-19: interim guidance**. Geneva, 27 maio 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>. Acesso em: 20, out. 2020.

PINTO, L. G. et al. Recomendações de práticas odontológicas diante à Pandemia de COVID-19. **Research Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-15. Mai. 2020.

ROGERO-BLANCO, E. et al. Characteristics of a COVID-19 confirmed case series in primary care (COVID-19-PC project): a corss-sectional study. **BMC Fam Pract**. V, 22, n. 66, p. 1-9, Apr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01458-0>. Disponível em: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01419-7>. Acesso em: 13 out, 2021.

SCULLY, E. P. et al. Sex and gender differences in COVID testing, hospital admission, presentation, and drivers of severe outcomes in the DC/Maryland region. **MedRxiv**, New York, p1-39, Apr, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1101/2021.04.05.21253827>. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.05.21253827v1>. Acesso em: 20 set, 2021.

SCULLY, E. P. et al. Considering how biological sex impacts immune responses and COVID-19 outcomes. **Nat. Rev. Immunol**. London, v. 20, p. 442-447, Jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41577-020-0348-8>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41577-020-0348-8#Bib1>. Acesso em: 15 out, 2021.

SEVEVIRANTE, C. J.; LAU, M. W. J.; GOH, B.T. The Role of Dentists in COVID-19 Is

Beyond Dentistry: Voluntary Medical Engagements and Future Preparedness. **Front. Med.** v. 7, p. 1-7, out. 2020.

SOUSA, I. S. et al. A (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde e a Longitudinalidade do Cuidado: Experiências sobre os Revérberos da Pandemia COVID-19 ao Serviço. **Saúde Redes.** V. 7, n. 1, p. 1-11, 2021. DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3356g671. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3356>. Acesso em: 5 out, 2021.

SOUZA, R. C. C.; COSTA, P. S. C.; COSTA, L. R. Precauções e Recomendações sobre Sedação Odontológica durante a Pandemia de COVID-19. **Rev. Bras. Odontol**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 1, p. 1-3, abr. 2020.

TARN, D. M. et al. Using Virtual Visits to Care for Primary Care Patients With COVID-19 Symptoms. **J. am. Board fam. Med.** Lexington, v, 34, p. 147-151, Feb. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm>. Disponível em: <https://www.jabfm.org/content/34/Supplement/S147>. Acesso em: 12 out, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **Telecondutas Coronavírus (COVID-19):** informações para profissionais da APS: versão 8. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 mar. 2020 [atual. 27 ago. 2020]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: 15, out. 2020.

YOUSEFIFARD, M. et al. Antiviral Therapy in Management of COVID-19: a Systematic Review on Current Evidence. **Archives of Academic Emergency Medicine**, v. 8, n. 1, p. 1-9, mar./ abr. 2020.

ZHANG, J. et al. Clinical Characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. **Allergy.** Copenhagen, v. 75, n. 7, p. 1730-1741. Feb 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/all.14238>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/all.14238>. Acesso em: 16 out, 2021.

ZHANG, W. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 62 hospitalized patients with COVID-19 in Lianoning, China. **World J Clin Cases.** V. 9, n. 10, p. 2205-2217. Apr, 2021. DOI: 10.12998/wjcc.v9.i10.2205. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8026826/#__ffn_sectitle. Acesso em: 30 out, 2021.

ANEXOS

ANEXO A: FORMULÁRIO DE TELEMONITORAMENTO UNIDADE DE SAÚDE SANTA CECÍLIA E EMERGÊNCIA DO HCPA

Formulário: Ligação COVID-19

*Obrigatório

Selecione o Paciente *

Olá, meu nome é [NOME], faço parte da equipe do ambulatório de consulta remota, em parceira com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, TelessaúdeRS-UFRGS e outras entidades. Eu gostaria de falar com o [NOME DO PACIENTE] para fazer uma avaliação, ele/ela poderia falar no momento?

