



Implantação de serviço estadual de teleassistência: estratégia de resposta na pandemia da Covid-19

Implementation of the state service of teleassistance: response strategy
in the Covid-19 pandemic

Juliana Siqueira Santos

Mestre em Saúde Coletiva (Universidade Federal de Pernambuco); Doutoranda em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz. Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;
E-mail: jucasiqueira@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4784-5639

Liana Paula Medeiros de Albuquerque Cavalcante

Médica, mestre em Educação em Ciências da Saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde; Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;
E-mail: lianapediatra@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8700-3540

Thiago Cavalcante de Almeida

Especialista em Saúde Pública pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE; Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;
E-mail: thiagoalmeidageo@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0002-1936-8396

Lauana Roberta Batista de Souza

Enfermeira, mestre em Saúde Coletiva pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz). Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;
E-mail: lauanasouza29@gmail.com; ORCID: 0000-0002-6303-780X

Emilly Marcela Mendes de Souza

Graduada em Saúde Coletiva pela Universidade de Pernambuco; Residente em Saúde da Família com ênfase na população do campo na Universidade de Pernambuco. Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;
E-mail: emmsouza.sc@gmail.com; ORCID: 0000-0001-6094-399X

Gustavo Rego Muller de Campos Dantas

Mestre em Educação Profissional, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fiocruz. Secretaria de Saúde de Pernambuco, Recife, PE, Brasil;
E-mail: gustavormcd@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0003-0758-6211

Resumo: Objetivo: Este artigo tem como objetivo apresentar o serviço de teleassistência implantado no estado de Pernambuco/Brasil, como estratégia de enfrentamento à Covid-19. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência. Pretende-se descrever a experiência na perspectiva de gestores e trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde, identificando componentes do serviço, os fluxos de acesso, a atuação dos profissionais de saúde, desafios e potencialidades. **Resultados:** O governo desenvolveu uma plataforma/aplicativo, em caráter emergencial, visando à ampliação do acesso da população à teleassistência, contribuindo também para a reorganização da atuação dos profissionais de saúde enquadrados nos grupos de risco, reduzindo, assim, a exposição desses profissionais à contaminação. O serviço oferta teleorientação, telemonitoramento, teleacolhimento e agendamento de testes para Covid-19, com a participação de trabalhadores médicos, enfermeiros, psicólogos, sanitaristas, residentes médicos e em área profissional de saúde. **Considerações finais:** A teleassistência se mostrou como importante ponto de

atenção à saúde na esfera estadual em um cenário de pandemia, no qual as medidas de distanciamento social e isolamento domiciliar são as principais formas de redução do contágio, enquanto a rede de saúde reorganiza a sua estrutura para atender à demanda. O serviço em desenvolvimento no estado de Pernambuco contribui para a produção de informações e conhecimento sobre as potencialidades da teleassistência no contexto pandêmico, aponta para potencialidades de uso no período pós-pandemia e sinaliza a necessidade de estudos sobre os resultados e as implicações da telemedicina no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Teleassistência; Saúde Pública; Acesso aos Serviços de Saúde; Covid-19.

Abstract: Objective: This article aims to present the teleassistance service implemented in the state of Pernambuco/Brazil, as a strategy to face Covid-19. **Method:** This is a descriptive and qualitative study, of the experience report type. We intend to describe the experience from the perspective of managers and workers of the state health department, identifying service components, access flows, the performance of health professionals, challenges and potential. **Results:** the government developed a platform/application, on an emergency basis, aimed at expanding the population's access to telecare, also contributing to the reorganization of the work of health professionals who are part of risk groups, thus reducing their exposure to contamination. The service offers teleorientation, telemonitoring, remote reception and testing scheduling for Covid-19, with the participation of medical workers, nurses, psychologists, sanitarians, medical residents and other professional health areas. **Final Considerations:** teleassistance proved to be an important point of health care at the state level in a pandemic scenario, in which social distancing measures and home isolation are the main ways to reduce contagion, while the health network reorganizes its structure to meet demand. The service under development in the state of Pernambuco contributes to the production of information and knowledge about the potential of teleassistance in the pandemic context, which points to the potential for use in the post-pandemic period and signals the need for studies on the results and implications of telemedicine in care in health.

Keywords: Teleassistance; Public Health; Health Services Accessibility; Covid-19.

Introdução

A síndrome respiratória causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (Covid-19) foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) no Brasil no início de fevereiro de 2020, por meio da Portaria GM/MS n. 188.¹ Caracterizada como uma pandemia em 11 de março de 2020,² tem sido um desafio para todos os países, exigindo a adoção de uma série de medidas para seu enfrentamento. O Brasil confirmou, até 4 de novembro de 2020, 5.590.025 casos e 161.106 mortes pela Covid-19; Pernambuco atingiu a marca de 163.642 casos e 8.667 óbitos no mesmo período.³ A pandemia provocada pela Covid-19 desafiou os diversos sistemas de saúde em todo o mundo, testando a capacidade de respostas dinâmicas e inovadoras. O Brasil concentra o maior número de infecções e de óbitos na América do Sul e uma das maiores taxas de transmissão, apresentando, ainda, um cenário heterogêneo no tocante à evolução da epidemia e às diferenças no acesso à saúde, agravadas pelas desigualdades de renda e educação.^{4,5}

