

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE

Caio Pereira dos Santos

**Síndrome Respiratória Aguda Grave em Idosos e as respostas da
Gestão Municipal de Saúde: o caso do município de Franco da
Rocha**

SÃO PAULO

2021

Caio Pereira dos Santos

**Síndrome Respiratória Aguda Grave em Idosos e as respostas da
Gestão Municipal de Saúde: o caso do município de Franco da
Rocha**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Saúde, para obtenção do título de
Especialista em Saúde Coletiva.**

Orientador: Tereza Etsuko da Costa Rosa

SÃO PAULO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

É permitida a reprodução total ou parcial para fins pessoais, científicos ou acadêmicos, autorizada pelo autor, mediante citação completa da fonte.

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Santos, Caio Pereira dos

Síndrome respiratória aguda grave em idosos e as respostas da gestão municipal de saúde: o caso do município de Franco da Rocha – São Paulo, 2021.
68 f.

Orientador (a): Tereza Etsuko da Costa Rosa

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Coronavírus - Síndrome respiratória aguda grave 2. Saúde do idoso 3. Atenção primária à saúde 4. Vulnerabilidade em saúde – Estudo de caso I. Rosa, Tereza Etsuko da Costa .

CDD: 613

Dedico este trabalho

A todas e todos profissionais de saúde que atuaram, e ainda atuam, no combate à pandemia de COVID-19, desde os profissionais da vigilância em saúde aos trabalhadores que atuam na linha de frente. Que este estudo seja mais uma ferramenta para a (re)construção de uma sociedade mais justa e equânime e uma (re)afirmação do valor e importância dos trabalhadores da saúde. Viva o SUS!

AGRADECIMENTOS

A construção deste Trabalho de Conclusão de Curso é resultado de uma jornada de pesquisa que foi, sem dúvidas, um percurso desafiador e que me fez questionar e reconsiderar o meu papel como pesquisador, como cidadão e como pessoa. Costumo dizer que não cheguei aqui sozinho, sou acompanhado por muitas e muitos, em diversos sentidos, e por isso dedico algumas palavras de agradecimento àqueles que me acompanharam neste percurso.

Aos meus pais, Glauciete e Aparecido, e à minha irmã, Isabel, sem os quais não teria desfrutado dos privilégios que tive na vida e que me trouxeram ao ensino superior. Eu agradeço ao constante apoio, ensinamentos e forças que me deram ao longo da pandemia e de muitos anos de busca por uma formação acadêmica.

À todos(as) os(as) professores(as) que deixaram sua marca em mim e os quais admiro profundamente, sendo alguns Nayara, Sônia, Emiliano, Alva, Ausonia, Renato e meu querido professor Luis Eduardo, o qual é um constante exemplo de excelência, de militância, de transparência e sem o qual não teria, em um primeiro momento, enxergado o Instituto de Saúde como uma possibilidade em minha vida.

Ao município de Franco da Rocha pela abertura e pela possibilidade de ser palco de nossas pesquisas. Estendo este agradecimento a todos os gestores e profissionais de saúde do município os quais têm enfrentado este momento único com muita garra, e nominalmente, gostaria de agradecer à Ana Emília.

Aos meus colegas da turma 2020 da especialização em Saúde Coletiva com os quais compartilho esta peculiar experiência que é a adaptação do ensino e da aprendizagem durante uma pandemia. Obrigado pelas trocas, pelos poucos almoços presenciais na “casinha”, pelas discussões, provocações e reflexões as quais carrego comigo. Nominalmente, agradeço à Vitória, Marcos, Júlia, Belle, Manu, Letícia, Victor, Fernando e Dani.

À Valéria por todo o auxílio prestado não só a mim como a toda nossa turma, desde minhas confusões com as cópias no dia da entrevista até os e-mails trocados sobre disciplinas, notas, bilhete único e TCC. Agradeço a ti por toda a disponibilidade, paciência e gentileza.

Aos funcionários da biblioteca e informática pelo apoio e pela disponibilidade de nos receber em nossa primeira semana. Nominalmente gostaria de agradecer a Élcio e Tânia.

À Mônica por ser uma amiga de todas as horas, pelas ligações, pelos presentes, pelos abraços e todas as discussões sobre pesquisa, assuntos supérfluos, amores e resistência.

À Agatha por ser a melhor amiga que alguém poderia ter, não consigo nem ao menos

descrever tamanho amor que sinto por você.

Às minhas amadas Winx, Jú, Kel, Isa e Kamis, por serem minhas companheiras dia após dia na sala de aula, no grupo do *whatsapp* compartilhando alegrias, dores, conquistas e derrotas comigo. Obrigado pela caminhada juntos e que há de ser maior ainda.

À minha orientadora, Tereza Rosa, por ter sido um grande exemplo de pesquisadora e professora, por ter sido muito paciente comigo, por ter acreditado em mim, pelas discussões e provocações que foram tão essenciais a meu processo de amadurecimento como pesquisador.

Aos funcionários da segurança e da limpeza, sem os quais não teria sido possível existir no Instituto de Saúde em diversos sentidos.

Aos meus ancestrais por toda força, por toda saúde, por toda vida e por toda a energia que carrego em meu ser.

Às pessoas LGBT negras que resistem em um ambiente que constantemente quer nos expulsar, que resistamos por aqueles que já foram, pelos que virão e pelos que resistem junto a nós no momento presente. Nominalmente, agradeço a Fran Demétrio, por ser o maior dos exemplos, a quem tanto admiro e guardo carinho e afeto. Tua caminhada me emociona, me orgulha e me inspira.

Por último, agradeço à Secretaria de Estado da Saúde pela bolsa de estudos e ao Instituto de Saúde pela existência de uma especialização tão importante e necessária nesses tempos que vivemos.

Estou certo de que nos próximos tempos esta pandemia nos dará mais lições e de que o fará sempre de forma cruel. Se seremos capazes de aprender é por agora uma questão em aberto.

Boaventura de Sousa Santos.

Santos, Caio Pereira dos. Síndrome Respiratória Aguda Grave em idosos e as respostas da gestão municipal de saúde: o caso do município de Franco da Rocha [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2021.

RESUMO

Introdução: As evidências científicas indicam que o SARS-CoV-2 infecta indivíduos de diferentes faixas etárias, no entanto, a população idosa apresenta um maior risco de desenvolver complicações graves da COVID-19, entre elas a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), caracterizando esta população como um grupo vulnerável na pandemia. Considerando que o conceito de vulnerabilidade em saúde diz respeito ao indivíduo, mas principalmente a sua relação com o coletivo, a investigação de estratégias de apoio para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas à população idosa é tão importante quanto a mensuração de seu impacto em número de casos e óbitos. **Objetivo:** Explorar os impactos que a pandemia do novo coronavírus teve sobre a saúde da população idosa de Franco da Rocha. **Metodologia:** Esta pesquisa integra um trabalho de assessoria do Instituto de Saúde ao município de Franco da Rocha, logo o presente estudo caracteriza-se como um estudo de caso deste município e faz o uso de métodos mistos. Dois procedimentos de produção de dados foram eleitos de forma a responder aos objetivos deste estudo: a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e gestores do município que se caracterizaram como atores-chave no enfrentamento da pandemia; e a análise de dados secundários sobre casos e óbitos por SRAG em idosos provenientes do SIVEP-Gripe. A análise dos dados qualitativos foi feita por meio de análise de conteúdo, enquanto a análise quantitativa consistiu do cálculo das taxas de incidência acumulada de casos de SRAG; da taxa de mortalidade por SRAG; e da taxa de letalidade de SRAG segundo os quesitos sexo e raça/cor em idosos. **Resultados:** Os principais impactos envolvem a maior letalidade da SRAG por COVID-19 na população idosa francorochense, assim como a predominância de casos e óbitos na população de superidosos, pessoas com 80 anos ou mais, não somente de Franco da Rocha, mas também dos demais municípios que compõem a microrregião de Franco da Rocha, enquanto os recortes de sexo e raça/cor denunciam as dinâmicas de vulnerabilização de grupos específicos dentro da população idosa uma vez que maiores taxas de letalidade de SRAG e, em especial, de SRAG por COVID-19, são encontradas em idosos do sexo masculino em comparação às do sexo feminino e em idosos negros em comparação a idosos brancos. Através da perspectiva dos trabalhadores de saúde, vislumbra-se que os

esforços da área da saúde em relação à proteção e cuidado da população idosa concentraram-se no reforço contínuo das recomendações de isolamento social, no entanto, não houve uma estratégia formal focalizada na população idosa com relação às medidas de prevenção, proteção e cuidado e sim ações e orientações gerais e difusas. **Conclusão:** Apesar de diversas ações terem sido realizadas com vista à prevenção, proteção e cuidado da população francorochense como um todo, tais estratégias de apoio não foram equânimes de forma efetiva uma vez que, aparentemente, não resultaram em uma diminuição da vulnerabilidade da população idosa deste município.

Palavras-chave: Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2; Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade em Saúde; Estudo de Caso.

Santos, Caio Pereira dos. Severe Acute Respiratory Syndrome in the elderly and the municipal health management responses: the case of Franco da Rocha municipality [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2021.

ABSTRACT

Introduction: The scientific evidence indicates that SARS-CoV-2 infects individuals of different age groups, however, the elderly presents a higher risk of developing serious complications of COVID-19, among them the Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS), characterizing this population as a vulnerable group in the pandemic. Considering the concept of vulnerability in health is related to the individual, but also their relationship as a collective, the investigation of the support strategies for the prevention, protection, and care measures specific to the elderly is as important as measuring the impact of COVID-19 on the number of cases and deaths in this population. **Objective:** To explore the impact the new coronavirus pandemic had on the health of the elderly of Franco da Rocha municipality. **Methodology:** This research integrates the advisory work of the Health Institute to the municipality of Franco da Rocha, therefore this study is characterized as a case study of this municipality, using the mixed methods approach. Two procedures for the production of data were chosen to respond to the objectives of this study: to carry out semi-structured interviews with health professionals and municipal managers that were considered as key actors in addressing the pandemic challenges; and the secondary data analysis of the cases and deaths due to SARS in the elderly from the SIVEP-Gripe. The qualitative data analysis was conducted according to the content analysis technique, meanwhile, the quantitative analysis consisted of calculating the cumulative incidence rate of SARS cases; the mortality rate by SARS; and the lethality rate of SARS related to the sex and race classifications in the elderly. **Results:** The main impacts involve greater lethality of SARS due to COVID-19 in the elderly francorochense population, as well as the predominance of cases and deaths in the population aged 80 years or older, not only in Franco da Rocha but also in other municipalities that are part of the microregion of Franco da Rocha. Regarding the sex and race classifications, these categorizations report the dynamics of the vulnerability of specific groups within the elderly population since higher rates of the lethality of SARS and, especially, of SARS due to COVID-19, were found in the male elderly population in comparison to the female elderly and the black elderly population in comparison to the white elderly. From the health workers'

perspective, the efforts of the health area concerning the protection and care of the elderly population were directed in the continuous reinforcement of the recommendations of social isolation, however, there wasn't a formal strategy focused on the elderly population regarding the prevention, protection and care measures, only general and diffuse orientations and actions. **Conclusion:** Despite various actions that have been carried out with the purpose of the prevention, protection, and care of the francorochense population as a whole, these support strategies weren't effectively equitable since, apparently, they didn't result in a decrease in the vulnerability of the elderly population in this municipality.

