



Revista **Saúde em Redes** (ISSN 2446-4813), v. 7, Supl. 1 (2021).

**O território CONVIDA a reexistir:** ensaios e narrativas sobre respostas à pandemia nos pontos de atenção nos territórios onde a vida acontece

DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3531g800

**ARTIGO ORIGINAL**

(Capa: Márcio Mariath Belloc)

## **Atenção Primária à Saúde e o contexto da pandemia de COVID-19: reflexões sobre o cuidado em saúde de pessoas idosas**

*Primary Health Care and the context of the COVID-19 pandemic: reflections on health care for the old people*

**Carolina Da Silva Buno**

ORCID: 0000-0001-8470-1944

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

E-mail: carol.sbuno@gmail.com

**Alexandre Favero Bulgarelli**

ORCID: 0000-0002-7110-251X

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

E-mail: alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

### **Resumo:**

O contexto global de emergência em saúde pública causada pela pandemia de COVID-19 desafia os diversos países a pensar estratégias para prevenção e controle da infecção por Sars-CoV-2. Os idosos são o principal grupo de risco para os casos mais agravados da doença, levando os sistemas de saúde a (re) pensarem seus modelos de atenção e propor estratégias capazes de responder as demandas pré-existentes destes usuários, somados às novas questões evidenciadas pela pandemia. Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) é espaço estratégico para a oferta de cuidados de forma equânime e integral, sendo o principal ponto da rede de atenção acessado pelos usuários idosos. Com o advento da emergência em saúde pública pela COVID-19 este nível de atenção continuou sendo a referência para o atendimento de primeiro contato aos casos sintomáticos respiratórios leves e moderados. Frente tais contextos realizou-se um estudo com aproximação metodológica qualitativa, desenhada dentro de um método indutivo objetivando descrever o acesso aos serviços de saúde na atenção primária na perspectiva dos

usuários idosos e traçar um paralelo com questões envolvendo a COVID-19. A produção de informações se deu por meio de entrevistas narrativas semiestruturadas, o material tratado e analisado à luz da técnica de Análise Temática de Conteúdo. Observa-se que houve o aumento das evasões de consultas de acompanhamento e complicações às condições de saúde pré-existentes dos usuários idosos, desafiando a APS a fortalecer as formas de cuidado centradas nos territórios, pautadas, também, na prevenção e promoção ao COVID-19. Novas estratégias para continuidade dos cuidados foram desenvolvidas e ganharam lugar no cotidiano do trabalho das equipes de APS, como as teleconsultas e telemonitoramentos. Sem estratégias que possibilitem outras formas de cuidado a pandemia de COVID-19 pode representar um fator dificultador de acesso dos usuários idosos aos serviços da atenção primária.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à saúde, Idosos, Saúde Coletiva, Covid-19.

### **Abstract:**

The global context of public health emergency

caused by the COVID-19 challenges several countries to think about strategies for the prevention and control of Sars-CoV-2 infection. The elderly is the main risk group for the most aggravated cases of the disease, leading the health systems to (re) think about their care models and propose strategies to respond the pre-existing demands of these users, added to the new questions evidenced by the pandemic. In this context, Primary Health Care (PHC) is a strategic space for the provision of care in an equitable and comprehensive way, being the main point of the care network accessed by elderly users. With the advent of the public health emergency by COVID-19, this level of care continued to be the benchmark for first contact care for mild and moderate respiratory symptomatic cases. In the face of such contexts, this study was carried out with a qualitative methodological approach, designed within an inductive method aiming to describe access to health services in primary care from the perspective of elderly users and to draw a

parallel with issues involving COVID-19. The production of information happened by means of semi-structured narrative interviews. The textual material was treated and analyzed in the light of the Thematic Content Analysis technique. It is observed that there was an increase in the evasion of follow-up consultations and complications to the pre-existing health conditions of elderly users, challenging the PHC to strengthen the forms of care centered on the territories, also based on the prevention and promotion of COVID-19. New strategies for continuity of care were developed and exists in the daily work of PHC teams, such as teleconsultations and telemonitoring. Without strategies that enable other forms of care, the COVID-19 pandemic may represent a factor that makes it difficult for elderly users to access primary care services.