Na ausência de vacinas e tratamentos, as ações de mitigação implantadas de forma precoce pelos governos amenizam os impactos da doença na população. As estratégias de resposta para controlar surtos de Covid-19 incluem o isolamento domiciliar e o monitoramento; a proteção de grupos vulneráveis, incluindo as pessoas que se enquadram no grupo de risco; o acesso aos serviços de saúde; a adoção de medidas para evitar a transmissão da Covid-19 em unidades de saúde públicas ou privadas; a comunicação interna e externa (com o público).⁶ No cenário em que um dos cuidados para evitar a disseminação do vírus é a limitação do usuário às instalações de atendimentos nos serviços de saúde, mecanismos alternativos para interação com o paciente – como aplicativos de videochamada em telefones celulares ou *tablets* – e agendamento de consultas e exames para limitar o número de pacientes em salas de espera, ambulatórios e emergências tiveram seu uso potencializado.

A infecção pela Covid-19 pode causar sintomas leves, incluindo coriza, garganta inflamada, tosse e febre, ou apresentar formas mais graves, levando à pneumonia ou dificuldades respiratórias.^{5,7} O perfil do indivíduo que tem evoluído com a forma mais grave da infecção pela Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) no Brasil corrobora o descrito em outros países: idade mais avançada, sexo masculino e presença de comorbidades – fatores associados à hospitalização por Covid-19 que podem ser encarados como potenciais marcadores de gravidade da doença.⁵ Dessa forma, a pandemia demandou nos primeiros momentos a implantação de serviços de apoio à triagem dos usuários, buscando resolver as situações de menor gravidade, encaminhando para as unidades de saúde as pessoas com maior risco de apresentar complicações, sem perder de vista a interação entre profissionais de saúde e a população.

Nesse contexto, a teleassistência surge como importante ferramenta de apoio aos gestores na implantação de serviços que possibilitem o acesso dos usuários à informação e ao cuidado em saúde, reduzindo sua exposição ao maior risco de contaminação nos serviços de saúde, bem como minimizando os impactos da pandemia da Covid-19 no esgotamento das redes de saúde pública e privada. O Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu em caráter excepcional, e enquanto durar a pandemia da Covid-19, em 19 de março de 2020, por meio de ofício ao Ministério da Saúde,⁸ a possibilidade de utilização da telemedicina, complementando a Resolução CFM n. 1.643, de 26 de agosto de 2002, definindo: teleorientação, telemonitoramento, teleinterconsulta.^{8,9} Soma-se a esse aparato legal, a lei federal n. 13.989, de 15 de abril de 2020, que dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2).¹⁰

Segundo Caetano et al.,¹¹ essas iniciativas, sobretudo do Governo Federal, que suspendem restrições ao uso de tecnologias de informação e telecomunicação (TIC) para prestação de serviços de saúde à população, abrem novas oportunidades para maior consolidação da telessaúde como

ferramenta de melhoria do Sistema Único de Saúde (SUS), e de grande potencial para o enfrentamento da pandemia. Os autores destacam, ainda, as possibilidades do uso da telessaúde como recurso fundamental para reduzir a circulação de pessoas nos serviços de saúde, o risco de contaminação e a propagação da doença, além de alcançar locais de difícil acesso e com estrutura de saúde deficitária, e para garantir o atendimento a pessoas portadoras de doenças e comorbidades.¹¹

Em curto período de tempo, as secretarias municipais e estaduais de saúde envidaram esforços para estruturar mecanismos de vigilância da doença, equipar serviços de saúde, ampliar a força de trabalho e preparar os profissionais de saúde para atuar no contexto pandêmico. Nesse cenário, tornou-se estratégico implantar novas ferramentas que apoiassem as medidas de distanciamento social, de isolamento domiciliar para os sintomáticos, de acesso da população à informação adequada e ao cuidado em saúde. Destacam-se, ainda, os impactos da pandemia na saúde dos trabalhadores da saúde, afetados principalmente com a contaminação e os problemas de saúde mental, trazendo à público, mais fortemente, o debate sobre o mundo do trabalho na saúde, a precarização das condições de trabalho, a insuficiência dos equipamentos de proteção individual e a extensa jornada, todos fatores acentuados pela pandemia. Esses e outros aspectos demandaram mudanças rápidas na organização e gestão do trabalho em saúde. Na reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde, tanto para reduzir a exposição dos que atuam na linha de frente quanto para promover certa proteção aos profissionais pertencentes ao grupo de risco para a Covid-19, os serviços de teleassistência podem ser ferramentas importantes para realocação dos trabalhadores.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a gestão efetiva dos recursos humanos permite que os sistemas de saúde respondam de forma rápida, com melhores resultados e maior racionalização no uso dos recursos, bem como reduzam o estresse na equipe de saúde.¹² Dentre as recomendações, encontram-se a reorganização e a distribuição da força de trabalho em saúde, destacando-se o uso de plataformas e da telemedicina para prestação de serviços diretamente à população, atendendo às necessidades de indivíduos com sintomas leves da Covid-19, melhorando a capacidade de atendimento e possibilitando um campo de atuação para diversos profissionais de saúde.¹²

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência. O objetivo deste artigo é apresentar o serviço de teleassistência criado no contexto da pandemia da Covid-19 em Pernambuco, descrevendo a experiência da equipe estadual. Por se tratar de um relato de experiência de gestores e trabalhadores da Secretaria de Saúde do estado, não se esgotam neste artigo as

diferentes interfaces, experiências e visões dos sujeitos envolvidos, tampouco outros resultados e impactos do serviço na população e na organização da rede de atenção à saúde. Além disso, há que se considerar o fato da experiência estar em andamento, aprimorando processos de trabalho e protocolos à luz dos novos conhecimentos produzidos no decorrer da pandemia.

