

A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde

The COVID-19 pandemic in rural and remote areas: the view of family and community physicians on primary healthcare

La pandemia de la COVID-19 en territorios rurales y remotos: perspectiva de médicas y médicos de familia y comunitarios sobre la atención primaria en salud

Mayara Floss ¹
Cassiano Mendes Franco ²
Cecilia Malvezzi ³
Kamila Vieira Silva ⁴
Bruna dos Reis Costa ⁵
Viviane Xavier de Lima e Silva ^{6,7}
Narubia Silva Werreria ^{8,9}
Danuta Ramos Duarte ¹⁰

doi: 10.1590/0102-311X00108920

Introdução

A pandemia da doença causada pelo SARS-CoV-2, denominada COVID-19 ¹, em abril de 2020, havia atingido todos os estados brasileiros, incluindo territórios rurais e remotos ^{2,3}. Esses espaços são caracterizados a partir de múltiplos critérios, como tamanho da população, densidade demográfica, oferta de serviços, participação na agricultura, divisão administrativa e aglomerado de habitações ^{4,5}. Incluem populações de áreas rurais, remotas e povos tradicionais, como indígenas, quilombolas, povos das florestas, ribeirinhos, entre outros, chamados de populações do campo, floresta e águas (PCFA) ^{4,6,7}.

Segundo a tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a classificação de urbano e rural considera a densidade demográfica na escala municipal. Para definição de territórios remotos, utiliza-se critério de acessibilidade a centros urbanos e acesso dos municípios a bens e serviços complexos ⁵. Nessa classificação, 45% dos municípios brasileiros têm baixo grau de urbanização, 28% não apresentam população em ocupação densa, considerando-os rurais, e 8% são considerados remotos ⁵.

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCA) contempla povos e comunidades desses territórios, que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com a terra. São populações negligenciadas, com piores indicadores socioeconômicos, desenvolvimento humano e saúde ^{4,6,8,9}. Assim, a saúde rural brasileira deve ser inclusiva, refletindo a diversidade de sua gente, conforme prevê a PNSIPCA.

Povos indígenas destacam-se nas PCFA, com pior índice de desenvolvimento humano e pobreza. Sofrem com acesso precário à saúde, elevada mortalidade infantil, prevalência de tuberculose, verminose, diarreia e infecções respiratórias. O racismo institucional e a perda progressiva de territórios também resultam em insegurança alimentar e desassistência ^{3,10}.

A saúde em locais rurais ou remotos, ligada ao modo de vida no território e à preservação da biodiversidade, abriga populações em condição de vulnerabilidade, em extrema pobreza, aonde muitas políticas públicas não chegam ^{4,7,8,11}. A pandemia de COVID-19 revela essas iniquidades. A heterogeneidade dos cenários nas regiões do Brasil reforça a necessidade de diferentes organizações e oferta

¹ Unidade de Saúde Costa e Silva, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde de Santarém, Santarém, Brasil.

⁵ Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Brasília, Brasil.

⁶ Universidade Federal de Pernambuco, Caruaru, Brasil.

⁷ Secretaria de Saúde de Caruaru, Caruaru, Brasil.

⁸ Universidade Federal de Tocantins, Miracema do Tocantins, Brasil.

⁹ Associação de Indígenas do Tocantins, Miracema do Tocantins, Brasil.

¹⁰ Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Santa Terezinha, Brasil.

Correspondência

M. Floss
Unidade de Saúde Costa e Silva, Grupo Hospitalar Conceição.
Rua Dante Ângelo Pilla 373,
Porto Alegre, RS 91150-080,
Brasil.
mayarafloss@hotmail.com



de serviços de saúde, envolvendo a logística para distribuição de insumos, a organização do processo de trabalho e o sistema de financiamento diferenciado ^{3,4,7}.

O Ministério da Saúde ¹², no protocolo de manejo da COVID-19, sublinha o quanto a atenção primária à saúde (APS) é estratégica em surtos e epidemias, considerando os atributos essenciais – acesso, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado – e derivados – abordagem familiar e comunitária e competência cultural ¹³. No contexto da COVID-19 entre as PCFA, esses atributos são tanto desafio como garantia do cuidado com essas populações. Nesses locais, serviços de APS são os únicos da rede de atenção à saúde (RAS) e devem lançar mão de formas criativas de atuação, aprofundando o uso desses atributos ^{4,7,11}.

