



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

MARIA JÚLIA SOUZA PEREIRA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA**

**CRICIÚMA
2022**

MARIA JÚLIA SOUZA PEREIRA

**AVALIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A
PANDEMIA DE COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Cristiane Damiani Tomasi

Coorientadora: Prof.^a. Dr.^a. Vanessa Iribarrem Miranda

CRICIÚMA

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

P436a Pereira, Maria Júlia Souza.

Avaliação do acesso à atenção primária à saúde durante a pandemia de covid-19 em um município do sul de Santa Catarina / Maria Júlia Souza Pereira. - 2022.

103 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2022.

Orientação: Cristiane Damiani Tomazi.

Coorientação: Vanessa Iribarrem Miranda.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Covid-19. 4. Pandemias. 5. Saúde pública. 6. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD. 23. ed. 362.1098164

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

MARIA JÚLIA SOUZA PEREIRA

TÍTULO DO TRABALHO: "AVALIAÇÃO DO ACESSO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 EM UM MUNICÍPIO DO SUL DE SANTA CATARINA".

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 11 de agosto de 2022.

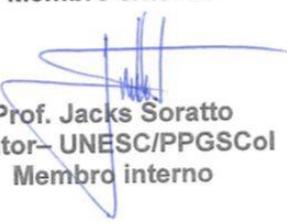
BANCA EXAMINADORA



Profa. Cristiane Damiani Tomasi
Doutora – Orientadora
Presidente



Profa. Valdemira Santana Dagostin
Doutora – UNESC
Membro externo



Prof. Jacks Soratto
Doutor – UNESC/PPGSCol
Membro interno

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Atenção Básica de Saúde do município de Criciúma.

Este trabalho é dedicado a toda minha família, meus pais, meus Irmãos, e todos aqueles que estiveram ao meu lado durante essa trajetória, gostaria de homenagear em especial, meus padrinhos Irineu Calegari e Edilamar Calegari e a minha avó Terezinha Martins, que foram vítimas da COVID-19.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer e dedicar esse trabalho à minha família, ao meu pai Américo Martins Pereira, a minha mãe Riza Souza Pereira, aos meus irmãos Américo Martins Pereira Junior e a Ana Beatriz Souza Pereira, a minha cunhada e ao meu cunhado, a minha avó, meus tios, primos, amigas e amigos, minhas colegas de trabalho e todos aqueles que de alguma forma se fizeram presentes nesse momento especial, se hoje cheguei até aqui, é porque o apoio e incentivo de todos vocês foram essenciais.

Sou imensamente grata a Deus, por tudo que conquistei até agora e peço muita sabedoria para conquistar muito mais! Gratidão, aos velhos e novos amigos que ao longo desses 1 ano e 6 meses, me ajudaram indiretamente ou diretamente e aos meus colegas de mestrado, que foram a minha salvação e alegria durante muitos dias cansativos, muito obrigada a todos pela parceria ao longo da minha trajetória. Conto com todos vocês ao meu lado, sempre, conseguir juntar forças para encarar os desafios com o apoio e carinho de vocês foi muito mais fácil.

Não poderia deixar de falar do Coordenador do Curso de Biomedicina, o Professor Emanuel de Souza, que foi o meu maior incentivador desde a graduação a seguir esse caminho. Obrigada por tudo e por todas as oportunidades que você me deu, serei sempre sua pupila!!! E em seu nome agradeço a todos os amigos que a Biomedicina me deu, pois, esse curso terá sempre um dos lugares mais especiais do meu coração.

Minhas palavras também se estendem à minha Orientadora, Dra. Cristiane Damiani Tomasi, que me acolheu desde a graduação e abriu as portas do programa de mestrado para mim, muito antes de eu imaginar o que realmente queria. Apesar do tempo de escrita desse trabalho ter sido reduzido consideravelmente, ela mostrou-se sempre muito compreensiva e parceira. Agradeço imensamente, toda ajuda, todas as oportunidades que você me deu, todas as vezes que você lembrou de mim em oportunidades incríveis, você foi e sempre será uma pessoa fundamental na minha trajetória. Agradeço também a minha Co-orientadora Vanessa Miranda, pela sua simpatia e por ter sido muito importante em todo o andamento desse projeto, sem você teria sido impossível. Não posso deixar de citar essa instituição incrível que tem meu coração, que é a UNESC, escolhi como minha segunda casa desde a graduação, até o mestrado e a pós-graduação, quero agradecer também a Universidade e ao

FAPESC, por terem me concedido uma Bolsa de estudos, que foi essencial para dar continuidade a minha trajetória, serei eternamente grata.

Por fim, gostaria de dedicar esse trabalho a minha avó Terezinha Martins e aos meus padrinhos Irineu Calegari e Edilamar Pereira Calegari, que foram vítimas dessa pandemia. Para muitos essa pandemia foi sobre números, mas para mim essa pandemia foi sobre a perda de pessoas muito especiais. Eu sei que vocês hoje estão aí de cima torcendo por mim e me guiando sempre. Em meio ao caos da pandemia, não existia mágica para fazer a dor passar, mas sempre existiu a perseverança por dias melhores quando a gente menos esperasse. Participar desse trabalho desde o início como voluntária ainda na graduação me fez sentir mais próxima deles e me tirou o sentimento de mãos atadas, por menor que fosse meus atos.

Muito obrigada aos maravilhosos professores que tive no Mestrado, que me fizeram amar ainda mais a docência e a academia! Também sou grata à minha querida banca, que aceitou esse convite de última hora. Todas as correções e ensinamentos me permitiram apresentar um trabalho de qualidade, além de contribuírem para um grande crescimento pessoal e profissional.

Amo todos vocês! Para todos, um eterno e singelo agradecimento.

“Assim como um dia bem aproveitado proporciona um boa noite de sono, uma vida bem vivida, proporciona uma boa morte.”

Leonardo da Vinci

RESUMO

Introdução: Os Atributos da Atenção Primária à Saúde são de grande valia, pois funcionam como importantes eixos estruturantes no processo da Atenção Primária, além de estarem estritamente associados à qualidade dos serviços prestados na saúde pública. Tem-se como atributos essenciais a atenção de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação, e como atributos derivados a orientação familiar, comunitária e a competência cultural. **Objetivo:** O objetivo desde trabalho foi avaliar o acesso de adultos à Atenção Primária à Saúde no município de Siderópolis, uma cidade localizada no sul do estado de Santa Catarina, durante a pandemia de COVID-19. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que deriva de um estudo maior com o título “Estudo de base populacional com a população adulta de Siderópolis em tempos de pandemia da COVID-19”. O questionário utilizado na pesquisa, construído com base no PCATool-Brasil, versão adulta, permitiu, por meio das entrevistas domiciliares, identificar os aspectos de estruturação e verificar os processos dos serviços que exigem uma melhor reafirmação ou talvez até uma reformulação total na busca da qualidade, tanto para o planejamento, como para a execução das ações de APS durante a pandemia de COVID-19. **Resultados:** A amostra final foi de 609 entrevistados, sendo que 83 foram excluídos por não usar o sistema de saúde público, dos 526 restantes, 343 utilizavam a APS. Todos os dados necessários foram coletados utilizando o Primary Care Assessment Tool (PCATool). Para os entrevistados, o resultado foi satisfatório na variável utilização, já o atributo acessibilidade foi avaliado negativamente por todos os usuários. Dessa forma, pode-se afirmar que não houve associação entre as variáveis estudadas e a avaliação do acesso de primeiro contato na APS. **Conclusão:** em suma, os resultados do estudo mostram que os serviços ofertados ainda não atendem toda as demandas de saúde da população nesse nível de atenção. Dessa forma, além do aperfeiçoamento técnico constante das equipes de saúde, as unidades precisam funcionar em conformidade com as necessidades dos usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Pandemia. Covid-19. Saúde Pública.

ABSTRACT

Introduction: This is a cross-sectional population-based study, which derives from a larger study entitled “Population-based study with the adult population of Siderópolis in times of the COVID-19 pandemic”. In this case, the Attributes of Primary Health Care are of great value, as they function as important structuring axes in the Primary Care process, in addition to being strictly associated with the quality of services provided in public health. First contact care, longitudinality, comprehensiveness and coordination are essential attributes, and family and community orientation and cultural competence are derived attributes. **Objective:** The objective of this work was to evaluate the access of adults to Primary Health Care in the municipality of Siderópolis, a city located in the south of the state of Santa Catarina, during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** The questionnaire used in the research, based on the PCATool-Brasil, adult version, will allow, through household interviews, to identify aspects of structuring and verify the processes of the services that require a better reaffirmation or perhaps even a complete reformulation. in the search for quality, both for the planning and for the execution of PHC actions during the COVID-19 pandemic. **Results:** The final sample consisted of 609 respondents, of which 83 were excluded for not using the public health system, of the remaining 526, 343 used PHC. All necessary data were collected using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). For the interviewees, the result was satisfactory in the use variable, while the accessibility attribute was negatively evaluated by all users. Thus, it can be said that there was no association between the variables studied and the assessment of first contact access in PHC. **Conclusion:** in short, the results of the study show that the services offered still do not meet all the health demands of the population at this level of care. Thus, in addition to the constant technical improvement of the health teams, the units need to work in accordance with the needs of users.

Keywords: Primary Health Care. Pandemic. Covid-19. Public health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes do estado de saúde: estrutura, processo e resultado	28
Figura 2 - indivíduos que utilizam o sistema de saúde da cidade	50
Figura 3 - Correlação entre escolaridade, renda e idade x acessibilidade e utilização	62

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Informações sobre a amostra, setores censitários e a proporção de domicílios	43
Quadro 2 - Seleção dos setores censitários amostra 75%.....	44
Quadro 3 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis dependentes	44
Quadro 4 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis independentes...	45
Quadro 5 - Avaliação da utilização e acessibilidade da APS	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Informações sociodemográficas da população entrevistada	51
Tabela 2 - Serviços mais utilizados, presença de comorbidades, comportamento e mudanças no estado de saúde da população entrevistada	52
Tabela 3 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de doença crônica em adultos e idosos de Siderópolis	57
Tabela 4 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de Diabetes em adultos e idosos de Siderópolis	57
Tabela 5 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de Hipertensão em adultos e idosos de Siderópolis	58
Tabela 6 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como o comportamento de frequentar farmácia entre adultos e idosos de Siderópolis	58
Tabela 7 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como o comportamento de frequentar mercado entre adultos e idosos de Siderópolis	59
Tabela 8 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como a mudança de saúde em adultos e idosos de Siderópolis.....	60
Tabela 9 - Correlação entre escolaridade, renda e idade x acessibilidade e utilização	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AB	Atenção Básica
CF	Constituição federal
CNEFE	Cadastro Nacional de endereços para fins estatísticos
COSEMS-R	Conselho de secretarias municipais
COVID – 19	Coronavírus
CSN	Companhia siderúrgica nacional
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Equipe de Saúde da Família
EPI	Equipamento de proteção individual
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
LENAC	Laboratório de Análises Clínicas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOAS	Normas Operacional da Assistência à saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCATool	The Primary Care Assessment Tool
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da
PNAB	Política Nacional de atenção básica
RNA	Ácido ribonucleico
SAMU	Serviço De Urgência e Emergência
SESAP	Secretaria estadual de saúde pública
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE .82	
APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	85

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	96
ANEXOS 2 - MANUAL DE INSTRUÇÕES	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
2 REVISÃO DE LITERATURA	22
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E A SAÚDE NO BRASIL	22
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23
2.2.1 O papel das equipes de estratégia da família - ESF	24
2.3 AVALIAÇÃO DA APS	26
2.3.1 Atributos da APS	28
2.3.2 Atributos essenciais	29
2.3.3 Atributos derivados	30
2.3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica	30
2.4 TRIADE DONABEDINAN	31
2.5 A APS NA PANDEMIA DE COVID-19.....	33
3 JUSTIFICATIVA	36
4 OBJETIVOS	37
4.1 OBJETIVO GERAL	37
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
5 HIPÓTESES	38
6 MÉTODOS	39
6.1 DESENHO DO ESTUDO	39
6.2 LOCAL DO ESTUDO	39
6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	40
6.3.1 Critérios de Inclusão	41
6.3.2 Critérios de Exclusão	41
6.3.3 Seleção da Amostra	41
6.4 VARIÁVEIS	44
6.4.1 Dependente(s)	44
6.4.2 Independente(s)	45
6.5 COLETA DE DADOS	46
6.5.1 Procedimentos e logística	46
6.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados	47
6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
6.8 RISCOS E BENEFÍCIOS.....	49
7 RESULTADOS	50
7.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	50
7.1.1 Perfil de utilização dos serviços de saúde, comorbidades, comportamento e percepção sobre a mudança na saúde durante a pandemia.....	51
7.1.2 Avaliação do acesso de primeiro da APS	54
7.1.3 Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de comorbidades em adultos e idosos de Siderópolis	56
7.1.4 Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como o comportamento de adultos e idosos de Siderópolis.....	58
7.1.5 Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como a mudança de saúde em adultos e idosos de Siderópolis.....	59
7.1.6 Correlação entre as dimensões de Escolaridade, Renda, Idade e Acessibilidade e Utilização da APS	60
8 DISCUSSÃO	63
9 CONCLUSÃO	69
REFERÊNCIAS.....	71
APÊNDICES	81
APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE .	82
APÊNDICE 3 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	85
ANEXOS	95
ANEXOS 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	96
ANEXOS 2 - MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	99

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, o governo chinês notificou a organização mundial de saúde (OMS) sobre alguns casos na cidade de Wuhan, de pacientes com infecção no trato respiratório de baixa gravidade, mas de etiologia até então indeterminada. Todavia, logo após os primeiros casos, foi feita sua identificação e se tratava de um novo vírus de RNA da subfamília *Coronaviridae*, denominado SARS-CoV-2, conhecido como o causador da COVID-19. A doença começou a se propagar muito abruptamente pelo mundo e no dia 11 de março de 2020 foi declarado pandemia pela OMS. Por conseguinte, essa emergência em saúde pública trouxe enormes adversidades para os sistemas econômicos e, principalmente, para os sistemas de saúde do mundo todo (WHO, 2020).

A pandemia continua se alastrando sem trégua, e, até o momento da escrita deste trabalho, março de 2022, já foram perdidas mais de 651 mil pessoas no Brasil e 5,98 milhões no mundo, devido ao COVID-19 (OWD, 2022). Quando se fala em Brasil, prosperamente tem o Sistema Único de Saúde (SUS), ele oportuniza a todos os brasileiros o acesso universal aos serviços de saúde e possui a atenção primária à saúde, como porta de entrada oficial (BRASIL, 1990). Dessa maneira, as emergências de saúde pública, evidenciaram o papel fundamental que tem o Sistema Único de Saúde na contenção da COVID 19, durante esse período as fragilidades estruturais do sistema foram expostas, em realce a falta e a distribuição desigual dos profissionais da saúde, infraestrutura e o atendimento de alta complexidade. Logo, essa interação um tanto quanto negativa, entre o ambiente de trabalho e os fatores humanos envolvidos desencadeou algumas respostas, que claramente causaram prejuízos a qualidade de vida de toda a população (MARTINEZ; FISCHER; 2019).

Dessa maneira, a Atenção Primária à Saúde – APS tem como atributos essenciais a longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, tornando-a um elemento chave nesse momento tão importante no combate à Covid-19. Além disso, tem-se como experiência a pandemia pelo vírus H1N1, no ano de 2009, onde a APS se mostrou como a principal protagonista no combate ao vírus. Tal que, é na atenção primária que os usuários busca, as informações de qualidade, e é nesse primeiro contato que se tem melhores desfechos (RUST et al., 2009).

