



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Patrícia Carla Cândido Motta

**Atendimento aos idosos através da telemedicina
durante a pandemia pela COVID-19: Experiência de
um Centro de Saúde**

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de
Mestre(a) em Saúde da
Família.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientador(a): Prof(a). Dr(a). Nádia Placideli Ramos

**Botucatu
2021**

Patrícia Carla Cândido Motta

Atendimento aos idosos através da
telemedicina durante a pandemia pela
COVID-19: Experiência de um Centro de Saúde

Dissertação apresentada à
Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de
Mestre(a) em Saúde da
Família.

Orientador (a): Prof(a).Dr(a). Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientador(a):Prof(a).Dr(a). Nádía Placideli Ramos

Botucatu
2021

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Motta, Patrícia Carla Cândido.

Atenção aos idosos durante a pandemia pela COVID-19 :
experiência de um Centro de Saúde / Patrícia Carla Cândido
Motta. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientador: Nádia Placideli Ramos
Capes: 40600009

1. Saúde do idoso. 2. Atenção primária à saúde.
3. Centros de saúde. 4. Telemedicina. 5. Dinâmica
populacional. 6. Pandemias. 7. COVID-19.

Palavras-chave: Atenção primária a saúde; Envelhecimento
populacional; Pandemia; Saúde do idoso; Telemedicina.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos queridos mestres que em meio a tanta adversidade acreditam na transmissão do conhecimento e formação de pessoas para uma sociedade melhor.

Agradeço à minha orientadora Professora e Dra Elen Rose Lodeiro Castanheira e co orientadora Professora e Dra Nádia Placideli Ramos pela dedicação.

Agradeço aos meus pais Maria Inês Cândido Motta e Newdecyr Carlos Motta por sempre acreditarem nos meus sonhos.

Agradeço aos meus filhos Pedro Luiz Motta Quessada, João Vítor Motta Quessada e Daniela Motta Quessada que são meus verdadeiros amores, pela paciência e compreensão. Em especial ao João por passar várias horas ao meu lado enquanto estudava para o mestrado, possibilitando que chegasse até aqui.

Agradeço ao meu querido companheiro Ernesto de Freitas Neto por compreender meus ideais.

“Você envelhece e descobre que não há respostas apenas histórias”

Garrison Keillor

RESUMO

Os grupos populacionais identificados como mais vulneráveis com a pandemia pela COVID-19 foram os idosos e portadores de doenças crônicas não transmissíveis. A pandemia exigiu mudanças nas rotinas da atenção a esses grupos nos serviços de atenção primária à saúde (APS) de modo a manter seu acompanhamento sem expô-los a um maior risco de contaminação. Objetivo: Analisar a organização da atenção ao idoso ofertado por um serviço de APS durante os primeiros meses da pandemia pela COVID-19. Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa desenvolvido em uma unidade mista com equipes de Saúde da Família, em um município de grande porte do estado de São Paulo. Foram utilizados dois instrumentos: registro de dados de captação e atendimento telefônico realizado por profissionais responsáveis por essa atividade, e diário de campo com registro do processo de reorganização das rotinas de trabalho na equipe. Os dados de teleatendimento foram compilados semanalmente em uma planilha em Excel, relativos a pacientes com perfil de risco para complicações pela COVID-19. O período total de coleta de dados foi de 16 semanas. Resultados: A incorporação do teleatendimento mostrou-se uma alternativa viável para a manutenção do cuidado. O estudo de caso evidenciou que essa incorporação, assim como o conjunto das mudanças na organização do processo de trabalho foram viabilizadas pela presença de um trabalho em equipe. Em outras palavras, foi possível em função da unidade contar com profissionais que atuam enquanto uma equipe integração.

Palavras-chave: atenção primária à saúde, coronavírus, pandemia, saúde do idoso, telemedicina.

ABSTRACT

The Brazilian population ageing brings up some challenges and, among them, greater accountability, especially from healthcare services to provide assistance for the elderly. In view of the difficulties in facing the new Coronavirus pandemic, strategies need to be developed to maintain the care of the elderly without exposing them to a risk of contamination by the SARS-CoV-2 virus. Objective: To analyze the organization of elderly care offered by a Primary Health Care (PHC) service during the COVID-19 pandemic, in a large city in the state of São Paulo. Material and Methods: This is a descriptive case study with a quantitative and qualitative approach in order to analyze the care provided to the elderly population by a Primary Health Care (PHC) service during the COVID-19 pandemic. The study participants totaled 5 professionals from the Unit who were responsible for capturing and answering the patients' telephone calls. The data collection instrument was an Excel spreadsheet, compiled from the weekly record of care services provided by the telemedicine. Records of telephone calls made to elderly users were analyzed. The data collection period was 12 weeks. The other collection instrument was a field journal developed in a period of 16 weeks. Data Analysis Plan: The data were described and analyzed from the references of remote care for the elderly people and patients who carry chronic non-communicable diseases. Ethical aspects: The project was submitted for analysis and approval by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of Botucatu (FMB-UNESP), it was also submitted for approval by the Municipal Health Department of Campinas and the coordinator of the Center of Health.

Keywords: primary health care, health of elderly, population ageing.

APRESENTAÇÃO

Sou Patrícia Carla Cândido Motta formada em medicina pela Universidade Estadual de Londrina em 2001, tive uma formação com enfoque para especialização, os estágios mais organizados e valorizados eram os que aconteciam dentro do hospital. Não me recordo da Atenção Primária neste período. Iniciei Residência Médica em Clínica Médica com um ideal de cuidar de pessoas, mas descobri que cuidávamos mais das doenças do que das pessoas.

Foi em 2003 que comecei a trabalhar na Atenção Primária no município de São Paulo na Estratégia da Saúde da Família e Comunidade e descobri o significado de ser médica, desde então procuro me aprimorar tendo em vista atender as demandas do território em que trabalho.

Em 2005 mudei para Campinas e ingressei na Atenção Primária neste município, em 2006 comecei trabalhar no Centro de Saúde no qual permaneço até os dias atuais.

Este Centro de Saúde pertence a um bairro da periferia da cidade com inúmeros problemas sociais e com um número expressivo de idosos e logo algumas inquietudes surgiram; como prestar cuidado a este ciclo de vida sem fragmentar o indivíduo? Como estimular o envelhecimento ativo no território?

Além disso, no território havia duas Instituições de longa permanência para idosos e atualmente são três que contam com a parceria com a Atenção Primária para cuidar de seus idosos. Tais demandas me impulsionaram para uma especialização em Geriatria e Gerontologia em 2018 que concluí na PUC Campinas e desde então procuro capacitar os profissionais da equipe do Centro de Saúde para questões específicas do envelhecimento, sem descaracterizar a unidade uma vez que trata-se de um serviço de Atenção Primária à Saúde.

A chegada da pandemia pelo COVID-19 representou não só uma ameaça à vida, mas também uma ameaça ao modelo de cuidado que os profissionais deste serviço vinham desempenhando. Diante deste cenário, me interessei em fazer um estudo de caso da experiência vivida por esta equipe para cuidar de seus idosos durante o primeiro ano da pandemia.

SUMÁRIO

1. Introdução.....	09
2. Objetivo.....	16
2.1 Objetivo Geral.....	16
2.2 Objetivo Específico.....	16
3. Materiais e Métodos.....	17
3.1 Plano de Análise de Dados	18
3.2 Aspectos Éticos	19
3.3 Produto Final.....	19
4. Resultados	20
4.1 A unidade básica de saúde	20
4.2 Contexto do estudo: a COVID-19 em Campinas e no Distrito	26
4.3 A organização da atenção à saúde na unidade básica e no território em ...	28
tempo de COVID-19: reorganizando	28
4.4. O trabalho com o teleatendimento.....	35
4.5 Caracterização dos idosos em teleatendimentos.....	40
5. Discussão dos Resultados.....	50
6. Considerações Finais.....	53
7. Referências Bibliográficas.....	55
8. Apêndices.....	61

1.INTRODUÇÃO

No contexto da pandemia por COVID-19 a população idosa e portadores de doenças crônicas não transmissíveis constituíram os grupos com maiores índices de adoecimento e morte, especialmente no primeiro ano da pandemia, exigindo ações de proteção e assistência diferenciadas. Nesse sentido, o presente trabalho desenvolve um estudo de caso sobre a experiência de uma unidade básica do interior paulista na atenção a esses grupos.

A população brasileira vem passando por um processo de envelhecimento significativo nas últimas décadas; em cinco anos (2012 a 2017) houve um aumento de 18% no número de pessoas com 60 anos ou mais, que hoje representam 13,5 % dos brasileiros, com projeção desse número dobrar até 2042, segundo o IBGE. Podemos atribuir este processo à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida da população, devido às melhorias no campo econômico e social, desenvolvimento científico e acesso a serviços de saúde (Brasil, 2006).

Mesmo em contextos não pandêmicos, os idosos podem ser reconhecidos como um grupo de maior vulnerabilidade. Segundo Neri et al. (2012), a vulnerabilidade é definida como estado individual ou coletivo no qual a capacidade e autodeterminação para proteger seus próprios interesses estão prejudicados devido a déficits de poder, inteligência, educação ou qualquer outro atributo. Ayres et al. (2003) propõem uma categorização da vulnerabilidade em três dimensões interdependentes: individual, social e programática. O plano da vulnerabilidade individual refere-se às questões biológicas e comportamentais, na vulnerabilidade social estão as representações sociais, estigmas e condições econômicas e na programática estão a qualidade dos programas de atendimento em saúde e o acesso à serviços como determinantes de bem-estar de saúde (Silva et al. 2010). Essa categorização permite uma identificação das práticas necessárias para redução da vulnerabilidade programática, enquanto dimensão passível de intervenção por parte dos serviços e políticas de saúde, considerando-se simultaneamente as outras dimensões envolvidas.

Na velhice há um aumento de risco para vulnerabilidades tanto individuais, em função das perdas fisiológicas decorrentes do envelhecimento, quanto no plano social, devido às perdas de representatividade no meio em que está inserido, e programático, por dificuldade de acesso a serviços sociais e de saúde (Neri et al. 2012).

No contexto da vulnerabilidade social, entre os idosos brasileiros, estudos demonstram que as mulheres vivem mais, no entanto apresentam maior número de doenças crônicas e percepção ruim de saúde em relação aos homens, tais determinantes de saúde podem estar relacionados aos piores fatores socioeconômicos observados entre as idosas, ou seja, menor renda. (Nunes 2012 Neri 2012).

Estudos realizados com idosos residentes na comunidade de diferentes regiões do Brasil, região Nordeste (Pereira et al. 2015) e Sudeste (Salvador et al. 2012), mostraram que há predomínio do sexo feminino, baixo grau de escolaridade e menor renda nas populações estudadas. O predomínio do sexo feminino na população idosa caracteriza um processo denominado feminização da velhice.

O estado de vulnerabilidade do idoso pode se acentuar diante da precariedade das ações de saúde do território em que está inserido, nesse sentido de acordo com Silva et al. (2010), a vulnerabilidade programática com redes de serviço de saúde, qualidade dos programas e compromissos do Estado e das Instituições são determinantes para a distribuição das condições de saúde e bem-estar. Entretanto, segundo Schumacher et al. (2013), a atuação de profissionais da saúde e políticas públicas com ênfase individualista pode contribuir para o isolamento social e exclusão dos idosos, o que exige ações integradas de cuidado individual e políticas de impacto coletivo.

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios deste século e traz complexas demandas aos serviços de saúde, exigindo dos profissionais conhecimentos específicos sobre o envelhecimento e atenção interdisciplinar que contemple as necessidades de saúde dos idosos (Ferreira et al, 2012).

O desafio torna-se ainda maior se observarmos a mudança epidemiológica com ascensão das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), sendo as DCNT a principal causa de mortalidade no país, embora ainda tenhamos alta morbimortalidade por doenças infecto-parasitárias e causas externas.

Este processo, que caracteriza a transição epidemiológica brasileira, resultou em um substancial aumento das demandas para o Sistema Único de Saúde (SUS) exigindo gestão adequada de recursos financeiros e coordenação dos serviços para a vigilância e tratamento dos usuários (Dantas et al, 2017).

O envelhecimento populacional passou a ser pauta da política brasileira, e em 1994, foi decretada a primeira política pública no país, a Política Nacional do Idoso (PNI), com orientações aos cuidados de saúde da pessoa idosa (Brasil, 1994), em 2003 foi decretado o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003a) e em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006b) com a finalidade de promover a autonomia e independência da pessoa idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo no paradigma da funcionalidade sob aspecto multidimensional (Veras, 2009).

O Ministério da Saúde em consonância com estas políticas, publicou em 2006 o Caderno da Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa” com orientações específicas para a atenção a esta faixa etária pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), definindo a atuação de cada profissional da equipe e aumentando a resolubilidade destes profissionais (BRASIL, 2006).

O cuidado da saúde da pessoa idosa exige integralidade tanto na articulação de ações de promoção à saúde, prevenção e reabilitação quanto na visão holística do ser humano biopsicossocial, evidenciando a APS como nível de atenção oportuno e acessível para este público (Medeiros et al, 2017).

A consolidação da APS com expressiva expansão dos serviços por todo território nacional nas últimas três décadas, representa avanço e consolidação do SUS, constituindo-se nos serviços de saúde mais próximos das pessoas (Fachini et al, 2018). Desse modo a APS assume papel de extrema importância na estruturação do sistema de saúde em cada região, responsabilizando-se por acompanhar a saúde das pessoas do território ao longo do tempo, sem restringir sua atenção ao cuidado das doenças (Augusto et al, 2010).