[AGUARDE A CONFIRMAÇÃO DE QUE QUEM ATENDEU A LIGAÇÃO É O PACIENTE OU ALGUM RESPONSÁVEL.]

Eu estou entrando em contato pois você teve sintomas respiratórios e foi considerado um paciente suspeito para COVID-19. Estamos fazendo o monitoramento de seus sintomas.

[AGUARDE A CONFIRMAÇÃO DE QUE QUEM ATENDEU A LIGAÇÃO É O PACIENTE OU ALGUM RESPONSÁVEL.]

Eu estou entrando em contato pois você teve sintomas respiratórios e foi considerado um paciente suspeito para COVID-19. Estamos fazendo o monitoramento de seus sintomas.

Informe o Evento *

Ligação realizada, mas sem sucesso

Ligação alcançou o paciente ou familiar autorizado

Ligação efetiva, porém o paciente não deseja mais participar deste acompanhamento

Paciente internado

Próxima

Formulário: Ligação COVID-19

*Obrigatório

Contato telefônico com Paciente

O Sr/Sra acredita que está piorando ou sente-se pior quando comparado com o dia de alta? *

- Sim (enviar para atendimento presencial)
- Não

Formulário: Ligação COVID-19

*Obrigatório

Não há de sinais de piora

Algum dos sintomas abaixo nos últimos dois dias?

- Febre
- Tosse
- Dor de garganta
- Falta de ar
- Dor de cabeça
- Dor no corpo
- Vômito
- Diarreia

Você teve febre ou sensação de febre em qualquer momento do seu quadro atual? *

- Sim
 Não

Você é um profissional de saúde? *

- Sim
 Não

Alguns contactantes íntimos estão sintomáticos? *

- Sim (orientar atendimento se houver sinais de alarme)
 Não

Levando em conta como o sr/sra se sente agora, acha que pode aguardar o nosso próximo contato em 48 horas ou acha que precisa de uma avaliação presencial antes disso? *

- Pode aguardar
 Precisa de atendimento

Desfecho da ligação *

- Manter acompanhamento telefônico
 Caso especial: Ligar em 24h
 Encaminhar para atendimento presencial
 Encerrado por tempo
 Encerrado a pedido do paciente
 Encerrado por teste negativo
 Encerrado por falecimento

Se o paciente continuar sintomático e for última avaliação, discutir caso. Conforme situação, pode ser necessário estender isolamento ou procurar atendimento presencial

ANEXO B: FORMULÁRIO DE TELEMONITORAMENTO UNIDADE DE SAÚDE TRISTEZA

Telemonitoramento COVID APS POA <small>*Obrigatório</small>
TeleMonitoramento
Hora de início de preenchimento Horário __ : __
Nome completo do estagiário * Sua resposta _____
Paciente de qual Posto de Saúde? * <input type="radio"/> Tristeza <input type="radio"/> Floresta <input type="radio"/> ATUALIZAÇÃO DE LISTA
LISTA DE PACIENTES TRISTEZA Escolher ▼
LISTA DE PACIENTES FLORESTA Escolher ▼

Cadastro Forçado de Paciente

NOME MAIS COMPLETO POSSÍVEL

Sua resposta

CPF *

COPIAR E COLAR, SE NÃO TEM ESCREVER "NÃO TEM"

Sua resposta

Nesse momento esse paciente é um caso? *

- Confirmado
- Em análise
- Descartado
- ATUALIZAÇÃO DE LISTA

Ligue para o Paciente

Olá, meu nome é [NOME], faço parte da equipe do ambulatório de consulta remota, em parceria com o Hospital de Clínicas, TelessaúdeRS e outras entidades. Eu gostaria de falar com o [NOME DO PACIENTE] para fazer uma avaliação, ele/ela poderia falar no momento?