Em síntese, a pandemia da COVID-19 está mostrando uma recente realidade, que precisa ser encarada por todos, a qual está impactando os sistemas de saúde do mundo todo. O progresso desse trabalho, verificou a importância da APS, até esse momento, analisando a forma mais eficiente possível para contribuir de uma maneira mais significativa no combate a pandemia. Seja na triagem de novos casos, na vigilância em saúde, na coordenação do cuidado, ações coletivas de educação em saúde, incorporação de novas tecnologias, novos protocolos sanitários, práticas de cuidado, além de continuar proporcionando o acompanhamento longitudinal e integral de todos os usuários (VITÓRIA; CAMPOS, 2020).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E A SAÚDE NO BRASIL

O SUS foi constituído através da constituição federal (CF), de 1988, assegurado e regulamentado pelas leis orgânicas da saúde, nº 8080/90 e nº 8.142/90, estas instituem diretrizes e normas que direcionam o sistema de saúde e todos os seus aspectos relacionados à organização e funcionamento, critérios de repasses para estados e municípios, além de regularizar o controle social em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde. O **SUS** é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas e 80% delas dependem única e exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde (FINKELMAN, 2002; SOUZA, 2003; SEC, 2022).

O sistema único de saúde é financiado através dos impostos do cidadão, com recursos próprios da união, estados e municípios, além de outras formas suplementares de financiamento, todos incluídos no orçamento da seguridade social. Esse sistema de saúde, nasceu através da pressão dos movimentos sociais que entenderam que a saúde é um direito de todos, uma vez que, anteriormente à constituição federal de 1988, a saúde pública estava ligada somente a previdência social e a filantropia (SEC, 2022).

Essa implantação do SUS, em 1988, trouxe mudanças significativas, um modelo até então hospitalocêntrico, com ênfase curativa, passou para um modelo preventivo, com ações voltadas para a promoção da saúde e focado em atividades coletivas (VALETIM; KRUEL; 2007). Além disso, essa regulamentação estabeleceu alguns princípios norteadores, direcionando a um modelo de atenção à saúde que dê prioridade à universalidade, descentralização, integralidade, equidade, e que a territorialidade também seja incorporada, facilitando o acesso das demandas da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Por conseguinte, o modelo de atenção à saúde do Brasil é direcionado através das diretrizes da atenção básica, e compreende a saúde da família como uma das estratégias principais para sua amplificação, neste caso, com o intuito de proporcionar um melhor acesso por meio do trabalho de equipes, com responsabilidades

assumidas por uma determinada área geográfica, que têm como função desenvolver ações coletivas e individuais de forma integral e contínua para aquela região (BRASIL, 2006).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito de atenção primária foi usado pela primeira vez em um documento do governo inglês, chamado relatório Dawson, no ano de 1920, e se mostrava contra o modelo americano de atenção curativa, reducionismo biológico e atenção individual, todavia, o que o governo inglês se preocupava era em construir um modelo que contemplava a atenção coletiva, de cunho mais voltado para a promoção e prevenção da saúde. Além disso, as autoridades da época se inquietavam com o elevado custo, a crescente complexidade da medicina e a baixa resolutividade (MATTOS, 2001).

Em vista disso, no ano de 1978, na conferência de alma ata, foram definidos alguns pontos importantes, como os cuidados primários de saúde, os quais são parte integrante do sistema de saúde de um país, possuindo função essencial para o desenvolvimento socioeconômico de uma comunidade. Essa conferência foi um marco histórico e impulsionou o desenvolvimento da APS no mundo. Ela foi definida como:

Atenção essencial em saúde com base em métodos práticos, cientificamente sólidos e socialmente aceitáveis, bem como tecnologia disponibilizada universalmente a indivíduos e famílias na comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter [...] Trata-se de uma parte integrante do sistema de saúde do país [...] E do desenvolvimento econômico e social da comunidade. É o primeiro nível de contato com indivíduos, a família e a comunidade [...]. Trazendo os cuidados de saúde o mais próximo possível de onde as pessoas, vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção em saúde. (WHO, 1978).

Deste modo, com base nos princípios apresentados acima, a Organização Mundial de Saúde preconizou, em 1980, a meta “Saúde para todos no ano de 2000”. Conseqüentemente, após essa manifestação, todos os países do mundo iniciaram uma reforma, enfatizando mais a oferta de cuidados primários e preventivos, mudanças no desenho dos serviços de saúde também foram realizadas e a essência

seria sempre a regionalização, hierarquização e integração dos serviços de saúde (WHO, 1978; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Foi a partir desse momento que houve a associação entre os atributos individuais e coletivos, e a efetividade da atenção em todos os níveis. Em síntese, a atenção primária é formada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), por toda Equipe de Saúde da Família (eSF) e por fim pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). A APS serve como uma porta de entrada do sistema de saúde, possibilita o acesso aos serviços próximo ao local de moradia, favorece vínculos e a atenção continuada individualizada focada no paciente e não na doença. Diferentes estudos apontaram que a APS tem competência para resolver mais de 80% dos problemas de saúde de uma comunidade, conciliando sempre as ações de assistência, prevenção e promoção da saúde. Por fim, o Sistema Único de Saúde (SUS) atesta esses princípios e assume que é a partir dos valores da atenção primária que todo o planejamento deve ser feito (WHO, 1978; SEC, 2022; STARFIELD, 2002).

Com o propósito de consolidar os princípios do Sistema Único de saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) embasou-se nos países como Inglaterra, Canadá e Cuba para concretizar as mudanças no modelo de saúde pública, que até então era o empregado. Todos esses países davam prioridade a um acesso universal, com atenção continuada e integral, focando na promoção da saúde e não na doença, isto é, apresentavam sistemas orientados basicamente para a APS (OLIVEIRA, 2007).

Dessa maneira, a referência de atenção à saúde do Brasil é norteada pelas diretrizes da atenção básica, conseqüentemente as regiões de saúde carecem de conter ações e serviços de APS, atendimentos de urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Logo, a continuidade do cuidado fica assegurada a todos, garantindo o acesso a todos os serviços e ações de saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

2.2.1 O papel das equipes de estratégia da família - ESF

A consolidação da atenção primária no país se deu preferencialmente através da implantação das equipes de estratégia de saúde da família (ESF), que

desempenham as ações de promoção, prevenção, reabilitação, recuperação e no cuidado da saúde da comunidade, desse modo, cada equipe é responsável pela assistência de um número de famílias de um determinado território. Ou seja, tem-se a saúde da família como uma grande estratégia para a organização e expansão da APS, conferindo um acesso de qualidade e resolubilidade através do trabalho dessas equipes que assumem a responsabilidade por uma área geográfica estabelecida, onde serão desenvolvidas ações individuais e coletivas de forma integral e contínua (BRASIL, 2007).

Por fim, nos últimos anos, a ESF tem representado o novo modelo de reorientação da APS, retratando um aumento considerável na cobertura das ações de atenção (BRASIL, 2006). Além do mais, com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definiu-se um conjunto de ações de saúde, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, tendo como objetivo principal o desenvolvimento de uma atenção integral, impactando consideravelmente nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades e na própria autonomia das pessoas, influenciando diretamente na política assistencial brasileira (BRASIL, 2011).

A ESF trabalha arduamente na formação do vínculo com as famílias, esse envolvimento, das equipes no dia a dia da comunidade, tende a garantir essa integralidade da atenção que está sendo prestada, com a finalidade de melhorar as condições de saúde e de vida dessas pessoas (BRASIL, 2007). Dessa forma, esses conceitos aproximam cada vez mais a perspectiva de uma APS mais abrangente, levando-a em consideração como porta de entrada do SUS, com a participação efetiva da comunidade, intersetorialidade, enfrentamento dos determinantes sociais, tecnologia apropriada e a relação custo benefício mais sustentável (STARFIELD, 1992).

Pode-se dizer que há marcos muito importantes sobre a própria saúde coletiva que encaminharam para esse conceito que temos hoje sobre a APS no Brasil: como a fusão entre saberes e práticas; o destaque da integralidade e da equidade no SUS; a grande superação do biologicismo e daquele modelo clínico hegemônico, voltado apenas para o saber e prática médica, focado na doença, nos procedimentos, na super especialização e na orientação hospitalar; a relevância do cuidado e do social;

o estímulo da criação de laços entre a comunidade e os profissionais; a atenção à saúde mais voltada para as linhas de cuidado e não para a doença; as considerações relevantes sobre o mercado da cura, entre muitos outros princípios (BRASIL, 2006).

A PNAB, fortalece a importância da atenção básica ser resolutiva, utilizando e revelando diferentes tecnologias através do cuidado individual e coletivo, por meio de clínicas ampliadas capazes de construir vínculos e intervenções clínicas e sanitárias efetivas, centradas na pessoa, com foco em ampliar os degraus de autonomia dos grupos sociais e dos indivíduos, e deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2017).

Uma ação resolutiva nos serviços de saúde significa uma resposta às demandas de saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas, visando garantir o acesso ao atendimento com responsabilidade e cuidado integral (BRASIL, 2017).

2.3 AVALIAÇÃO DA APS

Apesar dos inúmeros marcos e avanços que foram obtidos nesse processo de ampliação e de reconhecimento da APS (BEZERRA; NASCIMENTO, 2005; MACINKO, GUANAIS, SOUZA, 2006), ainda existem muitos obstáculos para superar, referente a essa grande fragmentação dos serviços de saúde, e a qualificação da gestão do cuidado (CAMPOS, 2003; CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CAMPOS et al., 2012; CAMPOS, 2005).

Além disso, ainda existem muitos vácuos assistenciais, um financiamento público que não é suficiente, distribuição dos serviços de forma inadequada, carência de profissionais qualificados e que possam concretizar as propostas da ESF, muitos médicos priorizando ações curativas, condições agudas e trabalhando a partir da demanda e não focados nas reais necessidades da comunidade e dos usuários (COELHO; JORGE, 2009; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MENDES, 2011).

Por isso, na década de 1990, introduziu-se alguns instrumentos para avaliar a APS. Seguindo esta lógica, ao longo dos anos foram surgindo diferentes estratégias, tanto pelo olhar dos próprios usuários, quanto pela análise de quem fornece o cuidado como: *The Consumer Csssessment of Healthcare Providers and Systems, The*

Components of Primary Care Instrument, The Medical Home Family Survey, The Medical Home Index Adult Version 1.1, The Medical Home Iq, The Parents Perception of Primary Care, The Physicians Practice Connectionspatient-centered Medical Home, The Primary Care Assessment Survey, The Appropriateness of Primary Care Services Scales e The Primary Care Assessment Tools e, em cenário nacional, tem-se também o Programa de Melhoria ao Acesso e a Qualidade – PMAQ (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009; BRASIL, 2012).

Dessa forma, nos últimos anos, surgiu com ainda mais força a necessidade de avaliar os serviços de saúde, e, como consequência, isso tomou um importante papel na agenda dos gestores. Essa avaliação pode ser realizada de diferentes maneiras, através de diferentes instrumentos, como foram apresentados acima, por meio de pesquisas junto a quem oferece os serviços ou então por auditorias.

Em consequência dessa crescente necessidade, constata-se, através de diferentes revisões sistemáticas que o PCATool é um dos únicos instrumentos que teve um considerável desempenho, quando se avalia os atributos da APS e na competência de estimar os aspectos de estrutura e processo (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009). É um instrumento que foi desenvolvido no Estados Unidos da América, na *Johns Hopkins School of Public Health*, que se apresenta em diversos formatos e pode avaliar através do grau de orientação à atenção primária, além da percepção dos próprios usuários, do fornecimento dos cuidados através de todos os serviços prestados, sendo todos delineados pelos atributos essenciais e derivados estruturados por Starfield (STARFIELD; SHI, 2009). Logo, o instrumento pode ser utilizado por profissionais da saúde, usuários, adultos e crianças, pois se apresenta em várias versões, mostrando a realidade e a experiência de cada grupo em relação ao serviço de saúde. Por conseguinte, essa avaliação resulta de um conjunto de escores de cada atributo, originando um escore global que vai caracterizar o grau de orientação do serviço prestado ou do sistema de saúde à atenção primária (BRASIL, 2010).

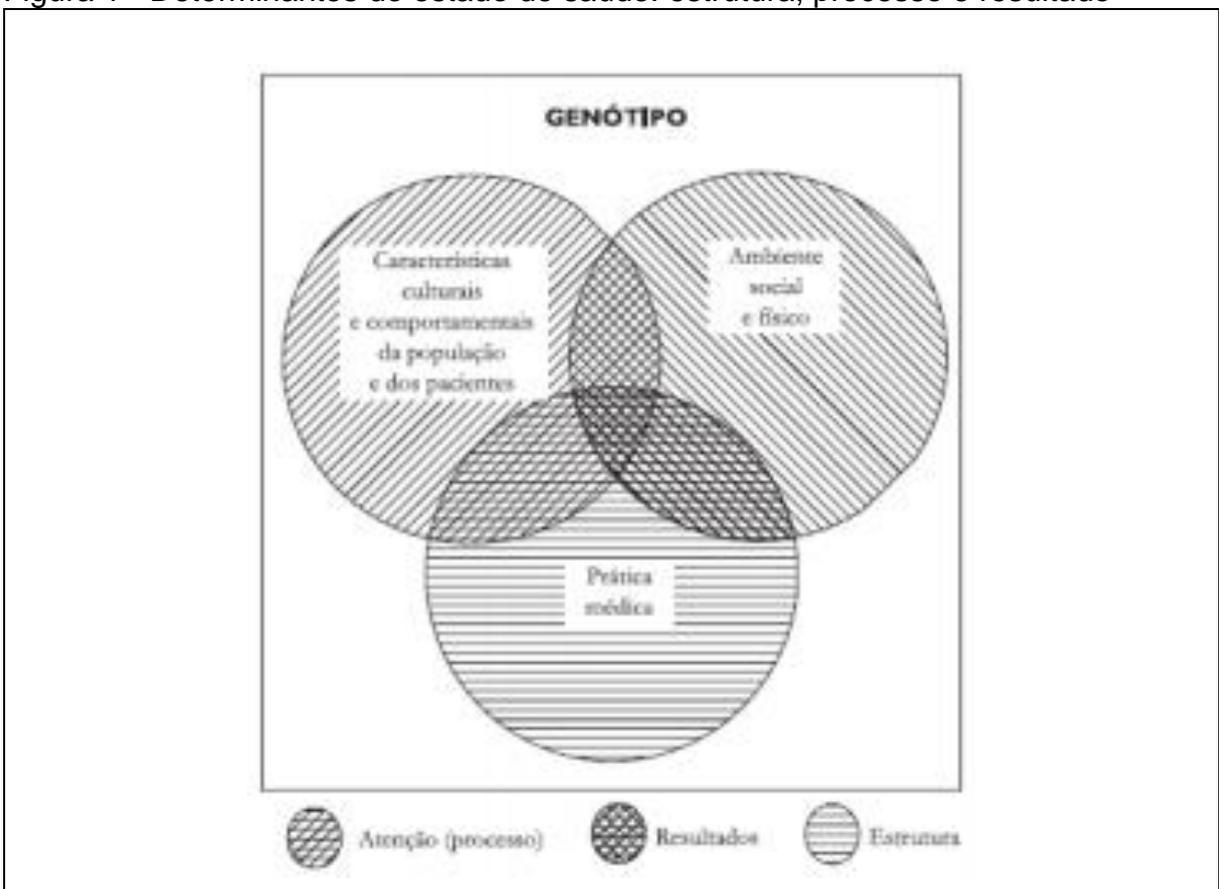
Em síntese, Starfield (2002), ressalta que conforme aumentamos a orientação dos prestadores de serviços da atenção primária, adequando-os às necessidades dos usuários e das comunidades, mais perto estará a APS dessa visão de saúde de alma ATA, indo em direção a equidade. Por fim, as avaliações de saúde, ou das estruturas

da saúde, precisam levar em conta toda a complexidade que envolve o processo de saúde e doença. Todo e qualquer tipo de avaliação precisa de um exigente planejamento para que os resultados atentem a estrutura da população alvo e, entre outros fatores, que possam influenciar nos resultados obtidos.