Keywords: Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2; Health of the Elderly; Primary Health Care; Health Vulnerability; Case Studies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Taxa de incidência acumulada de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e Outras SRAG, por 100 mil habitantes, da população total, população adulta e por grupos etários da população idosa dos respectivos municípios da microrregião de Franco da Rocha, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.....**44**

Tabela 2 - Taxa de mortalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e Outras SRAG, por 100 mil habitantes, da população total, população adulta e por grupos etários da população idosa dos respectivos municípios da microrregião de Franco da Rocha, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.....**45**

Tabela 3 - Taxa de letalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) COVID-19 e Outras SRAG na população idosa da microrregião de Franco da Rocha segundo sexo, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.....**47**

Tabela 4 - Taxa de letalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) COVID-19 e Outras SRAG na população idosa dos municípios da microrregião de Franco da Rocha segundo raça/cor, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/20.....**48**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Percepções de diferentes profissionais da saúde sobre estratégias de apoio para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas à população idosa de Franco da Rocha.....	41
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

2019-nCoV	<i>2019 novel coronavirus</i>
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COE	Centro de Operações de Emergências
COE-SP	Centro de Operações de Emergências 2019-nCoV do estado de São Paulo
COVID-19	<i>Coronavirus Disease</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FIBRA	Fragilidade em Idosos Brasileiros
GVE IX	Grupo de Vigilância Epidemiológica Franco da Rocha
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus Infection</i>
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSPI	Política Nacional da Pessoa Idosa

RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
RT - PCR	<i>Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction</i>
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Porcentagem

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 Vulnerabilidade: o contexto pandêmico e os chamados “grupos de risco”	19
1.2 Saúde da Pessoa Idosa e a Síndrome Respiratória Aguda Grave.....	21
2 JUSTIFICATIVA.....	24
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 Geral.....	26
3.2 Específicos.....	26
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Área do estudo.....	29
4.2 Produção de dados.....	29
4.3 Análise de dados.....	31
4.3.1 Análise qualitativa.....	31
4.3.2 Análise quantitativa.....	33
5 RESULTADOS.....	35
5.1 Análise qualitativa.....	35
5.1.1 A Gestão Municipal da Pandemia.....	35
5.1.2 O impacto organizacional nas Unidades Básicas de Saúde.....	38
5.1.3 O cuidado com a pessoa idosa na pandemia.....	40
5.2 Análise quantitativa.....	43
6 DISCUSSÃO.....	49
7 CONCLUSÃO.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
APÊNDICES.....	57
Apêndice A – Roteiro para a entrevista com a secretária municipal de saúde e	

com o diretor geral da Fundação Juquery.....	57
Apêndice B – Roteiro para a entrevista com o gerente de uma UBS.....	58
Apêndice C – Roteiro para a entrevista com a ACS.....	59
Apêndice D – Roteiro para a entrevista com a profissional do NASF.....	60
Apêndice E – Roteiro para a entrevista com a apoiadora da Atenção Básica....	61
Apêndice F – Roteiro para a entrevista com a gerente geral dos dispositivos de saúde.....	62
ANEXOS.....	63
Anexo A – TCLE de gestores de saúde.....	63
Anexo B – TCLE de profissionais de saúde.....	65

1 INTRODUÇÃO

Tendo sido informada pela primeira vez no dia 31 de Dezembro de 2019 no escritório nacional da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China, a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia até então desconhecida na cidade de Wuhan, localizada na Província chinesa de Hubei, registrara o aumento do número de casos em nível local, bem como o registro de novos casos em outras cidades chinesas e também em outros países asiáticos ao longo do mês de Janeiro. No dia 9 de Janeiro de 2020 foi divulgada a detecção de um novo coronavírus (2019-nCoV – *2019 novel coronavirus*, sua nomenclatura temporária) e logo após, a Comissão Nacional de Saúde da China divulgou que o surto estava associado a exposição em um mercado de frutos do mar na cidade de Wuhan (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a; PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCO DA ROCHA, 2020; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2020).

No dia 27 de Janeiro de 2020, a OMS classifica a evolução deste evento como de Alto Risco para o nível regional e global de acordo com sua avaliação de risco, culminando três dias depois, 30 de Janeiro, na declaração do surto de Doença Respiratória Aguda pelo novo coronavírus, denominada COVID-19 (*coronavirus disease*), como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2020). Uma ESPII é definida, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como um evento extraordinário por constituir um risco de saúde pública para outro Estado por meio de propagação internacional de doenças e por potencialmente ser necessária uma resposta internacional coordenada (BRASIL, 2011).

A fim de preparar o Sistema Único de Saúde (SUS) para atender futuros casos de infecção humana pelo SARS-CoV-2 (a nomenclatura oficial do vírus deriva de Síndrome Respiratória Aguda Grave – Coronavírus 2), foi instaurado dia 22 de janeiro o Centro de Operações de Emergências (COE). O COE se caracteriza como um mecanismo nacional de gestão coordenada, sob responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), da resposta à emergência em âmbito nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a; PREFEITURA MUNICIPAL DE FRANCO DA ROCHA, 2020; SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2020). Em nível estadual, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) constituiu o

Centro de Operações de Emergências 2019-nCoV do estado de São Paulo (COE-SP) que tem por objetivo assessorar a Secretaria na organização e normatização de ações de prevenção, vigilância e controle referentes a infecção humana pelo SARS-CoV-2, a COVID-19 (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2020).

Publicada no dia 4 de fevereiro, a Portaria nº 188 declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e três dias depois, no dia 7 de fevereiro foi publicada a Lei nº 13.979, na qual são citadas possibilidades de medidas para enfrentamento da COVID-19 nas duas fases de organização de resposta a uma ESPIN: a fase de contenção e a fase de mitigação, estando presentes neste plano as recomendações de isolamento e quarentena domiciliar de casos leves de COVID-19 e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com isolamento para casos graves (BRASIL, 2020). Portanto, houve uma movimentação acerca do combate à COVID-19 aproximadamente um mês antes do primeiro caso de COVID-19 em território nacional, que foi oficialmente notificado dia 26 de fevereiro de 2020 e da transmissão comunitária do novo coronavírus no Brasil declarada pelo Ministério da Saúde no dia 20 de março (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020b).

As Emergências em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) são definidas como situações em que são necessárias medidas urgentes de prevenção, controle e contenção de riscos, danos e agravos à saúde pública decorrentes de situações epidemiológicas, bem como desastres e desassistência à população. Essas situações epidemiológicas dizem respeito a surtos e epidemias que apresentem risco de disseminação nacional ou a reintrodução de alguma doença eliminada e que apresentem um nível de gravidade elevado ou sobre-exceder a capacidade de resposta de direção estadual do SUS (BRASIL, 2011).

No dia 11 de março foi publicada a Portaria nº 356, a qual regulamenta a Lei nº 13.979, afirmando que *“a medida de isolamento somente poderá ser determinada por prescrição médica ou por recomendação do agente de vigilância epidemiológica, por um prazo máximo de 14 (quatorze) dias, podendo se estender por até igual período, conforme resultado laboratorial que comprove o risco de transmissão”* e, uma não indicação de isolamento quando apresentado diagnóstico laboratorial negativo. A Portaria também prevê a adoção de quarentena mediante ato administrativo formal, determinado pelo *“Secretário de Saúde do Estado, do Município, do Distrito Federal*

ou Ministro de Estado da Saúde ou superiores em cada nível de gestão”, prevendo prazo de 40 dias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020c).

1.1 Vulnerabilidade: o contexto pandêmico e os chamados “grupos de risco”

O conceito de vulnerabilidade é fonte de complexos e profundos debates sobre a extensão de seus sentidos e significados por se tratar de um termo interdisciplinar e, muitas vezes, polissêmico e conceitualmente impreciso, mas que remete em seu sentido estrito a noção de fragilidade. Tal diversidade de aplicações do conceito se dá pela existência de diferentes orientações epistemológicas, pela escolha de localidades geográficas específicas para análise de processos de vulnerabilidade e ao direcionamento de análises para situações específicas (FLORÊNCIO, 2018).

Gestado na área da Epidemiologia e ganhando espaço após o início dos estudos referentes à epidemia de HIV/AIDS (*Human Immunodeficiency Virus Infection/Acquired Immunodeficiency Syndrome*) nos anos 1980, o conceito de vulnerabilidade aplicado à área da saúde emerge como uma proposta do campo da Saúde Coletiva para a superação da noção até então vigente de risco. O conceito de vulnerabilidade não somente abarca a fragilidade biológica, ou seja, a suscetibilidade à potenciais incapacidades geradas por doenças, por deficiências ou mesmo pelo próprio envelhecimento, mas também abarca vulnerabilidades que são produzidas socialmente, ou seja, resultantes de construções sócio-históricas estigmatizantes, relações hierárquicas de poder e/ou desigualdades civis e sociais (FLORÊNCIO, 2018).

AYRES et al. (2012) propõem que o conceito de vulnerabilidade é configurado por três planos interdependentes de determinação: (1) a vulnerabilidade individual; (2) a vulnerabilidade social; e (3) a vulnerabilidade programática. A vulnerabilidade individual diz respeito ao comportamento pessoal e engloba as condições de vida do sujeito que podem contribuir para uma maior suscetibilidade a uma epidemia, estendendo-se também ao grau e a qualidade da informação de quais os sujeitos dispõem sobre algum fenômeno e suas formas de atingi-la, ou seja, a capacidade individual de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu cotidiano. A vulnerabilidade social diz respeito ao contexto social, então a obtenção de informações e as possibilidades de incorporá-las assim como o poder de transmutá-las em mudanças práticas são abarcadas neste nível, pois são dinâmicas que extrapolam a agência

individual e envolvem elementos sociais para sua concretização. Já a vulnerabilidade programática diz respeito aos programas de combate às doenças, pois esta relaciona-se aos recursos sociais que os sujeitos necessitam para não se expor a uma epidemia e se proteger de seus danos.

FLORÊNCIO (2018) argumenta que embora a interdependência destes três planos, um estudo pode eleger uma das dimensões analíticas como a principal, ou seja, *“uma perspectiva mais ativa para a construção de uma totalidade de sentido para o fenômeno estudado”* (p. 46). O uso do conceito de vulnerabilidade rompe com a tendência individualizante da doença que é muito presente na noção de risco, pois as pesquisas desenvolvidas sob o marco teórico da vulnerabilidade almejam a universalidade e não a reprodutibilidade aumentada de sua fenomenologia e inferência; o conceito de vulnerabilidade possibilita a expressão de potenciais de adoecimento e não adoecimento, assim como os potenciais de enfrentamento, relacionados ao todo e ao indivíduo. Em suma, a vulnerabilidade em saúde diz respeito ao indivíduo, mas principalmente a sua relação com o coletivo, uma vez que há uma relação intrínseca entre ambos, pois o indivíduo não prescinde do coletivo.

“O significado do termo VS [vulnerabilidade em saúde], nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas a uma determinada condição, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, recoloca-o na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo” (FLORÊNCIO, 2018, p. 47).

As evidências indicam que o SARS-CoV-2 infecta pessoas de todas as idades, no entanto, dois grupos têm um maior risco de desenvolver complicações graves da COVID-19, os idosos e pessoas com condições médicas preexistentes, sendo que dados já apontam a maior letalidade do coronavírus, SARS-CoV-2, entre os idosos com comorbidades, como hipertensão, doenças cardíacas, diabetes e doenças respiratórias. Logo, os grupos populacionais mais vulneráveis, os chamados *“grupos de risco”*, devem ter especial atenção, pois a orientação sozinha de isolamento social não aparenta ser uma estratégia tão eficaz para os idosos por conta das características de saúde, socioeconômicas e das formas de relações sociais e composição domiciliar (BORGES e CRESPO, 2020).

Tal debate relaciona-se diretamente à discussão proposta por SANTOS (2020) acerca de vulnerabilidades que precedem o contexto pandêmico e que durante o mesmo são exacerbadas, relacionando-as às respostas do Estado acerca das medidas de prevenção e as políticas públicas equânimes vigentes para a devida proteção dos grupos vulneráveis:

“Qualquer quarentena é sempre discriminatória, mais difícil para uns grupos sociais do que para outros e impossível para um vasto grupo de cuidadores, cuja missão é tornar possível a quarentena ao conjunto da população” (SANTOS, 2020, p.11).

Um dos grupos os quais o autor classifica como vulnerável são os idosos, no entanto o autor destaca que tal vulnerabilidade não é indiscriminada, ora os idosos não se configuram como um grupo homogêneo, pois há diferenças de diversas naturezas que atuam nessa dinâmica da produção da vulnerabilidade dentro deste grupo. Um exemplo da heterogeneidade do grupo é exposto pelo quesito raça/cor, uma vez que segundo SANTOS et al. (2020), as diferenças de condições de vida – como arranjos familiares intergeracionais, falta de recursos materiais e/ou moradias com poucos cômodos - entre idosos brancos e idosos negros (pretos e pardos) resulta em dificuldade para o distanciamento e isolamento social para estes, exacerbando a vulnerabilidade deste grupo específico de idosos durante a pandemia. Isso também dialoga com a proposição de AYRES et al. (1999) de que a vulnerabilidade incorpore o contexto como o seu lócus, pois não somente decorre uma maior ou menor disponibilidade de recursos para a proteção dos sujeitos contra as enfermidades como também resulta em uma maior ou menor suscetibilidade ao adoecimento.