Barbara Starfield, em 1991, propôs como atributos de qualidade para operacionalização da APS: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, juntamente com competência cultural, orientação familiar e comunitária. Segundo esta autora, APS forte, ou seja, com seus

atributos contemplados, resulta em usuários satisfeitos com o serviço e melhores resultados em saúde (Starfield 2002).

De acordo com Paskulin et al, conhecer a população idosa que acessa a APS para suas demandas é de extrema importância para resolutividade, qualidade e satisfação do usuário. Segundo este mesmo autor, grande parte dos idosos acessam a APS em função de proximidade territorial, gratuidade dos atendimentos e qualidade, o que exige que estes serviços estejam organizados para absorver este público e responder suas demandas.

O Ministério da Saúde, em 1994, adota o Programa Saúde da Família que paulatinamente foi se transformando na principal estratégia para ampliação de acesso e mudança no modelo assistencial e em 2006, através da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), tornou-se modelo estruturante a ser implantado na APS e o Programa Saúde da Família passa a ser chamado Estratégia Saúde da Família (Pinto&Giovanella, 2018). Embora a PNAB de 2017 reconheça diferentes arranjos organizacionais como possíveis na APS, continua sendo prioritário a implementação de unidades organizadas segundo as diretrizes da saúde da família (PNAB 2017).

A Estratégia Saúde da Família consiste no trabalho por equipe multiprofissional em território adscrito, no qual cada equipe composta por médico generalista, enfermeiro, 1 ou 2 técnicos de enfermagem, 4 a 6 agentes comunitários de saúde, fica responsável por 3000 pessoas e trabalha conforme os atributos e diretrizes da APS, respeitando os princípios do SUS (Pinto&Giovanella, 2018).

O Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pelo Ministério da Saúde através da portaria 154/2008 e a partir de 21 de novembro de 2017, com a aprovação da atual Política Nacional da Atenção Básica passa a ser denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB) com o objetivo de apoiar a Estratégia de Saúde de Família e outras modalidades de composição de equipe na Atenção Primária à Saúde, aumentando a resolutividade desses profissionais, atuando através da prática do apoio matricial e clínica ampliada (Brasil,2014). Embora os subsídios federais do NASF tenham sido suprimidos pelo programa Previne Brasil, mantém-se ainda em grande parte dos municípios onde já estavam organizados, sendo um suporte importante para o matriciamento da atenção aos crônicos e idosos.

De acordo com o Caderno da Atenção Básica nº 19, Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, cabe aos profissionais da APS monitorar a autonomia e independência da pessoa idosa, realizar avaliação multidimensional, investigar e monitorar aspecto nutricional, acuidade auditiva e visual, cognição e funcionalidade, depressão, incontinência urinária, imobilidade, quedas e situação vacinal, assim como suporte familiar e social (Brasil 2006). Este caderno foi elaborado para facilitar e otimizar a prática dos profissionais da atenção básica, alguns aspectos como avaliação do estado de humor, suporte familiar e social apontados neste documento são de extrema importância no contexto de pandemia, uma vez que os idosos deverão manter isolamento social, e eventualmente poderão adoecer necessitando de ajuda de terceiros para atividades instrumentais e até mesmo básicas de vida diária.

Segundo Placideli et al, o desempenho da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária no estado de São Paulo é incipiente. Após avaliar 157 serviços de APS, os autores constataram que as diretrizes de prevenção e de promoção de saúde não são implementadas na atenção aos idosos e no processo de envelhecimento. Observou-se que há um consenso da importância do cuidado integral ao idoso, no entanto as ações são majoritariamente voltadas para as doenças crônicas não transmissíveis de maior prevalência (Placideli et al, 2020).

Aos novos desafios colocados às equipes de APS decorrentes da transição epidemiológica e demográficas e o aumento da complexidade das demandas de saúde da população, soma-se às dificuldades para o enfrentamento da pandemia pelo novo Coronavírus e estratégias para manter o acompanhamento dos idosos sem expô-los a um maior risco de contaminação pelo vírus SARS-CoV-2. Desde o final de 2019, este vírus, que foi identificado inicialmente na China, na cidade de Wuhan, é reconhecido como causador de infecção do trato respiratório, devido sua alta transmissibilidade espalhou-se por todos os continentes. A COVID-19, forma como foi classificada a doença causada pelo novo Coronavírus, apresenta-se como síndrome respiratória aguda que varia de casos leves, cerca de 80%, a casos graves que representam 5 a 10% dos casos. A maior letalidade pela doença está relacionada ao envelhecimento e presença de comorbidades como cardiopatias, diabetes, hipertensão e doenças pulmonares. Durante o primeiro ano da pandemia, sem a vacinação desse grupo, a letalidade em idosos entre 60 a 69 anos é de 3,6%,

aumentando para 8% nos idosos de 70 a 79 anos e chegando a 14,8% em pacientes com 80 anos ou mais (Ministério da Saúde 2020).

A APS é a porta de entrada do SUS e durante epidemias têm papel fundamental, oferece atendimento resolutivo, com grande potencial de identificação precoce de casos graves e encaminhamento para outros níveis da rede de atenção à saúde, atua fornecendo orientações aos usuários, importantes para redução da contaminação da população do território (Ministério da Saúde 2020). Além disso, o trabalho interdisciplinar com a assistência social, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), facilita o acesso dos usuários mais vulneráveis à benefícios sociais para o enfrentamento da pandemia (Vitória & Campos 2020).

Segundo Vitória & Campos 2020, os atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e comunitária devem permanecer presentes mesmo em vigência de pandemia, porém sugere adequações das diretrizes para a APS no enfrentamento da pandemia como a implantação da telemedicina, garantindo avaliação de pacientes com queixas respiratórias sem deslocamento dos mesmos no território e seguimento longitudinal de pacientes com doenças crônicas, que seriam gravemente prejudicados com restrição de acesso em função do cancelamento dos atendimentos da demanda programada.

Com a intenção de acompanhar pacientes com sintomas respiratórios, foi criado, no Reino Unido, o guia de atendimento remoto para COVID-19, elaborado com dados de 1099 pacientes hospitalizados em Wuhan na China oferecendo informações para uma consulta à distância com intuito de avaliar o paciente, evitando seu deslocamento no território (Greenhalgh et al 2020).

Historicamente, a telemedicina era utilizada somente para interações entre paciente e médicos e de médicos para médicos. No entanto, posteriormente o uso de tecnologias de informação e comunicação foi ampliado para fornecer treinamento e informações em saúde para equipes multidisciplinares e pacientes, passando a ser denominado telessaúde. Atualmente representa um amplo escopo de atuação como teleconsulta, telemonitoramento, teleconsultoria, telediagnóstico, telerregulação, tele educação e segunda opinião formativa (Caetano et al, 2020).

Segundo a portaria número 467 de 20 de março de 2020 do Ministério da Saúde sobre a regulamentação do teleatendimento no Brasil durante a pandemia por COVID-19, destaca-se:

Parágrafo único. O atendimento de que trata o caput deverá ser efetuado diretamente entre médicos e pacientes, por meio de tecnologia da informação e comunicação que garanta a integridade, segurança e o sigilo das informações.

Art. 2º 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.

Art. 5º Os médicos poderão, no âmbito do atendimento por Telemedicina, emitir atestados ou receitas médicas em meio eletrônico.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) preconiza o uso de tecnologias de informação e comunicação (TIC) para execução das principais funções da atenção primária durante a pandemia, sendo elas:

- Atenção centrada na resposta à COVID-19, através de plataformas de consulta, monitoramento remoto de pacientes e comunicação a distância possibilitando desta forma que a atenção primária faça o seguimento domiciliar das pessoas com COVID-19,
- Manter a continuidade dos serviços essenciais durante a transmissão comunitária da COVID-19, as teleconsultas, os prontuários eletrônicos e as receitas eletrônicas possibilitam o acompanhamento de pessoas portadoras de doenças crônicas, necessidades especiais e idosos,
- Possibilitar a alta da atenção hospitalar não associada à COVID-19, compreendendo o prosseguimento, controle e acompanhamento remoto da reabilitação comunitária por meio de teleconsultas e uso de tecnologias para comunicação (OPAS, 2020).

No estudo “O idoso em Quarentena e o Impacto da Tecnologia em sua Vida”, os autores demonstram que 72% dos idosos de Caxias do Sul possuem acesso à tecnologia e boa aceitação do uso dessas ferramentas (VELHO et al, 2020). Além disso, segundo uma pesquisa realizada através de inquérito domiciliar pelo TIC domicílios, do Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da

Informação (Cetic.Br) em 23.508 domicílios de 350 municípios no período de Outubro de 2018 a Março de 2019, 58% dos idosos entrevistados têm acesso a internet em seus Smartphones. Nesse contexto, a aplicação de teleatendimentos na população idosa apresenta-se como uma ferramenta viável.

No entanto, segundo Ezzat et al, a aplicação da telemedicina na população idosa apresenta problemáticas, como por exemplo a majoritária dificuldade de acesso às ferramentas da tecnologia da informação e aos serviços virtuais de comunicação, que impossibilita parte dos idosos de utilizarem os serviços virtuais de cuidados à saúde, além da condição de isolamento social, que pode provocar piora nas condições de saúde mental dessa parcela da sociedade, dado que alguns dos idosos que moram sozinhos veem a consulta médica como uma ocasião social.

Neste contexto, as Unidades de Saúde devem estar preparadas e organizadas para receber esta demanda, atuando de forma objetiva e resolutiva. Tendo em vista o grande número de idosos com doenças crônicas não transmissíveis e a maior letalidade pela COVID-19 nesta faixa etária, este estudo pretende analisar a organização prestada por um serviço de APS à população idosa durante o período da pandemia por COVID-19.

2.OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o processo de organização da atenção aos idosos em um serviço de APS durante a pandemia, em um município de grande porte do estado de São Paulo.

2.2 Específicos

Caracterizar as mudanças no processo de atenção aos idoso e os encaminhamentos realizados.

Caracterizar o perfil dos pacientes idosos atendidos a partir de telemedicina;

Compreender o significado das mudanças ocorridas no processo de trabalho.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caso descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, a fim de analisar a atenção prestada à população idosa por um serviço de APS durante a pandemia pela COVID-19. Segundo Yin (2005 p.33) “*estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real*”.

O principal benefício na condução do estudo de caso é a maior compreensão de eventos reais (Freitas, 2011), o que se aplica ao cenário atual que exige mudanças e inovações na forma de assistir a população em seguimento em serviços de atenção primária à saúde, especialmente em relação ao grupo de maior risco.

O estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde mista localizada no distrito sudoeste do município de Campinas, no estado de São Paulo, por meio da análise de dados de teleatendimentos e de observações registradas em um caderno de campo.

Os participantes do estudo foram os profissionais que fizeram os atendimentos por telemedicina, um médico Residente em Medicina de Família e Comunidade, além de uma médica de Família do serviço, um enfermeiro, uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional, após anuência dos mesmos por meio do consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A autora deste estudo participou fazendo a descrição do diário de campo.

Os critérios de inclusão no estudo foram os atendimentos realizados com usuários idosos, sendo por definição, no Brasil, indivíduos com 60 anos ou mais.

Os registros do processo de atendimento por telemedicina foi a fonte de dados primários. Os dados foram compilados a partir de registros de atendimentos realizados e documentados no prontuário eletrônico do cidadão (e-SUS).

Uma Planilha foi elaborada para este estudo, na qual os dados foram consolidados semanalmente. Os dados da planilha tem como referencial teórico o Protocolo de Manejo Clínico para Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (Ministério da Saúde, 2020), o Guia para atendimento a distância elaborado no Reino Unido publicado na revista BMJ em 25 de março de 2020 no artigo “*COVID-19: Uma avaliação remota na atenção primária*”, o Boletim Epidemiológico publicado pela

Secretaria Municipal de Campinas e o Caderno de Atenção Básica número 19, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. A planilha pode ser visualizada no Anexo.

Os usuários atendidos por telemedicina foram cadastrados em um livro de registro, sendo identificados por cartão SUS, data de nascimento, nome da mãe e telefone, sendo desta forma possível acessar o prontuário eletrônico para preenchimento dos dados da planilha.

O período de coleta de dados foi de 12 semanas, a partir da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Ao final de cada semana a planilha foi alimentada com os dados dos atendimentos.

A autora do estudo realizou observação participante, enquanto profissional da equipe, anotando em caderno de campo suas observações, com posterior registro em diário de campo durante o período de 16 semanas. Os sujeitos observados foram os usuários idosos e profissionais da equipe de saúde. Através do diário de campo é possível conhecer as práticas do cotidiano, as vivências e o saber não institucional (Costa & Coimbra, 2008).

O diário de campo foi realizado por meio de observação do cotidiano da unidade com registro durante o dia dos fatos ocorridos, atitudes e comportamento de idosos assistidos, assim como, de profissionais do serviço. O conjunto de anotações era posteriormente transcrito para o diário de campo, ao final do dia, com registro das impressões sobre o processo de organização e assistência aos idosos.

3.1 Plano de Análise dos Dados

Após os dados da planilha serem coletados, os mesmos foram analisados utilizando o programa Excel Microsoft. A identificação dos casos foi deletada e excluída do banco para análise, garantido o anonimato dos sujeitos que compuseram a amostra.

Além da análise dos dados consolidados na planilha, todo o processo foi descrito especificando a experiência vivida com a telemedicina, as dificuldades encontradas, assim como acertos.

Os dados do diário de campo, após serem coletados, foram analisados a partir da análise de conteúdo (MINAYO, BARDIN).

A análise de conteúdo é definida por Bardin como o conjunto de técnica de comunicação para descrever o conteúdo das mensagens (Bardin, 2011). Entretanto, para Minayo, a análise de conteúdo significa mais do que um conjunto que técnica de comunicação, representa investigação do comportamento humano (Minayo, 1994).