2.3.1 Atributos da APS

Avaliando os elementos que integram o PCATool-Brasil, verifica-se que todos são de estrutura e processo, neste caso, cada atributo da APS vai ser avaliado em ambas dimensões, conforme a figura 1. Dessa forma, estão incluídos nos elementos de estrutura: a acessibilidade, amplitude de serviços ofertados, definição da população assistida e a continuidade do cuidado. Já os elementos de processo abrangem os padrões de utilização dos serviços e o reconhecimento dos problemas de saúde (STARFIELD; SHI, 2009; BRASIL, 2010).

Figura 1 - Determinantes do estado de saúde: estrutura, processo e resultado



Fonte: Starfield, (2002).

A Atenção Primária à Saúde, que visa a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, hoje também ocupa uma área de interesse mundial em função da posição estratégica na prevenção de agravos e promoção da saúde da população (LESLIE et al., 2020). Starfield (2009) definiu algumas qualidades particulares à APS, chamadas de atributos essenciais e derivados. Estes atributos qualificam as ações em Atenção Primária à Saúde, e ampliam o seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade.

Refletindo todo conceito de APS e sobrepondo com todas as ideias estruturadas de Starfield (2009), pode-se considerar a atenção básica como a provedora da atenção primária, logo, ela precisa apresentar os quatro atributos essenciais e os derivados, para ampliar a conexão com os seus usuários e com as comunidades.

Dessa forma, Starfield (2002), delineou os seguintes atributos:

2.3.2 Atributos essenciais

a) Acesso de primeiro contato: está relacionado à acessibilidade e à utilização dos serviços de saúde, por cada problema novo do usuário ou para cada novo episódio de um problema que já existe.

b) Longitudinalidade: presume uma atenção continuada e utilizada ao longo do tempo. Remete a um vínculo com a comunidade e à formação de laços com os profissionais da saúde, refletindo numa cooperação mútua entre todos os envolvidos.

c) Integralidade: expõe sobre o fato de as unidades básicas oferecerem todos os tipos de serviços de atenção à saúde. Neste caso, mesmo quando um serviço não é prestado dentro delas, inclui na sua responsabilidade encaminhar o paciente para serviços secundários.

c) Coordenação: é a demanda de algum tipo de continuidade dos serviços, podendo ser através dos médicos, história clínica, ou ambos. Remete ao cuidado geral do paciente, o serviço tem que ser capaz de integrar todos os cuidados, nos diferentes níveis do sistema de saúde.

2.3.3 Atributos derivados

a) Orientação familiar: envolve o conhecimento da família e dos fatores familiares que estão diretamente ligados e relacionados à origem e ao cuidado da saúde de um determinado paciente.

b) Orientação comunitária: é o conhecimento sobre as necessidades da comunidade, pode ser analisada através de dados epidemiológicos ou do próprio contato direto com as famílias, logo, o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços devem ser realizados.

c) Competência cultural: é a capacidade de reconhecer as deficiências do local, as quais podem ser indícios de algumas características culturais especiais, étnicas ou raciais.

Por fim, vale ressaltar que o aparecimento desses atributos e as suas extensões são capazes de determinar e orientar a APS em um sistema ou serviço de saúde de um determinado local, logo, nota-se sua evidente importância.

2.3.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Vale ressaltar que em âmbito nacional também se encontra o Programa de Melhoria ao Acesso e a Qualidade – PMAQ, o qual é um instrumento que tem a capacidade de fazer a auto avaliação, neste caso mais especificamente das estratégias de saúde da família – ESF. Ele foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde Brasileiro e teve como principal objetivo induzir algumas mudanças nas condições e no funcionamento das ESF's, é um instrumento que depende muito do diálogo, problematização, gestão e da própria mudança entre os gestores, equipes e usuários. Neste caso, o sucesso do programa está inteiramente ligado à sua capacidade de mobilizar os atores locais e direcioná-los às mudanças, sendo orientados pelas diretrizes pactuadas nacionalmente (BRASIL, 2012).

Logo, foi para reconhecer as reais necessidades da institucionalização da avaliação em saúde que o ministério da saúde - MS, através da portaria nº 1.654, implantou o programa. Ele foi constituído de forma participativa, através de uma pactuação da secretaria estadual de saúde pública – SESAP e conselho de

secretarias municipais – COSEMS-RN. O principal intuito é buscar um padrão de qualidade nacional, regional e local, ter mais transparência, efetividade e ainda possibilitar o incentivo financeiro (BRASIL, 2015).

É composto por quatro fases, que vão se complementando e formando um ciclo de melhoria do acesso e da qualidade. Estas fases são:

1) Processo de consentimento e contratualização de indicadores entre as equipes de saúde e os gestores;

2) Fase de desenvolvimento, que envolve as ações realizadas para promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da própria gestão do cuidado;

3) Avaliação externa, engloba diferentes ações para averiguar as condições do acesso e de qualidade dos participantes;

4) Por fim, é o processo de recontratualização das equipes e gestores, adicionando novos padrões e indicadores da qualidade, estimulando o processo a partir dos resultados alcançados pelo programa.

Todavia, muitos autores problematizam o fato de que é muito difícil para uma equipe da atenção básica se sentir representada na definição dessas necessidades, muitas equipes e até mesmo os gestores relataram que se trata de uma avaliação externa com critérios não pactuados. Sobre esse fato, há diversas opiniões, Fausto e Mendonça (2013), ainda salientam que o programa foi construído por partes realmente interessadas no processo, mas que não compartilham das mesmas intenções.

Por conseguinte, também se fala sobre o caráter um tanto quanto competitivo, devido ao seu modo de configuração, através de pagamentos em função do desempenho obtido pelas equipes de atenção básica. Ou seja, existe a possibilidade de concorrência entre as equipes, além da pressão e cobrança exercida pelos trabalhadores, visto que o desempenho individual também pode influenciar no resultado final (MORAES; IGUTI, 2013).

Em suma, esse outro modelo de avaliação corrobora para um padrão mais subordinado, em que o trabalhador ocupa um lugar de suposto saber, e define aparentes critérios de qualidade do seu trabalho (SEIDL et al., 2014).

2.4 TRIADE DONABEDINAN

Um dos autores, que mais está unido a essa proposta de avaliação da qualidade dos serviços de saúde é Avedis Donabedian. Revisando a publicação “Tríade de Donabedian”, consegue-se analisar que o objetivo é fornecer subsídios para conseguir avaliar a qualidade da saúde, através da determinação do grau de sucesso dos serviços, monitorização das ações de vigilância contínua, desenvolvimento dos profissionais, tal que, os pontos vulneráveis consigam ser vistos e precocemente detectados para então serem corrigidos (DONABEDIAN, 1973).

Neste caso, a tríade é composta pelo elemento estrutura, que corresponde aos elementos mais estáveis, como processo assistencial, área física, instrumentos

Técnicos administrativos e condições mais organizacionais. Já quando se refere ao elemento de processo, leva-se em conta aspectos mais técnico-científicos, reconhecidos na comunidade científica, como reconhecimento de problemas, métodos diagnósticos e os cuidados prestados. Por último, o componente resultado, que corresponde às consequências das funções realizadas nos serviços de saúde, ou pelos profissionais em termos de mudanças verificadas no contexto de saúde, e claro, a satisfação dos usuários acerca dos serviços que foram prestados (DONABEDIAN, 1973).

Ademais, o mesmo autor ainda chama atenção para dois tópicos, o primeiro é que os elementos não são atributos da qualidade, mas servem de informação para definir se a qualidade é boa ou ruim. Neste caso, precisa ter uma relação de causa e efeito sobre os elementos, resultando em consequências através dos processos e da estrutura (DONABEDIAN, 2003).

Logo, segundo Donabedian (1992), para alcançar os objetivos, precisaria de um estudo onde fosse traçado todo o caminho percorrido pelo indivíduo, desde sua chegada ao serviço de saúde até o resultado final. Além disto, para tornar-se um indicador de qualidade, seria necessário implementar essas avaliações simultaneamente, tanto das estruturas, quanto dos processos, para conseguir compreender as divergências encontradas. Por fim, planejar as intervenções necessárias, para se ter essa melhoria da assistência à saúde e o alcance de uma eficiente gestão dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1992).

2.5 A APS NA PANDEMIA DE COVID-19

A COVID-19 foi registrada pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China. Os pacientes acometidos foram diagnosticados com síndrome respiratória aguda grave, de uma etiologia até então desconhecida. A vista disso, os casos aumentaram drasticamente e foram surgindo em outros países, diante desses acontecimentos, a Organização Mundial de Saúde – OMS declarou Emergência de Saúde Pública. Todavia, 11 de março de 2020, o órgão declarou pandemia pelo novo Coronavírus. Esse aumento significativo no número de casos, principalmente os que evoluem para sintomas graves, levaram a um grande número de indivíduos procurando os serviços de saúde, conseqüentemente, trazendo enormes desafios para os sistemas de saúde de todo o mundo. Por conseguinte, as taxas de ocupação hospitalares não suportaram a demanda, o que representou um problema de saúde que precisava ser abordado majoritariamente pela atenção primária à saúde - APS (BASTOS, 2020).

Em vista disso, a pandemia de COVID-19 continuou se alastrando pelo Brasil desde março de 2020. A falta de autoridades sanitárias, de coordenação e cooperação gerou uma crise sanitária e humanitária sem precedentes. Diante de todos esses fatos, pode-se salientar que enfrentar uma epidemia exige uma associação entre o cuidado individual e o cuidado coletivo, ou seja, requer uma abordagem populacional. Essa união é fundamental para combater a crise sanitária e humanitária atual, nestas circunstâncias, os sistemas de saúde que são baseados na atenção primária à saúde são capazes de oferecer esse cuidado integral e mais articulado, conseguindo uma melhor resposta nessa emergência (DUNLOP et al., 2020).

Assim sendo, é justamente onde entra em questão a atenção primária à saúde – APS, ela tem sido falada mundialmente, e está sendo considerada a principal estratégia de controle da pandemia da COVID-19, todavia, apesar do conceito de APS transportar os mesmos princípios e diretrizes internacionalmente, sua organização e compreensão em cada país é diferente. Cada equipe de APS, conhece sua realidade, seus territórios, sua comunidade, suas vulnerabilidades, ou seja, trabalham sob o olhar de vigilância em saúde, o que é crucial no controle do contágio do vírus. Conseqüentemente, esta crise anunciada só reforçou a ideia de que a atenção primária é a protagonista na coordenação do cuidado e está sendo fundamental no

manejo da pandemia (XI et al., 2020; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998; SANTOS 2015).

Dessa forma, se analisar as principais características da APS, como o acesso de primeiro contato, a relação próxima com à comunidade, a realização de busca ativa, avaliação/testagem diagnóstica e classificação de gravidade dos pacientes com sintomas de COVID-19, logo no início do quadro clínico ou após o contato com casos positivos, a APS se torna a primeira linha de defesa no controle da epidemia. Ou seja, se a identificação de novos casos for feita na APS, onde a maioria dos acometidos tem sintomas brandos, seria possível captar essa demanda inicial e evitar exposições desnecessárias dos pacientes ao ambiente hospitalar, reduzir os custos para o sistema de saúde e permitir aos gestores de se prepararem de forma mais eficiente para atender os casos mais graves (RUIZ; MARTUFI, 2020; CHENG; LAM; LEUNG, 2020).

Nesse viés, existem muitas formas de organização da APS nos municípios, só é necessário esforço para organizar de maneira correta o cuidado, através das diretrizes comuns, particularidades locais, recursos disponíveis e decisão da gestão, por isso é tão importante a sua avaliação, nesse momento extremamente delicado (FERNANDEZ et al., 2020).

Segundo Guimarães et al. (2020), as ações da APS nesse momento, podem ser:

- Vigilância à saúde: com destaque para a vigilância epidemiológica, neste campo consegue-se identificar e monitorar os agravos, produzir informações reais e confiáveis que ajudam na tomada de decisões.

- Promoção a saúde: deve ter foco na abordagem coletiva, na comunicação e educação em saúde, articulação das redes de apoio, programas sociais, ações específicas para prevenção, testagem, manejo clínico, apoio psicossocial, além de exigir organização e o cuidado das equipes para com os usuários com maior vulnerabilidade ou risco, independente da testagem positiva para COVID-19.

- Gestão compartilhada do cuidado: deve se preocupar com a continuidade e resolubilidade nas diferentes situações, o cuidado precisa estar muito bem integrado com todos os outros serviços e deve ser um canal de comunicação.

Portanto, deve-se considerar duas importantes particularidades em uma pandemia: o enfrentamento e o agravamento da mesma e, não menos importante, a continuidade dos cuidados para os problemas que ainda continuam acontecendo. Muitas vezes, nas epidemias, observa-se um aumento de mortes por outras doenças que deixam de ser atendidas, logo, analisar o funcionamento da atenção primária no momento pandêmico é crucial, além de observar experiências anteriores, para assim conseguir definir as melhores estratégias de intervenção dos sistemas de saúde. De tal forma, diversas experiências e diferentes autores mostram a grande importância da APS, e principalmente a necessidade do seu fortalecimento para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, além de futuras (GIOVANELLA; FRANCO ALMEIDA, 2020; RPAPSA, 2020).

Por fim, conclui-se que a atenção primária à saúde tem um papel fundamental no combate à pandemia da COVID-19, tanto nos dias atuais, no momento pandêmico, como futuramente, na continuidade do enfrentamento. Aliás, ressalta-se a relevância dessa atuação integrada e multidisciplinar das unidades de saúde com a comunidade. É de extrema importância uma análise mais intimista, que permita essa reorganização do processo de trabalho na APS nesse contexto de epidemia, para conseguir resguardar todos os seus atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem comunitária e familiar (KEARON; RISDON, 2020).

3 JUSTIFICATIVA

A atenção primária é o primeiro contato que as pessoas têm com o sistema de saúde, é o passo inicial, que tem a finalidade de entender a complexidade de cada caso (individual ou coletivo) para, assim, direcioná-lo a um atendimento mais adequado. Ou seja, existe um real consenso, sobre a importância da APS, e como ela influencia na melhora dos indicadores de saúde de uma determinada população. Ela é porta de entrada, que oferta os serviços próximos ao local de moradia, além de favorecer o acesso, favorece também o vínculo e atenção continuada. Além disso, diversos estudos apontam que a APS pode e tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde, e ainda pode coordenar a atenção que está sendo prestada nos demais níveis, como o secundário e terciário.