Aguarde o paciente pegar o telefone. (REPITA A PARTE ACIMA SE NECESSÁRIO)

Olá, eu estou entrando em contato pois você teve sintomas respiratórios e foi considerado um paciente suspeito para COVID-19. Estamos fazendo o monitoramento de seus sintomas junto com o seu posto de saúde.

Telefone atingido *

DDD + TELEFONE IMPORTANTE COLOCAR. Se necessário, escrever "ATUALIZAÇÃO DE LISTA"

Sua resposta

Telefone atingido *

DDD + TELEFONE IMPORTANTE COLOCAR. Se necessário, escrever "ATUALIZAÇÃO DE LISTA"

Sua resposta

Paciente atingido *

- Sim
- Sim e não quer responder
- Sim e paciente está Internado
- Paciente faleceu
- Ligação não atendida
- Atualização de Lista

Próxima

Telemonitoramento COVID APS POA

*Obrigatório

COVID - Avaliação Sistemática

A PERGUNTA ABAIXO É SOMENTE PARA CASOS CONFIRMADOS.

Todos os moradores da sua residência já foram notificados? *

SOMENTE PARA CASOS CONFIRMADOS

- Sim
- Não
- Não sei
- Caso não confirmado

Nos últimos 2 dias você teve *

	Sim	Não
Febre ou sensação de febre?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dor de garganta?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Nariz escorrendo?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Falta de ar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dificuldade para respirar?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dor no corpo?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Tosse?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Diarreia?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dor de cabeça?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Dificuldade para sentir gostos ou cheiros?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Impressão de que está melhorando?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alguém que mora com você está com sintomas de gripe?

- Sim
 Não

Limpar seleção

Levando em conta o seu estado de saúde atual, você acredita que poderia esperar 48 horas para um novo contato ou acredita que precisará de uma consulta presencial antes disso?

- Posso esperar 48h
 Necessitarei de avaliação presencial antes.

Limpar seleção

Voltar

Próxima

Telemonitoramento COVID APS POA

Dados de contato

Número de celular com app WhatsApp. Nós podemos enviar receitas, orientações e exames.

DD+Numero Também para o envio de receitas e orientações

Sua resposta

Observações importantes

Sua resposta

Voltar

Próxima

Telemonitoramento COVID APS POA

*Obrigatório

Resultado final

Consulta remota realizada? *

- Sim e acompanhamento mantido 48h
- Sim e acompanhamento especial 24h
- Sim e encaminhado para Atendimento presencial na UBS
- Encerramento pelo tempo de acompanhamento
- Internado
- Falecido
- Encaminhado à emergência
- Não Caso
- Retirar da lista a pedido
- Retirado da lista por teste negativo
- Retirado da lista por não atender ligação 3 dias seguidos

- Ligação não atendida
- Atualização de Lista

ANEXO C: MODELO DE EVOLUÇÃO DO REGISTRO DAS CONSULTAS REMOTAS

SUBJETIVO:

- Data do início dos sintomas de síndrome gripal e quais foram esses sintomas:
- Já fez o exame diagnóstico de COVID-19? Qual?
- Evolução dos sintomas (melhora ou piora do padrão):
- (Se o paciente é um caso confirmado de COVID-19) O paciente mora com alguém? Se sim, essas pessoas já foram notificadas para realização do exame?
- Comorbidades:

OBJETIVO:

- Avaliar a voz do paciente
- Ele tosse durante a consulta?
- Ele faz intervalos para recuperar o fôlego?

IMPRESSÃO:

Paciente sintomático/ assintomático/ em melhora/ em piora

CONDUTA:

Manteremos acompanhamento no Telemonitoramento/ Encerramos acompanhamento no telemonitoramento (por tempo preestabelecido de acompanhamento alcançado/ por três tentativas de contato inefetivas em dias diferentes / por tratar-se de um não caso/Pois paciente optou por não realizar o exame para COVID-19/ Participante não deseja ser acompanhado).

Finalizar com o nome do residente que fez a consulta remota e o nome do médico que acompanha o turno.