O método é composto de 3 fases, sendo elas: pré- análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. A primeira fase, pré-análise, é caracterizada pela organização do material pesquisado, otimizando a segunda fase que compreende a exploração do material. Nesta fase, é realizada a descrição analítica do material coletado através da codificação, classificação e categorização do conteúdo do material de forma que na terceira fase, tratamento dos resultados e interpretação, as informações passam a ser analisadas criticamente (MOZZATO & GRZYVOZISK, 2011).

3.2 Aspectos Éticos

A pesquisa seguiu a resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas de pesquisas na área das Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem a utilização de dados.

O projeto foi submetido para análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), e também foi submetido à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. O coordenador do Centro de Saúde, já foi consultado sobre o estudo e assinou o Termo de Anuência.

3.3 Produto Final

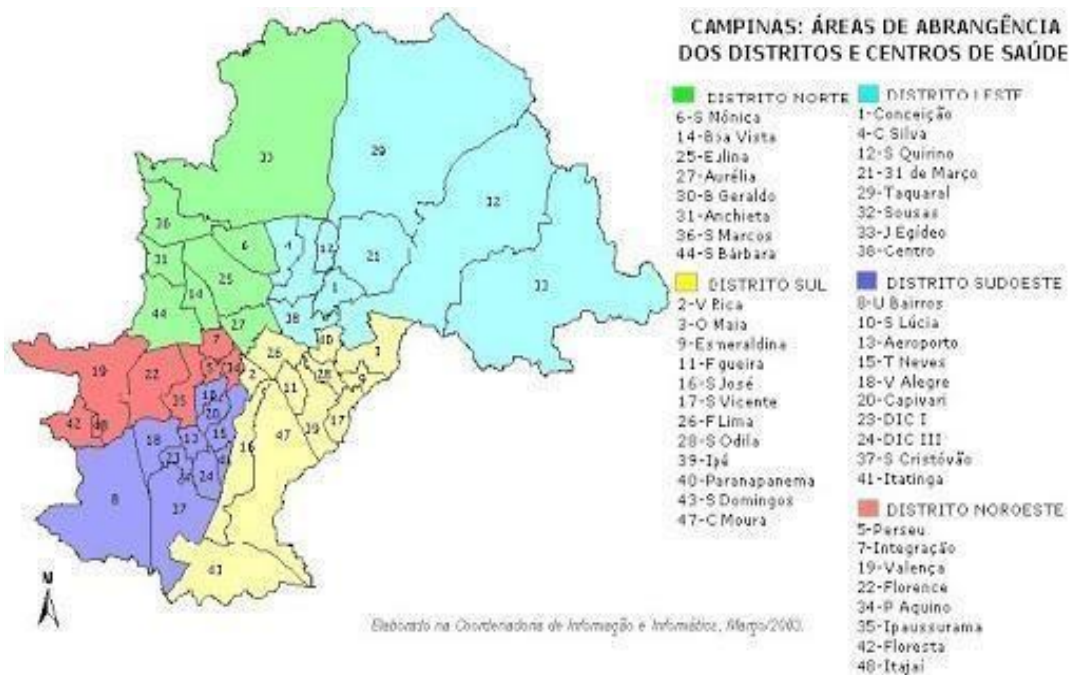
Foi elaborado um relatório descrevendo a experiência com telemedicina, dificuldades encontradas, assim como acertos para envio à Secretaria Municipal de Saúde. Além de analisar as experiências vividas e as práticas desenvolvidas no cotidiano pelos profissionais deste centro de saúde no enfrentamento à pandemia pela COVID-19. A análise realizada a partir dos dados consolidados na planilha e do diário de campo comporá um artigo final para divulgação deste estudo de caso em periódicos da área.

4.RESULTADOS

4.1 A unidade básica de saúde

O estudo foi realizado em uma unidade básica de saúde, localizada no distrito sudoeste, na cidade de Campinas, no estado de São Paulo. A cidade de Campinas tem 1.080.113 habitantes, segundo último censo do IBGE em 2010 e população estimada de 1.204.073 pessoas para 2019. O município possui importância econômica e social no cenário nacional, seu Produto Interno Bruto (PIB) em 2015 foi de 56.400.146 bi segundo dados do IBGE e Fundação Saede, Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) definido como muito alto 0,805 e expectativa de vida ao nascer de 76,59 anos (IBGE 2010). No entanto, o Índice de Gini 0,56 reflete grande desigualdade social, sendo a proporção de pessoas que vivem em situação de pobreza (renda per capita até meio salário mínimo mensal) de 3,16% e de extrema pobreza (renda per capita até um quarto do salário mínimo mensal) de 1,06% (IBGE 2010), com projeção de aumento destes números conforme um estudo publicado em 2018 pelo IBGE apontando um processo de pauperização dos brasileiros em função da redução de inserção em trabalho formal, desocupação e aumento da informalidade (Plano Municipal da Assistência Social, 2018-2021). A mortalidade infantil foi de 8,88 óbitos por mil nascidos vivos em 2017 e taxa de internação por diarreia de 0,3 por mil habitantes em 2016. O município possui uma robusta rede de saúde com 131 estabelecimentos de saúde do SUS (IBGE, 2017).

A complexidade do sistema de saúde de Campinas levou à distritalização, processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, em que cada distrito de saúde passa exercer papel de gestão do Sistema no seu território e teve início com a atenção básica, sendo seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados e contratados. Existe cinco Distritos de Saúde em Campinas: Distrito de Saúde Norte, Distrito de Saúde Sul, Distrito de Saúde Leste, Distrito de Saúde Noroeste e Distrito de Saúde Sudoeste que podem ser observados na figura abaixo:



O Distrito de Saúde Sudoeste abrange 13 Unidades Básicas de Saúde, 1 CAPS III, 1 CAPS AD e o Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi e tem uma população estimada de 216.368 habitantes (Tabnet, 2018).

O serviço de atenção primária estudado, foi inaugurado em meados de 1996 na gestão do prefeito Edvaldo Orsi, para atender a população de uma região em franca expansão na região sudoeste de Campinas. Inicialmente apresentava um modelo de atenção básica tradicional e a partir de 2001, a partir do Programa Paidéia e com a inserção dos Agentes Comunitários de Saúde, inicia-se o processo de territorialização com a busca ativa dos usuários e a adscrição do território. Desde 1996, a unidade passou por duas reformas, a última em 2018 quando o prédio foi demolido para reconstrução do novo centro de saúde, finalizada em março de 2020. Durante estes dois anos, a população foi atendida em instrumentos sociais do território como igrejas e centros comunitários.

Trata-se de uma unidade de saúde mista compreendida a partir da composição de equipe de Estratégia de Saúde da Família e especialista (pediatra e ginecologista). A unidade está organizada em quatro equipes de referência, sendo elas Amarela, Azul, Lilás e Verde, no entanto, infelizmente há uma alta rotatividade dos profissionais médicos e enfermeiros resultando em longos períodos sem tais profissionais nas equipes prejudicando a longitudinalidade do cuidado. A unidade

possui 3 médicas generalistas e 4 enfermeiros que ficam responsáveis por assistir as 4 equipes. Os profissionais são matriciados pela equipe do Nasf AB (composta por 1 psicóloga, 1 terapeuta ocupacional, 1 psiquiatra e 1 farmacêutico), pelo CAPS III Davi Capistrano, CAPS AD Sudoeste, CAPS infantil e pelas cardiologistas do ambulatório de especialidade do município, Policlínica 3. Contam com apoio do CRAS e do Conselho Tutelar para discussão de casos complexos e elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), tem um Conselho Local atuante e participativo.

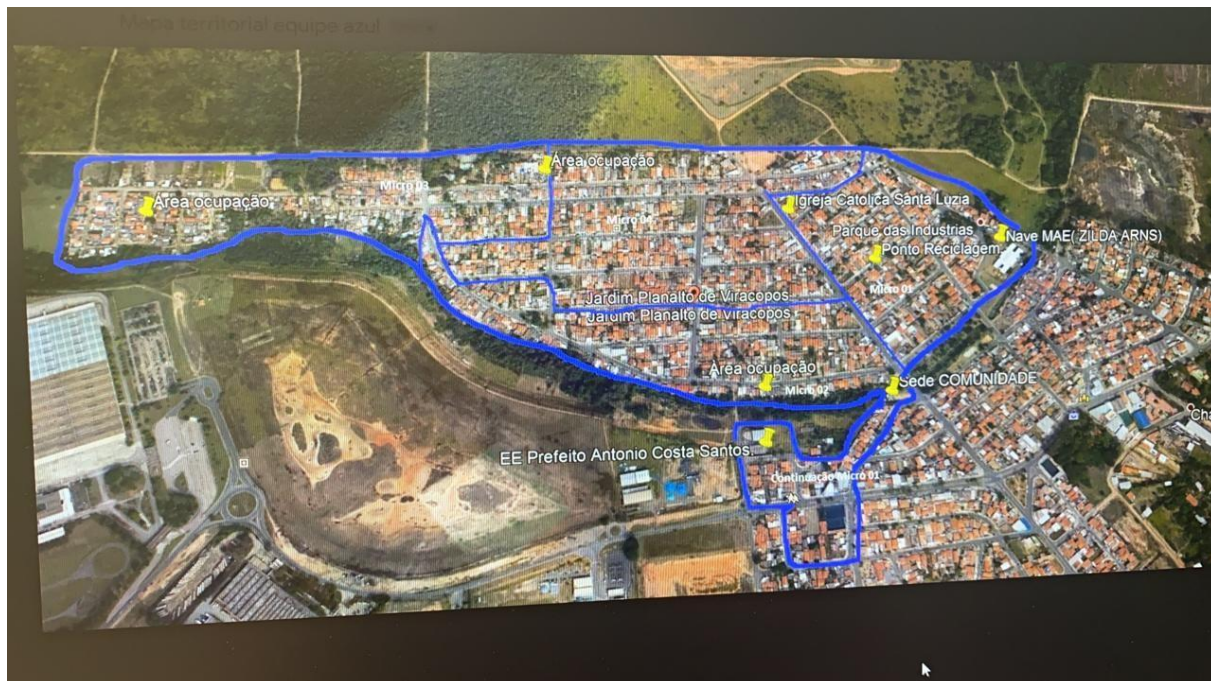
Esta unidade básica assim como os demais serviços de atenção básica do município utilizam o prontuário eletrônico do cidadão (e-SUS).

Em 17 de outubro de 2019, através do decreto número 20.525 o prefeito de Campinas regulamenta o “Projeto Mais Médico Campineiro” e viabiliza sua execução através da implantação da Residência de Medicina de Família e Comunidade da prefeitura de Campinas, com complementação da bolsa de Residência paga pelo Ministério da Educação (DOM 12.189, Ano XLVIII) e em março de 2020, três residentes começam atuar no serviço de APS em estudo e passam a compor o quadro de funcionários da unidade representando o profissional médico da equipe Azul.

A unidade localiza-se em região periférica de Campinas nas proximidades do Aeroporto Viracopos; tem população de 20.000 usuários, segundo último censo do IBGE e apresenta SUS dependência de 85%.

O território abrange 5 áreas de ocupação, 2 favelas, 1 área rural com várias chácaras e bairros urbanos. A área de abrangência do Centro de Saúde em estudo pode ser observada na figura abaixo.

Figura 1: Mapa da área de abrangência do CS em estudo, divisão por equipes



Fonte: Google Maps

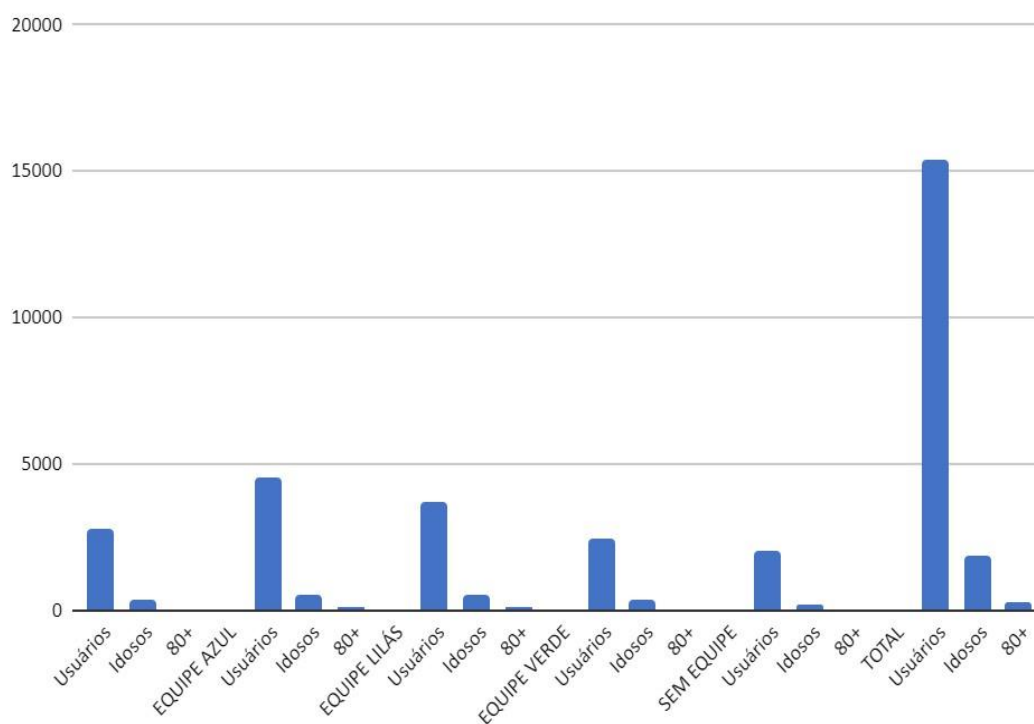
Os equipamentos presentes no território são:

- 2 Instituições de longa permanência para idosos;
- 2 escolas estaduais, 1 escola municipal, 2 creches e 1 nave mãe;
- Igrejas: 5 católicas, inúmeras evangélicas (número não informado), Pastoral da Saúde que oferece atendimento espiritual a doentes com dificuldade de mobilidade até a igreja, Pastoral da Criança (Fé e Vida): acompanha as gestantes, mães e crianças com orientações e realiza ponte de cuidados em saúde com o CS;
- Atividades Econômicas: comerciantes locais e microempresários;
- Lazer: campo de futebol, praças, academia ao ar livre;
- Transporte: linhas urbanas de ônibus;
- Vulnerabilidades: áreas de ocupação, atividades de tráfico de drogas e prostituição.