As(os) médicas(os) de família e comunidade (MFCs) e demais profissionais da APS têm papel de guardiãs(ões) dos atributos ^{8,11}. O presente artigo traz a perspectiva de MFCs, de diferentes regiões do Brasil, com vivências no cuidado às PCFA no Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva descrever desafios dos MFCs e sinalizar propostas de atuação a partir dos atributos da APS, considerando-os como eixo das práticas em localidades rurais e remotas na pandemia da COVID-19. Limita-se a panorama sucinto, reconhecendo que o conceito de saúde rural possui discussão aprofundada. A saúde indígena, com subsistema e especificidades próprios, será integrada nesta discussão às PCFA e sinalizada no texto.

Desafios

Casos e óbitos pela COVID-19 já ocorrem no interior do Brasil. Amazonas e Amapá, marcadamente rurais ou remotos, despontam com incidência e mortalidade elevadas e colapso de seu sistema de saúde. A crença de que COVID-19 é “doença de cidade grande” cria obstáculos a mudanças de comportamento e prevenção nas PCFA ^{3,9}, mas o alcance em regiões longínquas como as dos rios Negro e Solimões revela que o isolamento geográfico das PCFA não detém disseminação da doença ^{2,3}.

Questões geográficas e climáticas, como o período de chuvas na Amazônia, prejudicam o trânsito terrestre e transporte fluvial, dificultando a circulação de usuários, profissionais e insumos ^{4,7,8}, trazendo desafios ao acesso aos serviços. No semiárido, período de estiagem prejudica acesso à água, à higiene e à alimentação. No Sul-Sudeste, o inverno aumenta a aglomeração e o uso de lenha em ambientes domésticos, agravando doenças respiratórias.

Há dificuldade de fixação de profissionais de saúde, principalmente médicos, nesses territórios, o que compromete a longitudinalidade. O Programa Mais Médicos (PMM) permitiu superar parcialmente a carência nas PCFA, mas enfrenta desafios devido a mudanças no perfil profissional e a desinvestimentos. Após encerramento da colaboração cubana no PMM, territórios indígenas foram especialmente comprometidos ^{7,14}.

A escassez de profissionais é agravada com seu afastamento por COVID-19. Enfermeiros, técnicos, agentes comunitários de saúde ou agentes indígenas de saúde por vezes são os únicos prestadores de cuidados nessas localidades. O isolamento geográfico e a necessidade de escopo ampliado de práticas aumenta o risco de síndrome de esgotamento profissional ^{4,11}.

O perfil sanitário-epidemiológico desfavorável das PCFA aumenta o risco de morte por COVID-19 ². Doenças negligenciadas e infectoparasitárias frequentes entre PCFA, bem como problemas derivados da vulnerabilidade social, como alcoolismo, violência e transtornos mentais ^{4,7}, que se sobrepõem ao risco de COVID-19, se agravam potencialmente com isolamento social, demandando que as equipes de APS mantenham a integralidade.

Mesmo o suporte a casos leves de COVID-19 pelas equipes da APS ¹² esbarra em problemas estruturais de acesso a água, produtos de higiene, saneamento e segurança alimentar ^{4,7}. A tentativa de contenção da pandemia por bloqueios fluviais na Amazônia ³ piorou a oferta de insumos e medicamentos, onde cronicamente já faltam analgésicos, equipamentos de proteção individual (EPI) e material para estabilização de pacientes graves ^{7,8}, restringindo a capacidade no cuidado a pessoas com COVID-19. A escassez de recursos humanos e de centros de tratamento intensivo em áreas rurais e remotas dificulta o acesso a esses cuidados, exigindo que as equipes façam a coordenação do cuidado ⁴ para a remoção precoce dos pacientes graves na RAS.

Relações de parentesco, vizinhança e amizade estão presentes no trabalho, na vida e em noções de pertencimento e sociabilidade em ambientes rurais ^{4,15} e representam desafios das equipes de APS na orientação familiar e comunitária. Conviver em grupos constitui vida, trabalho e lazer das PCFA, dificultando o distanciamento social recomendado no contexto da COVID-19. Nessas localidades, é comum o sinal de telefone/internet funcionar em apenas um ponto da comunidade, compartilhado por todos moradores, constituindo a principal forma de acesso à informação, comprometendo a privacidade dos usuários ⁴.