1.2 Saúde da Pessoa Idosa e a Síndrome Respiratória Aguda Grave

“um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse

do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (BRASIL, 2006, p. 8).

A definição de envelhecimento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) possibilita a compreensão do envelhecer como um processo natural e não necessariamente patológico, ora há sim uma diminuição progressiva da reserva funcional, a senescência, mas que não se configura como um problema ou doença. No entanto, chamamos de senilidade o processo patológico de envelhecimento, ou seja, uma condição patológica que exige assistência por conta de condições de sobrecarga (BRASIL, 2006).

Um importante avanço para a área de saúde do idoso foi alcançado em 2006 com a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI) na qual é definida que a Atenção Básica (AB) e a estratégia de Saúde da Família (ESF) são as portas de entrada para esta população, sendo necessário um processo diagnóstico multidimensional, tendo a rede de serviços especializados de média e alta complexidade como referência. Um projeto da OMS chamado *“Towards Age-Friendly Primary Health Care”* tem como objetivo a sensibilização e educação no âmbito da AB para as necessidades específicas da população idosa, com vista à adequação dos serviços de saúde para o atendimento dessa população (BRASIL, 2006).

RODRIGUES e NERI (2012) afirmam que não há dados no Brasil com enfoque em condições que possam gerar vulnerabilidade individual, social e programática em idosos, nem dados sistemáticos sobre a interação entre elas, caracterizando seu estudo com a comunidade de idosos do estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) pioneiro em tal articulação.

“O envelhecimento implica em aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência, o qual interage com processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida e com as condições do estilo de vida atual. Em maior ou menor grau, aspectos

individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e de envelhecimento, geram possibilidades de adoecimento e dificuldades de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade” (RODRIGUES e NERI, 2012, p. 2130).

No ano de 2020, estudos analisaram o perfil de pacientes hospitalizados por COVID-19 e a alta incidência em idosos denuncia mais uma vez a vulnerabilidade desta população em desenvolver complicações graves da COVID-19 incluindo a evolução do quadro para Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Os pacientes com SRAG apresentam um quadro gripal associado à dispneia, taquipneia ou hipoxemia, podendo evoluir para complicações que levam ao aumento da internação hospitalar em UTI necessitando do uso de ventilação mecânica e podendo levar a óbito. Logo, com vista ao monitoramento de casos hospitalizados de COVID-19, o Ministério da Saúde incorporou a testagem do SRAG-CoV-2 à vigilância de SRAG, tornando a notificação de casos de SRAG compulsória e os registros armazenados no banco de dados informatizado Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe). Este sistema foi criado na pandemia de influenza H1N1 em 2009, e tem sido mantido desde então para a vigilância de casos de SRAG e eventos associados a este agravo de saúde no Brasil (NIQUINI et al., 2020).

2 JUSTIFICATIVA

Refletir sobre as condições de vida e vulnerabilidade da população idosa sob a perspectiva imposta da pandemia e as mudanças que são necessárias para a adaptação a um novo contexto é o principal interesse de nosso estudo. E considerando o trabalho de assessoria que o Instituto de Saúde e o município de Franco da Rocha tem desenvolvido ao decorrer dos últimos sete anos, é oportuna a investigação em nível municipal deste impacto, focalizando nossa análise em um caso, o caso do município de Franco da Rocha, uma vez que respostas em níveis nacional, estadual e municipal foram realizadas, mas envolvem uma imensa complexidade relacionada à efetividade das medidas, a adesão da população às medidas de prevenção e proteção e os processos de vulnerabilização de determinados grupos ao longo do ano da pandemia.

No entanto, nosso estudo encontra um grande desafio: a impossibilidade de contato com a população idosa e o relato em primeira pessoa devido às próprias restrições do distanciamento social. Contudo, entendendo que nosso estudo trata-se de uma investigação no âmbito do SUS e que tem nas políticas públicas, leis e decretos o maior acarboço teórico, percebemos que a percepção dos gestores e trabalhadores de saúde é valiosa para a compreensão da produção de vulnerabilidade em idosos, especificamente a vulnerabilidade programática, e possibilitando enxergar os impactos da pandemia na população idosa por um prisma mais ampliado.

Logo, a nossa pergunta de pesquisa principal *“Como a pandemia do novo coronavírus impactou a saúde da população idosa do município de Franco da Rocha?”* tem como foco a compreensão da vulnerabilidade envolvida na relação População Idosa, SRAG e COVID-19, pois como já afirmado pela literatura científica o desenvolvimento de SRAG por pacientes idosos é um ponto a ser observado devido a alta taxa de mortalidade de idosos por SRAG por COVID-19.

Tal pergunta destrincha-se em mais duas que são: *“Qual a dimensão dos números de casos e óbitos por SRAG da população idosa francorochense?”* e *“Quais foram as estratégias que a gestão municipal e os serviços de saúde formularam para diminuir a vulnerabilidade da população idosa à pandemia?”* possibilitando que uma análise sobre as estratégias de prevenção, proteção e cuidado e a dimensão dos dados acerca de casos e óbitos na população idosa fosse feita a fim de enxergar se o

município teve uma efetiva ação para a diminuição da vulnerabilidade que acomete a população idosa durante a pandemia de COVID-19.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Explorar os impactos que a pandemia do novo coronavírus teve sobre a saúde da população idosa de Franco da Rocha.

3.2 Específicos

- Analisar a ocorrência de casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave em idosos no município de Franco de Rocha.
- Identificar e analisar as estratégias de apoio para as medidas de prevenção, de proteção e de cuidado específicas para a população idosa do território, desenvolvidas pelas unidades básicas de saúde no período da pandemia por COVID-19 no município de Franco de Rocha.

4 METODOLOGIA

O presente estudo tem delineamento quantitativo-qualitativo, caracteriza-se como um estudo de caso e insere-se na pesquisa “*Desafios e Respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento à COVID-19*” que tem como objetivo a compreensão dos desafios e respostas da Atenção Primária à Saúde para o cuidado da população francorochense frente as suas necessidades de saúde, especificamente as relacionadas ao atual contexto pandêmico, e também a compreensão das possibilidades de ação dos profissionais de saúde frente a isso.

O desenho de estudo escolhido foi o estudo de caso, pois este possibilita o mapeamento, descrição e análise de um contexto, das relações e percepções a respeito da situação, fenômeno e/ou episódio investigado. Um estudo de caso visa uma investigação situada em um tempo e lugar específicos, caracterizando um desenho bem delimitado (*bounded system*) desta forma a interpretação de dados possibilita uma retratação contextualizada e fidedigna da realidade e a compreensão sobre os diferentes pontos de vistas que decaem sobre um mesmo fenômeno de estudo. No estudo de caso, o pesquisador tem claro qual é o foco, bem como a extensão de sua investigação, logo, este desenho é oportuno para a investigação dos impactos que a pandemia do novo coronavírus teve sobre a população idosa francorochense (CRESWELL, 2007).

Inspirados pelo ensaio teórico reflexivo de OLIVEIRA et al. (2018) no qual os autores discorrem sobre o emprego de métodos mistos na pesquisa em Enfermagem, este estudo caracteriza-se como um estudo de caso que emprega o uso de métodos mistos uma vez que combina métodos quantitativos e qualitativos em uma mesma investigação. A utilização de tal abordagem dentro do desenho do estudo de caso possibilita uma alternativa para a análise de fenômenos complexos, possibilitando compreensões sobre um fenômeno que não seriam possíveis caso utilizada somente uma abordagem. Segundo CRESWELL (2014), para o emprego de métodos mistos em uma pesquisa é imprescindível o cumprimento de quatro aspectos: (1) a distribuição de tempo: diz respeito às fases que os dados qualitativos e quantitativos são coletados, ou seja, se a coleta de informações qualitativas e quantitativas deu-se de forma sequencial ou concomitante, sendo que o autor indica a coleta de dados concomitante para estudos

com curto tempo para sua realização; (2) a atribuição de peso: diz respeito à importância que se dará aos diferentes dados (quantitativos e qualitativos), podendo ser dada uma importância igualitária aos métodos qualitativos e quantitativos ou elegendo um método como o primário, o mais importante para a análise; (3) a combinação: diz respeito à discussão e integração das informações qualitativas e dados quantitativos, sendo que o estudo pode se apoiar majoritariamente em um método e incorporar as informações e dados do outro método para trazer robustez à análise; e (4) a teorização: diz respeito à construção e análise das informações qualitativas e dados quantitativos de acordo com um referencial teórico, que orienta o estudo e sua análise, possibilitando a construção de um novo conhecimento ou informação, decorrente de uma análise multimétodo.

Para o cumprimento dos aspectos inerentes a uma análise de métodos mistos, CRESWELL (2014) indica a escolha por uma de seis tipologias/estratégias a serem empregadas em estudos que utilizam métodos mistos, sendo que a escolha por uma estratégia depende da formulação do problema de pesquisa, da estratégia a qual o pesquisador considera mais adequada em relação aos seus objetivos e a abordagem à qual o pesquisador tem mais experiência ou sente-se mais confortável. Neste estudo, a estratégia incorporada concomitante foi eleita, pois é a que melhor se encaixa às condições de realização deste estudo, bem como as perguntas de pesquisa e os objetivos a serem atingidos.

Esta pesquisa integra um trabalho de assessoria do Instituto de Saúde, órgão vinculado à SES-SP, ao município de Franco da Rocha e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CAAE: 36066920.3.0000.5469). Por se caracterizar como um estudo realizado em uma instância do SUS, uma devolutiva dos resultados aos gestores de saúde do município de Franco da Rocha está prevista, em conformidade com a Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde e respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos presentes nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A participação no estudo foi voluntária mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o anonimato das informações obtidas dos entrevistados e a utilização dos dados secundários do SIVEP-Gripe foi anuída pela Secretária de Saúde de Franco da Rocha, através do Termo de Anuência Institucional.

4.1 Área do estudo

O município de Franco da Rocha, que fica localizado na microrregião administrativa de mesmo nome, encontra-se a 40 km da capital, na Região Metropolitana do Estado de São Paulo. Possui área de 134.160km² e limita-se geograficamente com as cidades de Mairiporã a leste, Cajamar a oeste, Francisco Morato ao Norte e Caieiras ao Sul. Franco da Rocha é caracterizado como uma cidade dormitório para mais da metade da população uma vez que 52,4% exercia o trabalho principal em outro município (PRADO et al., no prelo).

Quanto à área de saúde, o município está inserido no Departamento Regional de Saúde - DRS I Grande São Paulo, formado por trinta e nove municípios da Região Metropolitana de São Paulo. Integra também a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) 03 e é sede e membro do Grupo de Vigilância Epidemiológica Franco da Rocha - GVE IX, junto as cidades de Mairiporã, Cajamar, Caieiras e Francisco Morato. Em 2017, o município dispunha de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 23 equipes atuando de acordo com o modelo de Estratégia Saúde da Família e 01 equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), com uma cobertura de 74,2% da população. Além das UBS, o município também dispõe de uma rede de atenção à saúde composta por: 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 02 hospitais gerais; 01 hospital psiquiátrico; 02 serviços de Vigilância em Saúde (01 municipal e 01 estadual); 03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo 01 CAPS II, 01 CAPS infantil e 01 CAPS Álcool e outras Drogas; 02 centrais de regulação de vagas; 03 pólos de Academia da Saúde; 03 farmácias de dispensação de medicamentos excepcionais/ especiais e 02 farmácias hospitalares. Para os serviços de Apoio Diagnóstico, o município conta com 07 serviços privados que prestam serviços ao SUS (PRADO et al., no prelo).

4.2 Produção de dados

O desenho de estudo de caso possibilita o uso de uma pluralidade de procedimentos para a etapa de produção de dados, inclusive o uso de métodos mistos (CRESWELL, 2007). Neste estudo, dois procedimentos de produção de dados foram eleitos de forma a responder aos objetivos específicos deste estudo: (1) a análise de

dados secundários provenientes do SIVEP-Gripe; e (2) a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e gestores do município que se caracterizaram como atores-chave no enfrentamento da pandemia.

