


## **NECESSIDADES DE SAÚDE DOS IDOSOS FRENTE À COVID LONGA E O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Jessika de Oliveira Cavalaro<sup>1</sup> 

Adriana Martins Gallo<sup>1</sup> 

Flávia Maria Derhun<sup>1</sup> 

Francielle Renata Danielli Martins Marques<sup>1</sup> 

Wanessa Cristina Baccon<sup>1</sup> 

Graziele Adrieli Rodrigues Pires<sup>1</sup> 

Maria Aparecida Salci<sup>1</sup> 

Lígia Carreira<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** conhecer as necessidades de saúde dos idosos que tiveram a Covid longa e o acesso ao sistema de saúde para atender essas demandas.

**Método:** estudo qualitativo exploratório, realizado com 41 idosos que tiveram Covid-19 no ano de 2020 e apresentaram sintomas residuais após 18 meses da infecção. A coleta de dados ocorreu entre fevereiro e julho de 2022 por meio de entrevistas semiestruturadas via telefone. Na análise foram utilizadas as técnicas de codificação inicial e focalizada e a base conceitual se fundamentou no atributo “Acessibilidade” da Atenção Primária à Saúde.

**Resultados:** na análise dos resultados emergiram quatro categorias: Compreendendo a necessidade de atendimento profissional; Reconhecendo as demandas que levaram os idosos a buscar o serviço de saúde; Percebendo a disponibilidade dos serviços; e Analisando a capacidade de pagamento.

**Conclusão:** a população idosa desenvolveu demandas específicas de saúde relacionadas à Covid longa, e os serviços de saúde público e privado possuem heterogeneidade quanto à abordagem dessa nova condição, uma vez que o atendimento pautado em diretrizes propostas por órgãos oficiais não é unânime nos serviços públicos, privados e Operadoras de Plano de Saúde.

**DESCRIPTORIOS:** Covid-19. Síndrome pós-covid-19 aguda. Saúde do idoso. Atenção primária à saúde. Acesso aos serviços de saúde.

**COMO CITAR:** Cavalaro JC, Gallo AM, Derhun FM, Marques FRDM, Baccon WC, Pires GAR, Salci MP, Carreira L. Necessidades de saúde dos idosos frente à covid longa e o acesso aos serviços de saúde. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2023 [acesso MÊS ANO DIA]; 32:e20230088. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0088pt>

# AGED PEOPLE'S HEALTH NEEDS IN THE FACE OF LONG COVID-19 AND ACCESS TO HEALTH SERVICES

## ABSTRACT

**Objective:** to understand the health needs of aged people who had long Covid-19 and details about access to the health system to meet these demands.

**Method:** an exploratory and qualitative study carried out with 41 aged individuals who had Covid-19 in 2020 and presented residual symptoms 18 months after the infection. Data collection took place between February and July 2022 through semi-structured interviews via telephone calls. In the analysis, initial and focused coding analytical techniques were used and the conceptual basis was grounded on the Primary Health Care "Accessibility" attribute.

**Results:** four categories emerged when analyzing the results, namely: Understanding the need for professional care; Recognizing the demands that led aged people to seek health services; Understanding availability of the services; and Analyzing payment capacity.

**Conclusion:** the aged population has developed specific health demands related to long Covid-19, and public and private health services are heterogeneous in their approach to this new condition, as care based on guidelines proposed by official bodies is not unanimous in public and private services and Health Plan Operators.

**DESCRIPTORS:** Covid-19. Acute post-covid-19 syndrome. Older adults' health. Primary health care. Access to health services.

## REQUERIMIENTOS DE SALUD DE ADULTOS MAYORES FRENTE A COVID-19 PROLONGADO Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

### RESUMEN

**Objetivo:** averiguar las necesidades de salud de los adultos mayores que tuvieron Covid-19 prolongado y detalles del acceso al sistema de salud para suplir estos requerimientos.

**Método:** estudio cualitativo y exploratorio realizado con 41 adultos mayores que tuvieron Covid-19 en 2020 y presentaron síntomas residuales 18 meses después de la infección. La recolección de datos tuvo lugar entre febrero y julio de 2022 por medio de entrevistas telefónicas semiestructuradas; en el análisis se utilizaron las técnicas analíticas de codificación inicial y focalizada y la base conceptual se fundamentó en el atributo "Accesibilidad" de la Atención Primaria de la Salud.

**Resultados:** surgieron cuatro categorías en el análisis de los resultados, a saber: Comprender la necesidad de atención profesional; Reconocer los requerimientos que llevaron a los adultos mayores a procurar un servicio de salud; Percibir la disponibilidad de los servicios; y Analizar la capacidad de pago.

**Conclusión:** la población anciana desarrolló requerimientos de la salud específicos relacionados con Covid-19 prolongado y los servicios de salud públicos y privados presentan cierta heterogeneidad en relación al enfoque de esta nueva condición, puesto que la atención basada en directrices propuestas por órganos oficiales no es unánime en los servicios públicos, privados y de Operadoras de Planes de Salud.

**DESCRIPTORES:** Covid-19. Síndrome post-covid-19 agudo. Salud de la tercera edad. Atención primaria de la salud. Acceso a servicios de salud.

## INTRODUÇÃO

No fim do ano de 2019 foi registrado o primeiro caso de uma pneumonia causada pelo vírus SARS-CoV-2, que possui alta transmissibilidade e morbimortalidade, culminando em uma pandemia. Tal evento gerou preocupações com não apenas a fase aguda da Covid-19, mas também com suas consequências a médio e longo prazo<sup>1</sup>.

Em sua fase aguda, a Covid-19 traz manifestações sistêmicas que variam entre a ausência de sintomas, sintomas leves, moderados ou graves. Estes afetam diversos sistemas, podendo gerar incapacidades na pessoa infectada e até levar a óbito. Ao longo do tempo, foram evidenciados sintomas residuais à fase aguda que por vezes perduram desde o início da infecção e, por outras, somem por completo e reaparecem após cerca de 12 semanas (três meses), sem algum diagnóstico alternativo que os justifique, sendo essa condição nomeada de Covid longa<sup>1-2</sup>.

A identificação da Covid longa é um processo dinâmico, que possui determinantes intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo. Isso traz grandes desafios ao serviço de saúde, pois está diretamente relacionado à gravidade da doença na fase aguda, às condições crônicas preexistentes, idade do paciente, medidas de tratamento tomadas durante as primeiras quatro semanas de infecção e ao tempo de detecção dos sintomas tardios; além da ausência de protocolos oficiais que padronizem a avaliação e a definição desta condição<sup>3</sup>.