**Keywords:** Primary health Care, Older people, Collective health, Covid-19

## Introdução

O envelhecimento populacional é um grande desafio para os sistemas de saúde, sendo necessário se pensar modelos de atenção capazes de atender as demandas da população idosa. Somando-se ao desafio de promover o cuidado adequado em diferentes populações, o contexto global da pandemia de COVID-19 evidencia estruturas e vulnerabilidades sociais latentes também no contexto da população de idosos<sup>1,2,3,4</sup>.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) reconhece a emergência em saúde pública COVID-19 enquanto uma Pandemia<sup>5</sup>. Dessa forma, a COVID-19 caracteriza-se como uma doença sistêmica, de rápida disseminação, de difícil contenção e muito grave<sup>6</sup>. A América-Latina foi uma das últimas regiões do mundo a notificar casos de COVID-19, sendo o primeiro caso do Brasil registrado oficialmente em 25 de fevereiro de 2020<sup>7</sup>, entretanto o país teve como característica o rápido aumento no número de novos casos e mortalidade. Na 49ª semana epidemiológica (29/11/2020 a 05/12/2020), já vivenciando a segunda onda de contágios por Sars-CoV-2, o país apresentava o acumulado de 6.533.968 casos confirmados de COVID-19 e 175.964 óbitos, com uma incidência aproximada de 243.696 casos novos neste período<sup>6</sup>.

A infecção por COVID-19 pode afetar todas as pessoas e em todas as faixas-etárias, entretanto as evidências apontam que alguns grupos populacionais apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de casos agravados. As pessoas com idade avançada (acima de 60 anos) apresentam chances aumentadas de desenvolvimento de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e evolução para óbito; portadores de quadros de hipertensão e diabetes mellitus; condições do trato respiratório como tuberculose, asma, pneumonia e DPOC; doenças crônicas renais, hepáticas e cardíacas também se constituem enquanto grupos com risco aumentado para quadros agravados de COVID-19<sup>6,8,9</sup>. A literatura também evidencia maior risco de complicações às pessoas do sexo masculino, com histórico de tabagismo e uso de substâncias<sup>9</sup>.

É preciso destacar que no Brasil se envelhece mal e com maior carga de doenças, reforçando a múltipla exposição dos idosos aos fatores de potencial agravamento aos quadros de COVID-19. Se sabe ainda que

80% dos idosos brasileiros são dependentes exclusivamente do SUS, constituindo esse grupo majoritariamente pessoas negras e pobres<sup>2</sup>. Além disso, as questões sociodemográficas como as desigualdades sociais, gênero e estratificação étnica/racial aumentam o risco para a contaminação por coronavírus.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a ordenadora e coordenadora do cuidado, representando espaço estratégico para a oferta da atenção à saúde de forma equânime e integral às pessoas mais velhas. Durante o enfrentamento da pandemia, estima-se que cerca de 80% dos usuários com sintomas leves e parte dos casos moderados recorreram primeiramente às suas unidades da atenção primária de referência em busca de cuidados em saúde<sup>10,11</sup>. A APS se faz como base fundamental para o enfrentamento da pandemia de coronavírus, uma vez que os cuidados primários reduzem as iniquidades em saúde e que sistemas de saúde baseados em uma APS estruturada ofertam cuidado integral, articulado e respondem de melhor maneira aos contextos de emergência em saúde pública<sup>11,12,13</sup>.

Este artigo é produto de uma pesquisa que compõe a dissertação de mestrado intitulada “As narrativas do acesso à atenção primária em Porto Alegre: experiências na perspectiva dos usuários idosos”, que buscou compreender o acesso aos serviços de saúde na atenção primária na perspectiva dos usuários idosos. O objetivo é entender o acesso na Atenção Primária à Saúde na perspectiva dos usuários mais velhos, identificando as potencialidades e lacunas encontradas no acesso às unidades de APS de referências, considerando o contexto de COVID-19 enquanto facilitador ou não para o acesso neste nível de atenção. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (parecer n. 1.670.384) e Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (parecer n. 1.716.586).

Trata-se de um estudo com aproximação metodológica qualitativa, desenhada dentro de um método indutivo. A produção de informações se deu por meio de entrevistas narrativas semiestruturadas, o material tratado e analisado à luz das técnicas de Análise Qualitativa Temática de Conteúdo, proposta por Laurence Bardin<sup>14</sup>.

Esta pesquisa foi concluída no início da pandemia de COVID-19 no Brasil (março/2020), porém compreendendo os idosos como uma das principais populações afetadas pelo contexto pandêmico e a importância da atenção primária em saúde neste cenário desafiador, resgata-se alguns resultados encontrados de maneira a construir uma reflexão contemporânea do acesso a saúde no SUS.