Atualmente 15.413 usuários estão cadastrados no sistema e-SUS (cadastro eletrônico do SUS) destes 1.886 são idosos e 261 tem 80 anos ou mais. A Equipe Verde atualmente tem 2.474 usuários cadastrados, destes 334 são idosos e 40 tem

80 anos ou mais; a Equipe Azul tem 4.514 usuários cadastrados, destes 508 são idosos e 82 têm 80 anos ou mais; a Equipe Lilás tem 3.671 usuários cadastrados, destes 469 são idosos e 67 têm 80 anos ou mais e a Equipe Amarela tem 2.766 usuários cadastrados, destes 353 são idosos e 45 tem 80 anos ou mais. Ressalta-se que há um número expressivo de usuários cadastrados sem equipe 1.988. Como pode-se observar no gráfico e tabela abaixo:

Gráfico 1: Distribuição dos usuários idosos do território segundo equipe de referência



Fonte: Elaborado pela autora através de dados dos relatórios consolidados do prontuário eletrônico (e-SUS).

Tabela 1: Distribuição dos usuários idosos do território segundo equipe de referência

	Amarela	Azul	Lilás	Verde	Sem equipe	Total
Usuários	2766 17,94%	4514 29,28%	3671 23,81%	2474 16,05%	1988 12,89%	15413
Idosos	353 18,71%	508 26,93%	499 26,45%	334 17,70%	192 10,18%	1886
80+	45 17,24%	82 31,41%	67 25,67%	40 15,32%	27 10,34%	261

Fonte: Elaborado pela autora através de dados dos relatórios consolidados do prontuário eletrônico (e-SUS).

Previamente a pandemia por COVID-19, embora não houvesse um protocolo para atendimento aos idosos na unidade, as equipes conheciam seus idosos de maior vulnerabilidade e estes eram assistidos periodicamente. A cesta de oferta de atividades coletivas como hiperdia, grupos de homens, mulheres, pais e responsáveis, artesanato, convivência, tratamento do tabagismo eram instrumentos de cuidado de vários idosos, bem como meio de identificação de idosos desassistidos. Além disso, o trabalho das agentes comunitárias de saúde identificava no território idosos sem acompanhamento e estes eram absorvidos pela sua equipe de referência.

As equipes organizam suas demandas em espaços de reuniões semanais com duração de 2 horas, no qual discute casos, constroem Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), organizam o cronograma das visitas domiciliares, reveem processos de trabalho. Este também é um espaço para educação continuada entre os membros da equipe e de matriciamento pelos profissionais do Nasf AB, CAPS III, CAPS AD, CAPS Infantil, discussões intersetoriais com CRAS, pedagogas das escolas do território e Conselho Tutelar com agendamento prévio conforme necessidade.

Cada equipe trabalha mapeando o território e seus usuários, para tanto estão constantemente alimentando banco de dados. Assim é possível acessar quem são as crianças menores de 2 anos, gestantes, usuários acamados, usuários com mais de 80 anos, usuários diabéticos em uso de insulina, usuários com transtorno mentais dentre outras condições, o que permite busca ativa de usuários e organização da

agenda respeitando o princípio da equidade, oferecendo cuidado respeitando as demandas dos usuários.

Além das reuniões de equipe, mensalmente é realizada a reunião geral na qual todos os funcionários participam. Neste espaço o coordenador e o apoiador distrital estão presentes, são dados informes, revistos processos de trabalho e também constitui um espaço para educação continuada da equipe.

No Centro de Saúde são oferecidas atividades individuais da demanda programada e espontânea e atividades coletivas, sendo estas: grupo de mulheres, grupo de homens, grupo de crianças e responsáveis, grupo para tratamento do tabagismo, grupo tratamento dependência química, grupo renovação de receita de uso contínuo, grupo de artesanato, grupo de convivência, grupo Lian Gong, grupo para cuidado da Farmácia Viva. São realizadas ações de vigilância e o acolhimento aos usuários é feito por equipe de referência durante todo funcionamento do centro de saúde das 7:00 às 19:00 horas.

Os usuários podem agendar consulta nas equipes de referências ou através de um canal de atendimento telefônico 160, com finalidade de ampliar acesso a usuários com dificuldade de vir até a unidade para agendamento.

4.2 Contexto do estudo: a COVID-19 em Campinas e no Distrito

Tendo em vista o crescente número de casos de COVID-19 no Brasil, o Ministério da Saúde orienta a população a procurar atendimento médico na APS caso apresente sintomas respiratórios, aconselhando restrição das ações programáticas dos Centros de Saúde (Ministério da Saúde 2020).

Em resposta às orientações do Ministério da Saúde para o enfrentamento da pandemia por covid-19, a Secretaria de Saúde de Campinas em 12 de março de 2020 divulgou as diretrizes elaboradas na primeira reunião do Comitê Municipal de Enfrentamento da Pandemia de Infecção pelo novo coronavírus e dentre as orientações destacavam-se as medidas para idosos e pessoas com comorbidades:

- Restringir contato social;
- Restringir uso de transporte público;
- Restringir aglomerações;
- Restringir idas a locais de grande circulação de pessoas (shoppings,

supermercados, entre outros);

- Racionalizar idas aos serviços de saúde.

Como resposta, os Centros de Saúde se organizaram desmarcando consultas programadas, exceto consultas Pré natal e Puericultura recém nascidos.

Segundo Greenhalgh et al, com a pandemia por covid-19 os médicos precisaram buscar novas maneiras de interagir com seus pacientes e o atendimento remoto por telefone ou vídeo é uma opção viável.

Em 09 de abril de 2020 a prefeitura divulgou o primeiro Boletim Epidemiológico do novo coronavírus em Campinas. O boletim trazia dados de até 08 de abril, quando a cidade apresentava 85 casos confirmados, sendo que deste total 05 óbitos (letalidade 5,9%). Com relação à faixa etária, dos 85 casos confirmados, 03 estão entre 10-19 anos, 10 entre 20-29 anos, 27 entre 30-39 anos, 11 entre 40-49 anos, 14 entre 50-59 anos, 08 entre 60-69 anos, 06 entre 70-79 anos e 06 com 80 ou mais. Destes, 23 casos necessitam de internação (27%). Todos os óbitos aconteceram em pessoas com mais de 60 anos (idade média 76,6 anos), sendo um de 60-69, dois entre 70-79 anos e dois acima de 80 anos. Todos apresentavam pelo menos um fator de risco, sendo Hipertensão Arterial Sistêmica o mais frequente, presente em 60% dos casos, seguida de Diabetes em 40%. Havia um expressivo número de casos, 956, aguardando processamento de exame confirmatório no Adolf Lutz, que não conseguia fornecer resultados em tempo hábil (Secretaria Municipal de Campinas 2020). Além disso, inicialmente a Vigilância Epidemiológica indicava a coleta de amostra para pesquisa de SARS-COV-2, através do teste RT-PCR (disponível no Brasil com registro na ANVISA) somente de casos graves com SRAG hospitalizados e de profissionais de saúde com Síndrome Gripal, devido ao risco ocupacional, logo estima-se que havia um número muito maior de casos de covid-19 uma vez que 80% dos casos são leves e oligossintomáticos e não estavam sendo testados, embora estivessem sendo notificados nos serviços de APS no sistema eletrônico e-sus VE (Ministério da Saúde 2020).

A equipe deste serviço de APS, com apoio do Distrito de Saúde Sudoeste e da Secretaria Municipal de Saúde implantou a telemedicina para acompanhar os pacientes com sintomas respiratórios e fazer vigilância em saúde dos pacientes com

maior vulnerabilidade e risco para COVID-19. O registro desses atendimentos deve ser realizado no prontuário eletrônico do cidadão.

4.3 A organização da atenção à saúde na unidade básica e no território em tempo de COVID-19: reorganizando

Estávamos diante de um grande desafio, promover assistência sem expor nossos usuários ao risco da infecção por COVID-19, todo processo de trabalho deveria ser repensado. E durante uma manhã com as atividades programáticas suspensas, o coordenador da unidade conversou com as diferentes categorias de profissionais:

Com os (as) médicos:

“precisamos dividir o espaço físico em duas unidades, uma será para atendimento de sintomáticos respiratórios e a outra para outras queixas e algumas consultas que pode de repente aparecer (...) pensem que será necessário racionalizar o uso de EPIs, por isso precisamos de uma escala, quem estiver escalado no eixo respiratório deve evitar ficar circulando pela unidade a todo momento porque isso pode aumentar o risco de infecção inclusive entre os funcionários e causa desperdício de EPIs que estão escassos...lembrem-se que um médico deverá estar escalado para fazer teleatendimento”. (coordenador)

“tem uma outra preocupação, a unidade deverá estar durante todo seu horário de funcionamento com médico na unidade das 7 às 19 horas, será que seria possível?” (coordenador)

“...podemos pensar? (...) quantas mudanças” (médica)

Com as agentes comunitárias de saúde:

“as visitas no território estarão suspensas por recomendação da secretaria, vocês trabalharão a distância, sugiro que faça um levantamento dos pacientes de maior vulnerabilidade para que possamos entrar em contato por telefone

ou pelo tablet, pensem numa escala, precisamos de alguém no cadastro e que vocês ajudem a orientar os usuários dentro da unidade” (coordenador)

Com os (as) dentistas:

A sala da odontologia não havia recebido todo material necessário para funcionamento, diante disso o distrito de saúde já havia orientado que as demandas odontológicas do território provisoriamente seriam atendidas na unidade vizinha e deveria haver uma escala entre os profissionais da odontologia.

“sabendo da situação atual da odonto, pensem em uma escala para atendimento de urgências, os demais ficarão aqui na unidade para ajudar na organização do fluxo dos usuários dentro da unidade” (coordenador)

Com enfermeiros (as):

“a unidade será dividida em duas, sei que são só 2 no momento, mas chegarão mais enfermeiros, pensem numa escala, precisamos valorizar teleatendimento no momento, mas o acolhimento deve continuar, cuidado com uso de EPIs (...) aliás conto com vocês para treinar o pessoal quanto a paramentação e desparamentação adequada, tem um material informativo da secretaria, lembrando que não pode ter aglomeração” (coordenador)

Com técnicos (as) de enfermagem:

“a unidade estará dividida em duas, uma parte para atendimento de sintomáticos respiratórios e outra para outra queixas, é importante que façam uma escala, usem de forma adequada os EPIs, evitem desperdícios, lembrando que temos vários técnicos que por fazerem parte do grupo de risco, não estarão atendendo queixas respiratórias” (coordenador)

“...não teremos mais os atendimentos por equipe?” (Tec enfermagem)

“não, não haverá espaço e nem RH para mantermos a acolhimento por equipe” (coordenador)

“nossa, acho que será complicado para os pacientes, tem uns que quando chegam, a gente já sabe até o que estão precisando (...) risos” (Tec enfermagem)

Com as funcionárias da limpeza:

“estaremos agora com duas portas de entrada na unidade, devemos intensificar a higienização dos espaços, vocês deverão estar sempre paramentadas de forma adequada” (coordenador)

Com os seguranças:

“estaremos com a unidade dividida em duas, para atendimento de queixas respiratórias e outras queixas, cuidado com contaminação, estamos pensando nos fluxos e vocês serão informados para que possam informar os usuários se necessário” (coordenador)

Chama atenção que o coordenador fez abordagem com cada classe de profissional do centro de saúde para conversar a respeito da mudança na estrutura física da unidade, dos fluxos e atividades de cada um, problematizando algumas questões referentes à mudança, dando oportunidade para que o profissional manifestasse a sua opinião.

E no transcorrer da semana as ideias foram surgindo e a unidade foi construindo novos fluxos, toda ideia era válida.

Agora, todo usuário que chegasse na unidade deveria ser direcionado para área segura de atendimento, assim ficou definido que todos os usuários seriam abordados na entrada da unidade por um funcionário devidamente paramentado que perguntaria “em que posso ajudar?”

À medida que as alterações foram sendo implantadas, novas mudanças foram necessárias.

“Pessoal, fiquei na mesa hoje e temos que ter uma pasta com identificação por equipe para colocar as receitas para serem renovadas, porque os pacientes estão acostumados com o acolhimento nas equipe e acho que esta pasta pode ajudar a manter essa referência” (ACS)

Caso o usuário precisasse renovar sua receita de uso contínuo, o funcionário que estivesse na porta do CS iria se identificar e explicar como as receitas estavam sendo renovadas, em seguida pegaria a receita e a guardaria em uma pasta com a identificação da equipe, e no fim do dia os médicos fariam a renovação das receitas de suas respectivas equipes, mantendo-as na pasta para serem retiradas pelos pacientes no prazo de 1 semana.

A técnica de farmácia nos avisa: *“o prazo de validade das receitas foi ampliado em todo município, isso facilita são menos receitas para serem renovadas...”*

Caso este usuário estivesse com queixa respiratória, o mesmo deveria trocar sua máscara de tecido por uma máscara cirúrgica na entrada da unidade e seria encaminhado para atendimento no “eixo respiratório”.