Relato de experiência

A Secretaria de Saúde de Pernambuco, em parceria com a Secretaria de Saúde do Recife, iniciou a oferta de serviço de teleassistência (plataforma web e aplicativo) para a população, com ênfase às síndromes gripais e à Covid-19, no final do mês de março de 2020. O serviço, voltado à população do Recife, conduzido pela própria capital, foi ampliado gradativamente para outros municípios. A equipe estadual conduziu o processo de articulação com os demais gestores municipais por meio das doze Gerências Regionais de Saúde, no sentido de dar cobertura à população do estado. Desde então, o serviço oferta teleorientação, telemonitoramento, teleacolhimento e agendamento de testes para Covid-19, com ampla cobertura da população e a participação de trabalhadores médicos, enfermeiros, psicólogos, sanitaristas, residentes médicos e em área profissional de saúde (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma com estrutura e profissionais envolvidos no serviço de teleassistência estruturado na pandemia da Covid-19 na Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco



Fonte: elaborado pelos autores.

Teleorientação e telemonitoramento: pontos de acesso à rede de atenção à saúde

Para a teleorientação, foi desenvolvida uma aplicação web, composta por um questionário respondido pelo próprio usuário, que avalia seu quadro de saúde a partir dos sintomas do novo coronavírus, classificando-o automaticamente conforme sua condição de gravidade. O usuário deve selecionar um ou mais sintomas, como febre, tosse, corpo mole ou fraqueza, dor no corpo, dor de garganta, coriza, alteração do olfato e/ou paladar. Foram inseridas, ainda, perguntas sobre condições que indiquem risco de gravidade, tais como a persistência ou recorrência da febre; sensação de desmaio ou desorientação; presença de comorbidades; tratamentos de saúde prolongados.¹³

A plataforma é de fácil utilização, com perguntas simples sobre os sintomas, realizando uma triagem automatizada, de acordo com o algoritmo, que classifica o usuário de acordo com sua situação de saúde. Neste caso, utilizou-se a identificação em cores (azul, verde, amarelo, vermelho): desde o quadro em que não há sintomas característicos da Covid-19 até uma situação na qual se encontram sinais e sintomas de gravidade (como dispneia, sensação de desmaio ou desorientação). Os usuários classificados como azul e verde recebem orientação automática do aplicativo web para distanciamento social e isolamento domiciliar, respectivamente. Já os usuários classificados como amarelo ou vermelho aguardam o contato do teleorientador. Um profissional de saúde, através de videochamada ou contato telefônico, fará uma primeira avaliação e decidirá por manter orientações para o distanciamento social, isolamento domiciliar ou, quando diante de situação de sinais de gravidade, orientar adequadamente sobre a procura por uma unidade de saúde. As unidades de saúde são referenciadas ao usuário de acordo com a gravidade da doença e a proximidade de sua localização. O algoritmo e o fluxo do aplicativo foram desenvolvidos com base em revisão de literatura e protocolos governamentais locais, nacionais e internacionais, e são constantemente atualizados, à medida que novos conhecimentos sobre a doença são produzidos e novos protocolos são publicados.¹³

Nesse aspecto, o serviço descrito é considerado, por alguns autores, como uma estratégia central para o controle de surtos de saúde, sendo denominado “triagem direta”: classificação dos pacientes antes que cheguem aos serviços de saúde.^{11,14} A telemedicina ou teleconsulta pode ser utilizada para manter os assintomáticos ou pessoas com sintomas leves e moderados em casa, monitorados; os casos mais graves são encaminhados aos hospitais, evitando a sobrecarga nos serviços de saúde e limitando a exposição de pacientes potencialmente infecciosos.^{11,14} Entendendo a importância do acompanhamento dos sintomáticos para Covid-19, iniciou-se no estado o monitoramento dos pacientes orientados através da plataforma de teleassistência (videochamadas ou chamadas telefônicas), inicialmente com aqueles que estavam em isolamento domiciliar, permitindo uma verificação do teleassistido e antecipação de episódios de exacerbação.

No período de 26 de março a 30 de setembro de 2020 (189 dias), foram cadastrados 131.161 usuários na plataforma, em 178 municípios do estado, nas doze regiões de saúde (apenas sete municípios não aderiram ao serviço). A média diária de cadastros foi de 694,0, variando em cada fase da epidemia. Na triagem inicial do aplicativo, quase metade dos usuários cadastrados (48,3%) foram classificados como verdes, orientados quanto ao isolamento domiciliar e monitorados por meio de mensagens de notificação até o 14º dia dos sintomas; informaram sinais de gravidade cerca de 25,4%, os quais, somados aos classificados como amarelo (9,7%), passaram para a teleorientação. Os demais 16,6%, classificados como azul, tiveram orientação automática para o distanciamento social. Cada usuário cadastrado pode acessar o aplicativo mais de uma vez: para refazer o atendimento, para telemonitoramento ou para solicitar marcação de teste de Covid-19. Nesse sentido, Leite et al.¹⁵ destacam a sugestão da Organização Mundial da Saúde para que centrais de teleatendimento 24 horas, com profissionais treinados na utilização de protocolos, sejam criadas, permitindo a distinção entre casos leves, moderados e graves, e a orientação aos casos leves quanto às medidas de isolamento domiciliar.