A população idosa foi considerada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como grupo de risco para a Covid-19, devido à inevitabilidade do processo da imunossenescência – debilidade progressiva do sistema imunológico – que traz maior vulnerabilidade a infecções, doenças crônicas não transmissíveis e o conseqüente aumento de sua morbimortalidade<sup>4</sup>. Com isso, ao ponderar as consequências da Covid-19, os longevos desenvolveram demandas de saúde que anteriormente não possuíam, sendo eventualmente incapacitantes e que necessitam de cuidados específicos<sup>5</sup>.

O Brasil possui um sistema de saúde duplicado, ou seja, operacionalizado tanto pelo sistema público, quanto pela saúde suplementar (planos de saúde e atendimento particular ofertado mediante pagamento de mensalidade e/ou por atendimento). Estes coexistem e permitem à população o atendimento concomitante, conforme suas preferências e possibilidades financeiras, sem se anular entre si, proporcionando maior variedade de profissionais e serviços disponíveis<sup>6</sup>.

Habitualmente, os idosos fazem uso do sistema de saúde de forma mais frequente em relação aos adultos, principalmente, devido às multimorbidades que necessitam de acompanhamento periódico. Com o advento da Covid-19 e da Covid longa, houve um aumento da busca aos serviços, trazendo à tona o atributo da Acessibilidade da Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>7</sup>.

AAPS é o nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) que representa a principal porta de entrada do usuário aos serviços de saúde, fornecendo atenção à pessoa de maneira integral, no intuito de atender às necessidades de saúde em sua completude, coordenando e orientando os demais níveis de atenção<sup>8</sup>. Para que o atendimento destas necessidades ocorra de forma sistematizada, foram descritos quatro atributos essenciais que guiam o planejamento da assistência: acessibilidade ou acesso de primeiro contato; coordenação do cuidado; longitudinalidade; e integralidade<sup>9</sup>.

O atributo da Acessibilidade, ou acesso de primeiro contato, envolve o fornecimento de serviços acessíveis com capacidade tanto física quanto de atenção, ou seja, um local de fácil acesso para as pessoas e onde possam obter atendimento inicial em relação às suas necessidades de saúde. Este conceito de acesso é um importante aliado na redução da morbimortalidade, visto que a assistência inicial prestada por profissionais da APS, ao invés de especialistas, é mais pertinente na identificação das queixas e traz maior resolutividade ao atendimento<sup>8-9</sup>.

Esse modelo de atenção, no Brasil, é operacionalizado em grande parte pelo SUS, porém, cada vez mais, algumas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) estão reproduzindo, mesmo que

parcialmente, este modelo da APS no atendimento aos usuários. Dessa forma, as demandas de saúde são trazidas pelos usuários tanto no âmbito do serviço público, quanto privado – mesmo em casos em que o serviço privado utiliza a abordagem padrão (demanda espontânea) e não adota o modelo de atenção primária<sup>8</sup>.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de produzir informações sobre as consequências da Covid longa para a saúde das pessoas idosas e sobre o acesso aos serviços públicos e privados de saúde, uma vez que são escassos os estudos nesta temática. Até o momento, as pesquisas brasileiras sobre Covid longa são de abordagem quantitativa, que trazem achados sobre os sintomas persistentes ou qualidade de vida<sup>10-14</sup>.

Nenhum estudo brasileiro que tenha analisado qualitativamente a experiência de conviver com a Covid longa e o acesso aos serviços de saúde foi identificado, o que sinaliza a necessidade de explorar essa temática e dar voz às pessoas acometidas. Uma vez que as investigações qualitativas buscam compreender significados, ações e a inter-relação humana, a subjetividade dos participantes e pesquisadores é parte do resultado e influenciada pelos seus contextos sociais, históricos, locais e interacionais<sup>15</sup>.

Sendo assim, reforça-se a justificativa de ampliar a produção de estudos qualitativos sobre a Covid longa em diferentes cenários brasileiros, apresentando distintas bases epistemológicas, para gerar resultados que possibilitem a melhoria da organização dos serviços de saúde, com acesso equitativo, implementação de ações qualificadas, e que atendam às necessidades de saúde dos idosos com Covid longa.

Neste contexto, o objetivo deste estudo foi conhecer as necessidades de saúde dos idosos que tiveram Covid longa e o acesso ao sistema de saúde para atender essas demandas. E, como pergunta de pesquisa: “como os serviços de saúde estão atendendo as demandas geradas pelas necessidades de saúde trazidas pelos idosos na Covid longa?”

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, realizada com idosos moradores do Estado do Paraná que tiveram o diagnóstico de Covid-19 confirmado no ano de 2020, com sintomas relacionados à Covid longa por até 22 meses após a fase aguda da doença.

A base conceitual se fundamentou no atributo “Acessibilidade” da APS, que é o elemento estrutural na primeira atenção ao indivíduo, popularmente chamada de “porta de entrada”<sup>9</sup>. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, conforme determinado pela *Red Equator*, seu desenvolvimento seguiu a lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para maior qualidade e confiabilidade do percurso<sup>16</sup>.

O Estado do Paraná está localizado na Região Sul brasileira, com população de aproximadamente 11,6 milhões de habitantes, sendo que a população idosa representa cerca de 1,8 milhão, correspondendo a 15,9% do total de habitantes. O sistema de saúde paranaense possui serviços de saúde em todos os níveis de complexidade previstos no SUS, com fluxo de atendimento organizado em quatro macrorregionais e 22 regionais de saúde<sup>17-18</sup>.

Foram considerados elegíveis para esta pesquisa 104 idosos, selecionados intencionalmente no banco de dados da Coorte/Covid Paraná Universidade Estadual de Maringá (UEM) (ao qual este estudo e os autores estão vinculados), de pessoas acompanhadas por 18 meses após a infecção aguda da doença e que permaneciam com sintomas relacionados à Covid longa. Os participantes desta coorte foram selecionados das bases “Notifica Covid-19 Paraná”, onde houve o registro dos casos leves, e o “Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Influenza (SIVEP-Influenza)”, para os casos moderados e graves da Covid-19. Entretanto, para o acesso aos dados sensíveis (nome completo e relacionados à identificação, documentos pessoais, endereço e telefone), os mesmos

foram cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Paraná para o desenvolvimento do projeto da Coorte.