A área definida para atendimento de pessoas com queixas respiratórias foi designado como “eixo respiratório”, sendo composto por salas para atendimento de usuários com queixas respiratórias eram 3 consultórios (2 para atendimento e um para coleta de exame, PCR COVID) e a sala de estudos, se transformou na sala de medicação. As salas foram identificadas e faixas foram colocadas no chão para facilitar o fluxo dos pacientes na unidade. Cones e biombos foram colocados na entrada do setor para alertar para a não circulação nesta área.

Nos surpreendemos com o posicionamento da equipe da odontologia:

“Somos 4 dentistas e 2 auxiliares de cirurgião dentista (ACD) no CS, como as urgências serão encaminhadas para outro CS do território, 2 dentistas e 1 ACD

serão remanejadas para lá. Os outros profissionais ficaram aqui ajudarão na organização do fluxo dos pacientes, posso ficar na mesa recepcionando as pessoas” (dentista)

Observa-se que os profissionais agiram de forma pró ativa, encontrando soluções para problemas do cotidiano em equipe, às vezes exercendo função que não compreendia seu núcleo de competência, como os dentistas. Segundo Marina Peduzzi o sucesso do trabalho em equipe, depende de ações interprofissionais com práticas colaborativas (Peduzzi et al, 2018)

Outro desafio, as visitas domiciliares:

“tem uma paciente pedindo visita para o pai, ele tem 92 anos, é amputado de uma perna e está com uma ferida no outro pé, ela fala que ele está com dor e pede visita” (ACS)

A enfermeira conversa com o coordenador a respeito do caso porque não tínhamos mais carro para visita, porque o motorista fazia parte do grupo de risco e havia sido afastado.

“O que fazer com as demandas de visita domiciliar?” (enfermeira)

O coordenador da UBS discute a problemática com o Distrito de Saúde e após uma reunião a distância em que trabalhadores, membros do Conselho Local de Saúde e gestores participaram, a unidade teria um carro para realização das visitas e outras demandas que precisasse de deslocamento. Os funcionários que quisessem dirigir o veículo teriam que providenciar documentação. Em pouco tempo estávamos com o carro.

As visitas domiciliares seriam realizadas com o menor número de funcionários possível, estando estes sempre com a paramentação necessária. Organizamos nossas rotinas para viabilizar tempo e recursos humanos para a realização das visitas.

De acordo com a Política de Humanização do SUS, a presença de gestão participativa com rodas de conversa composta de trabalhadores, usuários e gestores para o enfrentamento dos desafios no processo de trabalho contribui de forma positiva

para superar os obstáculos, reduzir ruídos de comunicação nas equipes e implementar mudanças no processo de trabalho (Política Nacional de Humanização-PNH, 2013).

Paralelamente ao crescimento no número de pacientes com queixas respiratórias, observou-se um número crescente de consultas na demanda espontânea por outras queixas, uma vez que não havia agendamento de consultas e o centro de saúde através do acesso avançado acolhe seus usuários das 7 às 19 horas. Os atendimentos de emergência passaram a ser frequentes e o SAMU tornou-se um grande parceiro. No mês de abril a sala de emergência do centro de saúde recebe medicamentos, máscaras não-reinalantes, e ambus e no mês de maio a equipe de serviço recebeu um treinamento em caso de necessidade de intubação orotraqueal ou ocorrência de óbito na unidade.

“se organizem em duplas para participarem do treinamento de intubação orotraqueal, é importante” (coordenador)

Após o treinamento, a equipe de enfermagem organizou a sala de emergência:

“...pessoal, o carrinho tem várias medicações vencidas” (Tec enfermagem)

“...só tem 1 cilindro de oxigenio cheio” (Tec enfermagem)

“...qual o melhor arranjo para as três macas da sala?” (Tec enfermagem)

“...quais funcionários ficarão responsáveis pela organização da sala de emergência?” (Tec enfermagem)

“...quem prestará assistência às possíveis urgências e emergências respiratórias?” (Tec enfermagem)

“...onde ficarão os EPIs necessários?” (Tec enfermagem)

“...espero não ter que atender nenhum paciente nosso tão grave” (Tec enfermagem)

“...mas e o SAMU, chegará rápido?” (Tec enfermagem)

“...é porque não dá para ficar com paciente tão grave aqui” (Tec enfermagem)

“...normalmente fazemos os curativos na sala de emergência e agora como vai ser?” (Tec enfermagem)

Até então o CS não estava, de fato, preparado para atendimento de situações de emergência e teve que superar o conjunto de falhas de equipamento, materiais e espaço físico identificadas, além da capacitação dos profissionais.

Os curativos seriam agendados, reduzindo o tempo de espera do paciente no Centro de Saúde e evitando aglomerações. Destinou-se um consultório para realização dos procedimentos.

Houve um aumento de atendimentos de demanda espontânea na unidade e observa-se que o acolhimento foi realizado desde a primeira abordagem ao usuário, quando esse chega na unidade e um profissional o aborda perguntando: “em que posso ajudar?”. O acolhimento é uma diretriz da Política de Humanização do SUS, pode ser realizado por qualquer membro da equipe de saúde que através de uma escuta qualificada, consegue compreender o que aquele usuário traz como necessidade de saúde (Política Nacional de Humanização-PNH, 1013).

Além das mudanças em relação aos cuidados com os usuários, novas relações foram estabelecidas com instituições da área. No território da unidade há duas Instituições de longa permanência para idosos, e havia muita preocupação com surgimento de surtos nesses espaços. Eram 75 idosos muito vulneráveis e com alto risco de adoecimento grave por COVID-19. Como supervisionar e orientar os gestores desses serviços?

Em parceria com a Vigilância Epidemiológica do Distrito de saúde, estreitamos as relações com as Instituições, fizemos testagem em massa dos moradores e funcionários, acolhemos todos os funcionários com sintomas respiratórios mesmo que não residissem no território do CS, estávamos abertos para acolher as demandas.

Foram feitas várias orientações com relação a isolamento de casos suspeitos, restrição de visita de familiares ao lar, restrição de trabalho voluntário, uso de EPIs pelos funcionários com o intuito de reduzir risco de surtos nas instituições.

A partir de uma diretriz do Distrito de Saúde, outra medida implementada foi o “Projeto oximetria”: os agentes de saúde passaram a aferir a oximetria dos pacientes com síndrome gripal pertencentes a grupos de risco duas vezes ao dia, inclusive aos finais de semana.

E assim os dias e as semanas foram se passando, muitas vezes os processos de trabalho precisaram ser reorganizados e sem o espaço para reuniões que antes faziam parte da rotina, a equipe conseguiu conversar e pensar em alternativas, aproveitando todo momento, hora do almoço, 15 minutos do café e inúmeras conversas através do grupo da unidade no Whatsapp.

O desafio maior era manter a assistência aos pacientes com condições crônicas e idosos que frequentam periodicamente o centro de saúde, uma vez que com a progressão da pandemia, a prefeitura de Campinas determinou o cancelamento das atividades coletivas e redução drástica no número de consultas programáticas, foram mantidas consultas de Pré-Natal e puericultura de menores de 6 meses.

O teleatendimento em seus diferentes escopos, tornou-se um recurso fundamental para assistência aos usuários da atenção primária, principalmente para os pacientes portadores de condições crônicas não transmissíveis, idosos e pessoas infectadas pelo coronavírus em isolamento e a Secretaria Municipal de Campinas investiu nesta estratégia para manutenção do cuidado durante a pandemia.

O Distrito de Saúde com apoio da prefeitura viabilizou a implantação de teleatendimentos e o serviço recebeu quatro tablets para o acompanhamento de pacientes com sintomas respiratórios e acompanhamento de pacientes vulneráveis.

Começa talvez o maior desafio, a assistência por meio do teleatendimento.

4.4. O trabalho com o teleatendimento

Em uma breve reunião o coordenador do CS comunica a equipe que os tablets estavam habilitados, cada equipe ficaria com um para ser instrumento de trabalho.

“...precisamos intensificar os teleatendimentos, comece fazendo busca ativa de pacientes vulneráveis, agende atendimento presencial somente se for muito necessário” (coordenador)

Inicialmente surgiram muitas dúvidas :

“mas como assim, todos vão usar os tablets? Achei que era só para as agentes” (...) não seria para o cadastro?” (ACS1)

"Vamos fazer consulta?" (ACS2)

*"...e a prescrição? O paciente terá que vir até a unidade de qualquer forma."
(médico residente 1)*

"Gostei da ideia, quando vamos começar?" (médica residente 2)

"...já tinha ouvido falar que algumas unidades no Rio de Janeiro trabalham assim, de repente dá certo" (médica)

"acho difícil, nós da enfermagem conseguir tempo para fazer teleatendimento neste momento" (enfermeiro)

"montem uma escala para que possam usar os tablets" (...) precisamos começar, as dúvidas serão sanadas no dia a dia" (coordenador)

A implantação de teleatendimento despertou diferentes sentimentos, além de dúvidas, a prática horizontaliza as ações dos diferentes profissionais da equipe o que incomodava alguns profissionais, principalmente a categoria dos médicos. Durante a apresentação dos tablets para equipe, pelo coordenador, essas foram algumas colocações por parte dos profissionais médicos:

*"...isso não vai dar certo (...) "detesto fazer isso, nem parecemos médicos"
(médico residente 1)*

"mas e se precisar examinar? (...) se acontecer alguma complicação, podemos ser responsabilizados?" (médica)

"...nada substitui o contato presencial" (médica residente 2)

"acho que a faculdade deveria emitir algum parecer e o que o CRM fala sobre isso?" (médica residente 3)

Identificamos três reações imediatas ao novo instrumento de trabalho por parte dos profissionais da unidade: incerteza, insatisfação e recusa, poucos foram as manifestações positivas.

Os profissionais da enfermagem, sobrecarregados enxergavam a nova prática de assistência como mais uma demanda dentre tantas outras e não viam a possibilidade de executá-la em um primeiro momento.

No entanto, o cenário daquele momento, aliado à pressão da gestão e ao imenso desejo de continuar assistindo seus usuários fez com que os sentimentos e posturas negativas fossem perdendo espaço para essa nova forma de cuidar. Novamente o espírito do trabalho em equipe destaca-se e as relações interprofissionais ganham força através de práticas colaborativas, que segundo a autora Marina Peduzzi são desempenhadas por profissionais que desejam estar trabalhando juntos para promover um bom cuidado em saúde (Peduzzi & Agreli, 2018).

No contexto pré-pandemia as equipes tinham autonomia para organizar seu processo de trabalho, portanto através de lista, arquivos salvos em computador ou pastas havia um conhecimento prévio pelos profissionais dos pacientes com maior vulnerabilidade e com maior necessidade de cuidado.

As equipes começam um movimento de busca por estes usuários e através dos registros de pacientes de visita domiciliar, famílias de Projeto Terapêutico Singular, pacientes em acompanhamento conjunto com Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicológica e Social para dependentes de álcool e drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicológica e Social III (CAPS Davi Capistrano) e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e de pacientes diabéticos que fazem uso de insulina, os teleatendimentos começaram acontecer.

O fluxo dos usuários dentro do serviço foi alterado com objetivo de separar a demanda de pacientes com queixas respiratórias de outras queixas. Os funcionários que apresentavam idade maior ou igual a 60 anos, estivessem gestante ou que fossem portador de alguma condição crônica deveriam ser realocados para atividades remotas. Estes funcionários a princípio faziam teleatendimentos e organizariam os formulários de solicitação para renovação de medicamentos da farmácia de alto custo

e as receitas deixadas pelos usuários para serem renovadas, sendo esta outra forma de identificar pacientes para teleatendimento.

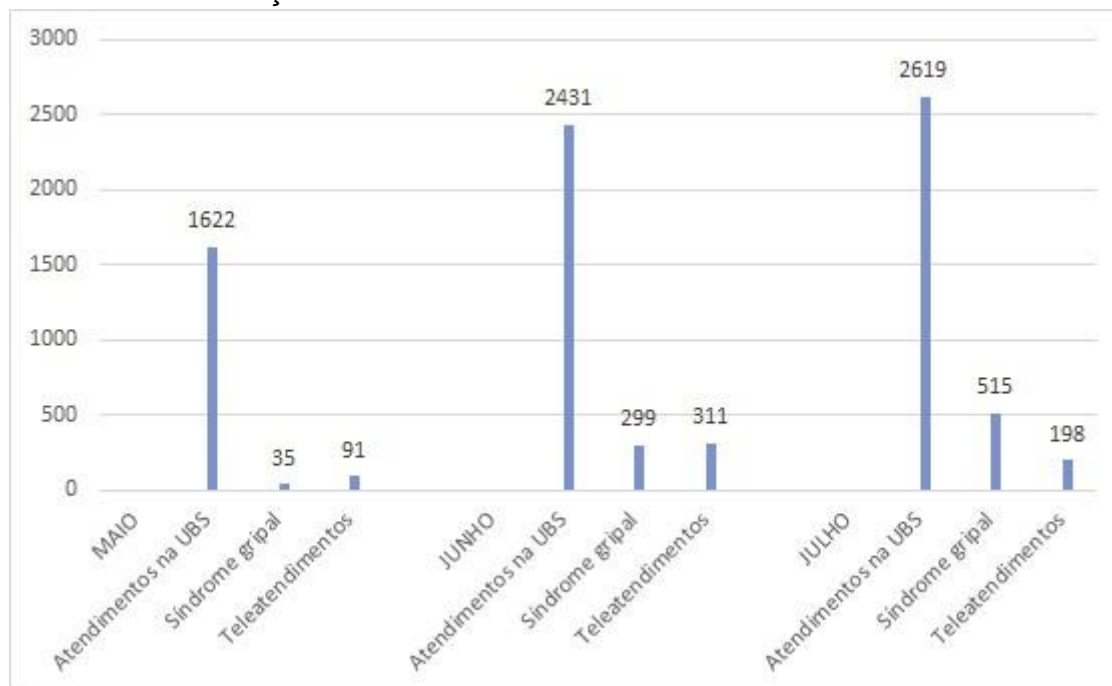
No entanto, segundo a gestão somente profissionais com formação de ensino superior poderiam realizar teleatendimentos, o que inicialmente comprometeu o número de teleatendimento realizado.