A telessaúde tem sido considerada importante estratégia para superar obstáculos como a má distribuição de serviços de saúde e a presença desigual de profissionais no território, bem como para reduzir filas de espera por atenção à saúde.¹⁴ No contexto da pandemia, a capacidade dos sistemas de saúde é medida não apenas pela expansão de leitos hospitalares, mas também pela reorganização de fluxos na rede assistencial e instituição de novos pontos de atenção, inclusive por via remota.¹⁵ A telessaúde, como estratégia de Estado, tem potencial para ampliar e qualificar o acesso à atenção à saúde e à educação permanente nas diferentes localidades, destacando-se seu papel principalmente em áreas remotas, rurais e distantes dos centros urbanos.¹⁶ Ressalta-se a necessidade de articular a oferta de teleorientação às outras ações de vigilância, monitoramento e cuidado desenvolvidos na atenção primária à saúde, para que as medidas de controle da doença e o adequado acompanhamento das famílias e comunidades sejam efetivas e resolutivas no território.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem papel importante na resposta local aos problemas advindos da Covid-19, não só para contenção e controle da infecção, mas também para identificação de populações vulneráveis e apoio à população de risco.¹² Dessa forma, foram instituídos fluxos de informação e análise de dados da coordenação do serviço junto às doze Gerências Regionais de Saúde, como apoio às ações de monitoramento da atenção primária à saúde. Esta tem papel fundamental na continuidade do cuidado, e a desestruturação da ESF, em detrimento de maior investimento na rede hospitalar, tem não só provocado impactos no acesso e no acompanhamento das condições de saúde da população, mas agravado o cenário de pandemia.¹⁷ As visitas domiciliares realizadas por agentes

comunitários de saúde, enfermeiros ou médicos permitem que pessoas do grupo de risco sejam acompanhadas em casa, evitando deslocamento para as unidades de saúde da família, reduzindo a possibilidades de contágio pelo coronavírus.¹⁷ De forma articulada com a atenção primária à saúde, os serviços de telemedicina, telessaúde ou teleassistência se apresentam como uma importante resposta do Estado às necessidades de saúde na epidemia da Covid-19, cuja atuação foi ampliada a partir de legislação específica, abrindo novas perspectivas de atuação no Brasil. Márquez V.¹⁴ aponta que a telemedicina está entre as mudanças que transformarão definitivamente a saúde, destacando que a expansão e a melhoria dos serviços de teleconsulta terão papel decisivo, podendo, segundo o autor, fornecer cuidados mais convenientes e econômicos para os usuários.

Não obstante os avanços e as vantagens da teleassistência, vivenciadas no contexto pandêmico em diversos países, vale ressaltar que o uso de tecnologia e suas aplicações deve levar em consideração algumas limitações, especialmente em regiões com maior pobreza, baixa escolaridade e estrutura tecnológica pouco acessível. Destacam-se, ainda, o impacto da telemedicina na relação médico-paciente, que pode ser enfraquecida, e questões éticas que devem ser levadas em consideração, sob o risco de favorecer, na interação com o paciente, controle e gestão por meio de ferramentas tecnológicas e, através de algoritmos, definir comportamentos clínicos.¹⁴

O desenvolvimento de questionário automático, algoritmo de triagem e monitoramento remoto de pacientes revela-se uma inovação, provocada pelas necessidades da pandemia, com grande potencial de incorporação à rotina dos serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde. O telemonitoramento, ação realizada sob orientação e supervisão de profissional de saúde para monitoramento a distância de parâmetros de saúde e/ou doença, tem sido descrito como eficaz na diminuição da recorrência dos usuários no serviço de saúde, evitando a hospitalização desnecessária e a sobrecarga dos serviços de saúde, com atuação na aplicação de medidas preventivas no processo saúde-doença.^{11,18,19} Paula et al.¹⁹ ressaltam o papel da incorporação do telemonitoramento no acompanhamento de condições sensíveis à atenção primária, destacando as doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, diabetes e respiratórias) e dos idosos em condição crônica, ainda que observada escassez de estudos no campo específico do telemonitoramento que avaliem seu uso, seus custos e sua importância para os sistemas público e privado de saúde. Nesse aspecto, os autores apontam carência de políticas públicas na área, desafios e oportunidades para o SUS no uso do telemonitoramento, enquanto avançam estratégias empresariais.¹⁹

O telemonitoramento no serviço de teleassistência descrito na experiência estadual foi incluído posteriormente como uma estratégia de acompanhamento dos usuários que se encontram em isolamento domiciliar, que apresentam risco de agravamento da sua condição clínica por comorbidade

ou outra condição de risco, ou que foram orientados a procurar uma unidade de saúde por apresentar sintomas de gravidade. Essa ação, ainda em fase de desenvolvimento final da tecnologia, tem sido vista como um componente estruturante que poderá servir de experiência para acompanhamento de outros agravos crônicos, condições de saúde e doenças endêmicas no estado, no período pós-pandemia.