Por essa razão, este trabalho é necessário, para obtermos projeções confiáveis referente a essa qualidade do sistema de saúde da cidade de Siderópolis. Os resultados obtidos através dessa pesquisa serviram como um material importante para se tomar decisões apropriadas neste momento tão delicado no combate à Covid-19. Além de ajudarem a avaliar a qualidade do serviço de saúde na cidade, onde pode ser melhorado e de que forma pode-se fazer isso. O instrumento de avaliação da atenção primária, PCATool – Primary Care Assessment Tool versão adulta, no qual foi utilizado como base desse trabalho e serviu para aparelhar algumas questões e conseguir identificar com mais clareza os diferentes modelos de atenção ambulatorial, contribuindo para a busca de evidências sobre o acesso ao sistema de saúde da cidade, analisando a utilização e a acessibilidade, e indicando a real aplicabilidade da APS no período pandêmico, e por fim agregar com demandas consideráveis para a definição de melhores políticas públicas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso de adultos e idosos à atenção primária à saúde no município de Siderópolis – Santa Catarina, durante a pandemia de COVID-19.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever o perfil sociodemográfico da população adulta e idosa de Siderópolis;
- b) Especificar o perfil de utilização do Sistema Único de Saúde pela população adulta e idosa de Siderópolis;
- c) Avaliar a relação entre a presença de comorbidades na população adulta e idosa e o acesso à APS de Siderópolis;
- d) Analisar a relação entre o comportamento da população adulta e idosa e o acesso à APS de Siderópolis;
- e) Verificar a relação entre percepções de mudanças do estado de saúde da população adulta e idosa ocasionadas pela pandemia e acesso à APS de Siderópolis.

5 HIPÓTESES

- a) A população entrevistada é, predominante, feminina, branca (caucasianos) com ensino básico completo e aposentados;
- b) Cerca de 50% dos indivíduos utiliza o sistema público de saúde e o acesso ao sistema se dá, predominantemente, pelas unidades básicas de saúde;
- c) Os indivíduos com alguma comorbidade apresentam uma avaliação melhor sobre o acesso à aps.
- d) Os indivíduos que realizavam majoritariamente atividades essenciais tiveram uma pior avaliação do acesso à aps.
- e) Os indivíduos que relataram alguma mudança no estado de saúde durante a pandemia tiveram uma pior avaliação sobre o acesso da aps.

6 MÉTODOS

6.1 DESENHO DO ESTUDO

Estudo transversal de base populacional que deriva de um estudo maior com o título “Estudo de base populacional com a população adulta e idosa de Siderópolis em tempos de pandemia da COVID-19”. O estudo transversal tem como princípio analisar dados qualitativos que foram coletados em um determinado período de tempo. Estes, podem ser coletados de uma população amostral ou então de um subconjunto já predefinido, e essa variável vai permanecer constante durante o estudo todo. Ou seja, esse tipo de estudo, utilizado neste trabalho, capta opiniões de um determinado grupo de pessoas em um momento específico. Por conseguinte, essas investigações irão ser utilizadas para determinar o que estava acontecendo em tempo real, em um momento específico (BORDALO, 2006).

6.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Siderópolis está localizado na região carbonífera do estado de Santa Catarina, sua colonização é italiana, fomentada pelos imigrantes das regiões de Veneza, Belluno, Treviso, Ferrara e Bergamo, possui um relevo acidentado, com uma vista privilegiada, pois está aos “pés da Serra”. Após cinquenta anos da chegada dos primeiros imigrantes, e tendo em vista a quantidade de carvão mineral, foi implantado na região a primeira grande empresa de extração de carvão a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) do Rio de Janeiro, iniciando a exploração em torno de 1941, além disso o nome Siderópolis foi inspirado na própria companhia. Sidero é um afixo de origem grega (sideros) que se refere a ferro (exemplo: siderurgia) e Polis que é um afixo de origem grega (polis) que se refere à cidade.

A cidade tem grande parte do seu território como zona rural e faz divisa com Treviso, Urussanga, Cocal do Sul, Criciúma, Nova Veneza e Bom Jardim da Serra. Está, mais precisamente, situada a uma latitude 28°35'52" sul e longitude 49°25'28" oeste, estando a uma altitude de 147 metros, e a 204 km da capital de Santa Catarina, Florianópolis (SIDERÓPOLIS, 2014).

A barragem do Rio São Bento e a estátua da Nossa Senhora de Fátima, com uma imagem de 28 metros, são grandes atrativos da cidade, o município também conta com grutas, cachoeiras e trilhas, além disso, cerca de 60% da extensão da Reserva Biológica Estadual do Aguai fica no território de Siderópolis. Na região mais central, tem-se o túnel da estrada de ferro, que mostra toda a história do município, a qual atrai muitos turistas (SIDERÓPOLIS, 2014).

De acordo com o último censo, realizado pelo IBGE, a população da cidade era de 14.000 habitantes em 2019, e cresceu 6,63% de 2012 a 2019. Além do mais, no ano de 2018, o quantitativo de emprego da cidade predominou na indústria, serviços e comércio, os demais setores como construção civil e agropecuária possuíam menor representatividade (UNESC, 2020). A população está distribuída em sua maioria na zona urbana e o restante na zona rural, sendo sua maioria constituída por descendentes italianos, seguidos de africanos e um número menor de alemães, poloneses e portugueses (SIDERÓPOLIS, 2021).

O município está habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme foi estabelecido pela NOAS/2002, além disso conta com 5 equipes de ESF para realização dos Programas, inclusive Saúde Bucal, especialidades e procedimentos básicos. Ademais, em junho de 2017 a cidade recebeu do Estado a gestão plena dos dois laboratórios de patologia clínica e o restante dos serviços são referenciados para os municípios pólo Criciúma/Urussanga.

O processo de integração União, estado - Município, são elementos ativos na condução da política de Saúde, obedecendo corretamente as normas do SUS (SIDERÓPOLIS, 2021).

6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população alvo do estudo é composta pela população adulta e idosa residente em domicílios particulares do município de Siderópolis. Segundo os dados do censo demográfico de 2010 a população adulta e idosa corresponde a 12.998, contudo a população estimada no ano de 2020 era de 14.176 pessoas.

6.3.1 Critérios de Inclusão

Serão elegíveis para o estudo:

- Adultos e idosos, com idade igual ou superior a 18 anos;
- Foram testados preferencialmente, pessoas que pertenciam a grupos de riscos (idosos e/ou comorbidades, como cardiopatia, diabetes, pneumopatia, doença neurológica ou renal, imunodepressão, obesidade, asma e puérperas);
- Adicionalmente, para as análises propostas nesse estudo, serão incluídos apenas os participantes que utilizam o sistema único de saúde.

6.3.2 Critérios de Exclusão

- Serão excluídos aqueles indivíduos que já testaram positivo para a COVID-19;
- Pessoas que tenham 18 anos ou mais, mas não residam no domicílio selecionado como, por exemplo, empregada doméstica que não mora no emprego ou pessoas que estejam visitando a família no período da entrevista;
- Pessoas com deficiências mentais ou que sejam inaptos para responder questões básicas também serão excluídos do estudo;

6.3.3 Seleção da Amostra

A abrangência geográfica da pesquisa foi definida com o território municipal de Siderópolis, o qual foi dividido nos setores censitários da base geográfica do IBGE do censo domiciliar do ano de 2010. Segundo os dados do censo demográfico de 2010, a população total do município era de 12.998, sendo que destes, 10.051 residiam na área urbana, representando 77,3% da população total e 2.947 residiam na área rural, representando 22,7% da população total do município. Após a identificação da quantidade de domicílios por setor censitário foi realizada a separação entre rural e urbano como rural ou urbano, desse modo, de acordo com a metodologia adotada como seleção da amostra em múltiplos estágios, definiu-se uma seleção de 75% dos setores existentes no município.

Quadro 1 - Informações sobre a amostra, setores censitários e a proporção de domicílios

Domicílios			
Setores	Quantidade	Amostra	616
Urbano	18	460	74,8%
Rural	5	133	21,6%
Rural Isolado	2	22	3,6%
Total	25	616	100%

Fonte: Elaborado pela Autora (2021).

A seleção da amostra foi realizada em algumas etapas:

No primeiro momento, para a seleção da amostra, utilizou-se o cadastro nacional de endereços para fins estatísticos (CNEFE), do IBGE. Foram identificados 4.576 domicílios particulares, divididos por localização urbana, rural e setores censitários.

As etapas de amostragem foram realizadas da seguinte forma:

1º) Seleção dos conglomerados através dos dados do censo do IBGE. Foram identificados 25 setores, ordenados conforme a renda média para a realização do sorteio. Esta estratégia garantiu a inserção de diferentes bairros e indivíduos com situações econômicas distintas;

2º) Num segundo momento, foi realizado o sorteio dos setores, com probabilidade proporcional ao número de domicílios em cada setor censitário, onde foram organizados através de uma numeração inicial e final;

3º) Por fim, definiu-se o pulo sistemático para a seleção dos 616 domicílios, foi dividida a quantidade de domicílios dos setores sorteados pelo número de entrevistas realizadas.

Observação: em casos onde mais de um indivíduo por domicílio se enquadrava dentro dos critérios de inclusão, foi feito um sorteio para definir quem seria o entrevistado (era realizado girando uma caneta sobre uma superfície por exemplo, ou os próprios residentes do domicílio entravam em consenso).

Quadro 2 - Seleção dos setores censitários amostra 75%

Plano 75% dos setores				
Setores	19	Domicílios		Entrevistados
1	421760005000008	Urbano	283	45
2	421760005000012	Urbano	168	27
3	421760005000015	Urbano	110	17
4	421760005000026	Urbano	292	46
5	421760005000004	Urbano	123	20
6	421760005000007	Urbano	249	40
7	421760005000025	Urbano	151	24
8	421760005000024	Urbano	217	34
9	421760005000009	Urbano	207	33
10	421760005000006	Urbano	218	35
11	421760005000003	Urbano	93	15
12	421760005000013	Urbano	246	39
13	421760005000010	Urbano	124	20
14	421760005000001	Urbano	251	40
15	421760005000014	Urbano	168	27
	Área Rural		2900	461
16	421760005000027	Rural	108	31
17	421760005000021	Rural	58	16
18	421760005000016	Rural	288	82
19	421760005000017	Rural	93	26
	*		547	155
Total de domicílios			3447	616

Fonte: Elaborado pela Autora (2021).

6.4 VARIÁVEIS

6.4.1 Dependente(s)

Avaliação da acessibilidade e utilização da APS se deu através de uma nota de corte para estimar a avaliação positiva ou negativa da APS, neste caso considerou-se como desempenho satisfatório os valores iguais ou acima de 6,6 e insatisfatórios os valores abaixo de 6,6 (LEÃO; CALDEIRA, 2011; ARAÚJO et al., 2014; CARNEIRO et al., 2014; MESQUITA-FILHO et al., 2014; LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; LIMA et al., 2015; MARQUES et al., 2014; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015; REIS et al., 2013; SILVA; FONSECA; SOUZA et al., 2014; SILVA; FRACOLLI et al., 2014; FRACOLLI et al., 2014).

As variáveis dependentes deste estudo estão descritas na tabela abaixo:

Quadro 3 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis dependentes

Identificação da Variável	Descrição da Variável	Forma de verificação
Acesso de Primeiro Contato – Utilização	Variável categórica binária	Positiva/Negativa

Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade	Variável categórica binária	Positiva/Negativa
--	-----------------------------	-------------------

Fonte: Elaborado pela Autora (2021).

6.4.2 Independente(s)

As variáveis independentes deste estudo estão descritas na tabela abaixo:

Quadro 4 - Identificação, descrição e forma de medir as variáveis independentes

Identificação da variável	Descrição da variável	Forma de verificação
Sexo	Variável categórica nominal	Feminino ou Masculino
Faixa Etária	Variável numérica contínua	18 a 24 anos 25 a 39 anos 40 a 59 anos 60 anos ou mais
Raça/Cor da Pele	Variável categórica nominal	Branco, preto, pardo, indígena e amarelo
Escolaridade	Variável categórica ordinal	Nenhuma 1 a 3 anos 4 a 7 anos 8 a 11 anos 12 anos ou mais
Situação ocupacional	Variável categórica nominal	Trabalhando, desempregado, aposentado, do lar e nenhuma das alternativas
Renda	Variável numérica contínua	Renda média de todos os familiares da residência
Comorbidade	Variável categórica nominal	Sim/não/qual
Comportamento da população	Variável categórica ordinal	Saiu de Casa/Foi ao Trabalho/Foi a Farmácia/Foi ao Mercado/Foi a algum serviço de saúde/Realizou atividade física fora de casa/ Frequentou Bares e Pubs/ Frequentou restaurante/ Frequentou comercio de rua/Visitou ou recebeu visita de amigos ou parentes/Frequentou Igrejas ou templos religioso
Mudanças no estado de saúde	Variável categórica ordinal	Piorou muito/ piorou um pouco/ficou igual/ melhorou um pouco /melhorou muito
Indivíduos que utilizam o sistema de saúde	Variável numérica discreta	Sim ou não
Qual serviço de saúde mais utilizado	Variável categórica nominal	Unidade de saúde/ pronto atendimento 24h / pronto socorro (emergência hospitalar) /serviço móvel de urgência e emergência (SAMU) / centro de triagem

Fonte: Elaborado pela Autora (2021).

6.5 COLETA DE DADOS

6.5.1 Procedimentos e logística

O município contactou o programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC para solicitar um estudo de testagem da população diante da pandemia da Covid-19.

Todos os EPIs necessários para equipe do estudo foram disponibilizados pelo município, desde almoço até meios de transporte para todos os entrevistadores. A coleta de dados foi realizada por alunos da graduação dos cursos da área da saúde da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para isso foram necessárias 8 horas diárias de entrevistas, auxílio de um carro com motorista, para a locomoção dos estudantes e principalmente para o correto armazenamento do material biológico.

As coletas foram realizadas primeiramente na área central, a fim de identificar os maiores focos de disseminação do vírus e proceder com isolamento dos contaminados o quanto antes. Também foi estipulado uma meta diária de 30 amostras, totalizando em 150 amostras por semana. Foi testado um indivíduo por domicílio sorteado, sendo que a preferência era dada sempre àquele indivíduo que pertencia ao grupo de risco, estes eram considerados pertencentes do grupo em caso de: obesidade, doenças respiratórias como asma e DPOC, hipertensão, diabetes, imunossuprimidos e idosos. Em casos de mais de uma pessoa ser pertencente ao grupo de risco, era realizado sorteio.

O procedimento realizado em cada domicílio era basicamente na aplicação do questionário com perfil dos indivíduos e uma coleta de sangue para teste sorológico da COVID-19, por fim, as amostras eram identificadas corretamente conforme o número de identificação de cada indivíduo, que constava no formulário. Algumas informações precisavam ser levadas em consideração pelos entrevistadores, em caso de domicílios que alguém já tivesse testado positivo, o entrevistador só entraria se já tivesse passado 30 dias, em domicílios com grupo de risco e um sintomático o sintomático era encaminhado para o centro triagem. Diariamente, as amostras retornavam à UNESC para processamento e testagem do material, o qual era realizado no Lenac (Laboratório de Análises Clínicas), pelo curso de Biomedicina da

Universidade. Ao final de cada semana, os laudos eram preparados e enviados para a supervisora de trabalho de campo da cidade. Por fim, ela entrava em contato com cada entrevistado, informando o resultado do teste e passando as devidas recomendações.

Além disso, antes de iniciar a pesquisa de campo, todos os acadêmicos voluntários participaram de um treinamento com as professoras responsáveis pelo projeto, todas as informações referentes ao trabalho em campo estão descritas no manual de instruções que foi desenvolvido pelos professores (ANEXO B).