### **Autopercepção do estado de saúde: idade, multimorbidades e fatores sociais enquanto categorias de risco**

Como forma de compreender como os idosos em estudo avaliam seu estado de saúde, as narrativas foram iniciadas por meio do questionamento “*Como você está se sentindo hoje?*”. Emergiram as autopercepções sobre si naquele momento: “*Graças a Deus hoje tô bem, não tenho muita dor hoje. Tem dia que tô com dor no pescoço, dor no braço e em tudo. Graças a Deus tô bem.* [I09]”.

É evidenciado nas narrativas que a percepção de “estar bem ou mal” também está relacionada com a presença das condições crônicas de saúde, seu controle e desdobramentos, seja pela sintomáticas ou pela necessidade diária do uso de medicações que estes agravos impõem ao cotidiano das pessoas mais velhas. A maior parte dos idosos entendem sua saúde enquanto “boa”, apesar da presença de quadros e doenças existentes. Este resultado corrobora a literatura que aponta que 51,2% dos idosos entrevistados também apresentam autopercepção positiva sobre seu estado de saúde<sup>15</sup>.

“Todos os dias, todos os dias é dor nas cadeiras. Eu, eu não sei se, exames para os rins, de urina, eu já fiz vários e não dá nada. O cardiovascular quer saber, né? E eu tenho esse probleminha no coração também, dá falta de ar, né? Mas pra isso daí eu tomo remédio. Então eu vou levando vou levando, de uma consulta a outra.” [I4]

As multimorbidades são o número de doenças (em geral duas ou três) que o indivíduo manifesta ao mesmo tempo; índices cumulativos que avaliam número e gravidade das doenças simultâneas ou enquanto a existência de doenças e/ou sintomas e limitações cognitivas e físicas<sup>16</sup>. No Brasil, duas em cada três pessoas na faixa-etária entre 50-79 anos apresentam o diagnóstico de duas a três doenças, confirmando a presença e impacto das multimorbidades entre a população mais longevas do país<sup>16</sup>.

Antes de vivenciar um contexto pandêmicos, as multimorbidades já representavam um problema de saúde pública, tanto pela sua alta-frequência e a associação com a mortalidade, quanto pelo declínio funcional, baixa qualidade de vida e difícil manejo pelos serviços de saúde, sendo um grande desafio pensar no cuidado aos usuários idosos com múltiplas necessidades trazidas por estas condições<sup>17</sup>.

“Eu às vezes eu pego uns remédio que eu tenho assim uns problemas no joelho, né? Mas os que eu tomo diária mesmo, eu só tomo o “sinvastatina que é pro colesterol, né, mas o resto ... [110]”

As populações mais pobres estão mais propensas a desenvolver condições crônicas<sup>18</sup>. Ainda, as questões socioeconômicas quando associados ao recorte racial e de gênero também se fazem enquanto um conjunto complexo de fatores de risco potenciais a infecção e agravamento aos quadros de COVID-19. As pessoas negras têm maior probabilidade de serem infectadas com SARS-CoV-2 e risco aumentado para óbitos por COVID-19<sup>19,20</sup>. É importante considerar ainda que aproximadamente 13 milhões de brasileiros residem em favelas, sendo este número composto majoritariamente por pessoas negras, em condições de moradia que dificultam a realização de isolamento social e o acesso restrito à água potável. Isso impossibilita o cumprimento das recomendações básicas de higiene<sup>4,7</sup>.

Estados mais desiguais tem taxas maiores de incidência e mortalidade por COVID-19 comparados àqueles com menor índice de desigualdade. Isso se deve não só pelo efeito da pobreza imediata, mas também porque estados mais desiguais podem apresentar índices maiores de populações que vivem com comorbidades, além das distribuições desiguais de oportunidades e dificuldades em arrecadação de recursos para responder adequadamente ao uma crise sanitária<sup>20</sup>. A expectativa de vida saudável e as taxas de mortalidade têm sido historicamente desproporcionais entre as populações mais ricas e mais pobres, evidenciando a resposta social injusta à pandemia de COVID-19<sup>20,21,22</sup>.

Apesar do alto grau de satisfação com a própria saúde e convivência com quadros de comorbidades e outras mazelas sociais, os idosos já expunham preocupações em relação à saúde e doenças com maiores agravamento antes mesmo de vivenciarem uma pandemia que os coloca como principal grupo etário de risco.