Destaca-se a atuação dos trabalhadores da saúde, central na pandemia, exigindo ações que incluam a proteção e a preservação de sua saúde física e mental, dentre as quais o estabelecimento de condições diferenciadas para execução do trabalho na situação de epidemia, atenção às jornadas laborais e ações para redução de estressores ocupacionais.²⁰ Os serviços de teleassistência, além de possibilitarem a redução das interações entre pacientes e profissionais de saúde, minimizando o risco de transmissão de Covid-19, ajudam a proteger os trabalhadores da saúde.¹⁴ Fehn et al.,⁴ ao apontarem possibilidades para lidar com o aumento da carga de trabalho de profissionais de saúde no contexto da Covid-19, destacam a recente regulamentação da telemedicina no Brasil como uma oportunidade para adoção de novas estratégias que ajudem a mitigar os déficits de recursos humanos, tanto na alocação de profissionais com alto risco como no uso de arranjos mais flexíveis entre mão de obra altamente especializada e outros profissionais de saúde.

O serviço de teleassistência implantado em Pernambuco consistiu em uma estratégia da gestão estadual para realocação dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, sanitaristas, residentes, psicólogos) considerados nos grupos de risco de gravidade para Covid-19 ou, ainda, para reduzir a carga horária de exposição ao risco de contrair a doença. A equipe de teleorientadores foi conformada predominantemente por médicos da rede estadual de saúde integrantes do grupo de risco ou que tiveram suas atividades suspensas por interrupção do funcionamento dos ambulatórios, os quais, mediante portaria da Secretaria Estadual, foram convocados para o atendimento mediado por tecnologia. Alinhadamente às recomendações da Comissão Nacional de Residência Médica,²¹ foram incluídos, ainda, os médicos residentes com comorbidades e aqueles que, com o fechamento dos ambulatórios e o cancelamento de cirurgias, necessitaram de novos campos de práticas. O rodízio dos residentes sem comorbidades foi instituído em ciclos de 15 dias para que os tivessem oportunidade tanto do enfrentamento à pandemia de forma presencial como na modalidade de telemedicina.

Teleacolhimento: estratégia de cuidado em saúde mental na pandemia da Covid-19

A pandemia repercutiu na vida das pessoas, que vivenciam ou vivenciaram maior sofrimento pelos efeitos da doença em si próprias ou em seus familiares, por problemas psicológicos como medo, ansiedade, depressão, estresse pelo crescente número de casos e óbitos, diante da piora das condições

sociais e econômicas, bem como pelo isolamento ocasionado pelas medidas de controle.^{11,13,22,23,24} As sequelas relacionadas à saúde mental de uma pandemia podem ser maiores do que o número de mortes.²⁴ Estudos desenvolvidos durante a pandemia apontam para o aumento de relatos de sofrimento na população brasileira, tanto na população em geral quanto nos profissionais de saúde.^{22,23,25,26} Alguns fatores podem atuar de forma mais significativa na saúde mental durante a pandemia: ter a renda diminuída no período, fazer parte do grupo de risco e estar mais exposto a informações sobre a doença.²⁶ Os estudos de Duarte et al.²⁶ apontam que as mulheres apresentam três vezes mais chances de risco para transtornos mentais nesse contexto.