Em suma, este trabalho foi desenvolvido através do banco de dados da pesquisa intitulada “Estudo de base populacional com a população adulta de Siderópolis em tempos de pandemia da COVID-19”, foi através dela que todas as informações necessárias foram retiradas e analisadas, além disso vale ressaltar que para este estudo somente foram incluídos os adultos que utilizavam o Sistema Único de Saúde.

6.5.2 Instrumento(s) para coleta dos dados

Cada entrevistador foi responsável por organizar e armazenar seus materiais, assim como solicitar os EPIs, sempre que necessário.

Foram necessários para o estudo em questão: luvas, seringas, agulhas, garrotes, algodão, álcool 70%, macacão impermeável, *face shields*, máscara PFF2, máscara descartável, avental descartável, touca descartável, gaze, coletor de materiais perfurocortantes, tubo seco com ativador de coágulo, curativo pós coleta, caixa térmica refrigerada com termômetro, estante para tubos, testes rápidos Covid-19 (sorológico), pipetas, ponteiros para pipeta, centrifuga, motorista disponível, carro, saco branco para lixo hospitalar infectante, pranchetas, canetas e etiquetas para identificação das amostras.

Além de todos esses itens, os acadêmicos também estavam com os Termos de Consentimentos Livres e Esclarecidos - TCLE impressos (APENDICE B) e com o instrumento de coleta de dados (APÊNDICE A). Por fim, o questionário aplicado continha cerca de 62 questões, e era dividido por blocos de temas, o primeiro bloco era referente às questões sociodemográficas, algumas questões sobre saúde e

comportamento durante a pandemia, nos primeiros 14 dias, depois no último mês e nos últimos 7 dias, respectivamente. O segundo bloco se referia às questões do serviço público de saúde da cidade, todas as perguntas eram do PCATool, parte B, com três perguntas B1, B2 e B3 e parte C, com 12 perguntas C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12, onde era avaliado a Utilização e Acessibilidade, da Atenção Primária.

Cada questão tinha cinco opções de respostas possíveis e eram iguais para todos os entrevistados. Os escores foram atribuídos para cada opção de resposta e seguiam uma escala do tipo Likert: 1 = com certeza não; 2 = provavelmente não; 3 = provavelmente sim; e 4 = com certeza sim. Por fim, a opção “não sei/não lembro” foi computada como “0”. De acordo com o instrumento de validação do PCATool-Brasil, os escores devem ser padronizados por uma escala de valores de 0 a 10, e nesse caso sendo os valores iguais ou superiores a 6,6 considerados como alto escore, ou satisfatórios e abaixo de 6,6 baixo escore ou insatisfatório (HARZHEIM et al., 2013).

A utilização do instrumento PCATool-Brasil em suas três versões (adultos, crianças e profissionais) APS tem aumentado muito nos últimos anos e esse fato pode ter intrínseca relação com a publicidade pelo Ministério da Saúde, que, desde 2010, disponibiliza o instrumento validado em seus veículos oficiais de comunicação. O PCATool permite um processo de avaliação com agilidade e baixo custo do processo de trabalho dos serviços de saúde em virtude da sua compreensão e aplicação fáceis. É um instrumento aferidor eficaz por apresentar as condições dos serviços de saúde, por isso essa foi a metodologia adotada nessa pesquisa (MAZUTTI-PENSO, et al; 2017).

6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a cálculo da amostra foi utilizado o software OpenEpi (calculadora para estudos epidemiológicos), sendo considerado o nível de confiança de 0,05, efeito de delineamento de 1,5 e margem de erro de 4pp. Sendo assim, considerando acréscimo de 10% para perdas e recusas, foram necessários 616 indivíduos.

Os dados foram gerados em planilha Excel e posteriormente passados para o software Stata 15.0. Inicialmente foi realizada a descrição da amostra, seguido da

prevalência de covid-19 com os respectivos intervalos de confiança. Teste Qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis independentes e a dependente, com significância de 0,05.

6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e carta de aceite (ANEXO A), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de Termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B).

6.8 RISCOS E BENEFÍCIOS

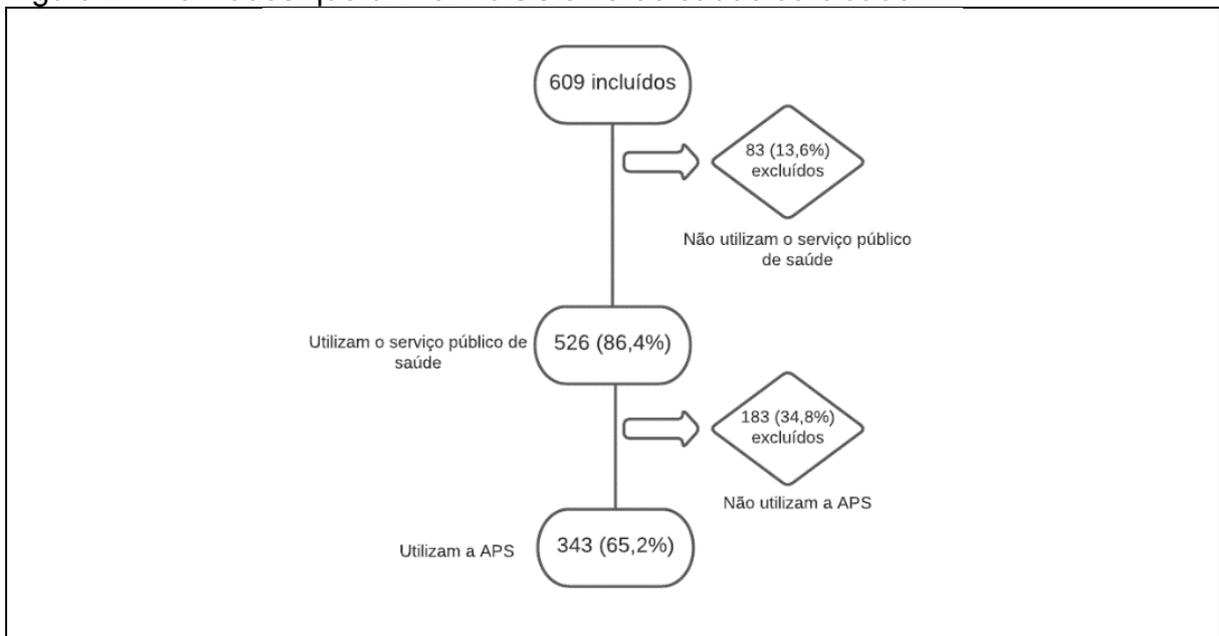
Riscos: durante a coleta da amostra de sangue pode ocorrer dor discreta na região da punção. Ressalta-se que o procedimento de coleta será realizado por pessoal devidamente capacitado e treinado. Além disso, os dados pessoais do questionário e do exame serão estritamente anônimos e confidenciais, mantendo-se total sigilo sobre a pessoa pesquisada, assegurando sua privacidade.

Benefícios: ao participar desta pesquisa, os entrevistados contribuirão com informações valiosas sobre a prevalência da COVID-19 em Siderópolis, além de permitir ao município e a gestão da saúde tomar medidas necessárias para conter a pandemia, e para o momento pós pandemia, atuando sempre de maneira eficiente em prol de benefícios para a saúde pública da cidade. Caso a testagem der positiva, o entrevistado será avisado e notificado ao serviço de vigilância epidemiológica do município.

7 RESULTADOS

O estudo incluiu residentes acima de 18 anos, entre adultos e idosos, que utilizavam a atenção primária à saúde do município de Siderópolis, Santa Catarina. Conforme o fluxograma 1 apresentado abaixo, para este estudo parte-se dos 609 entrevistados, desses, 83 (13,6%) foram excluídos da presente análise, pois não utilizavam o serviço público de saúde da cidade, dos 526 (86,4%) que utilizavam o sistema público de saúde, 183 foram excluídos pois não utilizam a APS. Para as análises apresentadas nesse estudo, utilizou-se as respostas de 343 (65,2%) participantes que utilizavam a APS da cidade.

Figura 2 - indivíduos que utilizam o sistema de saúde da cidade



Fonte: Autora, (2022).

7.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

Na tabela 1 são apresentadas as informações sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Dos 343 participantes, a maioria é branca (89,2%), a faixa etária entre 60 anos ou mais é a mais predominante com 40,5%, o sexo feminino é prevalente correspondendo a 73,2% dos entrevistados. Cerca de 43,7% dos participantes possuem de 8 a 11 anos de escolaridade e são aposentados. Quanto à

renda, 8,2% tem uma renda entre 5-9 salários mínimos (5.500 – 9.900 reais), 67,9% ganham entre 1 – 3 salários mínimos (1.100 – 3.300 reais) e 2,9%, até 1 salário mínimo (< 1.100 reais).

Tabela 1 - Informações sociodemográficas da população entrevistada

Variável	N (%)
Sexo	
Feminino	251 (73,2%)
Masculino	92 (26,8%)
Faixa Etária	
18 a 24 anos	21 (6,1%)
25 a 39 anos	52 (15,2%)
40 a 59 anos	123 (35,9%)
60 anos ou mais	139 (40,5%)
Raça/Cor Da Pele	
Branco	306 (89,2%)
Preto	22 (6,4%)
Pardo	15 (4,4%)
Indígena	
Amarelo	
Escolaridade	
Nenhuma	5 (1,5%)
1 a 3 anos	45 (13,1%)
4 a 7 anos	95 (27,7%)
8 a 11 anos	150 (43,7%)
12 anos ou mais	48 (14,0%)
Situação Ocupacional	
Trabalhando	105 (30,6%)
Desempregado	76 (22,2%)
Aposentado	150 (43,7%)
Do Lar	11 (3,2%)
Nenhuma das alternativas	1 (0,3%)
Renda	
Até 1000	10 (2,9%)
De 1000 a 3000	231 (67,9%)
De 3000 a 5000	71 (20,9%)
Acima de 5000	28 (8,2%)

Fonte: Pesquisa Avaliação do acesso a APS durante a pandemia de COVID-19 em um município do Sul de Santa Catarina, (2022).

7.1.1 Perfil de utilização dos serviços de saúde, comorbidades, comportamento e percepção sobre a mudança na saúde durante a pandemia

Com relação aos indivíduos que utilizavam o sistema de saúde 86,4%, apenas 65,2% utilizavam a APS. O serviço de urgência e emergência (SAMU) foi o serviço de saúde menos utilizado durante a pandemia com 2,0%, seguido pelo centro de triagem com 4,7% e pelo pronto socorro (emergência hospitalar) com 15,5%. Já a unidade de saúde 24 horas foi a mais utilizada com 50,7%. Sobre a presença de doença crônica, observou-se que 50,7% dos entrevistados tinham alguma doença crônica, sendo 30,9% hipertensão e 7,9% Doença Respiratória (Tabela 2).

O comportamento da população também foi analisado, 284 entrevistados, cerca de 82,8% saíram de casa nos últimos 14 dias que antecederam a pesquisa e os lugares com maior índice foram a farmácia com 59,5% e o mercado com 69,7%. Enquanto isso, 75,5% não foram ao trabalho, 70,0% não foram em nenhum serviço de saúde e 96,2% não frequentou bares e pubs. Por fim, pode-se afirmar que os lugares para onde os residentes mais se deslocaram foram ao mercado 69,7% e farmácia 59,5% (Tabela 2).

Tabela 2 - Serviços mais utilizados, presença de comorbidades, comportamento e mudanças no estado de saúde da população entrevistada

Variável	n (%)
Serviço De Saúde Mais Utilizado	174 (50,7%)
Unidade de saúde/ pronto atendimento 24h	127 (37,0%)
Sim	
Não	53 (15,5%)
Pronto socorro (emergência hospitalar)	248 (72,3%)
Sim	
Não	7 (2,0%)
Serviço móvel de urgência e emergência (SAMU)	294 (85,7%)
Sim	
Não	16 (4,7%)
Centro de triagem	285 (83,1%)
Sim	
Não	
Doença Crônica	-
Sim	174 (50,7%)
Não	169 (49,3%)
Hipertensão	106 (30,9%)
Sim	66 (19,2%)
Não	
Diabetes	
Sim	62 (36,0%)
Não	110 (64,0%)

Doença Cardíaca		
Sim		21 (6,1%)
Não		151 (44,0%)
Doença Respiratória		
Sim		27 (7,9%)
Não		145 (42,3%)
Câncer		
Sim		9 (2,6%)
Não		163 (47,5%)
Comportamento Da População		
Saiu de Casa (por qualquer motivo)		-
Sim		284 (82,8%)
Não		59 (17,2%)
Foi ao Trabalho		
Sim		81 (23,6%)
Não		259 (75,5%)
Foi a Farmácia		
Sim		204 (59,5%)
Não		138 (40,2%)
Foi ao Mercado		
Sim		239 (69,7%)
Não		103 (30,0%)
Foi a algum serviço de saúde		
Sim		100 (29,2%)
Não		240 (70,0%)
Realizou atividade física fora de casa		
Sim		34 (9,9%)
Não		307 (89,5%)
Frequentou Bares e Pubs		
Sim		12 (3,5%)
Não		330 (96,2%)
Frequentou restaurante		
Sim		23 (6,7%)
Não		318 (92,7%)
Frequentou comercio de rua		
Sim		53 (15,5%)
Não		289 (84,3%)
Visitou ou recebeu visita de amigos ou parentes		
Sim		102 (29,7%)
Não		237 (69,1%)
Frequentou Igrejas ou templos religiosos		
Sim		50 (14,6%)
Não		293 (85,4%)
Mudanças No Estado De Saúde		
Piorou muito		19 (5,5%)
Piorou um pouco		69 (20,1%)
Ficou igual		248 (72,3%)

Melhorou um pouco	6 (1,7%)
Melhorou muito	1 (0,3%)

Fonte: Pesquisa “Avaliação do acesso a APS durante a pandemia em um município do Sul de Santa Catarina” (2020).

7.1.2 Avaliação do acesso de primeiro da APS

O atributo acesso de primeiro contato na APS é formado por dois componentes, utilização e acessibilidade. Na tabela 3, pode-se observar as respostas referentes às perguntas dos componentes utilização e acessibilidade da APS aplicadas nesse estudo. A componente utilização, em suas três perguntas, atinge percentuais superiores a 80% para respostas positivas a esses itens, que versam sobre consulta de revisão (90,3%), novo problema de saúde (89,9%) e consulta com especialista (88,4%).

Já na componente acessibilidade, as perguntas referentes a acesso a aconselhamento rápido por telefone, atendimento no mesmo dia em caso de adoecimento, facilidade para marcar consulta de revisão tiveram respostas positivas em uma frequência maior que 60%. As perguntas referentes ao tempo longo de esperar com conseguir marcar hora no serviço de saúde, dificuldade para conseguir atendimento médico e necessidade de faltar ao trabalho para conseguir ir ao serviço de saúde, obtiveram mais de 50% de frequência de respostas negativas. Esse conjunto de respostas demonstram pontos de melhor avaliação em relação a acessibilidade. Por outro lado, uma pior avaliação da acessibilidade é percebida quando a pergunta que se refere ao tempo de espera superior a 30 minutos para consulta apresenta resposta positiva em 56,4% dos entrevistados. Também são percebidas nas frequências superiores a 60% das respostas negativas às perguntas que se referem ao serviço de saúde ficar aberto aos sábados ou domingos e ao serviço ficar aberto até as 20h nos dias úteis (Quadro 5).