Em março faziam parte do corpo de funcionários da unidade: 2 médicas de família e comunidade, 2 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem, 13 agentes comunitários e 04 administrativos. Destes 5 técnicos de enfermagem seriam realocados de função por fazerem parte de grupo de risco e 1 técnica de enfermagem manteve-se afastada por vários meses. Em 9 de março os residentes de Medicina de Família ingressam no serviço, sendo recebidos com muito entusiasmo pela equipe.

Durante dois meses os teleatendimentos foram realizados apenas por profissionais de nível superior em escala de revezamento, composta por um médico, uma enfermeira, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional e um médico residente. Até que em julho houve uma rediscussão sobre os teleatendimentos e com a construção de um fluxograma pela equipe de enfermagem da unidade em parceria com a enfermeira da vigilância epidemiológica do município, os demais profissionais da unidade começaram a realizar teleatendimentos e telemonitoramento dos pacientes com síndrome gripal que faziam parte de grupo de risco. Os atendimentos realizados pelos técnicos de enfermagem, foi padronizado por protocolo construído para esse fim, concentrando-se principalmente em atividades de telemonitoramento.

No gráfico abaixo, pode-se observar o número de atendimentos realizados na unidade nos meses de maio, junho e julho, assim como o número de atendimentos a usuários com síndrome gripal, segundo relatórios extraídos do prontuário eletrônico do cidadão.

Gráfico 2: Distribuição dos atendimentos realizados



Fonte: Elaborado pela autora através dos relatórios do prontuário eletrônico (e-SUS).

Observa-se que embora não houvesse demanda programada, o número de usuários atendidos foi significativo e crescente. No período de 12 semanas foram realizados 600 teleatendimentos, dos quais 134 (22,33%) foram realizados a pacientes idosos.

Um grande obstáculo constatado para realização dos teleatendimentos foi a dificuldade em encontrar os usuários através dos números de telefones registrados no cadastro dos usuários. Muitas vezes, os números estavam desatualizados e o contato não era possível. O contato da equipe com os usuários do território através de Whatsapp pelo tablet, possibilitou, muitas vezes, a possibilidade do teleatendimento. Neste processo as agentes comunitárias de saúde foram fundamentais, uma vez que eram responsáveis em estabelecer essa ponte de contato.

Após a realização de alguns teleatendimentos foi possível coletar opiniões de usuários a respeito do novo modelo de assistência, como descrito abaixo:

“...esse negócio de tablet ficou bom pros véios, a gente fala no celular e as meninas do posto logo responde a gente, nem precisa saí de casa, quando precisa até a médica responde a gente.” (usuário de 75 anos).

O mesmo havia entrado em contato com a equipe por meio do tablet para saber se seu exame de laboratório estava normal, a demanda foi levada pela agente comunitária de saúde para avaliação médica e fez um teleatendimento ao paciente.

“...nossa que bom, consegui resolver meu problema sem sair de casa, tava com medo de ter que ir no postinho ou no Ouro Verde, porque agora é só covid nesses lugares.” (usuária de 68 anos).

A usuária recebeu um teleatendimento e mostrou seu controle de pressão arterial alterado, tendo sido orientada com relação ao uso das medicações pela médica assistente.

“...minha mãe estava em acompanhamento de uma ferida no pé e ia todo dia no posto, agora ficou muito bom porque ela vai fazendo as consultas por vídeo e a enfermeira consegue ver como a ferida está e aí ela vai menos vezes lá.” (Filha da paciente de 74 anos em acompanhamento no centro de saúde devido ferida crônica).

“...quero agradecer o atendimento, que bom que você ligou.” (usuário de 77 anos, diabético em uso de insulina, expressa agradecimento ao enfermeiro que fez o teleatendimento para avaliação de rotina).

4.5 Caracterização dos idosos em teleatendimentos

Durante as 12 semanas de coleta de dados foram realizados 600 teleatendimentos, conforme registro realizado no prontuário eletrônico destes 22,33% (134) foram realizados a pacientes idosos.

As características dos idosos segundo sexo, faixa etária, estado civil e fonte de renda, podem ser visualizadas na tabela abaixo.

Tabela 2: Caracterização dos usuários segundo sexo, faixa etária, estado civil e fonte de renda

Sexo		
Feminino	76	54%
Masculino	64	46%
Faixa etária		
60-69	63	47%
70-79	35	26,1%
80+	36	26,9%
Estado civil		
Casado	37	27,6%
Solteiro	02	1,5%
Viúvo	21	15,67%
Separados	08	5,98%
Ausência de informação	66	49,25%
Fonte de renda		
Aposentado	50	37,32%
Pensionista	06	04,47%
Exerciam atividade remunerada	04	02,98%
Do lar	02	01,5%
Afastado INSS	02	01,5%
Ausência de informação	72	53,73%

Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Observa-se que nessa amostra o número de idosos pertencente ao sexo masculino foi de 64 correspondendo a 46% da amostra, praticamente igual ao número de idosos pertencentes ao sexo feminino sendo esse 76 que corresponde a 54%, não caracterizando o processo de feminização da velhice descrita na literatura nessa amostra.

Nota-se que a maioria dos idosos estavam na faixa etária de 60-69 anos (47%), no entanto o número de idosos com 80 anos ou mais (26,9%) é levemente superior ao número de idosos na faixa etária de 70-79 anos (26,1%). Podendo demonstrar uma maior identificação da faixa etária dos idosos com 80 anos ou mais pela equipe deste centro de saúde, assim como um aumento do número de idosos pertencentes a essa faixa etária.

Com relação ao estado civil e fonte de renda, a maioria dos idosos eram casados (27,6%) e aposentados (37,2%), apesar de que a ausência dessas informações nos prontuários foi de 49,25% e 53,73% respectivamente.

Aspectos como mobilidade e grau de dependência para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades básicas de vida diária (ABVD) implicam de forma direta na funcionalidade e execução de tarefas do cotidiano. A caracterização dessa amostra de idosos quanto esses aspectos, pode ser observada na tabela abaixo.

Tabela 3: Distribuição dos idosos segundo mobilidade, execução de tarefas cotidianas e funcionalidade

Mobilidade	Número de idosos	
Preservada	48	36%
Comprometida	48	35,7%
Muito comprometida	40	29,8%
Acamado	08	05,9%
Ausência de informação	38	28,3%
Execução de tarefas		
Bom desempenho	49	36,5%
Regular desempenho	32	23,5%
Muita limitação	25	18,9%

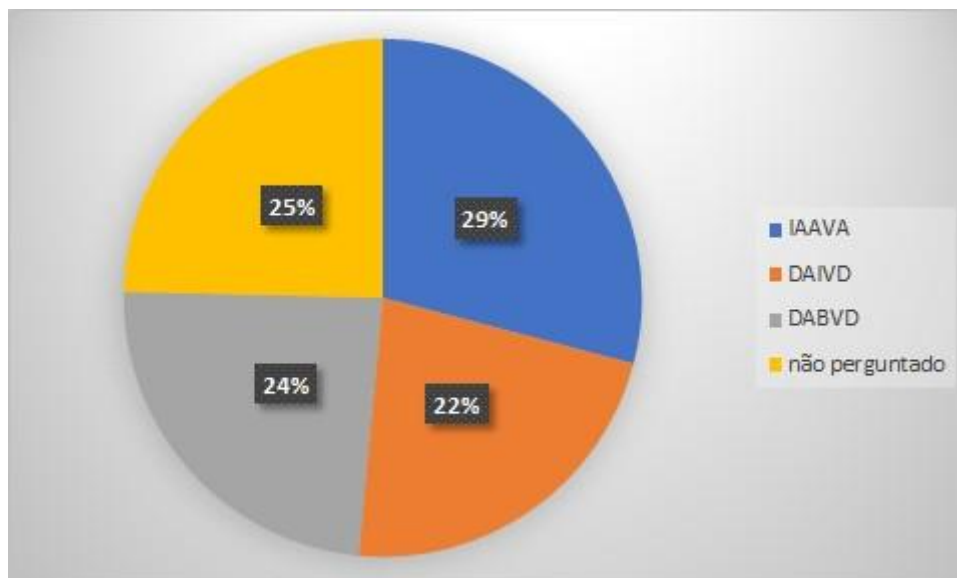
Ausência de informação	28	20,8%
<hr/>		
Funcionalidade		
<hr/>		
Independência AAVD	39	29,1%
Dependência	62	46,3%
AIVD	30	22,3%
ABVD	32	24,0%
Ausência de informação	33	24,6%

Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Nota-se um número expressivo de idosos com mobilidade comprometida (35,7%) e com muito comprometimento para execução de tarefas cotidianas (18,9%), sendo que 46,3% dos idosos apresentavam dependência para atividades básicas ou instrumentais de vida diária, ressaltando que esse dado foi obtido de registro de teleatendimento, mostrando uma preocupação do profissional da equipe em investigar aspectos importantes para o cuidado do idoso. Embora houvesse um número significativo de ausência de informação quanto esses aspectos nos prontuários analisados.

O gráfico abaixo ilustra o número de idosos com dependência que foram atendidos pela modalidade de teleatendimento.

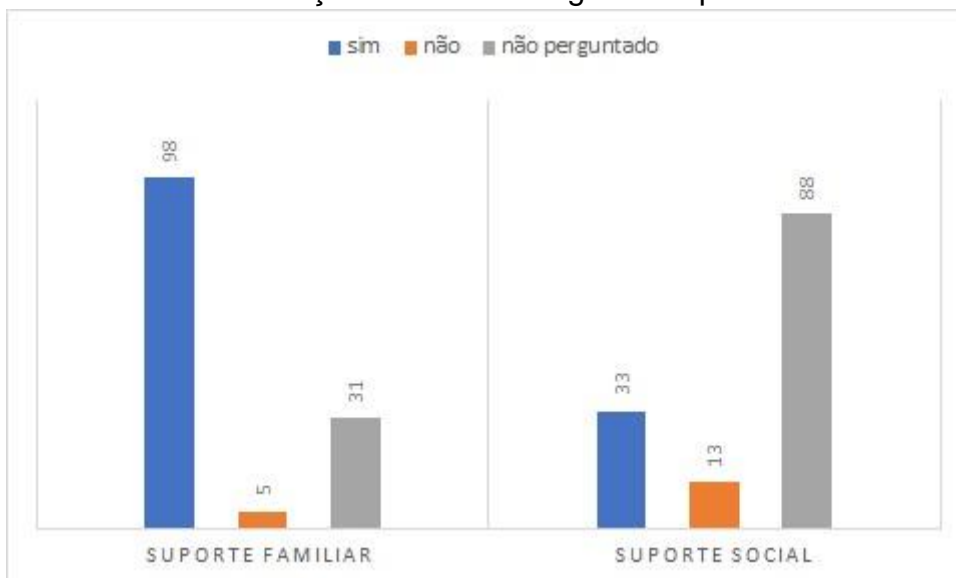
Gráfico 2: Proporção de idosos com dependência atendidos por teleatendimento



Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Outro aspecto analisado foi a caracterização dos idosos da amostra quanto a presença de suporte familiar e social. Com relação a presença de suporte familiar, observa-se que 73,1% (98) afirmaram poder contar com familiares caso adoecessem, enquanto 3,8% (5) negaram ter suporte familiar e em 23,10 % (31) não havia registro dessa informação. Com relação ao suporte social, 24,6% (33) dos idosos que receberam teleatendimento afirmaram ter bons amigos e vizinhos e poder contar com eles caso adoçam, 9,8% (13) negaram ter suporte social e em 65,6% (88) dos prontuário não havia registro dessa informação, como pode-se observar no gráfico abaixo:

Gráfico 3: Caracterização dos idosos segundo suporte familiar e social



Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Percebe-se que a investigação de suporte social não foi um quesito valorizado e lembrado pelos profissionais da equipe na abordagem dos idosos, pois em 65,8% dos prontuários não havia registro dessa informação.

Com relação a presença de doenças crônicas, pode-se observar a caracterização da amostra em estudo na tabela abaixo.