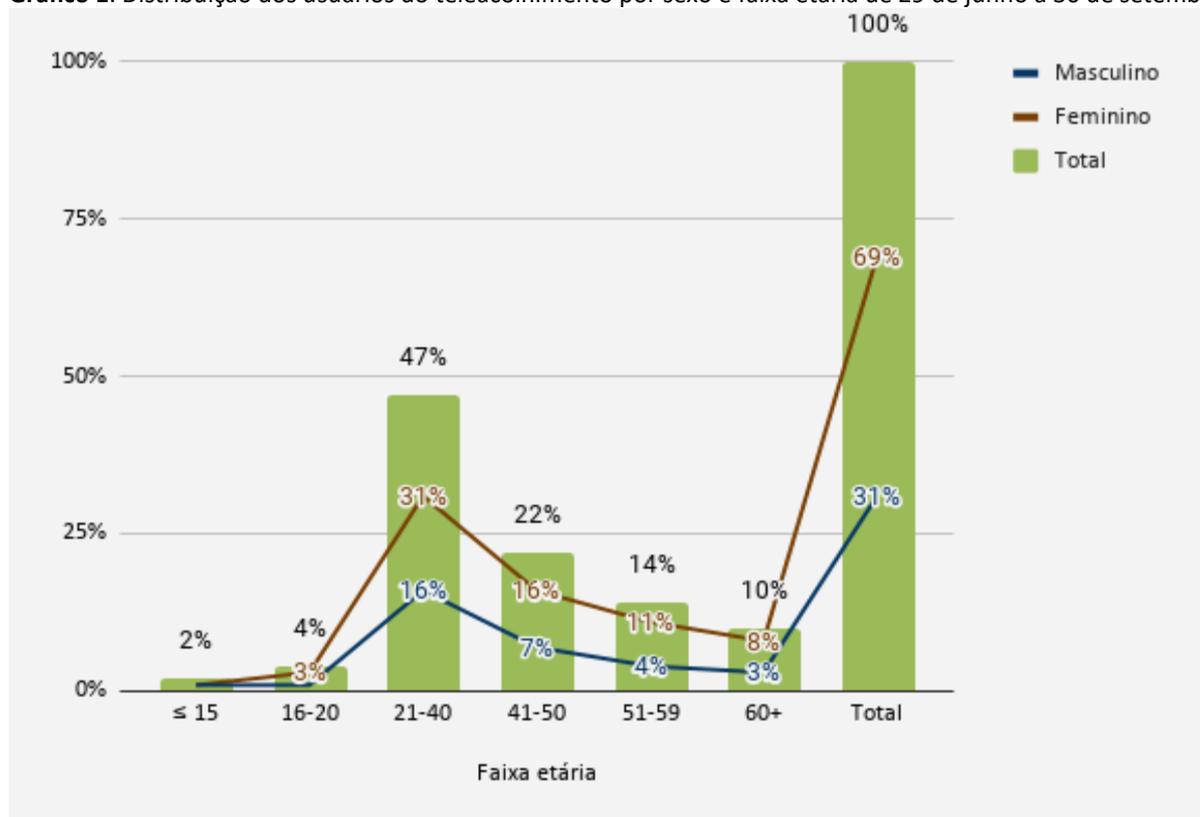
Diante das recomendações para restringir ao máximo as intervenções com contato presencial, têm sido sugeridos em todo o mundo serviços psicológicos mediados por tecnologia, englobando assistência humana e ajuda prática para aliviar preocupações, oferecer conforto e ativar a rede de apoio social.²² O uso das plataformas digitais para ofertar serviços de saúde mental foi adotada em países como China e Austrália na epidemia da Covid-19, incluindo aconselhamento, supervisão, treinamento e psicoeducação, voltados para profissionais de saúde, pacientes com Covid-19, seus familiares e profissionais de segurança.¹¹ Sobre as abordagens que vêm sendo desenvolvidas pelos profissionais da saúde mental junto à população geral, destacam-se: informações sobre sintomas de ansiedade e estresse, tristeza, medo, solidão e raiva; estratégias para promoção de bem-estar psicológico, como medidas para organização da rotina de atividades diárias, cuidado com o sono, prática de atividades físicas e técnicas de relaxamento; fortalecimento das conexões com a rede de apoio social, entre outras.²²

No Brasil, a oferta de serviços psicológicos por meio das tecnologias de informação e comunicação foi regulamentada em 2018 pelo Conselho federal de Psicologia (Resolução n. 11 de 11 de maio de 2018) e atualizada na Resolução n. 4 de 26 de março de 2020, a qual dispõe sobre regulamentação dos referidos serviços psicológicos prestados durante a pandemia de Covid-19.²⁷

O serviço de teleassistência descrito neste relato de experiência incorporou o “teleacolhimento”, ofertando apoio emocional a todos os usuários do aplicativo, com o objetivo de minimizar os impactos da pandemia na saúde mental da população. A identificação da necessidade de apoio emocional pode ser autorreferida ou sugerida por profissional de saúde que realiza teleorientação às pessoas com sintomas. O primeiro contato consiste em uma escuta qualificada, realizada por equipe de psicólogos, que avalia as necessidades do usuário, dá orientações e sugestões de cuidados que podem ajudá-lo a enfrentar situações como problemas de sono, medicação, uso abusivo de álcool e outras drogas, sentimentos como ansiedade, medo e angústia.¹³ A partir da primeira abordagem com psicólogos, outros encaminhamentos podem ser realizados: orientação para

procurar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a rede de apoio a pessoas vítimas de violência ou, ainda, um encaminhamento para a equipe de referência, composta por psicólogos e psiquiatras, que darão continuidade ao cuidado. Outras orientações quanto aos serviços relacionados à assistência social, à importância de buscar uma unidade de saúde da família e a indicação de práticas integrativas e complementares também são ofertadas. Foram atendidos 1.619 usuários pela equipe da Secretaria de Saúde de Pernambuco no período de 29 de junho a 30 de setembro de 2020, a maioria (47%) na faixa etária de 21 a 40 anos de idade, seguidos da faixa etária de 41 a 50 anos (22%). As mulheres representaram 69% dos atendimentos (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição dos usuários do teleacolhimento por sexo e faixa etária de 29 de junho a 30 de setembro de 2020



Fonte: Secretaria de Saúde de Pernambuco, 2020.

Ainda há muito o que descobrir a respeito da Covid-19, suas consequências e implicações na saúde física e mental. Enquanto isso, diversas ações são desenvolvidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, de forma rápida, para minimizar esses efeitos em todo o território nacional. Em Pernambuco, o serviço de teleassistência implantado foi incorporando novas abordagens e componentes à medida que a pandemia avançava, modificando fluxos e processos de trabalho, visando à ampliação de acesso e cuidado precoces. O cuidado em saúde mental realizado de forma remota por parte da Secretaria Estadual de Saúde iniciou com um programa denominado “Acolhe SES”, proposto como uma ação para

dar apoio aos profissionais da rede de saúde que atuam na linha de frente do atendimento aos pacientes acometidos pela Covid-19. Diante das evidências de aumento de sofrimento mental na população em geral advindos da pandemia e da crescente demanda por serviço de apoio psicológico sentida nos atendimentos realizados no aplicativo de teleassistência, o serviço de “teleacolhimento” foi incorporado.