Quadro 5 - Avaliação da utilização e acessibilidade da APS

Componentes do Acesso de Primeiro Contato	n (%)
Utilização	
B1: Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	
Respostas Positivas	299 (90,3%)
Respostas Negativas	32 (9,7%)
Sem resposta	12 (3,5%)

B2: Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	296 (89,9%) 35 (10,6%) 12 (3,5%)
B3: Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	289 (88,4%) 38 (11,6%) 16 (4,7%)
Acessibilidade	
C1: O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	113 (34,3%) 216 (65,7%) 14 (4,1%)
C2: O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	113 (35,0%) 210 (65,0%) 20 (5,8%)
C3: Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	251 (79,2%) 66 (20,8%) 26 (7,6%)
C4: Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adocece alguém de lá atende você no mesmo dia? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	221 (68,0%) 104 (32,0%) 18 (5,2%)
C5: Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	156 (48,4%) 166 (51,6%) 21 (6,1%)
C6: Quando o seu “nome do serviço de saúde / o nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	160 (49,4%) 164 (50,6%) 19 (5,5%)
C7: Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? (RU) Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	158 (48,9%) 165 (51,1%) 20 (5,8%)
C8: É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”? (RU) Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	257 (78,8%) 69 (21,2%) 17 (5,0%)

C9: Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	185 (56,4%) 143 (43,6%) 15 (4,4%)
C10: Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	148 (45,4%) 178 (54,6%) 17 (5,0%)
C11: É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	147 (45,1%) 179 (54,9%) 17 (5,0%)
C12: Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde? Respostas Positivas Respostas Negativas Sem resposta	119 (36,1%) 211 (63,9%) 13 (3,8%)

Fonte: Pesquisa “Avaliação do acesso a APS durante a pandemia em uma cidade do Sul de Santa Catarina”, (2020).

7.1.3 Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de comorbidades em adultos e idosos de Siderópolis

Na tabela 3 são apresentadas as análises de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato da APS e presença de doenças crônicas na população adulta e idosa de Siderópolis. Para esta análise se observou todos os participantes, bem como os mesmos estratificados em adultos e idosos. Não houve associação entre os componentes utilização e acessibilidade com presença de doenças crônicas, tanto na população geral, quanto nos grupos de adultos e idosos.

Adultos, n (%)						
Doença Crônica	Utilização		Valor de p	Acessibilidade		Valor de p
	Insatisfatório	Satisfatório		Insatisfatório	Satisfatório	
Não	18 (72)	18 (72)	0,198	70 (57,4)	46 (64,8)	0,361
Sim	7 (28)	7 (28)		52 (42,6)	25 (35,2)	
Todos	25 (100)	25 (100)		122 (100)	71 (100)	
Idosos, n (%)						
Doença Crônica	Utilização		Valor de p	Acessibilidade		Valor de p
	Insatisfatório	Satisfatório		Insatisfatório	Satisfatório	
Não	4 (30,8)	41 (34,2)	0,999	31 (31,3)	14 (38,9)	0,417
Sim	9 (69,2)	79 (65,87)		68 (68,7)	22 (61,1)	
Todos	13 (100)	120 (100)		99 (100)	36 (100)	

Todos, n (%)						
Doença Crônica	Utilização		Valor de p	Acessibilidade		Valor de p
	Insatisfatório	Satisfatório		Insatisfatório	Satisfatório	
Não	22 (57,9)	136 (47,9)	0,300	101 (45,7)	60 (56,1)	0,099
Sim	16 (42,1)	148 (52,1)		120 (54,3)	47 (43,9)	
Todos	38 (100)	284 (100)		221 (100)	107 (100)	

Tabela 3 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de doença crônica em adultos e idosos de Siderópolis

Nota: Utilizado Teste Exato de Fischer para avaliar a presença de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização) e presença de doença crônica em adultos, idosos e população geral de Siderópolis. Diferença estatisticamente significativa quando valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: Dados dos autores, 2022.

Na tabela 4 são apresentadas as análises de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato da APS e presença de Diabetes na população adulta e idosa de Siderópolis. Para esta análise observou-se todos os participantes, e os mesmos estratificados em adultos e idosos. Não houve associação entre os componentes utilização e acessibilidade com presença de Diabetes, tanto na população geral, quanto nos grupos de adultos e idosos.

Tabela 4 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de Diabetes em adultos e idosos de Siderópolis

Diabetes	Acessibilidade		Valor de p	Utilização		Valor de p
Adultos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,779	Insatisfatório	Satisfatório	0,671
SIM	12 (23,5%)	7 (28,0%)		1 (14,3%)	18 (26,5%)	
NÃO	39 (76,5%)	18 (72,0%)		6 (85,7%)	50 (73,5%)	
Idosos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,624	Insatisfatório	Satisfatório	0,729
SIM	31 (46,3%)	12 (54,5%)		5 (55,6%)	36 (46,2%)	
NÃO	36 (53,7%)	10 (45,5%)		4 (44,4%)	42 (53,8%)	
Todos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,722	Insatisfatório	Satisfatório	1,000
Sim	43 (36,4%)	19 (40,4%)		6 (35,5%)	54 (37,0%)	
Não	75 (63,6%)	28 (59,6%)		10 (62,5%)	92 (63,0%)	

Nota: Utilizado Teste Exato de Fischer para avaliar a presença de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização) e presença de diabetes em adultos, idosos e população geral de Siderópolis. Diferença estatisticamente significativa quando valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: dados dos autores, 2022.

Na tabela 5 são apresentadas as análises de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato da APS e presença de Hipertensão na população adulta e idosa de Siderópolis. Nesta análise também se observou todos os participantes, e

os mesmos estratificados em adultos e idosos. Não houve associação entre os componentes utilização e acessibilidade com presença da hipertensão, tanto na população geral, quanto nos grupos de adultos e idosos.

Tabela 5 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS com presença de Hipertensão em adultos e idosos de Siderópolis

Diabetes	Acessibilidade		Valor de p	Utilização		Valor de p
	Insatisfatório	Satisfatório		Insatisfatório	Satisfatório	
Adultos, n(%)			0,808			0,711
SIM	27 (52,9%)	12 (48,0%)		3 (42,9%)	35 (51,5%)	
NÃO	24 (47,1%)	13 (52,0%)		4 (57,1%)	33 (48,5%)	
Idosos, n(%)			0,429			1,000
SIM	44 (65,7%)	17 (77,3%)		6 (66,7%)	55 (70,5%)	
NÃO	23 (34,3%)	5 (22,7%)		3 (33,3%)	23 (29,5%)	
Todos, n(%)			1,000			0,788
SIM	71 (60,2%)	29 (61,7%)		9 (56,3%)	90 (61,6%)	
NÃO	47 (39,8%)	18 (38,3%)		7 (43,8%)	56 (38,4%)	

Nota: Utilizado Teste Exato de Fischer para avaliar a presença de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização) e presença de Hipertensão em adultos, idosos e população geral de Siderópolis. Diferença estatisticamente significativa quando valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: dados dos autores, 2022.

7.1.4 Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como o comportamento de adultos e idosos de Siderópolis

Nessa análise correspondente aos entrevistados que foram e não foram na farmácia, pode-se analisar conforme mostra a tabela 6 que tanto todos os moradores que foram na farmácia, tanto os que não foram, bem como os adultos e idosos individualmente, avaliaram negativamente a acessibilidade, mas eles avaliaram positivamente a utilização respectivamente. Dessa forma, pode-se dizer que não houve associação entre esses componentes e o hábito de frequentar a farmácia.

Tabela 6 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como o comportamento de frequentar farmácia entre adultos e idosos de Siderópolis

Frequentar Farmácia	Acessibilidade		Valor de p	Utilização		Valor de p
	Insatisfatório	Satisfatório		Insatisfatório	Satisfatório	
Adultos, n (%)			0,875			0,652
SIM	80 (65,6%)	48 (67,6%)		18 (72,0%)	108 (65,9%)	

NÃO	42 (34,4%)	23 (32,4%)		7 (28,0%)	56 (34,1%)	
Idosos, n (%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,441	Insatisfatório	Satisfatório	0,077
SIM	52 (52,5%)	16 (44,4%)		10 (76,9%)	57 (47,5%)	
NÃO	47 (47,5%)	20 (55,6%)		3 (23,1%)	63 (52,5%)	
Todos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	1,000	Insatisfatório	Satisfatório	0,078
SIM	132 (59,7%)	64 (59,8%)		28 (73,7%)	165 (58,1%)	
NÃO	89 (40,3%)	43 (40,2%)		10 (26,3%)	119 (41,9%)	

Nota: Utilizado Teste Exato de Fischer para avaliar a presença de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização) e participantes que foram a farmácia, adultos, idosos e população geral de Siderópolis. Diferença estatisticamente significativa quando valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: dados dos autores, 2022.

Conforme a tabela 7 tanto os entrevistados que foram ao mercado como os que não foram ao mercado nos 14 dias antes da entrevista, avaliaram negativamente a acessibilidade da APS, todavia a avaliação foi positiva em ambos os grupos para a variável utilização, neste caso, não teve associação entre a variável mercado e a avaliação do acesso a APS.

Tabela 7 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como o comportamento de frequentar mercado entre adultos e idosos de Siderópolis

Frequentar mercado	Acessibilidade		Valor de p	Utilização		Valor de p
Adultos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,458	Insatisfatório	Satisfatório	0,420
SIM	94 (77,7%)	59 (83,1%)		21 (85,5%)	128 (78,0%)	
NÃO	27 (22,3%)	12 (16,9%)		3 (12,5%)	36 (22,0%)	
Idosos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	1,000	Insatisfatório	Satisfatório	0,147
SIM	56 (56,6%)	20 (55,6%)		10 (76,9%)	65 (54,2%)	
NÃO	43 (43,4%)	16 (44,4%)		3 (23,1%)	55 (45,8%)	
Todos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,307	Insatisfatório	Satisfatório	0,057
SIM	150 (68,2%)	79 (73,8%)		31 (83,8%)	193 (68,0%)	
NÃO	70 (31,8%)	28 (26,2%)		6 (16,2%)	91 (32,0%)	

Nota: Utilizado Teste Exato de Fischer para avaliar a presença de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização) e participantes que foram ao mercado, adultos, idosos e população geral de Siderópolis. Diferença estatisticamente significativa quando valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: dados dos autores, 2022.

7.1.5 Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como a mudança de saúde em adultos e idosos de Siderópolis

Esse foi o último parâmetro avaliado, a relação da mudança de saúde dos entrevistados e a avaliação do acesso a atenção primária. Conforme a Tabela 8, pode-se perceber que tanto os adultos e idosos que relataram que a saúde piorou avaliaram negativamente a acessibilidade da APS, assim como os que relataram uma melhora ou permaneceram iguais de saúde. Já na variável utilização a avaliação foi satisfatória em ambos os grupos, não havendo associação entre as variáveis analisadas.

Tabela 8 - Associação entre componentes do acesso de primeiro contato da APS como a mudança de saúde em adultos e idosos de Siderópolis

Mudança de saúde	Acessibilidade		Valor de p	Utilização		Valor de p
Adultos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,099	Insatisfatório	Satisfatório	0,219
Piorou	36 (29,5%)	19 (26,8%)		10 (40,0%)	44 (26,8%)	
Melhorou ou ficou igual	86 (70,5%)	52 (73,2%)		15 (60,0%)	120 (73,1%)	
Idosos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,118	Insatisfatório	Satisfatório	1,000
Piorou	22 (22,2%)	8 (22,2%)		2 (15,4%)	28 (23,3%)	
Melhorou ou ficou igual	77 (77,8%)	28 (77,8%)		11 (84,6%)	92 (76,6%)	
Todos, n(%)	Insatisfatório	Satisfatório	0,014	Insatisfatório	Satisfatório	0,553
Piorou	58 (26,3%)	27 (25,3%)		12 (31,6%)	72 (25,4%)	
Melhorou ou ficou igual	163 (73,8%)	80 (74,8%)		26 (68,4%)	212 (74,7%)	

Nota: Utilizado Teste Exato de Fischer para avaliar a presença de associação entre os componentes de acesso de primeiro contato (acessibilidade e utilização) e participantes que tiveram alguma mudança de saúde, adultos, idosos e população geral de Siderópolis. Diferença estatisticamente significativa quando valor de $p \leq 0,05$.

Fonte: dados dos autores, 2022.

7.1.6 Correlação entre as dimensões de Escolaridade, Renda, Idade e Acessibilidade e Utilização da APS

Foi analisado a correlação entre escolaridade, renda, idade, com acessibilidade e utilização, conforme a (Tabela 9; Figura 3), nessa análise foram encontradas correlações positivas entre idade e o escore utilização (0,063; fraca), idade e o escore acessibilidade (0,023; fraca), escolaridade e renda familiar (0,0409**; fraca),

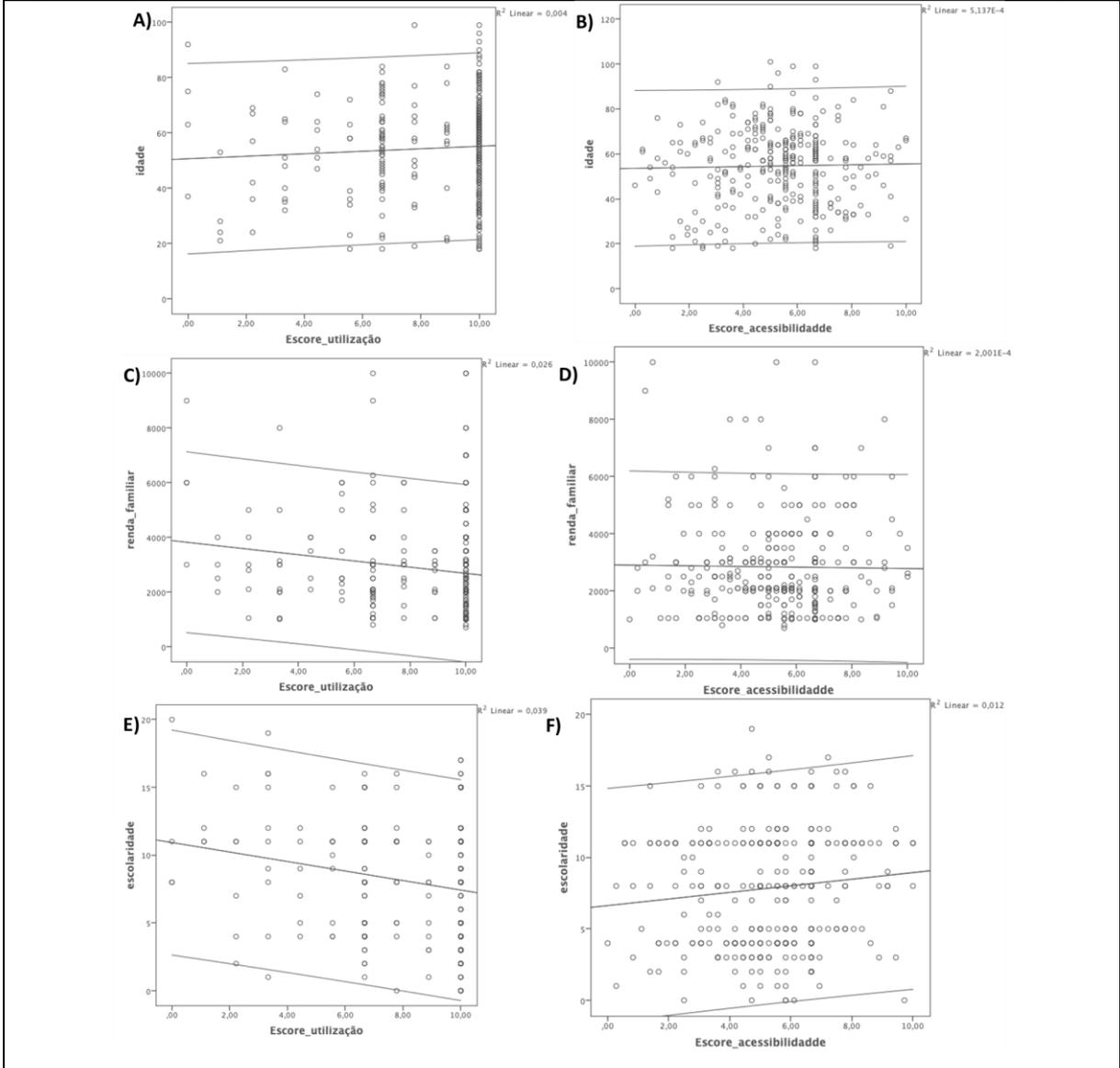
escolaridade e o escore acessibilidade (0,110*; fraca) e escore utilização e escore acessibilidade (0,272**; fraca). Já as correlações negativas podem ser vistas entre idade e escolaridade (-0,396**; fraca), idade e renda familiar (-0,124*; fraca), escolaridade e o escore utilização (-0,198**; fraca), renda familiar e o escore utilização (-0,162**; fraca) e por fim renda familiar e escore acessibilidade com (-0,014; fraca).