Os critérios elegibilidade foram: terem idade igual ou maior que 60 anos, positivados com SARS-CoV-2 por RT-PCR (diagnosticados com Covid-19) no ano de 2020, notificados nas bases de dados supracitadas, residentes no Estado do Paraná, e com a persistência de sintomas após 18 meses atribuídos à Covid longa. Em situações em que os idosos apresentavam condições limitantes relacionadas à cognição e fala, o cuidador principal foi o respondente da entrevista. Foram excluídos do estudo idosos que, ao contato telefônico, os pesquisadores obtiveram informação de óbito.

A classificação da gravidade da Covid-19 em sua fase aguda foi feita com base no local de tratamento, atribuindo os casos leves ao tratamento ambulatorial, moderados à internação na enfermaria e graves quando houve encaminhamento à Unidade de Terapia Intensiva (UTI)<sup>19</sup>.

A amostra foi atingida com 41 idosos. Esse número foi determinado pela saturação teórica, que é um método sistematizado usado para determinar a quantidade de participantes em um estudo qualitativo com base no conhecimento do pesquisador, mensurado pela associação entre o tópico de estudo e o objeto a ser estudado<sup>20</sup>.

As entrevistas foram realizadas via chamada telefônica, gravadas no próprio dispositivo telefônico tipo *smartphone*, com utilização do aplicativo *android* CubeACR®. Em uma única ligação, os idosos foram convidados a participar do estudo e entrevistados sequencialmente. De início foi realizada a identificação do entrevistador, o convite à pesquisa e o aceite verbal do participante, seguido da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi encaminhado ao participante, de acordo com seu interesse, via correio convencional ou eletrônico. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas na íntegra e conferidas em relação ao teor e fidelidade de transcrição.

A coleta de dados aconteceu entre os meses de fevereiro e julho de 2022, período que compreendeu 18 meses após a fase aguda da doença. E, para tanto, foi utilizado um roteiro semiestruturado de entrevista qualitativa composto por duas partes. A primeira parte de caracterização sociodemográfica, com a coleta informações objetivas como sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, gravidade da Covid e local de tratamento, município de moradia e de internação. A segunda parte incluiu questões abertas que guiaram o entrevistador para o recolhimento sistematizado de dados subjetivos que respondiam aos objetivos da pesquisa, como: conte-me como está/ficou a sua saúde depois que teve Covid-19. Como você tem lidado com a sua saúde depois que teve Covid-19? Depois que teve Covid-19, você precisou utilizar algum serviço de saúde para atender às suas novas condições de saúde? Se sim, por quê? Se não, por quê?

Na exposição dos resultados, as falas foram editadas sem interferência em seu conteúdo e codificadas com a letra "E" (entrevistado), numeração arábica sequencial em relação à ordem da realização das entrevistas e local de tratamento (ambatório (amb.), enfermaria (enf.) e/ou UTI).

Os dados foram analisados concomitantemente à coleta, utilizando as técnicas analíticas de codificação inicial e focalizada, conforme o referencial metodológico adotado,<sup>21</sup> e para suporte à análise utilizou-se o *software* MAXQDA® 2022 (licença nº 333214973), que possibilitou a exploração de dados qualitativos em profundidade.

Para a codificação inicial foi realizada uma avaliação minuciosa dos fragmentos das entrevistas e, a partir da familiarização do pesquisador, a criação de códigos provisórios. Na sequência foram agrupados os conceitos mais referidos pelos entrevistados, compondo as categorias provisórias. Para a codificação focalizada, os códigos mais recorrentes sustentaram a criação dos códigos fonte, e deles emergiram as categorias com os fenômenos do estudo<sup>21</sup>.

Pela perspectiva da base referencial adotada, o atributo da acessibilidade da APS<sup>9</sup>, para que as necessidades fossem conhecidas dentro de um contexto sem precedentes como o da Covid longa, a adoção da técnica analítica concomitante foi imprescindível, uma vez que os dados são ao

mesmo tempo produto e produtores de novas informações, por meio de um processo dinâmico de dedução, indução e verificação, além de serem submetidos a refinamentos de modo constante, por questionamentos, tornando a explicação teórica cada vez mais densa<sup>21</sup>.

Este estudo cumpriu todas as exigências das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que regula as pesquisas envolvendo seres humanos, e foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Estado da Saúde e, também, pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo, 41 idosos (houve três casos em que as perguntas foram respondidas pelo cuidador principal), destes, 22 do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com maior representação na faixa etária de 60-69 anos. Prevaleceu entrevistados casados (n=30), com ensino fundamental incompleto (n=15), renda familiar entre um e dois salários mínimos (n=13) e que não receberam auxílio financeiro do governo (n=35). O mês de infecção mais notificado foi dezembro, seguido de julho e agosto do ano de 2020, com 16, seis e cinco notificações, respectivamente.

Ao considerar o tipo de serviço, 29 usaram o SUS exclusivamente e 12 referiram possuir plano de saúde, utilizando de forma mista os serviços. Sobre a gravidade da Covid-19 em sua fase aguda, a maior parte teve intensidade moderada com tratamento na enfermaria (n=17), seguida de 13 pacientes que fizeram tratamento ambulatorial (casos leves) e 11 que desenvolveram a forma grave da doença, necessitando tratamento em UTI. Os casos notificados estão distribuídos ao longo de 13 regionais de saúde e 25 municípios do Estado do Paraná, com predomínio nas cidades de Curitiba, Maringá e Londrina.

Os serviços de saúde procurados se distribuíram entre serviço público, plano de saúde e privado. Ao analisar as entrevistas, emergiram quatro categorias a serem discutidas neste estudo, sendo elas: Compreendendo a necessidade de atendimento profissional; Reconhecendo as demandas que levaram os idosos a buscar o serviço de saúde; Percebendo a disponibilidade dos serviços; e Analisando a capacidade de pagamento.