“ eu acho que se um dia eu tiver uma doença meia eu vou ser bem covarde. Eu não sou uma pessoa que assim [...] Eu pareço forte mas acho que não sou forte.” [15]

Com o advento da COVID-19 e o possível medo de infecções observa-se uma alta taxa de evasão de cuidados médicos e aumento das chances de complicações à saúde<sup>3</sup>, em especial aos pacientes que vivem com multimorbidades. É importante que as UBS sigam cuidando das questões rotineiras em saúde da população priorizando as situações necessárias, porém restringindo os atendimentos presenciais. Conduzir ambas as frentes de cuidado, trazidas pela pandemia fortalece o papel da APS enquanto ordenadora e coordenadora do cuidado e evita que causas secundárias à pandemia impactem de forma mais acentuada a saúde da população<sup>12,13</sup>.

Dado à gravidade e as dificuldades na resposta à Pandemia do coronavírus no país, o que se observa é o foco na organização das políticas e financiamento para os cuidados hospitalares e de urgência e interrupção de atendimentos na rede básica de saúde e no cuidado às condições crônicas pré-existentes em algumas experiências. Entretanto, é preciso considerar que durante o curso e após a pandemia caberá em especial à atenção básica o manejo das consequências do isolamento prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos mentais, violências domésticas, alcoolismo, agudização e/ou

desenvolvimento de agravos crônicos, somados as condições já vivenciadas pelas pessoas antes mesmo do contexto pandêmico<sup>11</sup>.

## **A Atenção Primária à Saúde: garantindo o acesso e as novas formas de cuidar frente a pandemia de COVID-19**

Anterior ao contexto pandêmico, as UBS já eram o principal ponto da rede para o acesso aos cuidados em saúde pela população idosa. A Unidade Básica de Saúde é fortemente relatada pelos idosos como local preferencial para o acesso de primeiro contato, tanto por ser o equipamento de saúde mais próximo de suas residências, quanto pela facilidade em acessar os serviços disponíveis como a marcação de consultas, a dispensação de medicação e acompanhamentos de quadros de saúde, a exemplo: *“Às vezes, três vezes por semana, eu vou ver a pressão como é que tá. Aí quando eu preciso, eu vou marcar consulta. E se não, só vou para renovar as receitas e pegar o remédio da pressão aqui”* [I4]. Da mesma forma que a facilidade na obtenção de serviços e a proximidade geográfica aparecem enquanto fatores que influenciam a escolha da UBS como preferencial, a percepção do atendimento recebido e resolutividade do serviço também se mostram como fatores determinantes na escolha da unidade como referências para o primeiro contato<sup>23,24</sup>.

A UBS além de ponto assistencial para o cuidado em saúde, se faz também enquanto local de troca social e companhia para uma parcela desta população idosa, tanto pelo sentimento de solidão experimentado por estas pessoas mais velhas, quanto pelo vínculo produzido com a equipe de saúde e unidade:

*“Mas quem é que procura mais posto de saúde, que às vezes faz até daquele ali um lugar de lazer? Eu vejo que às vezes tem uns que faz como um lugar de lazer daquilo ali. Elas vão lá pra não ficar em casa, pra conversar com outra, ficar sentada ali, ficar lá, conversando. Elas ficam lá e daqui a pouco "ai, eu acho que vou me embora. Aí vai lá no balcão: - Oi, pra elas [equipe da UBS] ali. Vira uma rotina pra elas terem com quem conversar. (I03)”*

Em meio a uma pandemia, onde a orientação principal de prevenção e controle de novos casos é o distanciamento social, os idosos deixam de ter a unidade básica como ponto social de produção de vínculos e afetos e passam experienciar ainda mais os períodos de solidão e fragilização de vínculos familiares e sociais.

Urge como desafio, também, as novas configurações de atenção básica promulgadas por meio da reformulação da Política Nacional de Atenção Básica<sup>25</sup>, que flexibiliza a adoção das estratégias de saúde da família nas unidades básicas e o quantitativo de agentes de saúde nos territórios. Durante as atividades em campo já se observava a remodelação das ESF para o modelo próximo aos de Clínicas de Família, onde há quantitativo reduzido de agentes comunitários de saúde.

*“E: Mas já que nós estamos falando um pouquinho sobre a sua saúde, né, sobre essas questões que estão te incomodando, quando a senhora tem algum mal estar, quando se sente mal e precisa procurar algum atendimento, algum acolhimento, alguma coisa, onde é que a senhora costuma procurar? Eu procuro a M. [ACS]! [...] Ela me acompanha pra me arrumar, pra mim consultar, né?”(I14)*

É importante valorizar o protagonismo dos ACS no processo de construção de vínculos com os idosos, uma vez que este fator contribui para a qualidade na assistência, tornando mais efetivas as ações terapêuticas<sup>26</sup>.