Peculiaridades como núcleo familiar ampliado, forma das habitações e vida comunitária ¹⁰ facilitam a disseminação de COVID-19. Indígenas aldeados na dependência de municípios-sede dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas para serviços essenciais, como saque de benefícios, agravam essas vulnerabilidades ^{3,10}.

As orientações de como lavar as mãos frequentemente, utilizar máscaras e álcool em gel são interpretadas pelas PCFA conforme suas especificidades culturais, exigindo comunicação culturalmente competente ^{9,11}. Ademais, materiais informativos e campanhas não alcançam indígenas se não estiverem disponíveis nos idiomas nativos.

Considerações finais

A coordenação do cuidado permite minimizar os desafios e problemas da saúde rural, respondendo aos obstáculos de acesso, perfil sanitário-epidemiológico e assistência, articulando apoio de programas estaduais e federal nas RAS, educação permanente, participação popular e articulação intersetorial ¹³.

O protocolo direciona ações para pandemia – medidas de precaução/contenção, uso/descarte de EPI, *fast track*, monitorização dos grupos de risco, isolamento e vigilância, identificação precoce, avaliação de risco, testagem de suspeitos, estabilização e remoção adequada de casos graves ¹². Porém, nas áreas remotas há necessidade de identificação e transferência ágil de pacientes graves, antes de suporte ventilatório invasivo, sendo essencial garantir e pactuar acesso e transporte a urgências e internação, sobretudo terapia intensiva e exames.

O manejo do coronavírus na APS deve sublinhar a continuidade do cuidado por meio do uso de comunicação remota ^{12,16,17}. Equipes de saúde rurais têm sido bem-sucedidas nessas ferramentas, possibilitando também a longitudinalidade ¹¹. Contudo, localidades remotas têm maiores dificuldades, como instabilidade de telefone/Internet e realização de visitas domiciliares. Barreiras de acesso digital têm sido superadas, por exemplo, pelo contato por rádio e participação das lideranças comunitárias na organização do cuidado ¹¹.

Pensando a integralidade, educação permanente e matriciamento são estratégicos na implementação de ações de manejo da COVID-19, assegurando qualificação dos profissionais em todas etapas do cuidado. Supervisão do PMM, teleconsultoria, educação a distância em parceria com instituições de ensino superior, além de formação específica para atuação em territórios rurais ou remotos ¹⁴, englobam matriciamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e possibilitam adaptar protocolos quando não há médicos ou enfermeiros, ampliando capacidade resolutiva das RAS.

A abordagem comunitária possibilita a estruturação do processo de trabalho, incluindo território/comunidade ^{9,11,17}. Vigilância e notificação precisam ser reforçadas, evitando invisibilização das PCFA, sobretudo indígenas – inclusive não aldeados, pela mobilidade característica dessa população ³. É momento para (re)iniciar diagnóstico comunitário, mapear recursos do território para distanciamento/isolamento social, pontos para fornecimento de alimentos, água e produtos de higiene e casas/instituições com pessoas em condições de risco/vulnerabilidade. Além disso, deve-se identificar crenças, medos, angústias e mitos que envolvem a doença e podem levar ao atraso no diagnóstico e encaminhamento precoce.

A COVID-19 aprofunda a insegurança alimentar. As PCFA têm papel na produção alimentar e na garantia de que alimentos cheguem até os territórios rurais e remotos. A abordagem comunitária pode lançar frentes intersetoriais, envolvendo atividades produtivas/econômicas. Fortalecimento de redes solidárias é primordial para evitar disseminação do coronavírus e dar suporte a comunidades

atingidas. Redes alternativas para produção/venda/transporte de alimentos podem otimizar seu acesso durante a pandemia e evitar maior contaminação das PCFA ¹⁸.

A participação popular, por meio da inclusão de lideranças, bem como agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes indígenas de saúde (AIS) na organização das ações, são cruciais no cuidado das PCFA em ações de elo com o território ^{4,6}. A perspectiva dialógico-comunitária desses e de outros atores possibilita encontrar estratégias de isolamento social compatíveis com modos de vida, entendimento do corpo e adoecimento ¹⁵. Como exemplo, no Tocantins, há plano proposto por ativistas indígenas e MFC ¹⁹.