### Compreendendo a necessidade de atendimento profissional

Esta demonstra a emersão de alguns fatores que sugerem a busca ou não do serviço de saúde por parte da pessoa idosa, ou seja, a autoavaliação do estado de saúde ocorreu no âmbito individual e domiciliar, com trechos que demonstram a tentativa de manejo domiciliar do sintoma: *[...] eu fiquei com muitos problemas depois do Covid, [...] estou com uma depressão muito grande. Eu fiquei com muita dor muscular, uma hora dói a mão, outra hora a virilha, cada hora é uma coisa diferente, mas eu tomo um chazinho e estou levando (e15; UTI). [...] mas eu acho que as dores igual eu te falei, cada pouco de dia tem que está tomando um remedinho, porque o corpo dói muito, mas no geral pode considerar normal, nada assim que tenha ficado de sequela pesada não. Graças a Deus não (e38; enf.).*

Os sintomas percebidos impactam diretamente na autonomia do idoso. Além disso, identificaram-se alguns fatores culturais relacionados à idade, nas falas: *[...] ah, aquelas coisas, né? Não está assim como era antigamente. Sempre tem uma fraqueza. Aí, depois tem um pouco de esquecimento, mas eu acho que é normal, é da idade mesmo que está chegando (e34; amb.). [...] a minha esposa fala que eu fiquei mais lento, que a minha mente ficou mais lenta, mas eu não fui ao médico ainda para saber se isso é devido à Covid, eu acho que é devido à labirintite. Esquecimento e essas coisas eu acho que é por conta da idade avançada (e26; enf.).*

## Reconhecendo as demandas que levaram os idosos a buscar o serviço de saúde

Além das manifestações gerais, foi evidenciado o surgimento de demandas permanentes e dependentes de cuidado periódico associadas à Covid longa: [...] só que me deu artrite reumatoide. E o que está mais me incomodando agora é isso [...] *o (médico) do pulmão e a reumatologista que acham que já ia me dar mesmo. Só que a covid-19 antecipou* (e10; enf.).

Além dessas, também surgiram falas acerca de problemas pontuais, por vezes graves, que foram atrelados à Covid longa e precisaram de intervenção: [...] *não, não, depois de um ano (da covid-19), eu comecei sentir dor na perna, no calcanhar, aí saiu uma bola vermelha do lado na canela. Daí eu procurei um médico, não conseguia pisar. Então mandaram fazer o exame, e deu trombose* (e12; UTI).

## Percebendo a disponibilidade dos serviços

Nesta categoria, pudemos perceber que o acompanhamento da Covid longa foi praticado tanto pelas OPS e atendimentos particulares, quanto pelo SUS. Consultas individuais aos idosos com profissionais generalistas de maneira presencial ocorreram com maior frequência logo após a fase aguda e aumento do intervalo, conforme o estado de saúde foi progredindo, sendo por vezes consultas ou prestação de cuidados no domicílio e/ou consultório, com realização de exames laboratoriais e de imagem, como destacado: [...] *eu fiz um acompanhamento (via plano de saúde) mais próximo de 2 a 3 meses, quando eu saí do hospital. Depois, fiz alguns exames, aquela espirometria, [...] agora ela (a médica) passou a cada 6 meses só, o último que eu fiz, ela disse que estava OK, então eu não mantive mais. Ela falou para não ir mais direto, tanto é que a fisioterapia também, ela me dispensou [...]* (e1; UTI). [...] *passei por uns médicos muito atenciosos do postinho que a gente frequenta e foi tudo pelo SUS [...] fiz todos exames e deu tudo bom [...]* (e36; enf.).

Houve casos em que os idosos referiram uso do plano de saúde pelo fato de possuírem acesso a tal serviço já de longa data, e na intenção de desafogar o atendimento do serviço público: [...] *eu tenho plano de saúde, o SUS já estava assim, digamos, abarrotado, né, de gente que não tem plano [...] mas, como eu tenho plano, eu usei o plano, para até deixar o SUS trabalhar, estava superlotado [...]* (e33; UTI).

Identificaram-se relatos de tentativa de uso das OPS, porém houve indisponibilidade das mesmas, então, foram procurados tanto os serviços particulares quanto o SUS: [...] *não, foi particular, porque, na verdade, ela tem convênio, mas o hospital que atendia, que era o único que atendia no município nessa época, não atendia pelo convênio dela, então ela ficou internada particular, a gente pagou tudo* (e25; enf., respondido pela filha). [...] *porque eu já tinha ido no (plano de saúde) e não conseguiram me diagnosticar e eu fui na UPA e eles diagnosticaram positivo [...]* (e40; enf.).

Além disso, surgiram relatos tanto da disponibilidade total do SUS para o atendimento a todas as demandas que apareceram, quanto sobre momentos em que ocorreram limitações e indisponibilidade do serviço público de saúde para o atendimento das necessidades emergidas de alguns idosos, os quais recorreram ao serviço privado: [...] *e está marcado para semana que vem uma ressonância magnética pela dor na perna [...]* *Foi pelo SUS que eu fiz a consulta e vou fazer o exame [...] foi rápido* (o atendimento) (e17; amb.). [...] *se eu fosse esperar pelo SUS, olha, até hoje eu estava sem fazer, [...] aqui na minha cidade demora muito. Aí, eu tenho outra filha. E ela me deu força. Eu fiz pela clínica particular, lá tem um desconto bem bom.* (e7; amb.).

## Analisando a capacidade de pagamento

Ao avaliar as falas, foi exposto que houve tanto a necessidade de gastos diretos com medicamentos e serviços particulares, bem como planos de saúde, incluindo os custos com

mensalidade: [...] *eu estou endividada de tanto que gastei, não tem mais o que gastar [...] É, por causa do estômago, essa perna não tem mais jeito, meu Deus do céu [...] Então, estou esperando ver se eu pego um dinheiro para eu poder fazer um ultrassom, ou uma ressonância (e31; amb.). [...] o meu plano é coparticipação. Então, depende do mês, eu gasto, além do valor que eu pago de mensalidade [...] Mas eu tenho um gasto, em média, de oitocentos, novecentos reais, aproximadamente, já com o plano incluso (e16; enf.).*

Por outro lado, também houve a expressão de agradecimento e valorização à atuação do SUS, com alegações de incapacidade financeira de custear um tratamento de qualidade: [...] *e eu agradeço ao SUS que cuidou de mim e, se não fosse o SUS, eu não teria condições de ter um tratamento adequado, porque a situação financeira não compete para isso, e eu sei que internamento pago é caro, então eu agradeço muito (e38; enf.).*

*Foi tudo pelo SUS mesmo, todos os atendimentos [...] Graças a Deus, eu tive sorte, porque eles me atenderam, fui ali ontem, já vi ali ontem, fiz os exames e vou ter o resultado, então eu não posso me queixar (e32; amb.).*

Vale ponderar que os idosos direcionaram-se aos profissionais já atuantes e com quem já estavam familiarizados, e tal procura, grande parte das vezes, foi conduzida pelo conhecimento do próprio paciente acerca de suas necessidades e também do serviço de saúde como um todo.