Mesmo o acesso não se dando no local físico das unidades de saúde, o vínculo com as equipes de estratégia de saúde da família, em especial com os agentes de saúde, torna-se o principal elo entre usuário e UBS,

especialmente no contexto em que acessar fisicamente a unidade de saúde pode significar risco a esses pacientes. Durante a pandemia é importante fortalecer a orientação comunitária, um dos atributos da APS<sup>27</sup>, investindo na atuação do ACS por meio da continuidade do trabalho nos territórios e das visitas domiciliares, readaptas aos espaços externos das casas para garantir segurança biológica a estes profissionais, conforme orientação do Ministério da Saúde<sup>28</sup>.

Com a reestruturação da APS em Porto Alegre, o Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF) deixa de ser um projeto de interesse a gestão local e federal, por meio da interrupção do financiamento aos núcleos<sup>29</sup>. É previsto que as equipes NASF apoiem e façam a cogestão dos casos que demandam abordagem multiprofissional específica, por meio de atendimento compartilhado e construção de projetos terapêuticos singulares<sup>30</sup>, trazendo o processo de matriciamento para a atenção básica e interações que potencializam as práticas de cuidado. Dessa forma os idosos, principal grupo acometido por comprometimentos físicos, cognitivos e processos de fragilização tem seu acesso diminuído ao cuidado que atenda às suas necessidades. Soma-se a este cenário, o manejo dos casos pós-covid de pacientes que desenvolvem sequelas mesmo depois de curados e necessitam do cuidado multiprofissional nos processos de reabilitação<sup>31</sup>. Na ausência das equipes de NASF ou das equipes de matriciamentos os processos iniciais de reabilitação se tornam de difícil acesso e cada vez mais médico-centrados.

As políticas públicas de saúde reforçam os direitos à saúde integral e o acesso equânime da população idosa aos serviços, trazendo a Atenção Primária à Saúde também como nível de atenção prioritário na realização de ações de prevenção e promoção à saúde, uma vez que orientada corretamente dentro da lógica de seus atributos a APS é capaz de atingir melhores indicadores de saúde, ofertar a atenção integral às necessidades do usuário e favorecer a promoção do envelhecimento saudável<sup>32,33</sup>. Sendo assim, os idosos identificam em suas experiências que a UBS se faz enquanto campo curativo e não local potencial para prevenção e promoção à saúde.

“Não tem atendimento assim, especial. Pra idoso não existe! O Brasil tá precisando se integrar nisso aí, se acordar porque a idade dos mais velhos tá chegando e daqui a pouco tempo nós vamos ter uma maioria de idosos e o Brasil não tá preparado pra isso, principalmente o serviço de saúde que é o que mais é utilizado para os idosos. Até mesmo como prevenção, prevenção deveria de ter pra não ter que chegar no posto de saúde. [...]” [I03]

Durante o contexto pandêmico, na ausência de vacinas e medicamentos para cura ou prevenção da COVID-19, as Intervenções Não-Farmacológicas (INF) são estratégias de prevenção e contenção de sua transmissibilidade. As INF podem abranger o alcance individual, por meio do uso de máscaras, higienização das mãos e etiqueta respiratória; ambientais, a partir do arejamento de ambientes e limpeza de superfícies; comunitárias, através de ações de gestão e políticas públicas<sup>34,35</sup>, e medidas de distanciamento social, mediante isolamento de forma ampliada ou seletiva<sup>5,28</sup>. Grande parte da população aderiu às medidas de restrição de contato físico<sup>36,37</sup>, porém entre os idosos houve menor adesão ao distanciamento social, mas alta prevalência no uso de máscaras e higienização das mãos. Ainda, quanto mais velho o idoso, maior a tendência em manter as recomendações de distanciamento social<sup>22</sup>.

O isolamento social traz consequências para saúde da população uma vez que reduz o contato interpessoal, exige ajustes nas atividades da vida diária e limita o ir e vir desses idosos, causando tédio, frustração e sensação de solidão<sup>37</sup>. O stress é a principal consequência do isolamento social e está diretamente relacionado a episódios de alterações do sono. As crianças e idosos são os mais vulneráveis aos impactos do isolamento para a saúde mental, sendo os idosos com declínio cognitivo ou demências os mais vulneráveis a alterações emocionais e comportamentais<sup>35,38</sup>.