As ações de vigilância epidemiológica são primordiais para o fornecimento de informações oportunas e qualificadas para a tomada de decisão dos gestores de saúde. Portanto, no enfrentamento da pandemia de COVID-19, o conhecimento sobre a data de ocorrência dos eventos, casos e óbitos, é crítico. O registro desses dados ocorrem em dois principais sistemas de informação, dentre eles o SIVEP-Gripe. No SIVEP-Gripe são registrados os casos hospitalizados de SRAG e os óbitos por SRAG, independente de hospitalização. Todos os hospitais, sejam públicos ou privados, devem notificar os casos de SRAG hospitalizados no SIVEP-Gripe (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020). Logo, o SIVEP-Gripe é o sistema de informação de uso oportuno a fim de atender o objetivo proposto neste estudo.

Quanto a etapa qualitativa deste estudo, de acordo com TRIVIÑOS (1987), a entrevista semiestruturada parte de conhecimentos básicos apoiados em teorias e/ou hipóteses que interessam à pesquisa e que, posteriormente, ao decorrer da entrevista é aberto um novo e amplo campo de interrogações, fruto de novas hipóteses que são germinadas a partir das respostas dos sujeitos entrevistados. Desta forma, o entrevistado segue espontaneamente sua linha de pensamento dentro do foco principal colocado pelo pesquisador, a partir da elaboração do roteiro de questões a fim de apreender o conteúdo da pesquisa.

TRIVIÑOS (1987) também destaca que para a elaboração do roteiro é necessário que o pesquisador tenha recolhido as informações relevantes sobre o fenômeno social que está sendo estudado, bem como da teoria que guia a ação do pesquisador. Logo, o roteiro para as entrevistas semiestruturadas foi construído de acordo com os objetivos apresentados neste estudo: a identificação das estratégias de apoio desenvolvidas pelas UBS para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para a população idosa francorochense durante o período da pandemia do novocoronavírus.

Devido a impossibilidade de realização das entrevistas de forma presencial, as entrevistas foram realizadas de forma virtual, sendo gravadas e posteriormente transcritas. As entrevistas tiveram como principais temas: (1) as estratégias adotadas

para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para a população idosa e a percepção desta população acerca dessas medidas; (2) a operacionalização das diretrizes e recomendações dos planos de contingência, bem como as mudanças na organização de fluxos, rotinas ou procedimentos das unidades básicas de saúde e a adequação dos profissionais de saúde frente a tal cenário; (3) a gestão da distribuição de leitos hospitalares e da demanda por testagem da população francorochense e as negociações para a implantação do hospital de campanha; e (4) a percepção dos gestores municipais acerca de uma possível subnotificação de casos.

Para tal, sete atores-chave foram convidados para a etapa das entrevistas semiestruturadas: (1) a secretária municipal de saúde; (2) o diretor geral da Fundação Juquery; (3) o gerente de uma UBS do município; (4) uma agente comunitária de saúde; (5) uma profissional do NASF; (6) a apoiadora da AB do município; e (7) a gerente geral dos dispositivos de saúde do município. Tais atores-chave foram indicados pela Secretaria Municipal de Saúde e gestores das unidades de saúde, de acordo com os seguintes critérios de seleção: trabalhar na gestão ou serviços de saúde desde no mínimo um ano antes do início da pandemia; e atuar dentro do processo de enfrentamento da COVID-19.

4.3 Análise de dados

Seguindo a estratégia incorporada concomitante de métodos mistos, as etapas de coleta dos dados qualitativos e quantitativos foram concomitantes, enquanto o método qualitativo foi eleito o método primário deste estudo, e, conseqüentemente, a análise das entrevistas assume posição privilegiada em nosso estudo, no sentido de guiar a discussão do trabalho, enquanto os dados secundários desempenham um papel secundário, de apoio, para os procedimentos de análise ao passo que as informações obtidas da análise quantitativa descortinam outro nível de informações relevantes à análise e inferências que contribuem nas hipóteses e conclusões deste estudo, sendo que o diálogo entre os dados de natureza qualitativa e quantitativa é construído à luz do referencial teórico da vulnerabilidade programática.

4.3.1 Análise qualitativa

A análise dos dados qualitativos foi feita por meio de análise de conteúdo. Segundo BARDIN (2011), tal tipo de análise possibilita uma complexa e profunda leitura do conteúdo do discurso (continente), uma vez que a análise de conteúdo objetiva a descoberta de relações existentes entre tal conteúdo e aspectos exteriores e/ou absconditos ao sujeito. Portanto, as etapas realizadas foram pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e interpretação. A pré-análise consistiu na leitura flutuante das transcrições de entrevistas e anotações do caderno de campo, possibilitando a identificação de unidades de registro, culminando na construção de um índice organizado em indicadores conforme as orientações de BARDIN (2011). As unidades de registro selecionadas neste estudo indicaram a presença de informações potencialmente importantes para os objetivos. Foram eleitas 13 unidades de registro: *A gestão da pandemia; Adaptação da atuação profissional; A Unidade de Observação e Campanha; O atendimento domiciliar; O monitoramento; A não estratégia para a população idosa; A testagem; O Brasil conta comigo?; A relação com a CROSS; O novo normal; A autonomia do município; A percepção sobre os idosos; e Subnotificação não, supernotificação sim!*

Após a pré-análise, a exploração do material se inicia com o processo de codificação dos dados no qual as unidades de registro que foram eleitas direcionam o recorte que será dado ao estudo. Tais unidades, que podem ser temas, palavras ou frases, são submetidas a um processo que BARDIN (2011) nomeia como “*enumeração de regras*” no qual o pesquisador submete o material codificado a uma análise de frequência que as unidades de registro emergem no discurso, a presença, ausência ou coocorrência de unidades de registros distintas em uma unidade de contexto, além de outras formas de análise propostas pela autora que almejam uma análise do significado do discurso a partir de uma descrição objetiva e sistemática do conteúdo extraído das falas.

Com a conclusão deste processo, as unidades de registro identificadas são classificadas e agregadas em um processo de categorização que possibilita a produção de um inventário, no qual os elementos comuns às categorias são isolados, e uma classificação na qual os elementos são divididos e organizados segundo suas características. E, por fim, foi realizada a etapa de interpretação dos dados. Para esta, buscou-se observar relações entre as categorias criadas com as análises provenientes dos dados secundários obtidos sobre SRAG pelo SIVEP-Gripe. Os resultados serão

apresentados em forma de paráfrases e citações literais e a identificação das participantes se dará por suas identificações profissionais.

4.3.2 Análise quantitativa

O SIVEP-Gripe foi o sistema de informação eleito para apreender os casos e óbitos por SRAG na população idosa de Franco da Rocha e o banco de dados analisado conta com dados individualizados acerca de idosos que tiveram SRAG referentes ao período de 26 de fevereiro de 2020, data de confirmação do primeiro caso de COVID-19 no estado de São Paulo, a 31 de Dezembro de 2020. Tal banco conta com dados do paciente, dados de residência, dados clínicos e epidemiológicos, dados de atendimento e dados laboratoriais, sobre os quais foi possível o cálculo de taxas de interesse para atender o objetivo proposto neste estudo. Logo, a análise quantitativa consistiu do cálculo da taxa de incidência acumulada de casos de SRAG por COVID-19 e outras SRAG por 100 mil (número de casos de SRAG acumulados na população idosa/número de idosos no município*100.000); a taxa de mortalidade por 100 mil (número de óbitos acumulados/número de idosos no município*100.000); e a taxa de letalidade segundo os quesitos sexo e raça/cor em idosos (número de óbitos acumulados/número total de casos em idosos*100).

Para potencializar a análise dos dados, foi realizada também a coleta desses mesmos dados dos municípios vizinhos de Franco da Rocha (municípios que compõem a microrregião de Franco da Rocha – Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã) possibilitando uma análise comparativa que contribui para uma melhor compreensão sobre a situação de saúde e o impacto da SRAG na população idosa da região. O cálculo por 100 mil possibilita a comparação entre as populações dos municípios uma vez que o indicador calculado é proporcional ao tamanho das populações.

Tanto a taxa de incidência acumulada quanto a taxa de mortalidade foram calculadas para decênios da população idosa (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, e maior ou igual a 80 anos) a fim de um maior refinamento da análise e do impacto nas diferentes faixas etárias da população idosa. Como ambas as fórmulas exigem o número de idosos dos municípios, a estimativa da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

(SEADE) da população para 2020 por faixa etária foi usada como referência (Dados levantados em: <http://tabnet.saude.sp.gov.br/defthtm.exe?tabnet/populacao2.def>).

As taxas de incidência acumulada e de mortalidade também foram coletadas e calculadas para a população não idosa para possibilitar a comparação e uma melhor mensuração do impacto nos diferentes ciclos de vida e faixas etárias, no entanto, para o cálculo das taxas de incidência acumulada e de mortalidade foram somente usados os dados da população entre 20 e 59 anos, logo, a população adulta não idosa. Os dados da população abaixo de 20 anos presentes no SIVEP-Gripe não foram utilizados, pois estes superestimavam os valores das taxas, uma vez que as notificações de casos e óbitos de SRAG por COVID-19 e Outras SRAG em crianças e adolescentes são muito baixas, impactando drasticamente os cálculos das taxas. Até a 38ª Semana Epidemiológica de 2020, as hospitalizações por SRAG por COVID-19 entre crianças e adolescentes (0 a 19 anos) representavam 2,4% de todas as hospitalizações de SRAG por COVID-19 no Brasil, enquanto os óbitos por SRAG por COVID-19 representavam 0,68% em relação a todas as idades (HILLESHEIM et al., 2020).

As taxas de letalidade de SRAG por COVID-19 e Outras SRAG foram calculadas na população idosa como um todo, seguindo os recortes de sexo (os quais contrastavam as taxas na população feminina e masculina) e de raça/cor (os quais contrastavam principalmente as taxas na população branca e na população negra – dividida entre pretos e pardos). A escolha por estes recortes nos cálculos das taxas de letalidade dá-se devido às evidências científicas apontarem que pessoas negras e pessoas do sexo masculino estão morrendo mais por COVID-19 (ABATE et al., 2020; SANTOS et al., 2020).

5 RESULTADOS

5.1 Análise qualitativa

A partir da análise dos dados obtidos pelas entrevistas semiestruturadas, que tiveram duração média de 31 minutos, foi possível identificar as estratégias de apoio para as medidas de prevenção, de proteção e de cuidado específicas para a população idosa do território. Tal análise suscitou a emergência de três categorias: **A Gestão Municipal da Pandemia; O Impacto Organizacional nas UBS; e O Cuidado com a Pessoa Idosa**. Tais categorias manifestam as dinâmicas e configurações pelas quais os gestores e profissionais de saúde lidaram com as demandas da população em geral e da população idosa, assim como as novas necessidades criadas pelo contexto pandêmico possibilitando pactuações, negociações e/ou mudanças de protocolos que resultassem em medidas de prevenção, proteção e cuidado à população francorochense.

5.1.1 A Gestão Municipal da Pandemia

A primeira categoria **A Gestão Municipal da Pandemia** diz respeito diretamente às ações dos gestores municipais como resposta à pandemia do novo coronavírus. Esta categoria influencia de maneira distal as ações voltadas à população idosa uma vez que as decisões e pactuações tomadas neste âmbito reverberam na ponta, ou seja, nos serviços de saúde e nos fluxos de assistência.

“[...] o município já montou um comitê de enfrentamento, logo no início da pandemia, logo em março [...] e esse comitê se reunia para discutir as ações que a rede como um todo ia realizar no enfrentamento. Nesse comitê se discutia quais [informações] que iam ser divulgadas [...] sobre a compra de EPI, como é que ia organizar pra rede atender esses pacientes, porque, no início da pandemia isso começou de forma muito sem informação entre federal e estadual, como que os municípios iam fazer esse enfrentamento” (Secretária Municipal de Saúde).

Nesta categoria estão inclusos os esforços da gestão municipal para a garantia de testagem da população a qual exigiu a contratação de um laboratório privado devido a demora dos resultados dos exames RT-PCR (considerado o exame padrão-ouro para o diagnóstico da COVID-19) pelo laboratório público uma vez que havia uma imensa demanda sobre este.

“Esses exames [PCR] ficaram disponíveis na UPA, no hospital de campanha, e pras unidades de saúde, então todas as unidades básicas de saúde tinha a possibilidade de fazer a coleta e encaminhar com uma resposta de quarenta e oito horas. Então, a gente agilizou muito a entrega dos exames, de PCR com um contrato de um laboratório privado” (Secretária Municipal de Saúde).