## DISCUSSÃO

O presente estudo buscou conhecer as necessidades de saúde dos idosos que tiveram a fase aguda da Covid-19 no ano de 2020 e desenvolveram Covid longa cerca de 18 meses após, e de que forma a demanda específica gerada por eles está sendo atendida pelo sistema de saúde do Estado do Paraná.

A cada nova necessidade de saúde que surge devido a uma condição pouco conhecida, desponta uma nova demanda de reorganização do fluxo de pacientes, indicadores de saúde e da promoção ou recuperação da qualidade de vida da população a partir desta nova circunstância – evidenciando a importância do atributo essencial de acessibilidade ao serviço de saúde; além do compromisso contínuo com a educação em saúde da comunidade<sup>9</sup>.

Dessa forma, ao considerar as consequências da Covid longa, os pacientes tiveram dificuldade em gerenciar as múltiplas demandas advindas do desequilíbrio trazido pela doença, em divergência com as vivências experimentadas anteriormente<sup>22</sup>.

A gravidade da doença não está relacionada diretamente como fator determinante ou condição para o prolongamento dos sintomas, no entanto, pacientes que tiveram a forma grave da doença em sua fase aguda com internamento em UTI, idosos, transplantados, imunodeprimidos e com comorbidades pré-existentes são os grupos com maiores números de permanência de sintomas<sup>23</sup>.

Para além dos sintomas trazidos pela condição da Covid longa, na população idosa existe uma prevalência significativa de distúrbios neurocognitivos que culminam em declínio cognitivo. Estes são associados a alterações fisiológicas já esperadas no processo de senescência, mas, por vezes, são sintomas patológicos mascarados pela normalização dos mesmos como inerentes ao envelhecimento, com a consequente falta de investigação e tratamento adequado<sup>24</sup>. Este estudo também apontou que os sintomas e as dúvidas dos idosos estão relacionados à compreensão do que é esperado ou não em cada momento.

Dentre suas diversas características, o declínio cognitivo patológico faz com que os idosos sejam resistentes a mudanças em sua rotina devido à dificuldade de adaptação, acarretando em comportamentos de relutância, introvertidos, depressivos e ansiosos<sup>24</sup>. Somado a isso, existem as sequelas neurológicas, consideradas entre as mais comuns, que a própria Covid longa traz, com sintomas como demência, depressão, ansiedade e transtorno de humor e/ou atenção, que podem



agravar ainda mais o quadro de relutância na procura do serviço de saúde e, por vezes, mesmo em casos em que sua autonomia acabe prejudicada<sup>25</sup>.

A busca dos idosos com Covid longa por atendimento especializado não seguiu uma ordem linear,<sup>22</sup> se deu de forma desregrada, a partir de diversos fatores relacionados às limitações físicas, emocionais e sociais. Entretanto, o conhecimento prévio dos idosos, proveniente do senso comum acerca de tratamentos caseiros, muitas vezes, faz com que eles procurem remediabilidade artesanal anteriormente à procura do serviço de saúde, e isso se dá devido à fácil obtenção das plantas para o chá, baixo custo e conhecimento repassado por gerações<sup>26</sup>.

Embora haja estudos em andamento para investigar a Covid longa em si, não foram estabelecidos critérios de desenvolvimento desta condição e muito menos uma forma de preveni-la. Características como sexo, idade, etnia, sexo, grau de intensidade na fase aguda e presença ou não de comorbidades não são suficientes para determinar o progresso ou não dos seus sintomas<sup>25</sup>. Manifestações gerais na Covid longa como cefaleia, queda capilar, fadiga, dispneia, tosse persistente, artralgia (dor nas articulações), tremores, dor no peito, e alterações de olfato e paladar estão presentes em grande parte dos pacientes que referem a persistência de um ou mais sintomas<sup>23</sup>.

Porém, há relatos de situações mais específicas e com menor incidência, que aconteceram devido à contaminação pelo novo coronavírus, ou foram antecipadas pelo mesmo<sup>25,27</sup>. Houve idosos que mencionaram a procura do serviço para tratamento e acompanhamento de Herpes Zoster, Artrite Reumatoide, Trombose Venosa Periférica, tremores, insônia, inflamação do nervo ciático, condições crônicas que passaram a ser decorrentes da Covid longa e necessitam do acompanhamento periódico para seguimento do tratamento e estabilização do quadro<sup>28</sup>.

No contexto da pandemia foi necessária uma reorganização das estratégias de enfrentamento dos sistemas de saúde público e privado, desde a criação de novos fluxos de atendimento de urgência e emergência específicos para a Síndrome Gripal (SG) e a SRAG causadas pelo SARS-CoV-2, enfermarias e UTIs respiratórias, até reformulações na própria APS, com aprimoramento do uso de tecnologias leves pelos profissionais e inovação dos métodos de gestão do cuidado que se adaptassem a esta nova realidade<sup>29</sup>.

Diversos protocolos foram sistematizados para a organização do sistema de saúde pública na fase aguda da COVID-19, porém não houve protocolos oficiais que guiassem tal acompanhamento na fase crônica, uma vez que, na Covid longa, as pessoas desenvolveram necessidades e demandas de saúde que o serviço não estava suficientemente preparado para acolher e acompanhar<sup>30</sup>.

O estabelecimento da Covid longa, por si só, já traz desafios ao serviço de saúde, pois é um processo extremamente individualizado e possui diversas variáveis a serem consideradas, como o tempo após a fase aguda, principais sintomas desenvolvidos (ou que permaneceram), associação ou não de comorbidades, medidas utilizadas para o tratamento da fase aguda, idade, sexo, acesso ao serviço, dentre várias outras<sup>3</sup>.

Por se tratar de um país de território continental, o Brasil possui uma grande heterogeneidade acerca do atendimento em saúde, por isso, o SUS dá às unidades federativas autonomia para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento que correspondam à sua própria realidade e, na ausência de protocolos emitidos por órgãos oficiais em nível nacional, as Secretarias de Saúde dos Estados confeccionaram seus protocolos de atendimento à Covid longa<sup>31</sup>.