Com os primeiros resultados ora apresentados, pode-se afirmar a relevância da atenção psicológica remota prestada aos usuários que referem algum sofrimento no atual contexto. Da mesma forma, é possível apontar para a necessidade de continuidade das medidas adotadas para enfrentamento das questões relacionadas à emergência do cuidado em saúde mental, e às prováveis consequências que surgirão no “pós-crise”, as quais só serão revertidas em médio e longo prazos.²⁴

Considerações finais

A teleassistência se mostrou como importante ponto de atenção à saúde na esfera estadual em um cenário de pandemia, no qual as medidas de distanciamento social e isolamento domiciliar são as principais formas de redução do contágio, enquanto a rede de saúde se estrutura para atender à demanda. Somam-se a isso as necessidades de ampliar a informação e o acesso da população às orientações adequadas para prevenção e assistência, reduzir a pressão no sistema de saúde local, além de a teleassistência constituir-se como lócus de atuação de profissionais de saúde e residentes que foram realocados em função de suspensão de serviços assistenciais, de sua idade ou por serem integrantes de grupos de risco para a Covid-19.

Evidencia-se a possibilidade de contribuição do serviço de teleassistência para minimizar as dificuldades de acesso e as condições de vulnerabilidade da população, de forma integrada com a Estratégia Saúde da Família. O serviço de teleassistência implantado na pandemia da Covid-19 atuou como estratégia para aumentar a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde e dar acesso às diretrizes de tratamento necessárias para gerenciar e sustentar a fase de mitigação, articulando a rede de serviços referentes a promoção, prevenção e controle do coronavírus junto à população. A vivência relatada reforça a necessidade de se avançar nas discussões quanto à regulamentação e ao investimento na teleassistência, em atividades que possam ser realizadas remotamente (em situações de epidemias, por exemplo) e outras na qual possa ser alternativa à presença de pacientes nas unidades de saúde, melhorando a cobertura da rede de saúde, sem comprometer a qualidade do cuidado. Identifica-se que o uso de tecnologias simples pode ser útil para ampliar o acesso e descomprimir os serviços de saúde.

Destacam-se como desafios na implantação do serviço em tela a integração e a coordenação das ações no estado. O serviço, que possibilita acesso à informação/orientação, teleassistência e exames diagnósticos (testes para detecção da Covid-19), demandou esforços na pactuação de fluxos na rede de saúde, especialmente na articulação com a rede de urgência e emergência para assistência aos usuários com sinais de gravidade, e com a atenção primária à saúde para assistência, acompanhamento e vigilância em saúde. Importante reiterar o papel da gestão regional, nesse caso representada pelas Gerências Regionais de Saúde, que atuaram como articuladoras dessa rede. A regionalização, entendida como um processo técnico-político de distribuição do território para fins de planejamento, organização e gestão de ações e serviços de saúde, ainda não se efetivou suficientemente no Sistema Único de Saúde. Experiências como a relatada demonstram o quanto o processo de regionalização precisa avançar para favorecer o acesso da população à saúde, evitar a fragmentação na oferta de serviços e garantir a continuidade do cuidado ao usuário no território.

Novos pontos de acesso ao sistema de saúde são necessários na reorganização da rede de atenção no contexto da pandemia, inclusive as formas remotas, como o teleatendimento. No entanto, essas iniciativas precisam estar integradas à rede de atenção primária, para serem capazes de atuar e dar respostas às necessidades de saúde das pessoas em uma linha de cuidado organizada: desde o monitoramento de casos leves à identificação precoce de sinais de alerta e encaminhamento para a rede especializada. De forma complementar ao que se observa nos modelos de estruturação da rede de saúde e dos investimentos nas respostas para o enfrentamento da pandemia, voltados prioritariamente para equipar unidades de pronto atendimento e a rede hospitalar, faz-se necessário fortalecer o papel da atenção básica.

O serviço de teleacolhimento, ofertando “apoio emocional” aos usuários do aplicativo, mostrou-se fundamental, visto que a Covid-19 evidenciou o impacto na saúde mental. A organização da rede de atenção psicossocial também precisa ser considerada nos esforços para minimizar os efeitos danosos da pandemia na saúde mental e no período pós-pandemia, haja vista os comprometimentos que já se encontram descritos. Os resultados do serviço de triagem e de primeira escuta qualificada por plataforma, como o descrito neste artigo, precisam ser melhor aprofundados e avaliados, podendo se apresentar como estratégia viável para ampliação do acesso aos cuidados em saúde mental após a pandemia.

São inúmeras as questões envolvidas na ampliação do acesso da população às tecnologias e à assistência à saúde de forma remota. Considera-se que o contato entre usuário e profissional de saúde é imprescindível na prestação da assistência, e a acelerada incorporação de tecnologias digitais, mediando a produção do cuidado, faz emergir diversos desafios, no campo da ética, dos aspectos

relacionais, da comunicação, do acesso, da formação de profissionais de saúde para atuação no âmbito da saúde digital. O serviço em desenvolvimento no estado de Pernambuco contribui para a produção de informações e conhecimento sobre as potencialidades da teleassistência no contexto pandêmico, aponta para potencialidades de uso no período pós-pandemia e sinaliza a necessidade de estudos sobre os resultados e as implicações da telemedicina no cuidado em saúde.