Tabela 9 - Correlação entre escolaridade, renda e idade x acessibilidade e utilização

Correlação de Pearson	idade	Escolaridade	Renda familiar	Escore utilização	Escore acessibilidade
Idade	1				
Escolaridade	-0,396**	1			
Renda familiar	-0,124*	0,0409**	1		
Escore utilização	0,063	-0,198**	-0,162**	1	
Escore acessibilidade	0,023	0,110*	-0,014	0,272**	1

** a correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral). * a correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Figura 3 - Correlação entre escolaridade, renda e idade x acessibilidade e utilização



Fonte: Dados das Autoras (2022).

8 DISCUSSÃO

A principal razão para a realização desse trabalho, foi avaliar o acesso a atenção primária a saúde durante a pandemia em uma cidade do interior do Sul de Santa Catarina, esses dados auxiliarão na tomada de decisões para uma melhora pontual no sistema de saúde da cidade, conseguindo verificar com mais clareza os pontos mais fragilizados no sistema, identificados pela população entrevistada. Para isso utilizou-se o instrumento de avaliação PCATool, no qual vem sendo amplamente utilizado no Brasil. Segundo Fracolli et al., (2014) os resultados mostraram que a aplicação de um instrumento de pesquisa que tinha como intuito avaliar a APS deveria dar subsídios para a criação de novas propostas que possam contribuir para a qualificação da saúde da família, e o instrumento que mais se aproxima desta proposta é o PCATool, por isso foi o instrumento escolhido.

Nos diferentes estudos encontrados, evidenciou-se que a maioria das pesquisas de avaliação da APS foram realizadas no Brasil, e esse achado pode ser explicado por alguns motivos, o primeiro motivo seria o ministério da saúde ter apresentado em 2010, o manual do instrumento de avaliação da APS, o PCATool-Brasil, em uma adaptação do modelo original proposto por Harzheim et al., (2013), o segundo motivo seria a recomendação do próprio ministério da saúde para utilizar o instrumento, tanto na avaliação como no monitoramento da qualidade da APS, como uma rotina das equipes, como também para uso de gestão e acadêmico. Além disso, tanto o Brasil como o Canadá, no qual apresenta a outra maior quantidade de amostra, apresentam em seus sistemas públicos de saúde essa forte orientação através da APS. Logo, o PCATool é um importante instrumento para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde, sendo extremamente útil na organização de políticas voltadas para o setor (FRACOLLI., et al, 2014).

Na análise dos resultados desta pesquisa, quando se refere ao acesso a APS, encontraram-se resultados diferentes nas duas variáveis analisadas: Acessibilidade e Utilização. Na avaliação tanto dos adultos, como dos idosos foi observado que os piores escores se encontraram na dimensão acessibilidade, os itens como: “*O serviço de saúde fica aberto no sábado ou no domingo?*”, “*O serviço de saúde fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?*” e o “*Quando você chega*

no seu serviço de saúde, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? ”, receberam os maiores níveis de insatisfação. Os mesmos resultados também foram encontrados por Almeida, et al., (2017), no qual os piores escores estavam relacionados a acessibilidades e os itens com pontuações mais baixas foram: “não fornecer possibilidade de contato telefônico” e “não abrir nos finais de semana”. Assim como no estudo de Araújo et al., (2015), em que a limitação do horário de funcionamento era um dos fatores que mais dificultava o acesso.

Pode-se analisar que no próprio instrumento PCATool-Brasil, o atributo acesso de primeiro contato, estabelece uma relação direta com a questão de dias e horários de atendimento das unidades, além do atendimento ágil, as orientações via telefone também são analisadas, contudo o que se encontra na maioria das publicações e pesquisas é que os entrevistados gostariam que as unidades abrissem em horários mais flexíveis, inclusive aos finais de semana, estes achados se assemelham tanto com este estudo, como em outros estudos, como o de Reis et al., (2013), onde os usuários da APS se referem a essa necessidade de ampliar os horários, sobretudo para facilitar o acesso pela população que trabalha em horário comercial. Dessa forma, é de suma importância uma flexibilização desses horários de atendimento, além disso é ideal que tanto os gestores como os colaboradores do município saiam de suas caixinhas de pensamento e acrescentem mais horários de funcionamento para facilitar o acesso.

Segundo Elias et al., (2006) e Van Stralen et al., (2008) somente cerca de 20% das unidades ficam abertas aos fins de semana e depois das 18 horas, além disso, a maioria delas não apresenta telefone para pedir informações quando a mesma se encontra fechada. São pontos como esse, encontrados nesse estudo que dificultam o acesso dos usuários para a utilização das unidades de saúde. Ademais, muitos usuários relatam procurar primeiro a unidade básica de saúde quando apresentam algum problema de saúde, ou um novo problema de saúde, resultados que também foram encontrados nessa pesquisa, pois consideram o atendimento melhor que em outros locais. Todavia, tem-se muitas queixas relacionadas a demora do atendimento, da resolução dos seus problemas, os entrevistados ainda complementam que o serviço é algo burocrático e demorado, desde o agendamento da consulta até no

próprio processo de atendimento. Marques e Lima (2007), comentam sobre essa burocratização das ações na atenção primária e afirmam que diversas vezes é perdida a noção das necessidades do paciente, das potencialidades do sistema e da possibilidade de formar uma rede qualificada de atendimento. Por fim, todos os artigos que foram selecionados neste trabalho, sugerem que as prioridades devem orientar os gestores, os profissionais e os pesquisadores, no sentido de melhorar as barreiras nos horários de funcionamentos das UBS.

Diversos outros estudos brasileiros trouxeram resultados semelhantes em relação ao acesso de primeiro contato. No estudo de Montes Claros, realizado em Minas Gerais, por Leão, Caldeira e Oliveira, (2011), utilizando o PCATool versão infantil, os escores de acesso foram inferiores a (5,5). No estudo de Kolling (2008), um estudo de base dos municípios realizado no Rio Grande do Sul foi encontrado um alto grau para orientação com escore de (7,2), porém a baixa avaliação no acesso se manteve com escore de (5,8). Por fim, nos estudos de Castro, (2009); Stralen et al., (2008); Almeida e Macinko, (2006), os resultados foram todos similares, com escores de acesso de até (2,0), entrevistando tanto usuários como profissionais da saúde.

Na presente pesquisa, resultados semelhantes na avaliação também foram vistos em diferentes grupos, como entrevistados com Doenças crônicas e entrevistados sem doenças crônicas, moradores que saíram de casa para diferentes fins e moradores que permaneceram em casa, a percepção dos diferentes usuários não mostrou diferenças significativas, visto que a totalidades deles avaliou de forma negativa a acessibilidade e de forma positiva a utilização. No estudo de São Jose do Ribamar, realizado por Costa et al., (2020) foram vistas algumas divergências entre os usuários e profissionais da saúde, exceto no atributo acesso, ou seja, tanto os profissionais como os usuários também avaliaram de forma insatisfatória a acessibilidade, assim como nesse estudo.

Tais fatos, revelam essa grande oportunidade para melhorar o processo de trabalho na APS, e na importância de utilizar essas ferramentas de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, algumas características são comuns em quase todos os estudos revelando essa insatisfação por parte de muitos usuários. De tal forma, o acesso de primeiro contato é um dos atributos essenciais e é capaz de gerar um grande impacto, positivo ou negativo, nos indicadores de saúde (MACINKO et al.,

2006). Logo, quando a população não obtém de forma satisfatória esse acesso na porta de entrada da APS, ela não pode se beneficiar de nenhum dos outros atributos dessa modalidade de atenção (STARFIELD, 1998; DOURADO et al., 2011). Ou seja, essa barreira, que existe na acessibilidade, acaba refletindo, e isso é de forma geral, no fato do acesso ser o atributo que recebe sempre as piores pontuações em diversos estudos avaliativos (CASTRO et al., 2012; REIS et al., 2013; PAULA et al., 2015; e FERREIRA et al., 2016). Segundo o modelo de Donabedian (1988), esse baixo percentual de avaliação positiva, prejudica muita a atenção à saúde integral do indivíduo, pois uma vez que ele se depara com muitas barreiras de acesso, a atenção a sua saúde acaba sendo postergada, prejudicando o impacto de prevenção e ainda causando futuros gastos adicionais para a saúde pública.

Nesse viés, o item utilização, no qual faz parte dos atributos do acesso de primeiro contato, recebeu um bom desempenho, em todos os perfis de usuários, desde os que possuíam doenças crônicas, hipertensão, diabetes, problemas cardiorrespiratórios, como os indivíduos saudáveis, além daqueles indivíduos que saíram de casa durante o período de isolamento. O alto desempenho desse subitem também foi encontrado em outros estudos, sugerindo que o usuário busca o serviço de saúde sempre que é preciso, antes mesmo de procurar um serviço especializado. Além disso, mostra que seu alto desempenho, mesmo que exista dificuldades estruturais no acesso, os entrevistados conseguem reconhecer que esses serviços de atenção primária são a primeira fonte de atenção à saúde (BRASIL, 2008; HAGGERTY., et al., 2008; FRACOLLI., et al., 2014; OMS, 2008).

Em síntese, essa definição de **“manter a porta aberta para que chega com demandas”**, não pode ser confundida com garantia de acesso. O acesso de primeiro contato, está ligado intrinsecamente a obtenção de um determinado tipo de ação resolutiva para os problemas do usuário. As dificuldades nos horários de atendimentos, marcação de consultas, dificuldade para contato via telefone, demora de atendimentos, demora na realização de alguns exames, geram uma descrença no papel que ordena a APS e acabam servindo como um álibi para deslocar a atenção primária como porta de entrada do SUS. Neste caso, identifica-se essa grande oscilação entre as demandas centradas nos paradigmas curativos, enquanto outras

demandas revelam essa necessidade da incorporação de um modelo ligado na proposta coletiva e preventiva (RIBEIRO et al., 2015).

Em contrapartida, quando é analisado o cenário atual, a pandemia prossegue com diferentes ritmos e estágios, tanto em Santa Catarina, como em todo território nacional. A dificuldade para encontrar trabalhos que analisassem o acesso a APS no período pandêmico foi difícil, mas pode-se afirmar que o enfrentamento desse período tem revelado uma distribuição desigual dos serviços de saúde, exigindo cada vez mais a construção de redes mais fortes. Esses são tempos incertos que exigiram que todos os processos de trabalho fossem reinventados e orientados a cada contexto, estabelecer sempre novos fluxos, exercitar a solidariedades e fortalecer ainda mais o acesso e as redes de saúde. O COVID-19 é uma ótima oportunidade para resgatar essa centralidade do SUS na política social e na APS no sistema de saúde brasileiro, o apoio do estado e da sociedade frente a essa organização da saúde vai possibilitar os avanços no alcance dos princípios do sus, como a universalidade, integralidade e equidade, viabilizando uma rede de serviço completa e complexa (CRUZ, 2018).

A APS, juntamente com os outros níveis de atenção, torna-se mandatória e essencial, principalmente no caso de uma epidemia e em cenários de urgência e emergência. Muita coisa teve que mudar, o atendimento precisou ser otimizado, ações educativas precisaram ser feitas e algumas demandas precisaram ser deixadas de lado momentaneamente, além disso precisa ser assegurado e não negligenciado a manutenção das ações de rotina da APS (SOEIRO et al., 2020).

Dessa forma, as atividades que fazem parte da rotina da APS devem ser mantidas e preservadas nos tempos de pandemia, ainda mais porque as previsões levam para um longo período de convivência com esse novo vírus. Logo, essa reformulação de certos procedimentos e incorporação de novas demandas, são fundamentais, porém é fundamental que a APS continue realizando sua missão. Para isso, o uso de tecnologias como WhatsApp, teleconsultas, garantiram o acesso de forma segura sem ter essa descontinuidade e agravamentos dos pacientes que já estavam em tratamento e garantindo aos usuários essa segurança no atendimento (MEDINA et al., 2020).

Visando manter a qualidade desse acesso, a APS precisa ter como prioridade na pandemia essa continuidade das ações, dentre elas: vacinação,

acompanhamentos dos pacientes com doenças crônicas, grupos prioritários, atendimentos de urgências e outras demandas que não podem ser deixadas para depois. A omissão destas atividades por semanas e meses, pode resultar em consequências péssimas para a saúde pública, elevação da mortalidade por outras causas e ampliar ainda mais os efeitos da pandemia. A atenção primária tem capacidade para controlar os casos graves, uma APS ainda mais organizada, capacitada, com profissionais qualificados pode contribuir diretamente na diminuição dos casos de COVID-19 e na diminuição da mortalidade, sem deixar para trás as demais demandas prioritárias (MACHADO et al., 2021).

Sem dúvida nenhuma, a atenção primária a saúde só se efetiva da forma mais plena, se existir uma rede integrada, mais do que nunca é importante continuar atendendo as pessoas, trabalhar em equipe e garantir a continuidade da atenção com um forte vínculo, pois frente a todas essas incertezas, os usuários estão cada vez mais fragilizados.

Para finalizar, essa pesquisa possui algumas limitações, como a avaliação de somente dois atributos, acessibilidade e utilização e as próprias limitações do PCATool, considerando que o instrumento apresenta o mesmo peso nos diferentes atributos, bem como, a ideia de que a qualidade dos serviços da APS estejam toda contempladas nos atributos presentes no instrumento.

9 CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade dos serviços de saúde nos permite identificar os aspectos mais críticos e todas as potencialidades dos serviços oferecidos. Através de estudos como esse, é possível elaborar planos de intervenção para resolução de fragilidades, de maneira estratégica. Por isso, enfatiza-se essa necessidade do fortalecimento e do financiamento do sistema único de saúde, principalmente no combate a crises sanitárias, ainda mais, visto o sucateamento progressivo que o sistema de saúde vem sofrendo nos últimos anos. Logo, os conhecimentos científicos, são apresentados como grandes aliados no enfrentamento da pandemia, fortalecendo ainda mais a APS, o SUS e conseqüentemente orientação para a gestão pública brasileira.

A acesso a APS ainda é um grande desafio, desse modo deve-se continuar investindo na ampliação da cobertura. Esse acesso dificultado evidencia a necessidade de romper com as práticas de cuidado centradas no acesso, é necessário organizar formas de ofertas de saúde mais inclusivas, com horários mais flexíveis e atendimento mais ágil. Os resultados apresentados nesta pesquisa, revelam um melhor desempenho na variável utilização, por parte de todos os grupos de entrevistados, assim como um desempenho insatisfatório na variável acessibilidade.