A sustentabilidade e efetividade das medidas não-farmacológicas e isolamento social dependem da promulgação de medidas de proteção social, pois períodos de distanciamento social prejudicam a geração de emprego e renda, afetando especialmente as famílias mais vulneráveis. A literatura demonstra que más

condições de moradia e renda estão associadas ao menor tempo de manutenção às medidas de isolamento social<sup>37,39</sup>.

No contexto atual torna-se fundamental o fortalecimento de estratégias de ampliação do acesso já existentes – e não seu desmonte – e voltar cada vez mais o cuidado para o território e na comunidade, não só por meio dos agentes de saúde, mas mobilizando também as equipes de profissionais técnicos para o cuidado domiciliar aos casos mais agravados e grupos de risco. Manter as atividades de imunização por meio de estratégias de vacinação a postos itinerantes espalhados na área adscrita<sup>13</sup>, adotando estratégias casa-a-casa e até mesmo no uso de recursos e parceiros do território (igrejas, comércios, praças) para as atividades de promoção e prevenção à saúde, garantindo o adequado distanciamento social.

O contato telefônico ou comunicação pela internet podem possibilitar novas formas de contato entre paciente e equipe da unidade de saúde, podendo aproximar vínculos e promover o cuidado equânime aos idosos, ao mesmo tempo que preserva a população mais velha de possíveis riscos de infecção<sup>5,13</sup>. Ainda, estratégias de teleatendimento conferem maior autonomia aos idosos e seus familiares sobre o plano de cuidado, sendo a equipe da unidade facilitadores aos processos de autocuidado.

Porto Alegre já utiliza o recurso telefônico nas rotinas de trabalho da APS, garantindo que os idosos e pessoas portadoras de deficiências agendem suas consultas nas UBS por telefone<sup>40</sup>. A marcação de consultas por contato telefônico é uma estratégia potente de acesso aos serviços de saúde, e evita que o usuário mais velho se exponha duplamente: na ida até a unidade para a marcação e retorno para consulta.

“Outro dia eu ligue [na UBS], aí eu tive todos os papezinhos que eles fizeram [panfletos com o número do telefone da unidade de saúde] lá, né? Aí eu liguei e o agente de saúde [nome suprimido] atendeu. Ele veio aqui, pegou os papéis [guias de exames e encaminhamentos]. Eu fui ligar pra lá, ele pegou os papel, levou pro médico, o médico corrigiu, viu o que ele tinha dado, no outro dia ele veio, veio trazer tudo. [I15]

É observado experiências locais onde se inclui o telemonitoramento na rotina de trabalho das ACS e equipe NASF, a continuidade da assistência e acompanhamento dos pacientes identificados como mais vulneráveis, otimizando as agendas dos profissionais médicos e enfermeiros para o atendimento dos casos de sintomáticos respiratórios<sup>41</sup>. Outros municípios trazem o telemonitoramento também como estratégia de cuidado longitudinal, aliado à busca-ativa e acompanhamento dos casos de pacientes sintomáticos respiratórios. Destaca-se ainda a boa adesão da população e o fortalecimento do vínculo usuário-serviço de saúde nas duas experiências<sup>41,42</sup>. Sem estratégias que possibilitem outras formas de cuidado a pandemia de COVID-19 pode representar um fator dificultador do acesso aos serviços da atenção primária.

### **Proteger sem excluir: o desafio do cuidado às pessoas idosas em tempos de distanciamento social**

Os idosos identificam que suas necessidades são diferentes das dos usuários mais jovens e experimentam o acesso aos serviços de saúde também de outra forma. Nas narrativas estudadas é possível perceber questionamentos sobre a postura e a resolutividade das equipes em relação às necessidades da população idosa, bem como as respostas produzidas pelos serviços, que muitas vezes é nula. Emergem das narrativas questionamentos sobre quão preparados os trabalhadores na Atenção Básica estão para responder as demandas que o processo de envelhecimento agrega ao cotidiano do trabalho.