O município recebeu testes rápidos do governo federal, mas por conta da grande demanda pelo teste, o município também comprou mais testes rápidos e inclusive esta compra possibilitou a participação de Franco da Rocha em inquéritos de prevalência de COVID-19 na região feitos em parceria a outros municípios.

“Esse teste [rápido] também ficou disponível pra rede básica, pro hospital de campanha e pra UPA e também alguns inquéritos foram realizados, a gente fez um inquérito com um parceiro pra um município de Franco da Rocha pra ver como ficava a prevalência, a prevalência do município, e um outro inquérito dos cinco municípios em parceria com a cidade de Santos seguindo uma mesma metodologia que a baixada santista também tinha realizado também pra fazer um estudo da soroprevalência na região, então a gente usou o teste rápido em grande quantidade e também garantiu o PCR pra toda rede e ainda está realizando, né” (Secretária Municipal de Saúde).

Uma segunda grande ação da gestão para a resposta à pandemia foi a construção da Unidade de Observação e Campanha, conhecido como o “*hospital campanha*” de Franco da Rocha. A gerência do “*hospital campanha*” foi assumida pela Fundação Juquery que é responsável pela gestão de todo o recurso humano e físico dos serviços de

saúde de Franco da Rocha.

“É, por parte da fundação e numa relação com o convênio que a gente fez emergencial com a secretaria de saúde, tanto a gente fez uma relação com apoio, de uma tentativa de juntar, vamos dizer assim, né...De vigilâncias, vamos dizer, vigilância epidemiológica e vigilância dedicada ao Covid, com as ações ligadas à atenção básica, né, então, tentar garantir, acesso e atendimento por maior tempo possível nas unidades básicas, e ao mesmo tempo monitorar os casos que estavam aparecendo, na UPA, né...Que é uma unidade gerenciada pela fundação e também no hospital de campanha que foi instaurado junto com a fundação em parceria com a prefeitura” (Diretor geral da Fundação Juquery).

Importante destacar que o que aqui está sendo chamado de *“hospital campanha”*, na verdade não se configura como um, pois a unidade não dispõe de estrutura para UTI, e sim uma unidade de observação e internação. E, inclusive, posteriormente com a redução do uso desta unidade, foi realizado um aditivo no contrato de gestão da UPA para a migração de 10 leitos, possibilitando mais leitos de observação na própria UPA.

“[...] outra unidade, é a unidade que a gente chama aqui no contrato de, ela ficou como Unidade de Observação e Campanha, a gente chama de hospital de campanha mas ele não é um hospital de campanha por si, porque, teoricamente ele faria internações e, principalmente, de internações para UTI, mas a gente não dispôs de estrutura para UTI, mas sim de observação e internação, então hospital de campanha é um hospital, uma unidade de observação e campanha, instalada, que o município estruturou e a fundação fez o gerenciamento” (Diretor Geral da Fundação Juquery).

A terceira grande ação da gestão foi a negociação de leitos de alta complexidade uma vez que os leitos de baixa complexidade do hospital campanha foram essenciais

para a resposta do município à pandemia, mas não suficiente por si só. Logo, o município fez um contrato emergencial com o hospital privado de Franco da Rocha, o Hospital Previna, para 28 leitos de UTI adulto pelo período de 28 de Abril a 27 de Junho, sendo que estes 28 leitos de alta complexidade ficaram de retaguarda não somente para o município de Franco da Rocha, como também para os demais municípios da microrregião de Franco da Rocha.

“Os vinte e oito leitos contratados pelo hospital privado ficaram de retaguarda para os cinco municípios da região, então, Franco da Rocha, Francisco Morato, Mairiporã, Caieiras e Cajamar, eram encaminhadas via Cross para o hospital privado é...os casos que necessitassem UTI” (Secretária Municipal de Saúde).

5.1.2 O impacto organizacional nas Unidades Básicas de Saúde

A categoria **O impacto organizacional nas Unidades Básicas de Saúde** diz respeito às mudanças necessárias para a adequação das UBS ao contexto pandêmico, tanto mudanças físico-estruturais como mudanças de fluxos de atendimento e protocolos.

“Assim que se deu o início da pandemia, nós começamos a nos organizar com relação aos fluxos das unidades, inclusive com a suspensão de alguns tipos de agenda. Então a gente organizou o fluxo dentro da unidade, às unidades que tinham condição a gente criou uma outra entrada pra queixa respiratório, respeitando a característica física de cada uma... colocamos algumas tendas na parte de entrada, pra ampliar a parte de acolhimento e recepção, num lugar mais ventilado... fizemos adequações na parte estrutural e nas partes das agendas, atendendo os grupos prioritários e organizando seus horários” (Gerente Geral dos Dispositivos de Saúde).

Esta categoria também remete ao impacto na atuação dos profissionais da saúde e, especificamente, dos profissionais de saúde da AB. Em relação aos

profissionais do NASF, é relatado que estes ocuparam uma posição coadjuvante durante a pandemia, no sentido de atender demandas mais urgentes à distância na tentativa da manutenção do vínculo, mas principalmente assumir a tarefa de ser um suporte à equipe das UBS.

“É... Assim, a gente, meio que no início, nós ficamos muito a serviço da equipe porque foi de certa forma barrado todo o processo do trabalho que a gente fazia atendimento em grupo, então, primordialmente nosso trabalho é muito em grupo, tanto com os usuários quanto com a própria equipe no matriciamento. Nós ficamos num apoio à equipe da estratégia mesmo, então eu como psicóloga, a nutricionista, a fono, a gente fez esse trabalho de apoio às equipes da estratégia, inicialmente. Hoje a gente conseguiu organizar nossa agenda, voltamos o atendimento já... acho que nós ficamos 2 meses só com a equipe fazendo atendimento também via telefone, o qual foi disponibilizado até pelo os conselhos de cada técnico, então a gente também fez esse tipo de trabalho via telefone. As primeiras semanas foi muito com a equipe mesmo de tranquilizar, organizar, apoiar, que era novo para todo mundo”
(Profissional do NASF).

Outro profissional que protagonizou as discussões nas entrevistas sobre o cuidado à população e, em especial, como acessar e acompanhar populações vulneráveis, a realização da busca ativa, entre outras importantes tarefas, foi o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

“Bom, no início a gente ficou bem travado, né? A gente ficou um bom tempo sem poder trabalhar na rua, e eu, enquanto agente de saúde fiquei muito tempo sem poder trabalhar na rua, trabalhando, só internamente para evitar o risco de contato com paciente, não só de levar, mas também de trazer, né? E aí, depois, aos pouquinhos, foi liberando o contato com paciente e a gente foi retornando aos pouquinhos do trabalho [...] Mas no começo foi bem difícil. O que não tá funcionando ainda 100% é

a unidade, até mesmo por questão de aglomeração. Mas as visitas tá funcionando, sim, 100%” (ACS).

“[...] eu acho que o que mais dificultou um pouco foi a gente conseguir conscientizar as equipes de agentes comunitários de que eles teriam que tá no campo nessa pandemia, né?! Por que assim, eles escutam 24h por dia que tem que fazer quarentena, né?! Tem que ficar em casa, que não pode sair [...] Então você conseguir conscientizar uma equipe da importância deles no campo, neste momento de pandemia e que eles estavam com medo de sair, né?! Então eles estavam com medo de ir pra rua pra falar com a população. Então eu acho que foi esse um dos maiores desafios que gente enfrentou nas unidades básicas, dessa conscientização, mostrar pra eles a importância, mostrar pra eles um jeito de trabalhar para não se contaminar nas ruas e não deixar de fazer esse serviço tão importante” (Apoiadora da AB).

5.1.3 O cuidado com a pessoa idosa na pandemia

A terceira e última categoria **O cuidado com a pessoa idosa** remete às percepções dos diferentes profissionais acerca das ações realizadas para a proteção, prevenção e cuidado específicas para a população idosa e as contradições e consensos acerca da formulação de uma estratégia específica para o cuidado desta população. Para tal, a mesma pergunta foi realizada em todas as entrevistas e analisada as diferentes percepções dos gestores e profissionais de saúde, assim como mostra o quadro 1.

Quadro 1. Percepções de diferentes profissionais da saúde sobre estratégias de apoio para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas à população idosa de Franco da Rocha.

Secretária Municipal de Saúde	Menciona que houve ações específicas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), como a transferência de pacientes com COVID-19 para o hospital campanha. Cita os decretos municipais acerca da quarentena e que visavam que a população como um todo se mantivesse em casa o maior tempo possível.
Diretor Geral da Fundação Juquery	Menciona também o decreto municipal sobre o afastamento de funcionários públicos idosos e o monitoramento por telefone ou visita domiciliar acerca do acompanhamento de idosos que apresentaram sintomas.
Gerente Geral dos Dispositivos de Saúde	Menciona as vacinações de gripe que foram feitas em domicílio ou em sistema <i>drive-thru</i> e a orientação para os idosos irem em uma faixa de horário específica reservada os idosos.
Gerente de uma Unidade Básica de Saúde	Menciona a reestruturação no serviço, como uma triagem realizada no espaço externo à unidade (tenda), afirmando que era dada prioridade a idosos que apresentassem síndrome respiratória. O maior espaçamento da agenda para evitar a aglomeração de pessoas, assim como o reforço com a população idosa sobre as visitas domiciliares de ACS e não necessidade de vir à UBS, pois os medicamentos foram liberados por um maior período de tempo e a permissão para familiares ou conhecidos retirarem os medicamentos. Portanto, esforços para que a presença idosa nas UBS diminuísse ao máximo.
Apoiadora da Atenção Básica	Menciona as vacinações de gripe que foram feitas em domicílio, assim como as visitas domiciliares e a importância a atuação do ACS para a conscientização dos idosos. Menciona a adequação espacial nas UBS, como duas entradas distintas, sendo uma específica para idosos e, inclusive, a orientação para os idosos irem à UBS em uma faixa de horário específica e as recomendações de familiares ou conhecidos irem realizar a retirada de medicamentos no lugar dos idosos. No entanto, reconhece que não houve uma estratégia ou plano de ação específicos voltados a essa

	população, foram orientações para a população geral.
Profissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família	Menciona a tentativa de conscientização de que a UBS não era um lugar seguro para os idosos transitassem, sensibilizando-os quanto a uma noção de risco e o incentivo a visitas domiciliares para que os idosos não se sentissem desamparados. Mas questiona se isso se configura como uma estratégia formal.
Agente Comunitário de Saúde	Não considera que houve estratégias ou ações específicas e sim para a população como um todo, mas ressalta que orientações foram dadas quanto ao distanciamento social aos idosos e em um primeiro momento o grupo prioritário para as visitas domiciliares foi a população idosa.

Fonte: SANTOS, 2021.

5.2 Análise quantitativa

Em relação ao município de Franco da Rocha, os dados apontam que a taxa de incidência acumulada de SRAG na população com 80 anos ou mais (4384,72) é quase o dobro do número de casos no decênio 70 a 79 anos (2305,60) e ainda maior se comparado ao decênio de 60 a 69 anos (1219,62). Quando comparada com a taxa de incidência acumulada de SRAG na população adulta (344,20) de Franco da Rocha, a discrepância é alarmante, uma vez que a taxa de incidência na população de superidosos (80 anos ou mais) é quase 13 vezes maior do que a taxa na população adulta, sendo que este padrão se repete nos demais municípios da região, no qual a taxa de incidência acumulada aumenta com a idade concentrando as maiores taxas na população superidosa e as menores na população adulta.

O maior número de casos de SRAG na população idosa da região encontra-se no município de Cajamar (784,52), no qual a diferença entre o número de casos na população com 80 anos ou mais (10381,68) é quase três vezes maior em comparação aos demais decênios da população idosa (3825,67 e 2253,52, respectivamente) e uma diferença ainda maior quando comparada à população adulta (675,53). Todos os municípios da região apontam a população de superidosos como a mais vulnerável à SRAG, tanto a SRAG por COVID-19 quanto Outras SRAG. Se compararmos a relação de número de casos por SRAG por COVID-19 e Outras SRAG, vemos que, com exceção do município de Francisco Morato, em todos os demais municípios o número de casos de SRAG por COVID-19 é superior ao de Outras SRAG, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Taxa de incidência acumulada de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e Outras SRAG, por 100 mil habitantes, da população total, população adulta e por grupos etários da população idosa dos respectivos municípios da microrregião de Franco da Rocha, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.