A Secretaria de Saúde do Estado do Paraná emitiu, em agosto/2021, a Nota Orientativa nº 06/2021, revisada em outubro/2021, nomeada: "Orientações sobre o Manejo e Acompanhamento da Síndrome Pós-Covid". Esta traz informações sobre a transmissão do vírus, contextualização acerca da fase aguda da Covid-19 e tempo de isolamento nesta fase, orientações sobre Síndrome Pós-Covid propriamente dita e sugestões de exames complementares e manejo clínico dos sintomas mais comuns e, por fim, diretrizes para a APS e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)<sup>32</sup>.

No que concerne às competências vinculadas à APS, a nota orientativa diz que, quando a pessoa passou por internamento hospitalar, a transição do cuidado deve ser realizada na APS por meio do preenchimento do “Plano de Cuidado Integrado – Atenção Hospitalar para a APS (Plano de Alta)” e o usuário deve ser acolhido integralmente em suas demandas, considerando, sobretudo, o escopo de reabilitação na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da sua moradia e, se necessário, o médico da ESF deve realizar o encaminhamento à AAE<sup>32-33</sup>.

Tais orientações realizadas são sugeridas para pessoas que passaram por internamento hospitalar, em enfermaria ou UTI; para os casos de tratamento ambulatorial a Nota Orientativa nº 06/2021 não traz quais condutas devam ser adotadas. A Secretaria de Saúde de Minas Gerais emitiu o “Guia de Manejo Pós-Covid-19”, com instruções semelhantes para o paciente pós-alta hospitalar, acrescidas de instruções aos casos ambulatoriais.

Dessa forma, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) passam a ser peça-chave na captação destes usuários e são responsáveis por criar a ponte paciente-UBS. O ACS deve identificar os pacientes com Rt-PCR positivo para SARS-CoV-2 em sua área de abrangência e, por meio da Visita Domiciliar ao fim da quarentena, realizar uma breve escuta ativa para identificar possíveis sinais de Covid longa neste indivíduo e encaminhá-lo à UBS de referência<sup>34</sup>.

No ano de 2020, o problema de saúde pública causado pela Covid-19 foi abordado pelo Ministério da Saúde com a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN - fev./2020), trazendo, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o protagonismo de ativação de Centro de Operações de Emergência à Covid-19 (COE-Covid). Com isso, foram criados diversos atos normativos de enfrentamento à pandemia, inclusive a integração dos serviços de saúde pública e privado<sup>35</sup>.

Dessa maneira, iniciou-se um novo modelo de apoio do Estado à saúde suplementar, sendo qualificado como complementaridade invertida, onde o setor público fez a compra de serviços privados, a realização de parcerias nas gestões hospitalares, contratação de organizações sociais para a execução dos serviços, e criação de modelos filantrópicos para a assistência à saúde – todos gerenciados pelo setor bancário financeiro<sup>29</sup>.

Tal aquisição foi realizada no sentido de complementar a força de trabalho, estrutura, insumos e recursos, para que o sistema de saúde tivesse condições de atender à grande demanda de pessoas que surgiu de maneira tão abrupta<sup>29</sup>. Porém, as medidas de contingenciamento da pandemia limitaram-se ao atendimento à fase aguda da Covid-19, com poucos registros do serviço privado quanto à assistência aos sintomas persistentes e à Covid longa<sup>35</sup>.

Quanto à atuação das OPS no atendimento à Covid longa no Estado do Paraná, estas não publicaram digitalmente seus protocolos e/ou fluxo de atendimento destinados a estes pacientes em específico. Porém existem registros de acompanhamento via remota destes pacientes no período pós-Covid utilizando-se da tecnologia da telemedicina, onde os usuários realizam a procura de assistência via mensagens instantâneas (*WhatsApp*) ou chamadas de vídeo com os médicos, no intuito de sanar dúvidas e/ou registrar queixas de sintomas<sup>36</sup>.

É sabido que as OPS possuem uma lógica de funcionamento centrada no acúmulo de capital, com cuidado fragmentado e atenção reativa, episódica e uniprofissional, e não necessariamente no comprometimento com a qualidade da assistência prestada – apesar de possuir melhor desempenho relacionado à capacidade de resposta, esforço e disponibilidade. Esse modelo de assistência barra a possibilidade da prestação do cuidado adequado às condições crônicas que requerem acompanhamento e planejamento a médio e longo prazo<sup>6,37</sup>.

Anteriormente à pandemia, as OPS já vinham sofrendo redução no número de beneficiários devido a um quadro de desaceleração de empregos formais e recuo econômico e, durante o período pandêmico, as desigualdades sociais e econômicas ficaram ainda mais escancaradas no país<sup>29,33</sup>.

Devido à superlotação do SUS, houve pessoas que buscaram os serviços das OPS e/ou privados para a realização de exames e consultas, na tentativa de acelerar o processo de diagnóstico e tratamento da Covid longa, o que causou impacto financeiro não programado – sem deixar também de citar os planos que possuem coparticipação, que tiveram aumento de uso e, conseqüentemente, aumento no gasto financeiro do beneficiário<sup>6,29</sup>.

Existente há pouco mais de três décadas, o SUS vem sendo cronicamente subfinanciado ao longo do tempo, tendo perdido o equivalente à metade dos recursos financeiros que detinha na sua criação. Apesar disso, a marca de óbitos durante a pandemia teria sido muito maior se não houvesse este sistema de saúde universal, já que grande parte dos usuários não poderiam custear, por si sós, um tratamento de qualidade; e, agora, no tratamento da Covid longa, o SUS tem focado não só no fortalecimento de capacidade hospitalar e atendimentos de urgência, mas também em ações coletivas e individuais de saúde, visando ao enfrentamento, acompanhamento e superação desta fase tardia decorrente da Covid-19<sup>38</sup>.

A ausência de padronização de protocolos em conformidade com parâmetros técnico-científicos instituídos e acatados pela comunidade científica, na condução de atendimento ao paciente com Covid longa, representa, de certo modo, uma funcionalidade desarmônica entre os serviços públicos, privado e OPS, fazendo com que as demandas trazidas pelos idosos sejam conduzidas de formas particulares e incomunicáveis. O serviço público tem seus atendimentos pautados nas diretrizes propostas pelos órgãos oficiais – porém, de forma singularizada de acordo com o local e as necessidades regionais e o serviço particular e OPS conduzem de maneira autônoma, regendo-se por meio de protocolos próprios<sup>38</sup>.