“Elas [trabalhadores da unidade de saúde] não estão preparadas para trabalhar com pessoas com mais idade. Elas tão acostumadas a trabalhar com pessoas novas, pessoas de mais idade incomoda. Então não dá! Demora, incomoda, é mais lento [...]Elas tem preparo pra trabalhar ligeirinho com todo mundo. Chega ali ligeirinho, jovem e tal, novo, médio. Agora o velho eles não tem, tanto que eles começam agora a jogar assim, de novo. [refere. ao agendamento via telefonema] [...] Não ter resposta às vezes acontece, conforme a funcionária: ou porque ela não está boa ou

porque teve algum problema, ou porque amanheceu mal. Mas às vezes não dão resposta, a gente pergunta e tu sai sem resposta. Tu vê que a pessoa ignorou, né? Então, exatamente assim.” ( I03)

Soma-se ao cenário desafiador imposto pelo contexto pandêmico, a falta de conhecimento gerontológico<sup>2</sup>. É necessário compreender as realidades vividas pelos idosos, investindo em espaços, currículos e cenários formativos onde os futuros e atuais trabalhadores do SUS possam compreender profundamente as estruturas de poder a qual estão submetidos estes pacientes, buscando reduzir preconceitos e paradigmas que cercam o processo de envelhecimento<sup>43,44</sup>, e evitando fenômenos sociais como o ageísmo (ou idadismo) que afeta diretamente esta população.

A OMS recomenda que a população idosa seja protegida, com o apoio da comunidade, sem ser isolados, estigmatizados, deixados em posições de maior vulnerabilidade ou incapazes de acessar recursos básicos, como saúde e assistência social<sup>45</sup>.

### Considerações finais

Durante o contexto de emergência em saúde pública, a Atenção Primária em Saúde continuou sendo o principal ponto de atenção em saúde acessado pelos usuários idosos, incluído os acometidos pela COVID-19. Apesar de fortes investimentos nos cuidados hospitalares e especializados para o enfrentamento da pandemia, a atuação da atenção primária à saúde destaca-se pelo fortalecimento de ações já consolidadas e inerentes às Estratégia de Saúde da Família. Brilha a capacidade inventiva das equipes em propor novas formas de cuidado à população, trazendo as unidades e os profissionais ainda mais perto de seus territórios de atuação, fortalecendo a orientação comunitária e a longitudinalidade do cuidado na APS.

O enfrentamento da emergência em saúde pública traz luz às iniquidades sociais já vivenciadas pela população geral, em especial os idosos, principal grupo de risco aos casos mais agravados de COVID-19. Os fatores socioeconômicos somados aos biológicos constituem os principais fatores de risco à infecção e óbito por COVID-19 entre as pessoas mais velhas. As dificuldades dos profissionais da saúde no manejo de pacientes idosos pode ser fator dificultador para o acesso aos cuidados rotineiros, bem como aos necessários aos quadros de sintomas respiratórios desencadeados pela infecção por coronavírus. Apesar das dificuldades nos aportes de recursos e fragilização de políticas públicas em saúde, o Sistema Único de Saúde por meio atuação conjunta da atenção primária, vigilância em saúde e estruturação de cuidados secundários e terciários se destacada na tentativa de ofertar respostas articuladas no combate à pandemia de COVID-19, evidenciando sua importância enquanto sistema público e universal de saúde. Defender e fortalecer o SUS é a melhor estratégia para responder de forma consistente a uma emergência em saúde pública como a COVID-19.

### Referências:

1. Jones DS. History in a Crisis - Lessons for Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 2020;382(18):1681-1683. [Acesso em: 29 nov. 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2004361>
2. Kalache A, *et al.* Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2020;23(6). [Acesso em: 29 nov. 2020] Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200122.alefavbulg>
3. Macinko J, *et al.* Procura por atendimento médico devido a sintomas relacionados à COVID-19 e cancelamento de consultas médicas em função da epidemia entre adultos brasileiros mais velhos: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, [s. l.], 2020;36(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00181920>. Acesso em: 29 nov. 2020.

4. Oliveira RG, et al. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020;36(1):e00150120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00150120>
  5. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report. 2020(51). Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10). Acesso em: 5 dez. 2020.
  6. Brasil. Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS. 2020. *E-book*.
  7. Lancet, The. COVID-19 in Brazil: “So what?” *The Lancet*, 2020;395(10235):1461. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31095-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31095-3)
  8. Wu C, et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, 2020;180(7):934. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.0994>
  9. Abate SM, et al. Prevalence and risk factors of mortality among hospitalized patients with COVID-19: A systematic review and Meta-analysis.: nCoV, 2020. preprint. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.20.260737>. Acesso em: 5 dez. 2020.
  10. Filho MSS, Rodrigues IR. Inovações e desafios no acompanhamento de pacientes crônicos em tempos de covid-19 na Atenção Primária à Saúde. *JMPHC Journal of Management & Primary Health Care* 2020;12:1–7. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.991>
  11. Sarti TD, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020;29:e2020166. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
  12. Dunlop C, et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*, 2020;4(1). Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>. Acesso em: 3 dez. 2020.
  13. Giovanella L, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1286/2009>. Acesso em: 3 dez. 2020.
  14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 1ª edição. Edições 70, 2016.
  15. Confortin SC, et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2015;31(5):1049–1060. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>
  16. Marengoni A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 2011;10(4):430–439. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>
  17. Nunes BP, et al. Multimorbidity. *Revista de Saúde Pública*, 2018;52(2):10. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000637>
  18. Nunes BP, et al. Multimorbidade e população em risco para COVID-19 grave no Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020;36: e00129620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129620>
-