MUNICÍPIO/ FAIXA ETÁRIA	SRAG POR COVID-19	OUTRAS SRAG	SRAG Total Geral
FRANCO DA ROCHA	235,22	191,85	427,07
20-59	190,50	153,70	344,20
60-69	696,93	522,70	1219,62
70-79	1488,16	817,44	2305,60
> 80	2192,36	2192,36	4384,72
CAIEIRAS	327,99	265,38	593,37
20-59	270,86	189,76	460,62
60-69	893,09	724,83	1617,91
70-79	1639,34	1430,70	3070,04
> 80	3169,73	2760,74	5930,47
CAJAMAR	432,84	351,68	784,52
20-59	406,59	268,94	675,53
60-69	1368,21	885,31	2253,52
70-79	1840,19	1985,47	3825,67
> 80	5648,85	4732,82	10381,68
FRANCISCO MORATO	232,22	306,19	538,41
20-59	206,24	251,41	457,65
60-69	712,23	880,28	1592,51
70-79	1245,85	1515,78	2761,63
> 80	2663,79	3167,75	5831,53
MAIRIPORA	397,48	227,13	624,61
20-59	323,12	169,89	493,00
60-69	1085,74	486,71	1572,44
70-79	1685,96	880,72	2566,68
> 80	3371,71	2467,11	5838,82
Total Geral da Região de Saúde	301,76	263,48	565,24

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (SIVEP-Gripe), atualizada em 10/02/2021.

Notas: Dados levantados em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/simi/dados-abertos/> referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.

Quando calculada e analisada a taxa de mortalidade por SRAG na região, os dados indicam que a SRAG por COVID-19 (96,44) é mais letal que Outras SRAG (41,26), uma vez que a taxa de mortalidade por SRAG por COVID-19 é mais do que o dobro da taxa de mortalidade por Outras SRAG nos municípios da região, como mostra a tabela 2.

Tabela 2. Taxa de mortalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e Outras SRAG, por 100 mil habitantes, da população total, população adulta e por grupos etários da população idosa dos respectivos municípios da microrregião de Franco da Rocha, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.

MUNICÍPIO/ FAIXA ETÁRIA	ÓBITO POR SRAG POR COVID-19	ÓBITO POR OUTRAS SRAG	ÓBITO Total Geral
FRANCO DA ROCHA	93,30	35,48	128,78
20-59	46,54	16,24	62,78
60-69	348,46	137,55	486,02
70-79	838,40	251,52	1089,92
> 80	1485,15	777,93	2263,08
CAIEIRAS	113,31	24,85	138,15
20-59	48,66	16,22	64,88
60-69	349,47	51,77	401,24
70-79	1043,22	238,45	1281,67
> 80	2147,24	306,75	2453,99
CAJAMAR	109,50	65,70	175,20
20-59	63,53	36,00	99,53
60-69	382,29	181,09	563,38
70-79	629,54	823,24	1452,78
> 80	3511,45	1221,37	4732,82
FRANCISCO MORATO	87,15	38,99	126,14
20-59	45,18	26,52	71,69
60-69	328,10	128,04	456,15
70-79	768,27	228,41	996,68
> 80	1871,85	1007,92	2879,77
MAIRIPORA	90,24	51,71	141,96
20-59	23,32	18,32	41,64
60-69	311,99	149,76	461,75
70-79	780,07	327,13	1107,20
> 80	1562,50	1069,08	2631,58
Total Geral	96,44	41,26	137,70

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (SIVEP-Gripe), atualizada em 10/02/2021.

Notas: Dados levantados em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/simi/dados-abertos/> referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/20.

A Tabela 2 também nos informa que o padrão se repete em todos os municípios da região, a taxa de mortalidade de SRAG por COVID-19 é superior a de Outras SRAG, sendo que a diferença mais contundente é Caieiras (113,31) na qual se vê a maior taxa de mortalidade da região, assim como a maior diferença em comparação a mortalidade por Outras SRAG (24,85), apresentando uma taxa quase 5 vezes maior. No entanto, quando considerada a taxa de mortalidade por SRAG de maneira indiscriminada, Cajamar lidera o *ranking* da região (175,20), assim como detém a maior taxa de mortalidade por SRAG por COVID-19 da população com 80 anos ou mais da região (3511,45).

Quando analisado os decênios da população idosa, é possível vislumbrar que maiores taxas de

mortalidade estão presentes na faixa etária de 80 anos ou mais, assim como as taxas de mortalidade de SRAG por COVID-19 são maiores que as de Outras SRAG nesta mesma faixa etária. Quando comparada com a taxa de mortalidade da população adulta, a taxa de mortalidade em superidosos de Franco da Rocha (2263,08) é 36 vezes maior em relação a taxa na população adulta francorochense (62,78), sendo que novamente este padrão se repete nos demais municípios da região, no qual a taxa de mortalidade por SRAG aumenta com a idade, concentrando as maiores taxas na população de superidosos e as menores na população adulta.

Logo, conclui-se que a população idosa de todos os municípios da região apresenta os maiores números de casos por 100 mil, assim como as maiores taxas de mortalidade e nesse segmento populacional explicita-se a faixa etária de 80 anos ou mais, os superidosos, como o mais vulnerável para SRAG e, especialmente, a SRAG por COVID-19 que apresenta taxas de incidência acumulada e mortalidade superiores em comparação a Outras SRAG.

Enquanto a taxa de letalidade na população idosa da região segundo sexo, aponta que somente em Franco da Rocha, o percentual de óbitos feminino por SRAG por COVID-19 (56,41) é superior ao masculino (55), enquanto nos municípios restantes, Caieiras, Cajamar, Francisco Morato e Mairiporã, a relação inversa é vista, o percentual de óbitos masculino (55,70; 38,81; 62,86 e 44,90, respectivamente) é superior ao feminino (51,32; 38,16; 46,91 e 31,96, respectivamente).

A taxa de letalidade na população idosa da região segundo sexo aponta que em dois municípios, Francisco Morato e Mairiporã, o percentual de óbitos feminino por Outras SRAG (21,93 e 45,83, respectivamente) é superior ao masculino (14,16 e 28,57, respectivamente), enquanto nos municípios restantes, Caieiras, Cajamar e Franco da Rocha, a relação inversa é vista, o percentual de óbitos masculino (14,08; 36,92 e 35,14, respectivamente) é superior ao feminino (8,33; 19,61 e 22,64, respectivamente).

Além disso, vemos que em todos os municípios, independentemente do sexo, o percentual de óbitos por SRAG por COVID-19 é superior ao percentual de óbitos por Outras SRAG, ou seja, o SRAG por COVID-19 é mais letal que Outras SRAG. Enquanto a taxa de letalidade de SRAG por COVID-19 é maior na população masculina dos municípios da região (4 municípios apresentaram maiores percentuais na população masculina), Outras SRAG apontam uma relação mais equilibrada (3 municípios apresentaram maiores percentuais na população masculina e 2 municípios na população feminina), conforme mostra a Tabela 3.

Tabela 3. Taxa de letalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e Outras SRAG na população idosa da microrregião de Franco da Rocha segundo sexo, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.

MUNICÍPIO/ FAIXA ETÁRIA	SRAG POR COVID-19			OUTRAS SRAG		
	Número de óbitos	Total de notificações	Percentual de óbitos	Número de óbitos	Total de notificações	Percentual de óbitos
FRANCO DA ROCHA	99	178	55,62	38	127	29,92
Feminino	44	78	56,41	12	53	22,64
Masculino	55	100	55,00	26	74	35,14
CAIEIRAS	83	155	53,55	15	131	11,45
Feminino	39	76	51,32	5	60	8,33
Masculino	44	79	55,70	10	71	14,08
CAJAMAR	55	143	38,46	34	116	29,31
Feminino	29	76	38,16	10	51	19,61
Masculino	26	67	38,81	24	65	36,92
FRANCISCO MORATO	104	186	55,91	41	227	18,06
Feminino	38	81	46,91	25	114	21,93
Masculino	66	105	62,86	16	113	14,16
MAIRIPORA	75	195	38,46	38	104	36,54
Feminino	31	97	31,96	22	48	45,83
Masculino	44	98	44,90	16	56	28,57
Total geral	416	857	48,54	166	705	23,55

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (SIVEP-Gripe), atualizada em 10/02/2021.

Notas: Dados levantados em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/simi/dados-abertos/> referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/2020.

E de acordo com a Tabela 4, a taxa de letalidade de SRAG por COVID-19 na população idosa da região segundo raça/cor aponta que nos municípios de Caieiras, Cajamar e Francisco Morato, o percentual de óbitos de idosos pretos e pardos (42,86 e 61,36; 60,00 e 43,18; e 60,00 e 56,86, respectivamente) é superior ao percentual de óbitos em idosos brancos (55,42; 36,00; e 56,32). No município de Franco da Rocha, o maior percentual de óbitos encontra-se na população preta (61,11), seguido de brancos (59,26) e pardos (52,94), enquanto no município de Mairiporã, o maior percentual de óbitos encontra-se na população parda (38,89) seguido de brancos (37,62) e pretos (30,00).

Em relação ao percentual de óbitos por Outras SRAG, em Caieiras e Cajamar, pretos e pardos tem percentuais de óbitos superiores (9,09 e 13,33; 33,33 e 41,03, respectivamente) aos brancos (8,22 e 29,41, respectivamente). Já nos outros três municípios, temos o maior percentual de óbitos por Outras SRAG concentrados em diferentes idosos: em Francisco Morato, o maior percentual encontra-se em idosos brancos (17,26); em Franco da Rocha, o maior percentual encontra-se em idosos pardos (30,56); e em Mairiporã, o maior percentual encontra-se em idosos pretos (40,00).

Tabela 4: Taxa de letalidade de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 e Outras SRAG na população idosa dos municípios da microrregião de Franco da Rocha segundo raça/cor, referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/20.

MUNICÍPIO/ RAÇA/COR	SRAG POR COVID-19			OUTRAS SRAG		
	Número de óbitos	Total de notificações	Percentual de Óbitos	Número de óbitos	Total de notificações	Percentual de Óbitos
FRANCO DA ROCHA	99	178	55,62	38	127	29,92
Amarela		1			1	
Branca	48	81	59,26	19	67	28,36
Não informado	13	27	48,15	7	15	46,67
Parda	27	51	52,94	11	36	30,56
Preta	11	18	61,11	1	8	12,50
CAIEIRAS	83	155	53,55	15	131	11,45
Amarela					1	
Branca	46	83	55,42	6	73	8,22
Não informado	7	21	33,33	4	16	25,00
Parda	27	44	61,36	4	30	13,33
Preta	3	7	42,86	1	11	9,09
CAJAMAR	55	143	38,46	34	116	29,31
Amarela		3		1	2	50,00
Branca	27	75	36,00	15	51	29,41
Não informado	3	11	27,27		18	0,00
Parda	19	44	43,18	16	39	41,03
Preta	6	10	60,00	2	6	33,33
FRANCISCO MORATO	104	186	55,91	41	227	18,06
Amarela					1	
Branca	49	87	56,32	19	106	17,92
Não informado	14	28	50,00	11	41	26,83
Parda	29	51	56,86	9	59	15,25
Preta	12	20	60,00	2	20	10,00
MAIRIPORA	75	195	38,46	38	104	36,54
Amarela	2	4	50,00	1	2	50,00
Branca	38	101	37,62	16	56	28,57
Não informado	11	26	42,31	14	23	60,87
Parda	21	54	38,89	5	18	27,78
Preta	3	10	30,00	2	5	40,00
Total Geral	416	857	48,54	166	705	23,55

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde (SIVEP-Gripe), atualizada em 10/02/2021.

Notas: Dados levantados em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/planosp/simi/dados-abertos/> referentes ao período de 26/02/2020 a 31/12/20.

Algo que deve ser destacado é o campo “Não informado” o qual registra valores expressivos de percentual de óbitos, denunciando o não preenchimento do quesito raça/cor e explicitando o quão crucial é o preenchimento deste quesito para uma análise qualificada a respeito de desigualdades raciais na saúde.