Compreender e legitimar o modo de vida das PCFA e suas visões do que é saúde, doença e cuidado é ter competência cultural ¹³. Esse atributo derivado da APS potencializa ações de educação em saúde para mudanças de comportamento necessárias à contenção do coronavírus, qualificando os cuidados e reduzindo iniquidades raciais e étnicas ^{4,11,15}. Ademais, reconhece heterogeneidade e diferenças de poder nas comunidades, principalmente em povos tradicionais ¹⁵. Além disso, há melhoria da saúde de povos indígenas, em risco de genocídio e etnocídio, o que perpassa pelo fortalecimento das políticas indigenistas e dos órgãos ambientais, com garantia dos seus direitos ^{3,10}.

Este artigo traz contribuições a uma perspectiva premente sobre a COVID-19. Na visão dos autores, a pandemia nas PCFA intensifica desafios e vulnerabilidades anteriores. Porém, ações de fortalecimento dos atributos da APS e do SUS, conclamando a responsabilidade de governos, profissionais de saúde e sociedade, podem representar a chave para o enfrentamento e a recuperação dos valores de solidariedade e cidadania.

Colaboradores

M. Floss e C. M. Franco contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação, redação e revisão do artigo, aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis pela garantia de exatidão e integridade. C. Malvezzi, K. V. Silva, B. R. Costa, V. X. L. Silva, N. S. Werreria e D. R. Duarte contribuíram com a redação e a revisão do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Mayara Floss (0000-0003-0926-1306); Cassiano Mendes Franco (0000-0003-1430-6951); Cecilia Malvezzi (0000-0003-1343-4417); Kamila Vieira Silva (0000-0001-8352-5213); Bruna dos Reis Costa (0000-0002-2897-673X); Viviane Xavier de Lima e Silva (0000-0001-9985-680X); Narubia Silva Werreria (0000-0002-1456-593X); Danuta Ramos Duarte (0000-0002-3832-2035).

Referências

1. Wang C, Horby PW, Hayden FG, Gao GF. A novel coronavirus outbreak of global health concern. *Lancet* 2020; 395:470-3.
2. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial – COE-COVID19 2020; (17). <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/May/29/2020-05-25---BEE17---Boletim-do-COE.pdf>.
3. Codeço CT, Villela D, Coelho F, Bastos LS, Carvalho LM, Gomes MFC, et al. Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e socioeconômica. Relatório nº 4. 2ª Ed. <http://covid-19.procc.fiocruz.br> (acessado em 10/Mai/2020).
4. Savassi LCM, Almeida MM, Floss M, Lima MC, organizadores. *Saúde no caminho da roça*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf> (acessado em 01/Mai/2020).
6. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Pessoa VM, Almeida MM, Carneiro FF. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate* 2018; 42(n.spe 1):302-14.
8. Targa LV, Wynn-Jones J, Howe A, Anderson MIP, Lopes JMC, Lermen Jr. N, et al. Declaração de Gramado pela saúde rural nos países em desenvolvimento. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2014; 9:292-4.
9. Ranscombe P. Rural areas at risk during COVID-19 pandemic. *Lancet* 2020; 20:545.
10. Mendes AM, Leite MS, Langdon EJ, Grisotti M. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2018; 42:e184.
11. Worley P. Why we need better rural and remote health, now more than ever. *Rural Remote Health* 2020; 20:5976.
12. Ministério da Saúde. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde. Versão 8. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf (acessado em 27/Abr/2020).
13. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
14. Anderson MIP. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da atenção primária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2019; 14:2180.
15. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2010; 18:459-66.
16. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ* 2020; 368:m1182.
17. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saúde* 2020; 29:e2020166.
18. Oliveira T, Abranches M, Lana R. (In)Segurança alimentar no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00055220.
19. Eurilio L. Em carta, indígenas do TO cobram autoridades sobre plano de combate ao coronavírus nas comunidades. *Gazeta do Cerrado* 2020; 31 mar. <https://gazetadocerrado.com.br/em-carta-indigenas-do-to-cobram-autoridades-sobre-plano-de-combate-ao-coronavirus-nas-comunidades/>.

Recebido em 04/Mai/2020

Versão final reapresentada em 17/Jun/2020

Aprovado em 21/Jun/2020