19. Moore JT. Disparities in Incidence of COVID-19 Among Underrepresented Racial/Ethnic Groups in Counties Identified as Hotspots During June 5–18, 2020 — 22 States, February–June 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2020; 69. Disponível em: <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6933e1>. Acesso em: 5 dez. 2020.
  20. Demenech LM, *et al.* Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2020;23:e200095. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>
  21. Ahmed F, *et al.* Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet Public Health*, 2020;5(5):e240. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2)
  22. Lima-Costa MF, *et al.* Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 2020;36:e00193920. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00193920>
  23. Barbiani R, *et al.* A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. *Saúde e Sociedade*, 2014;23:855–868. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300010>
  24. Dall’agnol CM, Lima MADS, Ramos DD. Fatores que interferem no acesso de usuários a um ambulatório básico de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2009;11(3):3. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47205>. Acesso em: 29 nov. 2019.
  25. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set.2017, p.68.
  26. Coelho LP, *et al.* Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2018;28(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312018280404>. Acesso em: 31 jan. 2020.
  27. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
  28. Brasil. Orientações para manejo de pacientes com covid-19. 2020. *E-book*.
  29. Brasil. Portaria nº 2.698, de 14 de outubro de 2019 - portaria nº 2.698, de 14 de outubro de 2019 - dou - Imprensa Nacional. Suspende a transferência de incentivos financeiros referentes aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipe de Saúde da Família Fluvial/Unidade Básica de Saúde da Família Fluvial (ESFF/UBSF), Equipes de Saúde no Sistema Prisional (ESP) e Unidade Odontológica Móvel (UOM), com ausência de alimentação do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). 14 out. 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou>. Acesso em: 10 dez. 2020
  30. Louvison MCP, *et al.* Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 2008;42:733–740. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000400021>
-

31. Portela MC, Grabois V, Travassos C. Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde. 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/matriz-linha-de-cuidado-covid-19-na-rede-de-atencao-saude>. Acesso em: 10 dez. 2020.
  32. Martins AB, *et al.* Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014;19(8):3403–3416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>
  33. Placideli N, Castanheira ERL. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. *Revista Kairós: Gerontologia*, 2017;20(2):247. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i2p247-269>
  34. Brasil. Medidas não farmacológicas., 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/medidas-nao-farmacologicas>. Acesso em: 9 dez. 2020.
  35. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020;29: e2020222. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009>
  36. Szwarcwald CL, *et al.* Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2020;29: e2020432. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000500018>
  37. Bezerra ACV, *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020;25: 2411–2421. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>
  38. Lima RC. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2020;30:e300214. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300214>
  39. Aquino EML, *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020;25:2423–2446. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
  40. Porto Alegre. Lei nº 10.819, de 13 de janeiro de 2010. Estabelece a possibilidade do agendamento telefônico de consultas para pacientes idosos e para pessoas com deficiência já cadastrados nas unidades de saúde do município de porto alegre e dá outras providências. Gabinete do Prefeito. Diário Oficial de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, 14 de jan. 2010.
  41. Rodrigues AP, *et al.* Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS EM REVISTA*, 2020;2(2):189–196. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.100>
  42. Fernandez MV, *et al.* Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS EM REVISTA*, 2020;2(2):114–121. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.84>
  43. Diogo, MJD. Formação de recursos humanos na área da saúde do idoso. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2004;12(2):280–282. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200020>
-

44. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007;12(2):363–372. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200012>
45. World Health Organization. WHO announces covid-19 outbreak a pandemic. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>. Acesso em: 5 dez. 2020.

**Como citar:** Buno CS; Bulgarelli AF. Atenção Primária à Saúde e o contexto da pandemia de COVID-19: reflexões sobre o cuidado em saúde de pessoas idosas. **Saúde em Redes**. 2021;7 (Supl.1). DOI: 10.18310/2446-48132021v7n1Sup.3531g800

**Recebido em:** 24/05/2021

**Aprovado em:** 23/08/2021

---