6 DISCUSSÃO

Este estudo adensa a literatura científica crescente acerca das respostas do setor saúde à pandemia de COVID-19, especificamente em um contexto municipal. Nossos resultados contribuem para a identificação de estratégias de apoio para as medidas de proteção, prevenção e cuidado específicas à população idosa, os desafios e aprendizados que a gestão municipal e a ponta da AB trazem para explicar ou entender os dados referentes ao número de casos e óbitos de SRAG que acometeram a população idosa. Partindo do referencial teórico da vulnerabilidade programática com ênfase na área da saúde, podemos analisar as 3 categorias obtidas nas entrevistas (a Gestão Municipal da Pandemia, O Impacto organizacional nas UBS e O Cuidado à Pessoa Idosa) como formas de proporcionar uma maior ou menor exposição à pandemia e/ou uma maior ou menor proteção da população idosa frente à COVID-19.

A categoria **A Gestão Municipal da Pandemia** está diretamente relacionada a esforços para a diminuição da vulnerabilidade programática da população como um todo, principalmente nos aspectos: (1) *Compromisso político dos governos*: uma vez que a gestão municipal assumiu o protagonismo nas decisões acerca de pactuação de leitos, não assumindo uma posição passiva diante das tensões com o governo estadual e nacional, e inclusive articulando com os municípios ao redor inquéritos de prevalência, acordos para a organização do fluxo de pacientes hospitalizados, entre outras ações; (2) *Articulação multissetorial das ações*: a partir da formação, no início da pandemia, de um comitê de enfrentamento para que as decisões e ações tomadas tivessem respaldo dos serviços de saúde do município e fossem relevantes à população; (3) *Organização do setor saúde*: estendendo suas ações desde a vigilância com o monitoramento, a organização da testagem da população, as medidas de prevenção e assistência aos pacientes hospitalizados; (4) *Acesso aos serviços*: com a reestruturação das UBS e a construção da Unidade de Observação e Internação (o “hospital campanha”); (5) *Compromisso e responsabilidade dos profissionais*: reafirmando a importância da ponta, ou seja, dos profissionais que estão em contato direto com a população. Esses cinco aspectos são alguns dos eleitos por AYRES et al. (2012) como componentes a serem considerados quando avaliada a vulnerabilidade programática com ênfase na área da saúde e os quais foram identificados como ações que a gestão municipal tomou no sentido de proteção da população, no entanto não vemos uma priorização de grupos vulneráveis, como a população idosa, nessas ações.

A segunda categoria **O impacto organizacional nas UBS** inclui ações que foram tomadas no âmbito da AB e, especialmente, nas UBS que tem como objetivo melhorar o acesso aos serviços e a organização do setor saúde, seguindo as orientações do Ministério da Saúde, como as diretrizes e recomendações presentes na ação estratégica “*O Brasil Conta Comigo*”. No entanto, a partir das entrevistas enxergamos o quão difícil foi “*esvaziar as UBS*”, pois mesmo com as orientações de distanciamento social e as medidas feitas no sentido de garantir que a população não necessitasse ir às UBS, como visitas domiciliares, retirada facilitada de medicamentos, espaçamento nas agendas, entre outras ações, os profissionais relatam que o fluxo de pessoas nas UBS ainda era alto, sendo que por diversas vezes nas entrevistas alguns profissionais relatam o reforço de sempre comunicar aos usuários idosos que procuravam as UBS que aquele não era um espaço seguro, que ainda havia um grande risco de contaminação e reforçando a importância de “*ficar em casa*”.

A terceira e última categoria **O Cuidado à Pessoa Idosa**, em suma, mostra que as principais ações tomadas pelo município em relação especificamente à população idosa foram a orientação geral de “*ficar em casa*” e um monitoramento contínuo através de visitas domiciliares. Um dissenso é observado entre os atores-chave, pois enquanto gestores enxergam nas ações e recomendações para a população geral também ações específicas para a população idosa, os profissionais da ponta apesar de observarem tais ações, reconhecem a falta de uma estratégia específica focalizada nessa população. Ao longo das entrevistas, diversas ações são citadas pelos diferentes atores, mas ao final fica claro que uma estratégia focalizada e específica não foi formulada para a população idosa. Importante salientar que em nenhuma entrevista foi relatada a orientação quanto ao uso de máscaras ou quanto à higiene pessoal e/ou de compras como formas de proteção quando a pessoa idosa está fora de casa ou exposta. A existência de uma política municipal incipiente voltada à população idosa é um grande sinal em relação à ausência de uma estratégia formal específica a esse segmento etário. No entanto como um resultado do trabalho de assessoria do Instituto de Saúde com o município de Franco da Rocha, uma política de saúde da pessoa idosa, juntamente com um Caderno de Saúde do Idoso estão sendo produzidos com a colaboração dos profissionais de saúde do município. Essas ações podem significar um avanço para garantir a equidade do cuidado em saúde ao idoso em Franco da Rocha.

A análise dos dados secundários, obtidos pelo SIVEP-Gripe, indicam que não somente há uma maior letalidade da SRAG por COVID-19 na população idosa da região, como também a predominância de casos e óbitos concentrados na população de superidosos, ou seja, pessoas com 80 anos ou mais em todos os cinco municípios da região de Franco da Rocha, expondo a vulnerabilidade a que este grupo específico está exposta.

Isso nos leva a refletir sobre os depoimentos dos entrevistados sobre a ausência de uma estratégia específica para a população idosa francorochense, uma vez que de acordo com os dados secundários essa população foi a mais fortemente atingida. Questionamo-nos se as orientações e medidas tomadas não foram suficientes para, se não, barrar, amenizar o crescimento de casos e óbitos no município, principalmente entre os mais velhos. Vale destacar, nesse sentido, como analisaremos mais adiante, que a elevada mortalidade entre idosos por COVID-19 no Brasil foi generalizada (BARBOSA et al., 2020)

Como hipóteses explicativas sobre as altas taxas que acometeram a população idosa, além da ausência ou incipiência de/nas estratégias focalizadas para a proteção dessa população, podemos deduzir que a população idosa pode ter sido menos sensível às recomendações de isolamento social e quarentena domiciliar, expondo-se mais à COVID-19. As conclusões de BORGES e CRESPO (2020) corroboram tal afirmação ao passo que os autores afirmam que o isolamento exclusivo da população idosa não parece ser uma estratégia eficaz para a proteção deste grupo e cabe salientar novamente o que SANTOS (2020) afirma quanto ao caráter discriminatório intrínseco de qualquer quarentena, no sentido de sua realização ser mais difícil por alguns grupos sociais em relação a outros devido as desigualdades sociais e diferentes condições de vida das populações. Portanto, a maior exposição à COVID-19 da população idosa aumenta a chance de contaminação; e, quando a pessoa idosa é infectada, as complicações e agravos da COVID-19 são mais frequentes, levando aos quadros de SRAG - e, conseqüentemente, essa população passa a ser alvo de maior testagem quanto à SRAG por COVID-19, que por sua vez, por serem mais frágeis e com maior número de comorbidades, acabaram evoluindo ao óbito. Essa trajetória pode explicar as altas taxas de incidência acumulada e mortalidade neste grupo e, especialmente, na população de superidosos.

Quando assumimos o recorte de sexo, é possível ver uma predominância de óbitos em idosos do sexo masculino, especialmente quando considerado à SRAG por COVID-19. Dado este que é corroborado por ESCOBAR et al. (2021) que ao investigar a letalidade e as características dos óbitos por COVID-19 em Rondônia, observaram uma distribuição equitativa dos óbitos em homens e mulheres até os 40 anos, e após esta faixa etária a predominância de óbitos por COVID-19 concentra-se em homens, sendo que quanto mais velho maior a taxa de letalidade. Os autores também mostram que a população idosa apresentou diferenças significativas estatisticamente quanto à taxa de letalidade em comparação a população mais jovem do estado nortista. ALVES et al. (2020) também apontam a concentração de hospitalizações por SRAG por COVID-19 e, inclusive, óbitos domiciliares por SRAG, em homens idosos no estado de Minas Gerais.

Quanto ao recorte por raça/cor, é importante salientar que a taxa de letalidade na população amarela é inexpressiva devido ao baixo e quase nulo - e provavelmente

subnotificado - preenchimento deste campo no quesito raça/cor. Em relação à análise das demais categorias do quesito, o recorte por raça/cor na população idosa aponta que proporcionalmente, a letalidade de SRAG por COVID-19 em idosos pardos e pretos da região é maior em comparação aos idosos brancos, uma vez que em nenhum município, a população branca idosa lidera o percentual de óbitos de SRAG por COVID-19. Enquanto, a taxa de letalidade de Outras SRAG apresentam uma distribuição menos concentrada em pretos e pardos, mas mesmo assim, vê-se um contundente percentual de óbitos nesta população. De acordo com o Estatuto da Igualdade Racial, a população negra no Brasil é formada pela população preta e pela população parda (BRASIL, 2010). Consequentemente, quando consideramos tal classificação e (re)analisamos com essa lente os percentuais de óbitos apresentados, fica explícita a vulnerabilidade à qual idosos negros estão submetidos nos municípios da região. Esses dados são corroborados pela literatura científica que afirma categoricamente que a COVID-19 afeta a população negra de forma mais contundente (SANTOS et al, 2020).

Nossos dados são corroborados por BARBOSA et al. (2020) que apontam São Paulo como o estado com o maior número de óbitos de idosos no país ao analisar a incidência acumulada e mortalidade por COVID-19 na população idosa nos estados do Brasil. Também indicam a existência de uma correlação entre as taxas de incidência e mortalidade de idosos e a cor da pele, corroborando dados nacionais e internacionais que apontam que idosos negros se encontram em uma posição excepcionalmente vulnerável à COVID-19. Diante de tais dados e considerando as precárias condições de vida da maioria da população francorochense, concordamos com o debate exposto pelos autores sobre o significado que tem a correlação entre mortalidade por COVID-19 e idosos negros:

“A raça/cor enquanto constructo social, diante do processo histórico discriminatório, passou a constituir-se em um determinante socioeconômico capaz de balizar as desigualdades nas condições de saúde, vida e morte. A pandemia da COVID-19 expôs a geografia das desigualdades e refletiu impiedosamente os processos históricos passados” (BARBOSA et al., 2020, p.7).

Por fim, este estudo apresenta algumas limitações. A impossibilidade de realizar entrevistas com a população idosa francorochense impede que a percepção do usuário seja incluída na análise, percepção esta que poderia trazer valiosas contribuições e possíveis relações com os dados já produzidos. Mas, entendendo também que a escolha dos atores-chave para a realização das entrevistas possibilitou um amplo olhar, desde as pactuações da gestão municipal até os profissionais da ponta que estão em contato direto com os usuários, que é igualmente potente e pertinente aos objetivos deste estudo.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo explorou os impactos que a pandemia do novo coronavírus teve sobre a saúde da população idosa de Franco da Rocha a partir da percepção de gestores municipais e profissionais da saúde. Os principais impactos envolvem a maior letalidade da SRAG por COVID-19 na população idosa do município de Franco da Rocha, assim como a predominância de casos e óbitos na população de superidosos, pessoas com 80 anos ou mais, enquanto os recortes de sexo e raça/cor denunciam as dinâmicas de vulnerabilização de grupos específicos dentro da população idosa uma vez que maiores taxas de letalidade de SRAG e, em especial, de SRAG por COVID-19, são encontradas em idosos do sexo masculino em comparação a idosas do sexo feminino e em idosos negros em comparação a idosos brancos. Devemos salientar que o município de Franco da Rocha não se destacou dos demais, de modo positivo ou negativo, em nenhum dos indicadores analisados. A partir das entrevistas com atores-chave vemos que os esforços da área da saúde em relação à população idosa concentraram-se no reforço contínuo das recomendações de isolamento social, mas que segundo os relatos era de difícil assimilação e tal cenário é refletido nos dados de casos e óbitos da população idosa.