Tabela 4: Caracterização dos idosos quanto a presença de doenças crônicas

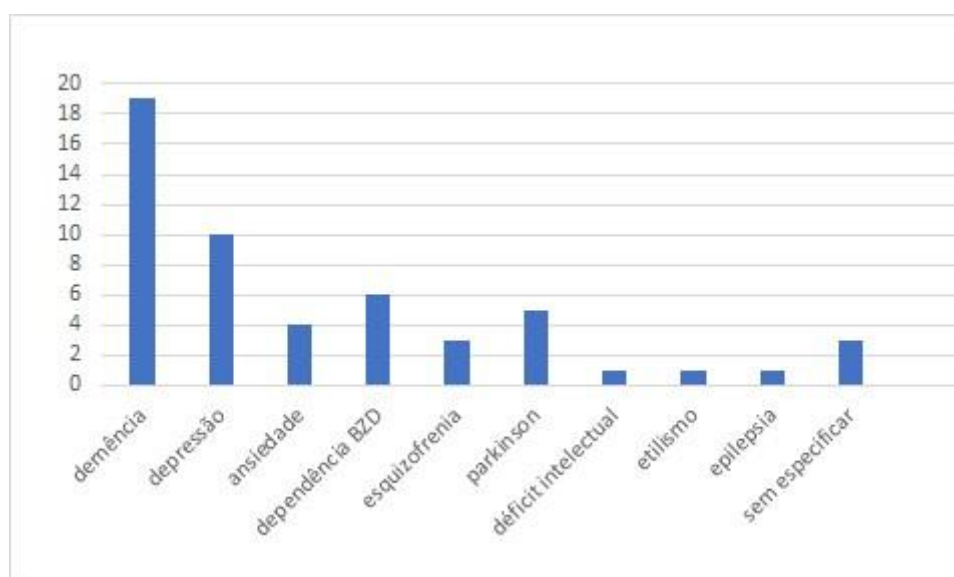
Doenças crônicas	Número de idosos				
HAS	86 64,0%	compensado	67	78,0%	
		descompensado	09	10,0%	
		não soube informar	10	12,0%	
Ausência de informação	27 20,0%				
DM	57 42,0%	compensado	22	39,0%	
		descompensado	16	28,0%	
		não soube informar	19	33,0%	
Ausência de informação	25 19,0%				

Cardiopatia	33	24,0%	compensado	29	87,8%
			descompensado	04	12,1%
			não soube informar	00	00
Ausência de informação	33	25,0%			
Doença Pulmonar	08	06,0%	presença de sintomas	04	50,0%
Ausência de informação	34	25,0%			
Doença Renal	08	06,0%			
Ausência de informação	34	25,3%			

Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Com relação a doenças mentais, 40% (53) afirmaram fazer tratamento, 46% (62) negaram ter algum diagnóstico e em 14% (19) não havia registro dessa informação. As doenças mentais relatadas foram: demência 35,8% (19), depressão 18,8% (10), ansiedade 07,5% (4), dependência a benzodiazepínico 11,3% (6), esquizofrenia 05,6% (3), Parkinson 09,4% (5), déficit intelectual 1,8% (1), alcoolismo 1,8% (1), epilepsia 1,8% (1), sem especificar (1). A distribuição das doenças mentais referidas, podem ser observadas no gráfico abaixo:

Gráfico 4: Doenças mentais referidas pelos idosos ou cuidadores atendidos por teleatendimento



Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

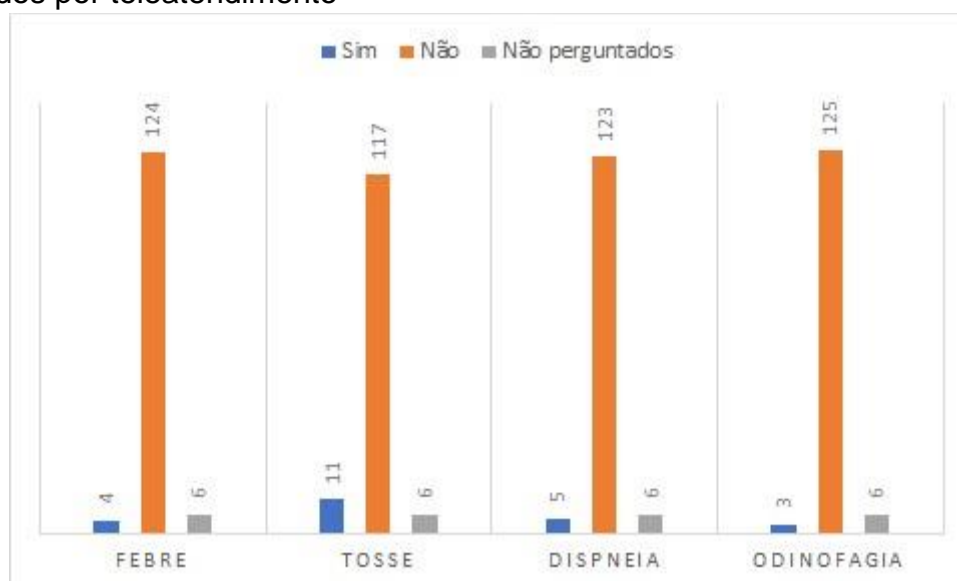
Nota-se que as demências foram as doenças mais prevalentes na amostra, sendo estas provavelmente as principais responsáveis pela elevada proporção, 46,3%, de idosos com perda da funcionalidade e dependência caracterizada na amostra.

Com relação a ter em casa medicação de uso contínuo, 85% (114) afirmaram ter, 5% (6) não tinham medicação e em 10% (14) dos prontuários não havia registro dessa informação.

Quando analisada a presença de sintomas respiratórios (febre, tosse, dispneia e odinofagia) observamos que o número de prontuários que não apresentava registro dos sintomas era menor se comparado aos quesitos investigados anteriormente. Somente em 4,47% (6) dos prontuários analisados não havia registro da investigação da presença destes sintomas.

Somente 17,1% (23) do total (134) dos idosos apresentavam sintomas respiratórios, sendo que, dentre estes, 4 apresentavam febre, 11 tosse, 5 dispneia e 3 odinofagia, como pode ser observado no gráfico abaixo.

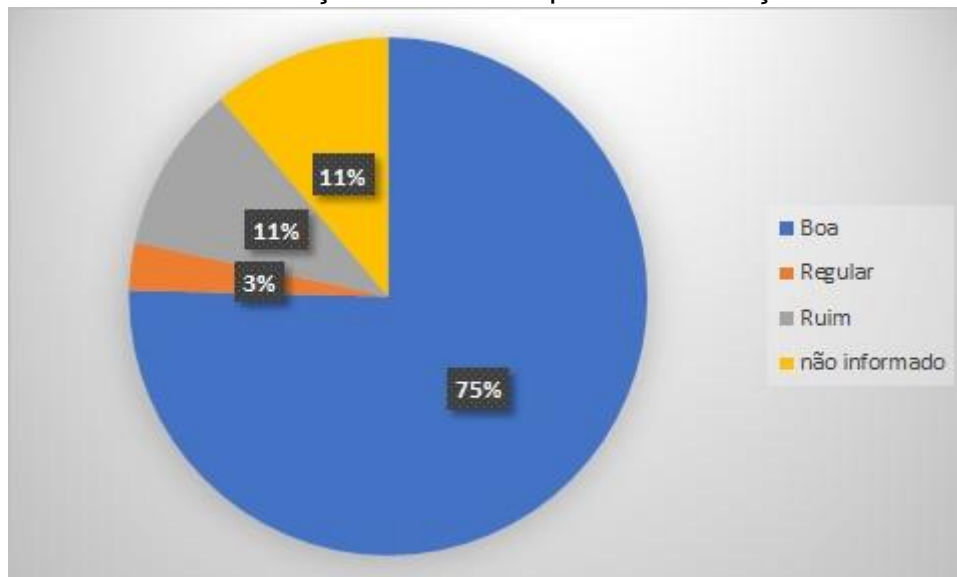
Gráfico 5: Investigação de sintomas respiratórios nos idosos que foram atendidos por teleatendimento



Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Com relação a aceitação alimentar, pode-se observar que 75% (101) referiram apresentar boa aceitação, 3% (4) aceitação regular, 11% (14) aceitação ruim e em 11% (15) dos prontuários analisados não havia registro dessa informação.

Gráfico 6: Caracterização dos idosos quanto à aceitação alimentar:



Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Outros critérios investigados foram se os idosos possuíam medicamentos de uso contínuo em casa e se haviam procurado atendimento em Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e/ ou Pronto Socorro (PS) recentemente. Os dados encontrados podem ser visualizados na tabela abaixo:

Tabela 5: Caracterização quanto a posse de medicação de uso contínuo e passagem pelo PS/UPA

Medicação de uso contínuo	Número de idosos	
Sim	114	85,07%
Não	06	04,47%
Ausência de informação	14	10,44%
Atendimento/Internação UPA/PS		

Sim	20	14,92%
Não	100	74,62%
Ausência de informação	14	10,44%

Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

Pode-se notar que os critérios que foram mais investigados pelos profissionais que realizaram teleatendimentos foram se o idoso apresentava algum sintoma respiratório, seguido em igual proporção da investigação de atendimento ou internação recente em UPA e/ou PS e se possuíam em casa medicamentos de uso contínuo. Isso reflete a preocupação dos profissionais com o este grupo com maior agravamento para infecção pela COVID-19 e a restrição de acesso causado pela pandemia em função do isolamento social.

Observa-se que embora não houvesse uma diretriz para o cuidado integral do idoso na unidade em estudo, em concordância com estudo da Placideli, foi possível obter dos registros dos teleatendimentos realizados informações relevantes de questões referentes ao envelhecimento, podendo-se inferir que a equipe desta unidade apresenta um cuidado diferenciado para esse ciclo de vida.

Por outro lado, chama atenção a falta de registro de informações em alguns prontuários comprometendo a análise. A falta de registro de informação pode ser visualizada na tabela abaixo:

Tabela 6: Informação investigada no prontuário e porcentagem de falta de registro

Informação investigada	Prontuário sem registro	
Mobilidade	38	28,3%
Grau de Dependência	33	24,6%
Execução de tarefas cotidianas	28	20,8%
Suporte Familiar	31	23,1%
Suporte Social	88	65,6%

Hipertensão Arterial Sistêmica	27	20%
Diabetes Mellitus	25	19%
Cardiopatía	33	25%
Doença Pulmonar	34	25%
Doenças Mentais	19	14%
Ter medicação de uso contínuo em casa	14	10,4%
Aceitação alimentar	15	11%
Presença de sintomas respiratórios	06	4,47%

Fonte: Elaborado pela autora com informações registradas no prontuário eletrônico e-SUS

A falta de registro em prontuários é um problema crônico nos municípios brasileiros, segundo Donabedian, a qualidade do registro reflete a qualidade da assistência prestada (Donabedian, 1988).

De acordo com Vasconcelos et al que avaliou a Atenção Básica de 22 municípios de mais de 100.000 habitantes do estado do Rio de Janeiro, tendo como base o registro primário em prontuários, a valorização do registro da situação familiar, tendo como base a clínica individual ampliada é pequena (Vasconcelos et al, 2008).

No entanto, quando comparado com outras pesquisas de registros em prontuários pode observar que os resultados são satisfatórios, visto que no Brasil a proporção de não registro de informações consideradas básicas é superior a 76% (Almeida et al, 2011).

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pandemia pelo COVID-19 impôs uma série de mudanças no processo de trabalho na APS, os profissionais desse serviço tiveram que agir com rapidez pensando em medidas para redução das taxas de contágio. O cancelamento das

atividades programáticas de pacientes com condições crônicas e idosos de alto risco para infecção pela COVID-19 exigiu um novo modelo de cuidado.

Pode-se observar que várias foram as adequações necessárias diante do novo panorama epidemiológico. Mudanças na organização física do centro de saúde com redefinições de fluxo, distribuição de novas atribuições aos profissionais da equipe, reorganização quanto ao horário de trabalho, atendimento e busca ativa de usuários à distância. Num momento de muitas dúvidas, diante de uma doença avassaladora, a equipe estava unida pelo propósito de continuar prestando assistência à população deste território.

A responsabilização com a população do território ficou demonstrada pela iniciativa de atenção às duas instituições de longa permanência, que até então eram apenas pontualmente atendidas, já que são instituições privadas com profissionais de saúde do próprio quadro. No novo contexto, o acompanhamento passou a ser semanal com atendimento de todos os idosos que apresentassem sintomas respiratórios, a partir de uma ação desencadeada pela unidade.

Para os usuários, não haviam agendas disponíveis, porém a equipe em parceria com a gestão distrital e municipal conseguiu implementar o teleatendimento e através de busca ativa de usuários, previamente identificados pelas equipes de referência, os teleatendimentos começaram a acontecer.

As dificuldades eram muitas, como a aceitação por alguns profissionais, sobrecarga de trabalho na unidade com afastamento de vários membros da equipe e cadastros desatualizados. No entanto, o reconhecimento por parte dos usuários e por parte dos próprios profissionais como prática exitosa, motivou a equipe para que a atividade ocorresse.

Observou-se que os idosos atendidos por telemedicina apresentavam fatores de gravidade para adoecimento pela COVID-19, assim como para complicações das condições crônicas não transmissíveis. Visto que 64% eram hipertensos, 42% diabéticos, 24% cardiopatas, 6% tinham diagnóstico de alguma doença pulmonar e 6% tinham diagnóstico de doença renal.

Com relação à faixa etária dos idosos atendidos, 53% apresentavam 70 anos ou mais, sendo que 26,9% tinham 80 anos ou mais, correspondendo esta última, a faixa etária mais vulnerável.

Além disso, constatou-se que um número expressivo de idosos, 35,8%, apresentavam diagnóstico de demência, sendo que 46,3% do total de idosos atendidos tinham algum grau de dependência.

Notou-se também que 18,8% dos idosos atendidos apresentaram diagnóstico de depressão, compreendendo um grupo com maior risco de descompensação em função do isolamento social.

Conclui-se que o acompanhamento desses idosos com grande vulnerabilidade através de teleatendimento foi possível porque a equipe já conhecia estes idosos, uma vez que os profissionais realizaram busca ativa, ou seja, havia registro nas equipes de referência dos idosos em questão. Entende-se portanto que houve compromisso desta equipe em manter a assistência a este grupo durante a pandemia.

A possibilidade de boas práticas de cuidado depende diretamente da interação dos membros da equipe de saúde e do trabalho em equipe. A complexidade das demandas de saúde nos serviços de APS, o envelhecimento populacional com consequente aumento das doenças crônicas não transmissíveis, os problemas sócio econômicos e atualmente o enfrentamento da pandemia por COVID-19 dependem de um bom desempenho da equipe de atenção básica com práticas interprofissionais e intersetoriais.

A análise da produção de dados nos permite afirmar que a equipe trabalhou de forma integrada e colaborativa para prestar assistência de forma exitosa à população idosa durante o período do estudo.