Como limitação deste estudo, podemos pontuar o fato de que foi realizada a investigação apenas em um estado brasileiro, o que pode trazer contrastes em relação a outras regiões do país, tanto positivos quanto negativos, devido à grande variação de realidades encontradas; além da dificuldade de acesso a informações sobre como as OPS atuam frente à Covid longa, o que impede a criação de um panorama geral fidedigno.

## CONCLUSÃO

A Covid longa trouxe consigo demandas de saúde específicas na população idosa e que requerem acompanhamento integral, universal e equitativo, necessitando de planejamento individualizado a médio/longo prazo, com uma característica de população que não existia anteriormente. Os serviços de saúde possuem heterogeneidade de abordagem à Covid longa e faz-se importante apontar a necessidade de produção de um protocolo de atenção à pessoa idosa com Covid longa direcionado ao acompanhamento por parte dos órgãos oficiais, orientando os profissionais de saúde em um fluxo de atendimento mais diretivo, ainda que dentro das particularidades regionais, uma vez que o atendimento pautado em diretrizes propostas por órgãos oficiais não é unânime nos serviços públicos, privados e OPS.

## REFERÊNCIAS

1. van Kessel SAM, Hartman TCO, Lucassen PLBJ, van Jaarsveld CHM. Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: A systematic review. *Fam Pract* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Nov 12];39(1):159-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab076>
2. Fernández-de-las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Gómez-Mayordomo V, Cuadrado ML, Florencio LL. Defining post-COVID symptoms (post-acute COVID, long COVID, persistent post-COVID): An integrative classification. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Jul 10];18(5):2621. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18052621>
3. Raveendran AV, Jayadevan R, Sashidharan S. Long COVID: An overview. *Diabetes Metabol Syndr Clin Res Rev* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Out 8];15(3):869-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2021.04.007>
4. Rodrigues RAP, Fhon JRS, Lima FM. O cuidado ao idoso na atenção primária à saúde em tempos de COVID-19 [Internet]. Ribeirão Preto, SP(BR): REDESAM; 2021 [acesso 2023 Mar 5]. 296 p. Disponível em: [http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/O\\_cuidado\\_ao\\_idoso\\_na\\_atencao\\_primaria\\_a\\_saude\\_em\\_tempos\\_de\\_covid-19.pdf](http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/ebooks/O_cuidado_ao_idoso_na_atencao_primaria_a_saude_em_tempos_de_covid-19.pdf)
5. Prigol AC, Santos EL. Qualidade de vida do idoso durante a pandemia da Covid-19. *Rev Bras Ciênc Envelhecimento Hum* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Set 5];18(3):45. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v18i3.13548>
6. Sousa NC, Oliveira RR, Salci MA, Carreira L, Rodrigues TFCS, Radovanovic CAT. Aumento nas reclamações de idosos sobre a saúde suplementar no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Dez 11];26 Suppl 3:5123-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.17942019>
7. Galiza FT, Carvalho JMS, Araújo ADDG. Impact of Long COVID on the health of the elderly population. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Set 12];11(1):e952. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v11i1.952>
8. Tesser CD, Norman AH, Vidal TB. Cited ao cuidado na atenção primária à saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde Debate* [Internet]. 2018 [acesso 2022 Set 9];42(spe1):361-78. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s125>
9. Machado GAB, Dias BM, Silva JJ, Bernardes A, Gabriel CS. Avaliação de atributos da Atenção Primária à Saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Fev 10];34:eAPE00973. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>
10. Bonifácio LP, Csizmar VNF, Barbosa-Júnior F, Pereira APS, Koenigkam-Santos M, Wada DT, et al. Long-term symptoms among COVID-19 survivors in prospective cohort study, Brazil. *EID J* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Ago 11];28(3):730-3. Disponível em: <https://doi.org/10.3201/eid2803.212020>
11. Miranda DAP, Gomes SVC, Filgueiras OS, Corsini CA, Almeida NBF, Silva Ra, et al. Long COVID-19 syndrome: A 14-months longitudinal study during the two first epidemic peaks in Southeast Brazil. *Trans R Soc Trop Med Hyg* [Internet] 2022 [acesso 2023 Ago 11];116(11):1007-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/trstmh/trac030>
12. Muraro AP, Rocha R, Boing AC, Oliveira LR, Melanda FN, Andrade ACS. Óbitos por condições de saúde posteriores à COVID-19 no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Ago 10];28(2):331-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023282.16752022>
13. Visconti NRGR, Cailleaux-Cezar M, Capone D, Santos MIV, Graça NP, Loivos LPP, et al. Long-term respiratory outcomes after COVID-19: A brazilian cohort study. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Ago 10];46(1):e187. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/rpsp.2022.187>

14. Oliveira JF, Ávila RE, Oliveira NR, Pereira TL, Souza RP, Molina I. Persistent symptoms, quality of life, and risk factors in long COVID: A cross-sectional study of hospitalized patients in Brazil. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Ago 10];122:1044-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.07.063>
15. Charmaz K, Thornberg R. The pursuit of quality in grounded theory. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Ago 11];18(3):305-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1780357>
16. Souza VRDS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enfermagem* [Internet]. 2021 [acesso 2023 Ago 11];24:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados: Paraná [Internet]. Rio de Janeiro, RJ(BR): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; c2022 [acesso 2022 Set 11]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr.html>
18. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Regionais de saúde [Internet]. Curitiba, PR(BR): A Secretaria; 2022 [acesso 2022 Set 15]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>
19. Salci MA, Carreira L, Facchini LA, Oliveira MLF, Oliveira RR, Ichisato SMT, et al. Post-acute COVID and long-COVID among adults and older adults in the State of Paraná, Brazil: protocol for an ambispective cohort study. *BMJ Open* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Out 5];12(9):61094-103. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061094>
20. Campos CJG, Saidel MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Rev Pesq Qual* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Fev 2];10(25):404-24. Disponível em: <https://doi.org/10.33361/RPQ.2022.v.10.n.25.545>
21. Charmaz K. *Constructing ground theory: A practical guide through qualitative analysis*. London, (UK): Sage; 2014.
22. Bellini LC, Rodrigues TFCS, Sanches RCN, Nitschke RG, Giacom-Arruda BCC, Radovanovic CAT. Daily life of families and Covid-19: In the light of the comprehensive sociology of Michel Maffesoli. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Ago 11];31:e20220184. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0184en>
23. César TPO, Mituiassu AM, Tavares MM, Ambrósio RD, Mello FVM, Medrado Sobrinho AG. Sequelas pós-infecção aguda por SARS-CoV-2: uma revisão de literatura. *Rev Saúde* [Internet]. 2022 [acesso 2022 Out 7];13(2):2-11. Disponível em: <https://doi.org/10.21727/rs.v13i2.3187>
24. Miranda ODO, Menezes EKC, Marrone LCP, Martins MIM. Prevalência de fatores associados à vulnerabilidade em idosos: uma revisão. *Rev Enf Atual In Derme* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 14];95(34):e-021071. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.807>
25. López-León S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda, R, Rebolledo PA, Cuapio A, et al. More than 50 Long-Term effects of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Out 12]:19. Disponível em: <https://doi.org/10.2139/ssrn.3769978>
26. Silva JHS, Lins MAF. Quem tem dor, tem pressa: a influência da mídia sobre a automedicação frente a uma revisão narrativa da literatura. *Rev Multi Sert* [Internet]. 2020 [acesso 2023 Fev 8];2(2):228-35. Disponível em: <https://revistamultisert1.websiteseuro.com/index.php/revista/article/view/256/133>
27. Shanbehzadeh S, Zanjari N, Yassin M, Yassin Z, Tavahomi M. Association between long COVID, functional activity, and health-related quality of life in older adults. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Fev 8];23(1):23-40. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03757-w>
28. Salci MA, Carreira L, Baccon WC, Marques FRDM, Höring CF, Oliveira MLF, et al. Perceived quality of life and associated factors in long COVID syndrome among older Brazilians: A cross:

- Sectional study. *J Clin Nurs* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Fev 8];32(7):16618. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jocn.16618>
29. Correia MVC, Santos VM, Alves, PKL. A mercantilização da saúde no enfrentamento da Covid-19: fortalecimento do setor privado. *Rev Human & Inov* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 7];8(35):71-85. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5358>
  30. Carnut L, Ferraz CB. Necessidades em(de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 7];45(129):451-66. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/3898>
  31. Jorge DCP, Rodrigues MS, Silva, MS, Cardim, LL, Silva NB, Silveira IH, et al. Assessing the nationwide impact of COVID-19 mitigation policies on the transmission rate of SARS-CoV-2 in Brazil. *Epidemics* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 12];35:100465. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.epidem.2021.100465>
  32. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Nota orientativa n. 06/2021: orientações sobre manejo e acompanhamento da Síndrome Pós-Covid [Internet]. Curitiba, PR(BR): A Secretaria; 2021 [acesso 2022 Out 16]. 9 p. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2021-10/Nota%20Orientativa%20n%C2%BA06\\_2021%20%20p%C3%B3s%20COVID%20-%201%C2%AA%20revis%C3%A3o.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-10/Nota%20Orientativa%20n%C2%BA06_2021%20%20p%C3%B3s%20COVID%20-%201%C2%AA%20revis%C3%A3o.pdf)
  33. Marques FRDM, Domingues LF, Carreira L, Salci MA. Reorganização do serviço ambulatorial de referência para condições crônicas durante a pandemia da COVID-19. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2022 [acesso 2023 Abr 4];26:e20210354. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-035>
  34. Brasil, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Guia para manejo pós COVID-19 [Internet]. Belo Horizonte, MG(BR): A Secretaria; 2021 [acesso 2022 Nov 5]. 100 p. Disponível em: [https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/guia\\_manejo\\_pos-covid-21-09-2021.pdf](https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2021/guia_manejo_pos-covid-21-09-2021.pdf)
  35. Duarte MJA, Santos TBS, Andrade LR, Pinto ICM. Delineamentos normativos da contingência hospitalar no enfrentamento da Covid-19 no Brasil. *Cad CEAS* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 10];246(252):18-49. Disponível em: <https://doi.org/10.25247/2447-861X.2021.n252.p18-48>
  36. Marinho A. SUS: o debate em torno da eficiência. 23th ed. Rio de Janeiro, RJ(BR): Fiocruz; 2022.
  37. Marques TRR, Oliveira ER, Santos GC, Ferreira Neto BJ, Ferreira RA. Desempenho das operadoras de planos de saúde: antes e durante a pandemia. *Rev Ambiente Cont* [Internet]. 2023 [acesso 2023 Mar 15];15(1):1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2176-9036.2023v15n1ID28087>
  38. Bousquat A, Akerman M, Mendes A, Louvison M, Frazão P, Narvai PC. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. *Rev USP* [Internet]. 2021 [acesso 2022 Nov 5];1(128):13-26. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.i128p13-26>

## NOTAS

### ORIGEM DO ARTIGO

Extraído da dissertação – Atendimento às necessidades e demandas de saúde de idosos na Covid longa, apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, da Universidade Estadual de Maringá, 2023.

### CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do estudo: Cavalaro JC, Salci MP, Carreira L.

Coleta de dados: Cavalaro JC, Gallo AM, Derhun FM, Baccon WC, Marques FRDM.

Análise e interpretação dos dados: Cavalaro JC, Gallo AM, Derhun FM.

Discussão dos resultados: Cavalaro JC, Gallo AM, Derhun FM, Baccon WC, Marques FRDM, Pires GAR.

Redação e/ou revisão crítica do conteúdo: Cavalaro JC, Gallo AM, Derhun FM, Baccon WC, Marques FRDM, Pires GAR, Salci MP, Carreira L.

Revisão e aprovação final da versão final: Cavalaro JC, Gallo AM, Salci MP, Carreira L.

### AGRADECIMENTO

Agradecimento à Universidade Estadual de Maringá, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, à Coorte Covid-19/UEM, à Secretaria de Saúde do estado do Paraná, por oportunizar a realização deste estudo.

### FINANCIAMENTO

Recebe apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), número da bolsa: 402882/2020-2, chamada Universal MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit N. 07/2020 – Pesquisas para o enfrentamento da Covid-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves.

### APROVAÇÃO DE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Estado da Saúde (parecer nº 4.214.589 e CAAE: 34787020.0.3001.5225) e, também, pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº 4.156.272 e CAAE: 34787020.0.0000.0104).

### EDITORES

Editores Associados: Luciara Fabiane Sebold, Ana Izabel Jatobá de Souza.

Editor-chefe: Elisiane Lorenzini.

### CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflito de interesses.

### HISTÓRICO

Recebido: 19 de abril de 2023.

Aprovado: 23 de agosto de 2023.

### AUTOR CORRESPONDENTE

Jessika de Oliveira Cavalaro

jessika.cavalaro@hotmail.com