Não houve uma estratégia formal focalizada na população idosa com relação às medidas de prevenção, proteção e cuidado e sim ações difusas que impactavam positivamente à população idosa, como o maior espaçamento na agenda das UBS, uma entrada separada nas UBS para os idosos, entre outras. Esta situação culmina em um dissenso entre aqueles atores que encaram as ações gerais como também ações específicas para a população idosa, não enxergando a falta de uma estratégia específica uma vez que as ações foram gerais, enquanto há outros profissionais que vislumbram algumas ações específicas a essa população, mas admitem a falta de uma estratégia focalizada para populações vulneráveis. Logo, em Franco da Rocha, apesar de diversas ações terem sido realizadas com vista à prevenção, proteção e cuidado da população francorochense como um todo, tais estratégias de apoio não foram equânimes de forma efetiva uma vez que, aparentemente, não resultaram em uma diminuição da vulnerabilidade da população idosa deste município.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABATE, S. M. et al. Prevalence and risk factors of mortality among hospitalized patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Bulletin of the World Health Organization**, [S.L.], 2020. [Epub ahead of print].
- ALVES, T. H. E. et al. Análise de óbitos domiciliares e hospitalares por causas respiratórias e cardiovasculares durante a pandemia da COVID-19 em Minas Gerais. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 104-124, 2020.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- BARBOSA, I. R. et al. Incidence of and mortality from COVID-19 in the older Brazilian population and its relationship with contextual indicators: an ecological study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BORGES, G. M.; CRESPO, C. D. Aspectos demográficos e socioeconômicos dos adultos brasileiros e a COVID-19: uma análise dos grupos de risco a partir da pesquisa nacional de saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 10: e00141020. p. 1-15, 2020.
- BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de Julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 jul. 2010, Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de Fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 fev. 2020, Seção 1, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 104, de 25 de Janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território

nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jan. 2011. p. 37.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 12 mar. 2020c, p. 185.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial Da União**, Brasília, DF, 20 mar. 2020b, Seção 1 – extra, p. 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília, DF, 2020a.
- CRESWELL, J. W. **Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches**. California: Sage, 2007.
- CRESWELL, J. W. **Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches**. 4th ed. Thousand Oaks: Sage, 2014.
- ESCOBAR, A. L. et al. Lethality and characteristics of deaths due to COVID-19 in Rondônia: an observational study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, 2021.
- FLORÊNCIO, R. S. **Vulnerabilidade em saúde: uma clarificação conceitual**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.
- FRANCO DA ROCHA. Prefeitura Municipal de Franco da Rocha. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de contingência para Infecção humana pelo novo coronavírus**. Franco da Rocha, SP, 2020.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. **Nota Técnica 13 de 20 de agosto de 2020. O tempo dos dados: explorando a cobertura e oportunidade do SIVEP-Gripe e o e-SUS VE**. Rio de Janeiro, 2020.
- HILLESHEIM, D. et al. Síndrome respiratória aguda grave por COVID-19 em crianças e adolescentes no Brasil: perfil dos óbitos e letalidade hospitalar até a 38ª Semana Epidemiológica de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 5, 2020.

- NIQUINI, R. P. et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 7, p. 1-12, 2020.
- OLIVEIRA, J. L. C. et al. Métodos mistos na pesquisa em enfermagem: possibilidades de aplicação à luz de Creswell. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Santa Catarina, v. 27, n. 2, p. 1-8, 2018.
- PRADO, M. F. et al. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: análise de situação de saúde (2011-2017), no prelo.
- 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**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012
- SANTOS, M. P. A. et al. População negra e COVID-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020.
- SANTOS, B. S. **A cruel pedagogia do vírus**. Coimbra: Edições Almedina, 2020.
- SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. **Plano de contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo Coronavírus: 2019-nCoV**. São Paulo, SP, 2020.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O DIRETOR GERAL DA FUNDAÇÃO JUQUERY

- Ações integradas entre vigilância em saúde, assistência, Anvisa, e outros órgãos envolvidos na prevenção e controle do vírus COVID-19 foram previstas no plano de contingência. Quais foram os principais desafios e potencialidades da integração dessas ações? Houve tal articulação?
- Como previsto no plano de contingência, o processo de ampliação do número de leitos hospitalares, do tipo enfermaria, para atendimento dos pacientes infectados pela COVID-19 se deu pela implantação do Hospital de Campanha de Franco da Rocha, o Hospital Previna. Como se deu o processo de implantação deste hospital de campanha?
- Como foram as negociações e/ou pactuações para a disponibilidade de leitos específicos para Franco da Rocha no Hospital Estadual Albano? Houve algum fluxo de internação que foi direcionado para fora do município?
- Pensando especificamente na população idosa de Franco da Rocha, quais foram as estratégias adotadas para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para esta população?
- No plano de contingência está previsto “*Garantir e monitorar estoque estratégico de insumos laboratoriais para diagnóstico da infecção humana por COVID-19*”. Como foi a incidência de SRAG por COVID-19 e Outras SRAG, as SRAG não COVID-19? Como se deu a resposta do município quanto a demanda por testagem da população? E, em especial, da população idosa que é grupo de risco?
- Já é reconhecido por diversos atores e em diversas instâncias que a subnotificação de casos e óbitos é um problema enfrentado em diversos estados e municípios. Em sua visão, a subnotificação foi um problema em Franco da Rocha?

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GERENTE DE UMA UBS

- Vimos mais cedo neste ano a ação estratégica “*O Brasil Conta Comigo*” do Ministério da Saúde contendo protocolos de manejo clínico do coronavírus e nele constava também a recomendação de organização do fluxo de usuários nas UBS. Como se deu a implantação deste protocolo nas unidades? Bem como, o impacto na atuação dos profissionais envolvidos?
- É sabido que o acesso da população idosa à UBS fica ainda mais frágil neste contexto de pandemia por conta das medidas de isolamento e distanciamento social. Quais as maneiras a UBS mudou seus fluxos de atendimento para atender às mudanças exigidas neste contexto de pandemia? Em especial, para atender as demandas da população idosa de Franco da Rocha?
- Há alguma relação ou articulação da UBS com o Programa de Atendimento Domiciliar normalmente?
- Quanto ao PAD, por exemplo, houve alguma mudança quanto a sua realização? Ou mesmo na organização do fluxo de visitas domiciliares? Houve algum procedimento ou rotina diferenciados pensando nos domicílios de idosos? *Inserção:* Pergunta sobre o acesso da telemedicina/teleatendimento – e em sua impossibilidade: a realização da busca ativa.
- Pensando especificamente na população idosa de Franco da Rocha, quais foram as estratégias adotadas para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para esta população?
- Sabemos que atingir metas é considerado algo crucial e o ponto mais importante por muitos gestores, apesar de algumas metas serem quase impossíveis de ser atingidas no cotidiano. Como gerente da UBS, como você equilibrou as mudanças trazidas pelo novo contexto, pandêmico, com as metas exigidas?

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A ACS

- Como tem sido o seu trabalho neste contexto de pandemia? Quais foram as principais mudanças e as principais adaptações no trabalho como ACS?
- Por conta da pandemia do coronavírus, houve alguma mudança na quantidade e na qualidade de visitas domiciliares feitas? Houve algum grupo de pessoas que foi priorizado na escolha de quais visitas são as mais importantes de ser realizadas?
- Quanto a população idosa de Franco da Rocha, qual a sua percepção sobre como eles estão lidando com a pandemia do coronavírus? Em especial, as recomendações de isolamento e distanciamento social?
- Em sua visão, pensando especificamente na população idosa de Franco da Rocha, quais foram as estratégias adotadas para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para esta população?

APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A PROFISSIONAL DO NASF

- Como tem sido a adaptação de sua atuação profissional neste contexto de pandemia? Pensando no NASF em Franco da Rocha, quais tem sido os maiores desafios e as maiores potencialidades?
- Vimos mais cedo neste ano, a ação estratégica “*O Brasil Conta Comigo*” do Ministério da Saúde contendo protocolos de manejo clínico do coronavírus e nele constava também a recomendação de organização do fluxo de usuários nas UBS. Como se deu a implantação deste protocolo nas unidades? Em especial, qual foi o impacto na atuação dos profissionais envolvidos e na equipe NASF?
- Em sua visão, pensando especificamente na população idosa de Franco da Rocha, quais foram as estratégias adotadas para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para esta população?

APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A APOIADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

- O papel de apoiador da Atenção Básica já é uma tarefa complexa *per se*. Quais desafios e potencialidades foram exacerbados neste contexto de pandemia? Se houve novos desafios e/ou novas potencialidades vislumbradas?
- Como que o contexto de pandemia impactou a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas? Sabendo que há uma grande prevalência de doenças crônicas em idosos, em sua visão, como essas mudanças impactaram especificamente a população idosa de Franco da Rocha?
- Pensando especificamente na população idosa de Franco da Rocha, quais foram as estratégias adotadas para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para esta população?

APÊNDICE F – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A GERENTE GERAL DOS DISPOSITIVOS DE SAÚDE

- Vimos mais cedo neste ano a ação estratégica “*O Brasil Conta Comigo*” do Ministério da Saúde contendo protocolos de manejo clínico do coronavírus e nele constava também a recomendação de organização do fluxo de usuários nas UBS tanto como em hospitais. Como se deu a implantação deste protocolo nos dispositivos de saúde de Franco da Rocha? Bem como, o impacto na atuação dos profissionais envolvidos?
- Como previsto no plano de contingência, o processo de ampliação do número de leitos hospitalares, do tipo enfermaria, para atendimento dos pacientes infectados pela COVID-19 se deu pela implantação do Hospital de Campanha de Franco da Rocha, o Hospital Previna. Como se deu o processo de implantação deste hospital de campanha? E se já foi desativado? Há um novo pico de casos? E se houver um aumento de casos?
- Como foram as negociações e/ou pactuações para a disponibilidade de leitos específicos para Franco da Rocha no Hospital Estadual Albano? Houve algum fluxo de internação que foi direcionado para fora do município? Se há um aumento agora, será renegociado?
- Pensando especificamente na população idosa de Franco da Rocha, quais foram as estratégias adotadas para as medidas de prevenção, proteção e cuidado específicas para esta população?
- Quanto ao PAD (Programa de Atendimento Domiciliar), por exemplo, houve alguma mudança quanto a sua realização? Ou mesmo na organização do fluxo de visitas domiciliares? Houve algum procedimento ou rotina diferenciado pensando nos domicílios de idosos?
- Já é reconhecido por diversos atores e em diversas instâncias que a subnotificação de casos e óbitos é um problema enfrentado em diversos estados e municípios. Em sua visão, a subnotificação foi um problema em Franco da Rocha?

ANEXOS

ANEXO A – TCLE DE GESTORES DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

GESTORES DE SAÚDE

Prezado (a),

O (A) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Desafios e Respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento à COVID-19” que tem por objetivo identificar os desafios e as respostas do SUS, no município de Franco da Rocha, no enfrentamento à COVID-19.

Esta pesquisa está sendo realizada com os gestores municipais de saúde e com profissionais envolvidos no atendimento da Atenção Básica do município, dos serviços de referência, com apoiadores da Atenção Básica e a sua participação se resume em responder algumas perguntas. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será gravada, para que o conteúdo possa ser degravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores/orientadores da instituição.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a pesquisa ou para a relação institucional.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para a relação institucional. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Tereza Etsuko da Costa Rosa, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8553) das 8 às 17h ou pelo email tererosa@isaude.sp.gov.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também, poderá ser consultado caso o (a) Sr (a). tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa pelo telefone 11-3116-8606 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

A declaração do seu consentimento ficará registrada na gravação e enviaremos uma via digital assinada pelo responsável pela pesquisa por endereço eletrônico.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista para a participação neste estudo.

Nome do responsável pela entrevista

_____ / ____ / ____

Assinatura do responsável pela entrevista

ANEXO B – TCLE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Desafios e Respostas do Sistema Único de Saúde do município de Franco da Rocha no enfrentamento à COVID-19” que tem por objetivo identificar os desafios e as respostas do SUS, no município de Franco da Rocha, no enfrentamento à COVID-19.

Esta pesquisa está sendo realizada com os gestores municipais de saúde e com profissionais envolvidos no atendimento da Atenção Básica do município, dos serviços de referência, com apoiadores da Atenção Básica e a sua participação se resume em responder algumas perguntas. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será gravada, para que o conteúdo possa ser gravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores/orientadores da instituição.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a) poderá se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para a pesquisa ou para o seu trabalho.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para o seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Tereza Etsuko da Costa Rosa, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8563) das 8 às 17h ou pelo email tererosa@isaude.sp.gov.br.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS, também poderá ser consultado caso o (a) Sr (a). tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa pelo telefone 11-3116-8606 ou pelo email cepis@isaude.sp.gov.br.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

A declaração do seu consentimento ficará registrada na gravação e enviaremos uma via digital assinada pelo responsável pela pesquisa por endereço eletrônico.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista para a participação neste estudo.

Tereza Etsuko da Costa Rosa

_____ / ____ / ____

Nome do responsável pela entrevista

Assinatura do responsável pela entrevista