A proposta do trabalho em equipe não é atual, ela vem sendo discutida desde 1950, mas foi somente em 2010 que a Organização Mundial da Saúde publicou um material com enfoque na prática e na educação interprofissional (Organização Mundial da Saúde- OMS, 2010).

De acordo com Peduzzi, o trabalho em equipe de forma colaborativa propicia aos profissionais espaços para que os mesmos expressem suas percepções sobre as práticas vivenciadas no ambiente de trabalho. Um bom clima de trabalho favorece o surgimento de boas idéias a serem implementadas no processo de trabalho (Peduzzi et al, 2018).

Conforme Agreli, um bom clima de trabalho depende de quatro elementos, sendo eles comunicação e interação entre os membros da equipe, objetivos comuns,

responsabilidade compartilhada, promoção de inovação no trabalho. (Agreli et al, 2017). Esses elementos podem ser identificados na equipe do centro de saúde estudado.

O bom resultado das medidas implantadas, como o teleatendimento, por exemplo, fez com que a equipe se motivasse, mesmo com sentimentos adversos no início da implantação do processo.

Segundo Peduzzi as equipes podem ser caracterizadas em equipe integração e equipe agrupamento, de acordo com a autora nas equipes caracterizadas por integração, seus membros comunicam-se de forma interativa, desenvolvem ações articuladas superando o isolamento dos saberes. (Peduzzi et al, 2001)

Analisando a equipe do centro de saúde em estudo, pode-se classificá-la como equipe integração, o sucesso da implementação de diversas mudanças no processo de trabalho em tão pouco tempo, como pode ser verificado nos resultados apresentados, não seria possível caso a equipe não trabalhasse de forma coesa e integrada. O processo de trabalho sedimentado no período anterior à pandemia proporcionou uma integração perene entre os profissionais baseada nos constantes espaços de troca, formação e discussão viabilizados pelas reuniões de equipe e processo de educação permanente. O vínculo com os usuários e a responsabilização com o território foram forjados neste processo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia pela COVID-19 trouxe um imenso desafio às equipes, não só relacionado à assistência de um grande número de indivíduos infectados, como também em manter o cuidado em saúde dos usuários do território sem expô-los ao risco da contaminação. O estudo de caso apresentado aponta a importância da atuação dos serviços na redução da vulnerabilidade programática, com repercussões na redução da vulnerabilidade individual e social, pela manutenção do cuidado e ampliação da rede de apoio.

Os idosos compreendem um grupo de grande vulnerabilidade para adoecimento pela COVID-19, assim como para agravamento de condições crônicas não transmissíveis, ou graves consequências do isolamento social. Desta forma,

foram necessárias adequações nos serviços de atenção primária à saúde para manter o cuidado desses usuários.

Centros de saúde com equipes trabalhando de forma integrada conseguiram criar ambientes de trabalho favoráveis à inovação e implementação de mudanças. O teleatendimento mostrou-se uma modalidade de assistência eficiente durante a pandemia para manter o cuidado de saúde e aproximar os indivíduos apesar do isolamento social.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRELI, H.F.; PEDUZZI M.; BAILEY C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: a conceptual analysis. **J Interprof care**. 2017;31(6):679-84.

ALMEIDA, J.B.; MIRANDA, J.S.; MARQUES, S.F.G. Registro em saúde: análise da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica do município de Lins/SP. **Enfermagem Brasil**, Julho/Agosto 2011:10(4).

ARAÚJO, L.U.A.; GAMA, Z.A.S.; NASCIMENTO, F.L.A.; OLIVEIRA, H.F.V.; AZEVEDO, W.M.; ALMEIDA Júnior, H.J.B. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(8):3521-3532, 2014.

ARREAZA, A.L.V.; MORAES, J.C. Contribuição teórico-conceitual para pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2627-2638, 2010.

BARBOSA, M. 97% dos Idosos acessam a internet. CNDL/SPC Brasil, 2021.

Disponível em: <https://cndl.org.br/varejosa/numero-de-idosos-que-acessam-a-internet-cresce-de-68-para-97-aponta-pesquisa-cndl-spc-brasil/>>. Acesso em: 4 de jul. de 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.

BRASIL (2006) Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno da Atenção Básica nº19, Série A, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para gestão e para o trabalho cotidiano. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 118

p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria número 2436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional da Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Brasília-DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SPAS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVI-19) na Atenção Primária à Saúde. Brasília-DF, Março, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. Vigilância Integrada de Síndromes Respiratórias Agudas Doença pelo Coronavírus 2019, Influenza e outros vírus respiratórios. Brasília-DF, Abril, 2020.

BRASIL. Portaria número 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política de Saúde Nacional da Pessoa Idosa. Diário oficial da União; 20, outubro.

CAETANO, R.; SILVA, A.B.; GUEDES, A.C.C.M.; PAIVA, C.C.N.; RIBEIRO, G.R.; SANTOS, D.L.; SILVA, R.M. 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.

COSTA, E.A.P.; COIMBRA, C.M.B. “Nem criadores, nem criaturas éramos todos derives na produção de diferentes saberes”. **Psicologia & Sociedade**; 20 (1): 125-188, 2008.

DANTAS, I.C.; PINTO Junior, E.P.; MEDEIROS, K.K.A.S.; & SOUZA, E.A. Perfil de morbimortalidade e os desafios para a atenção domiciliar do idoso brasileiro. **Revista Kairós Gerontologia**, 20(1), pp. 93-108. Jan-mar, 2017.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **Jama** 1988; 260:1743-8.

EZZAT, A.; SOOD, H.; HOLT, J.; et al. COVID-19: are the elderly prepared for virtual healthcare? **BMJ Health Care Inform** 2021;28:e100334. doi:10.1136/bmj.hci-2021-100334.

FACCHINI, L.A.; TOMASILI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, volume 42, número especial 1, p.208-223, Setembro, 2018.

FERREIRA, V.M.; RUIZ, T. Atitudes e conhecimentos dos agentes comunitários de saúde e suas relações com os idosos. **Revista de Saúde Pública** 2012; 46 (5):843-49.

FREITAS, W.R.S.; JABBOUR, C.J.C. Utilizando Estudo de Caso(s) como Estratégia de Pesquisa Qualitativa: Boas Práticas e Sugestões. **ESTUDO & DEBATE**, Lajeado, v.18, n.2. p.07-22, 2011.

GREENHALGH, T.; KOH, G.C.H.; CAR, J. COVID-19: a remote assessment in primary care. **BMJ** 2020;368:m1182 doi: 10.1136/bmj.m1182 (Published 25 March 2020).

MEDEIROS, K.K.A.S.; PINTO Júnior, E.P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M.G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO, V. 41, N. ESPECIAL 3, P. 288-295, SET 2017.

MOZZATO, A.R.; GRZYVOZISK, D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. **RAC**: Curitiba, v15, n14, pp731-747, Jul./Ago.2011.

NOGUEIRA, I.S.; ACIOLI, S.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V.D.A. Atenção ao idoso: práticas de educação permanente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**. 2019; 53:e03512.

NUNES, A.P.N.; BARRETO, A.M.; GONÇALVES, L.G. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2012; 15(2): 415-28.

Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. A COVID-19 E O PAPEL DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO E DAS TECNOLOGIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. DEPARTAMENTO DE EVIDÊNCIA E INTELIGÊNCIA PARA AÇÃO EM SAÚDE. Página informativa n7, 2020.

PASKULIN, L.M.G.; VALER, D.B.; VIANNA, L.A.C. Utilização e acesso de idosos a serviço de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva** 16(6):2935-2944, 2011.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, 2015; 18(4): 893-908.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de Saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública** 2001;35(1):103-9.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.L.F.; SILVA, J.A.M.; SOUZA, H.S. Trabalho em equipe: Uma revista ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2020; 18(s1):e0024678.
PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface** (Botucatu). 2018; 22.(supl. 2):1525-34.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**,23(6):1903-1913, 2018.

PLACIDELI, N.; CASTANHEIRA, E.R.L.; DIAS, A.; SILVA, P.A.; CARRAPATO J.L.F.; SANINE, P.R.; MACHADO, D.F.; MENDONÇA, C.S.; ZARILI, T.F.T.; NUNES, L.O.; MONTI, J.F.C.; HARTZ, Z.M.A.; NEMES, M.I.B. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Rev Saúde Pública**. 2020;54:6.

Prefeitura Municipal de Campinas. Diário Oficial. Nº 12.189. Ano XLVIII. Campinas-SP, Outubro 2019.

Prefeitura Municipal de Campinas. Plano Municipal de Assistência Social 2018-2021.

RODRIGUES, N.O.; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(8): 2129-2139, 2012.

ROMERO, D.E.; PIRES, D.C.; MARQUES, A; MUZI, J. Diretrizes e indicadores do acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Reciis- Rev Eletron Comum Inf Inov Saúde**. 2019 jan-mar.,13(1).

SCHUMACHER, A.A.; PUTTINI, R.F.; NOJIMOTO, T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. **Saúde em Debate** Rio de Janeiro, v.37, n.97,p.281-293, abr/jun.2013.

Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Departamento de Vigilância em Saúde. Unicamp. FCM-Unicamp. Doença pelo Novo Coronavírus COVID-19. Boletim Epidemiológico COVID-19 do Município de Campinas. Campinas, SP. Abril, 2020.
SILVA, H.S.; LIMA, A.M.M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. **Interface – Comunicação Saúde Educação** v.14, n.35, p.867-77, out/dez. 2010.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

VASCONCELOS, M.M.; GRIBEL, E.B.; MORAES, I.H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:173-S182, 2008.

VELHO, F. D.; HERÉDIA, V. B. M. O Idoso em Quarentena e o Impacto da Tecnologia em sua Vida. **Rev Rosa Dos Ventos**, 2020, Vol.12, Núm. Esp.3, Julho-Agosto, ISSN: 2178-9061.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, 2009;43(3):548-54.

VITÓRIA, A.M.; CAMPOS, G.W.S. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI.

Disponível

em:

<https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2020.

VUORI, H. Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde. In: Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde: aspectos metodológicos; 1988; Rio de Janeiro. p. 17-24.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**; trad. Daniel Grassi - 2.ed. -Porto Alegre: Bookman, 2001.

8. APÊNDICES

8.1 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Resolução 466/2012

Convido o Sr(a) para participar do Projeto de Pesquisa intitulado “Atenção Primária à Saúde e olhar ao idoso: experiência em um Centro de Saúde”, que será desenvolvido por mim Patrícia Carla Cândido Motta, médica e mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, sob orientação da médica e Professora Dr^a Elen Rose Lodeiro Castanheira e coorientação da gerontóloga e Professora Dr^a Nádia Placideli Ramos, ambas da Faculdade de Medicina de Botucatu -Unesp.

O benefício desta pesquisa para os participantes será de contribuir para o conhecimento quanto à organização do cuidado prestado ao idoso na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia por COVID-19. A devolutiva dos resultados será divulgada por meio de discussões com os profissionais participantes, envio de relatório à Secretaria Municipal de Saúde descrevendo a experiência com telemedicina, dificuldades encontradas e acertos e em formato de artigo científico divulgando a análise dos dados.

Solicito seu consentimento para participar da pesquisa, a mesma não apresenta risco, desconforto ou constrangimento. Ela será realizada sob forma de coleta de dados, cuja fonte de dados primários serão os registros do processo de atendimento por telemedicina. Os dados compilados serão consolidados em uma planilha semanalmente. É garantido total sigilo, a identificação dos dados será deletada e excluída do banco de dados para análise, garantindo anonimato dos sujeitos que comporão a amostra.

Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em 2 vias de igual teor, o qual 01 via será entregue ao Senhor (a) devidamente rubricada, e a outra via será arquivada e mantida pelos pesquisadores por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Esta pesquisa foi submetida a análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP) e também foi submetida à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17 horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar de forma voluntária, estando ciente que todos os meus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados e revistas científicas.

Campinas, ____/____/____

Pesquisador

Nome (Pesquisadora) Patrícia Carla Cândido Motta

Endereço: Centro de Saúde São Cristóvão, Av. Martinho Lutero, 121

Telefone: (19) 32257800

Email: patriciacmotta75@gmail.com

Nome (Orientadora) Elen Rose Lodeiro Castanheira

Endereço: Faculdade de Medicina de Botucatu Unesp

Telefone: (14) 3880 11347

Email: elen.castanheira@unesp.br

Nome (Coorientadora) Nádia Placideli Ramos

Endereço: Faculdade de Medicina de Botucatu Unesp

Telefone: (14) 388011347

Email: nadiaplacideli@hotmail.com

8.2 Termo de Anuência

Declaro que tenho ciência e autorizo o desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado " Atenção Primária à Saúde e olhar ao idoso: uma experiência em um centro de saúde", a ser conduzido pela pesquisadora Patrícia Carla Cândido Motta e sob a

coordenação da Professora Dra Elen Rose Lodeiro Castanheira, junto a esta Instituição, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Declaro também que conheço e farei cumprir os requisitos da Resolução nº 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, e tendo esta Instituição condições para o desenvolvimento deste Projeto de Pesquisa, autorizo sua execução.

Campinas ____ de _____ de _____.

Nome ou carimbo do Responsável: _____

Assinatura: _____

8.3 Planilha para coleta de dados dos teleatendimentos realizados

Colunas: data de nascimento, sexo, estado civil, ocupação, mobilidade, Hipertensão arterial sistêmica: compensada, Diabetes mellitus: compensada, cardiopatia, sintomas, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, resgate, doença renal, doença mental, funcionalidade, tem medicação, febre, tosse, dispnéia, odinofagia, alimentação, tarefas cotidianas, PS/UPA, suporte familiar, suporte social.