Referências

1. Brasil. Portaria n. 188, de 03 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União (2020).
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 18 agosto de 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875.
3. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus Brasil: Painel Coronavírus [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 17 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.
4. Fehn A, Nunes L, Aguillar A, Dal Poz M. Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da COVID-19. Nota Técnica n. 10 [Internet]. IEPS: São Paulo; 2020 [citado em 17 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://ieps.org.br/pesquisas/vulnerabilidade-e-deficit-de-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-covid-19/>.
5. Niquini RP, Lana RM, Pacheco AG, Cruz OG, Coelho FC, Carvalho LM, et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. Cad. Saúde Pública. 2020;36(7):e00149420.
6. Conass (BR). Covid-19 – Estratégia de Gestão. Instrumento para apoio à tomada de decisão na resposta à pandemia da Covid-19 na esfera local [Internet]. Brasília; 2020. Versão 1 - 25 de junho de 2020 [citado em 9 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/06/Estrate%cc%81gia-de-Gesta%cc%83o-Covid-19-1.pdf>.
7. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Plano de Contingência para Infecção pelo coronavírus (COVID – 19) [Internet]. Pernambuco, versão 4, 2020 Maio [citado em 9 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://www.cievspe.com/novo-coronavirus-2019-ncov>.
8. Conselho Federal de Medicina (BR). Ofício CFM Nº 1756/2020-COJUR [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 9 de agosto de 2020]. 2 p. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/2020_oficio_telemedicina.pdf.
9. Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 1.643/2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da Telemedicina. Diário Oficial da União [Internet]. 2002 [citado em 9 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2002/1643>.
10. Brasil. Poder Legislativo. Lei n. 13.989, de 15 de abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2) [internet]. Diário Oficial da União [Internet]. 2020 Abr. [citado em 9 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-13.989-de-15-de-abril-de-2020-252726328>.
11. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2020;36(5):e00088920.
12. Organização Pan-Americana da Saúde. Perguntas frequentes para a gestão de trabalhadores da saúde em resposta à COVID-19, 7 de maio de 2020 [Internet]. Brasília; 2020 [citado em 9 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52315>.

13. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (BR). Prefeitura da Cidade do Recife. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de teleassistência atende em casa: teleorientação, telemonitoramento e teleacolhimento [Internet]. Recife: SES-PE, PCR; 2020. 103p.:il. ISBN 978-65-88767-00-9. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1122785>.
14. Márquez Júnior V. Teleconsulta en la pandemia por Coronavirus: desafíos para la telemedicina pos-COVID-19. *Rev Col Gastroenterol*. 2020 Dec.;35(1):5-16.
15. Leite IC, Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Brasil P, Greco DB, 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*. 2020 Abr.;36(6):e00104120.
16. Celes RS, Rossi TRA, Barros SG, Santos CML, Cardoso C. A telessaúde como estratégia de resposta do Estado: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2018 [citado em 22 de novembro de 2021];42:e84. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.84>.
17. Fernandes L, Ortega F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de Covid-19. *Physis*. 2020;30(3):e300309.
18. Netto AV, Tateyama AGP. Avaliação de tecnologia de telemonitoramento e biotelemetria para o cuidado híbrido para o idoso com condição crônica. *J. Health Inform*. 2018 Out.-Dez.;10(4):103-11.
19. Paula AC, Maldonado JMSV, Gadelha CAG. Healthcare telemonitoring and business dynamics: challenges and opportunities for SUS. *Rev. Saúde Pública*. 2020;54(65).
20. Helioerio MC, Lopes FQRS, Sousa CC, Souza FO, Pinho PS, Sousa FNF, et al. Covid-19: Por que a proteção de trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia? *Trab. educ. saúde*. 2020;18(3):e00289121.
21. Comissão Nacional de Residência Médica (BR). Nota Técnica nº 1/2020/CNRM/CGRS/DDES/SESU/SESU. Recomendações quanto ao desenvolvimento das atividades dos Programas de Residência Médica (PRMs) durante enfrentamento à pandemia por COVID-19. Brasília; 2020.
22. Schmidt B, Crepaldi MA, Bolze SDA, Neiva-Silva L, Demenech LM. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud. psicol*. 2020;37:e200063.
23. Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS, Romero D, et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020;29(4):e2020427.
24. Faro A, Bahiano MA, Nakano TC, Reis C, Silva BFP, Vitti LS. Covid-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud. psicol*. 2020;37:e200074.
25. Castro-de-Araujo LFS, Machado DB. Impact of Covid-19 on mental health in a Low and Middle-Income Country (LMIC). *Cien Saude Colet* [Internet]. 2020 Abr. [citado em 15 de setembro de 2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/impact-of-covid19-on-mental-health-in-a-low-and-middleincome-country-lmic/17557?id=17557&id=17557>.
26. Duarte MQ, Santo MAS, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. Covid-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020 Set.;25(9):3401-11.
27. Conselho Federal de Psicologia (BR). Resolução nº 4, de 26 de março de 2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do Covid-19. *Diário Oficial da União*. 2020 Mar. 30;61(seção 1):251.

Como citar: Santos JS, Cavalcante LPMA, de Almeida TC, de Souza LRB, de Souza EMM, Dantas GRMC. Implantação de serviço estadual de teleassistência: estratégia de resposta na pandemia da Covid-19. *Saúde em Redes*. 2023;9(1). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.3429

Submissão: 12/01/2021

Aceite: 05/01/2022