Em suma, os resultados do estudo mostram que os serviços ofertados ainda não atendem toda as demandas de saúde da população nesse nível de atenção. Dessa forma, além do aperfeiçoamento técnico constante das equipes de saúde, as unidades precisam funcionar em conformidade com as necessidades dos usuários. Os gestores e profissionais devem desenvolver novos métodos de avaliar a situação de saúde e apresentar meios que propiciem mudanças no processo de trabalho das equipes face ao insatisfatório desempenho apresentado em um dos atributos avaliados, na perspectiva dos usuários.

Os resultados da pesquisa indicam a necessidade de grandes investimentos no SUS e na APS, em especial nesse período longo de pandemia do COVID-19, o acúmulo de pessoas com condições crônicas e com dificuldades de atendimento nos últimos dois anos, reflete que essas mudanças e melhorias precisam ser realizadas o quanto antes. É imprescindível ativar ainda mais os atributos comunitários das

equipes, ampliar a associação às iniciativas solidárias das organizações comunitárias e articular-se intersetorialmente para apoiar a população em suas diversas situações de vulnerabilidade. Não se pode esquecer de garantir a continuidade das ações de promoção, prevenção e cuidado, criando novos processos de trabalho para a vigilância em saúde e para a continuidade da atenção para quem dela precisa, além de se adequar a população da cidade com novos horários de funcionamento e maior flexibilização dos colaboradores e gestores. Por fim, o propósito dessa pesquisa foi obter informações de qualidade que possam orientar a gestão na implementação de novas medidas para apoiar as equipes de Saúde da Família, e toda APS no seu cotidiano, fortalecendo ainda mais o SUS para o enfrentamento da COVID-19. Os resultados da pesquisa nos informam sobre graves problemas que continuam presentes e reiteram-se ações urgentes a serem empreendidas pela gestão do município.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de uma avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho do serviço de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2946>
- ALMEIDA, M. H. M; PACHECO, S; KREBS, S et al. Primary health care assessment by users with and without disabilities. *CoDAS*, v.29, n.5, e20160225-e20160225, 2017. Disponível em: 10.1590/2317-1782/20172016225.
- ARAÚJO, R.L; MENDONÇA, A.V.M; SOUSA, M.F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saude Debate**. v.39, n.105: p.387-99, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103110420151050002007>.
- ARAÚJO, J.P; VIERA, C.S; TOSO, B.R.G.O et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta Paul Enferm**; v.27, n.5: p.440-446, 2014.
- BARBOSA S. P. et al. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2347-2357, 2013.
- BASTOS, Leonardo Soares *et al.* COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12ª semana epidemiológica de 2020. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KQxzHZdFHcPx5CftPXZKwgs/?lang=pt>. Acesso em: 25. jul. 2021.
- BEZERRA, Nídia Oliveira; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do Nascimento. Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em Feira de Santana-BA no ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou "interesses políticos"?. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 29, n. 2, p. 175-188, 2005. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/1000/pdf_298. Acesso em: 25. jul. 2021.
- BORDALO, Alípio Augusto (ed.). Estudo Transversal e ou Logitudinal. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v. 20, n. 4, p. 5-5, out. 2006. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>
- BRASIL. Casa Civil. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006. Acesso em: 16 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde. Brasília: MS; 2008.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: *Primary Care Assessment Tool Pcatool*** - Brasil. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Documento Síntese da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf. Acesso Em: 24. Julh. 2021.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/portaria-no-1-645-de-2-de-outubro-de-2015/>. Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/96CygTzrs4cdg6YbvGssVTG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 jul. 2021.

CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VbPxDCccZBRWWNPmmpXNPst/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2021.

CAMPOS, Rosana Onocko *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 43-50, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rCCHYRy46ZtbpZDWhMmZbLr/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2021.

CARNEIRO, M.S.M; MELO, D.M.S; GOMES, J.M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**; v.38: p.279- 295, 2014.

CASTRO R. **Percepção dos profissionais médicos e enfermeiros sobre a qualidade da atenção à saúde do adulto: comparação entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre**. [Dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/18766>

CASTRO, R.C.L; KNAUTH, D.R; HARZHEIM, E. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad Saude Publica**. v.28, n.9: p.1772-84, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>.

CHENG, Kar Keung; LAM, Tai Hing; LEUNG, Chi Chiu. Comment Wearing face masks in the community during the COVID-19 pandemic: altruism and solidarity. **Lancet**, London, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/S0140-6736>. Acesso em: 25 jul. 2021.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, suppl. 1, p. 1523-1531, 2009. Acesso em: 23 jul. 2021.

COSTA, M.A; ALVES, M.T.S.S.B; BRANCO, R.M.P.C. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface (Botucatu)*. n.24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>

CRUZ, Fundação Oswaldo. Conselho Nacional de Saúde. Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Saúde debate*. v.42: p.434-451, 2018.

DONABEDIAN, Avedis. **Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements For Health Care**. Harvard University Press: Cambridge; 1973.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluation de la calidad de la atención médica. *In*: WHITE KL, editor. **Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. Washington (USA): Organización Panamericana de la Salud: OPAS-Public; 1992. p. 382-404.

DONABEDIAN A. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**. v.260,n.12: p.1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. New York, USA: Oxford University Press, 2003.

DOURADO, I; OLIVEIRA, V.B; AQUINO, R. et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Med Care**. v.49, n.6: p.577-84, 2011.

DUNLOP, Catherine et al. The coronavirus outbreak: The central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, London, 2020. Disponível em: <https://bjgpopen.org/content/4/1/bjgpopen20X101041>. Acesso em: 25 jul. 2021.

ELIAS, P. E. et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 633-641, 2006.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; GIOVANELLA, Ligia. Experiências de Avaliação da Atenção Básica no Brasil: Notas Para Um Debate. *In*: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; Fonseca, Helena Maria Seidl (Org.). **Rotas Da Atenção Básica No Brasil: Experiências Do Trabalho De Campo Pmaq Ab**. Rio De Janeiro: Editora Saberes; 2013. p. 289-309. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_432317170.pdf. Acesso em: 24 jul. 2021.

FERNANDEZ, Michelle Vieira et al. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 114-121, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/84>. Acesso em: 25 jul. 2021.

FERREIRA, V.D; OLIVEIRA, J.M; MAIA, M.A.C. et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. **Esc Anna Nery**. v.20, n.4: e20160104, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160104>.

FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2002. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/2705/1/FinkelmanJacoboo%28Org.%29.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2021.

FRACOLLI, L. A; GOMES, M. F. P; NABÃO, F. R. Z. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.19, n.12, p.4851-4860, 2014. Disponível em: 10.1590/1413-812320141912.00572014.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>. Acesso em: 25 jul. 2021.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (ORG.) (ED.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 575-625. Acesso em: 24 jul. 2021.

GUIMARÃES, Fabiano Gonçalves *et al.* A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. **APS em Revista**, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>. Acesso em: 25 jul. 2021.

HAGGERTY, J.L; PINEAULT, R; BEAULIEU, M.D. et al. Features associated with patient reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Ann Fam Med**, v.6, n.2: p.116-123, 2008.

HARZHEIM, E; OLIVEIRA, M.M.C; AGOSTINHO, M.R. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v.8, n.29: p.274-8, 2013.

KEARON, Joanne; RISDON, Cathy. The Role of Primary Care in a Pandemic: Reflections During the COVID-19 Pandemic in Canada. **Journal of primary care & community health, Thousand Oaks**, v. 11, n. 10, p. 4-7, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536478/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

KOLLING J. Orientação à Atenção Primária à Saúde das equipes de saúde da família nos municípios do projeto Telessaúde RS: estudo de linha de base. Porto Alegre; 2008. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16375>

LEÃO, C.D.A; CALDEIRA, A.P. Assessment of association between qualification of doctors and nurses in primary health care and the quality of care. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.16, n.11: p.4415-4423, nov., 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200014>

- LEÃO, C.D.A; CALDEIRA, A.P; OLIVEIRA, M.M.C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v.11, n.3: p.323-334, 2011.
- LESLIE, M; KHAYATZADEH-MAHANI, A; BIRDSELL, J. et al. História de implementação da transformação da atenção primária à saúde: as redes de atenção primária de Alberta e as pessoas, o tempo e a cultura da mudança. **BMC Fam Pract.** 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12875-020-01330-7>. PMID:33278880. Acesso em: 25 de março de 2022.
- LIMA, E.F.A; SOUSA, A.I; PRIMO, C.C. Avaliação dos atributos da atenção primária na perspectiva das usuárias que vivenciam o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem;** v.23, n.3: p.559-559, 2015.
- MACHADO, Bruna Cararo; PINTO, Larissa Carvalho; CUSTÓDIO, Priscila Regina. **O papel da atenção primária à saúde na pandemia da Covid-19.** v.4, n.6, 16 nov., 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/39599>
- MACINKO, James; GUANAIS, Frederico C; SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **Journal of epidemiology and public health reviews**, Milpitas, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- MALOUIN, Rebecca A.; STARFIELD, Barbara; SEPULVEDA, Martin Jose. Evaluating the tools used to assess the medical home. **Managed care**, Langhorne, v. 18, n. 6, p. 44-48, 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19569570/>. Acesso em: 24 jul. 2021.
- MARQUES, A.S; FREITAS. D.A; LEÃO, C.D.A. et al. Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Cien Saude Colet.** v.19, n.2: p.365-371, 2014.
- MARQUES, G. Q. LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-19, 2007.
- MARTINEZ, M.C; FISCHER, F.M. Fatores psicossociais no trabalho hospitalar: condições vivenciadas relacionadas ao desgaste no trabalho e desequilíbrio esforço-recompensa. **Rev Bras Saude Ocup.** v.44: 12p, 2019. <https://doi.org/10.1590/2317-6369000025918>.
- MATTOS, Ruben Araújo de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nLXQ4y54pTJQg9GQ9FRz3rh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2021.

MAZUTTI-PENSO J, PÉRICO E, OLIVEIRA M. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. v. 12, n.39: p.1-9, 2017.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 8, 17 ago., 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília-DF: OPAS, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 24 jul. 2021.

MESQUITA-FILHO, M; LUZ, B.S.R; ARAÚJO, C.S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência Saude Coletiva**; v.19, n.7: p.2033-2046, 2014.

MORAES, Paulo Navarro de; IGUTI, Aparecida Mari. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 416-426, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HbVrPMS8fFWRqNbtCQx9mny/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2021.

OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária à saúde em Porto Alegre**: uma análise agregada. 2007. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade de Caxias do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12649/000631287.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 jul. 2021.

OLIVEIRA, V.B.C.A; VERÍSSIMO, M.L.O.R. Assistência à saúde da criança segundo suas famílias: comparação entre modelos de atenção primária. **Rev Esc Enferm USP**. v.49, n.1: p.30-36, 2015.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de saúde: Atenção Primária em Saúde. Agora mais do que nunca. Genebra: OMS; 2008.

OWD. Daily new confirmed COVID – 19 deaths per million people. **Our World in Data**. 2022. Disponível em: <https://ourworldindata.org/explorers/coronavirus-data-explorer>.

PAULA, F.A; SILVA, C.C.R; SANTOS, D.F. et al. Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saude Debate**. v.39, n.106: p.802-14, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030020>.

REIS, R.S; COIMBRA L.C; SILVA, A.A.M. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários.

Cien Saude Colet. v.18, n.11: p.3321-31, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>. PMID:24196897.

RIBEIRO, J.P; MAMED, S.N; SOUZA, M.R. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. **Rev. Eletrônica Enferm.** v.17, n.3: p.1-11, 2015.

RPAPSA, Rede De Pesquisa Em Atenção Primária À Saúde Da Abrasco. **A APS no SUS no enfrentamento da pandemia COVID-19** [internet]. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/03/23/a-aps-no-sus-no-enfrentamento-dapandemia-covid-19/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

RUIZ, Diana; MARTUFI, Valentina. Telemonitoramento durante a pandemia de COVID-19 na Clínica de Família Zilda Arns RJ. *In: Rede De Pesquisa Em Atenção Primária À Saúde Da Abrasco.* 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/07/18/telemonitoramento-durante-a-pandemia-de-covid-19-naclinica-de-familia-zilda-arns-rj/>. Acesso em: 25 jul. 2021.

RUST, George *et al.* Role of the primary care safety net in pandemic influenza. **American Public Health Association**, New York, v. 99, s. 2, p. 316-323, 2009. Disponível em: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504392/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504392/). Acesso em: 25 jul. 2021.

SANTOS, Silvone Santa Barbara da Silva *et al.* Contextual determinants of decentralization of epidemiological surveillance for the family health team. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 54, p. 443-454, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/GnKMS8hdpCv67CNQRhGv6DG/?lang=en>. Acesso em: 25 jul. 2021.

SAS, Institute Inc. What's new in SAS®9.2. Cary: SAS Institute Inc.; 2011.

SEC, Secretaria de Estado de Saúde. **Sistema Únicos de Saúde.** Disponível em: saude.mg.gov.br/sus. Acesso em: 04 mar. 2022. <https://www.saude.mg.gov.br/sus>

SEIDL, Helena et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 94-108, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/NNBGZtcDZR6MH56gb3dWHZS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jul. 2021.

SIDERÓPOLIS. **Geografia e Localização.** Rede Catarinense de Informações Municipais. 2014. Disponível em: <https://www.sideropolis.sc.gov.br/cms/pagina/ver/codMapaltem/27278>. Acesso em: 29 jul. 2021.

SIDERÓPOLIS. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** 2021. Disponível em: https://www.sideropolis.sc.gov.br/uploads/2021/12/1267515_Plano_Municipal_de_Saude_2018_2021.pdf

SILVA OCS, FONSECA ADG, SOUZA et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Cien Saude Colet**; v.19, n.11: p.4407-4415, 2014.

SILVA, A.S; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. **Saúde Debate**; v.38, n.103: p.692-705, 2014.

SOEIRO, R.E; BEDRIKOW, R; RAMALHO, B.D.S. et al. Atenção Primária à Saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. **Inter Am J Med Health**. v.3, 2020.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 11-24, jul./dez., 2003. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1600215/mod_resource/content/2/T2%20Celina%20Souza%20Políticas%20publicas%20CRH-2006-273.pdf. Acesso em: 16 jul. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Primary care: concept, evaluation and policy**. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, B. **Primary care: balancing health needs, services and technology**. New York: Oxford University Press; 1998.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília-DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2021.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/>. Acesso em: 16 jul. 2021.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. **Manual for the Primary Care Assessment Tools**. Baltimore: Johns Hopkins University, 2009.

STRALEN, C.J; BELISÁRIO, S.A; STRALEN, T.B.S. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad Saúde Pública**. 2008; v.24: p.148-158, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300019>

TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília-DF, v. 7, n. 2, p 7-28, 1998. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

UNESC. **Siderópolis**: Plano de Desenvolvimento AMREC. 2020. Disponível em: <https://pdseamrec.unesc.net/indicadores-gerais-municipios/sideropolis/>. Acesso em: 29 jul. 2021.

VALENTIM, Igor Vinicius Lima; KRUEL, Alexandra Jochims. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 3, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QjQt3stGbwRL9GHwR89yZTS/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 16 jul. 2021.

VAN STRALEN, C. J. et al. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre Atenção Básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n. supl.1, p. s148-s58, 2008.

VITÓRIA, Ângela Moreira; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wpcontent/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

XI, Li *et al.* Quality of primary health care in China: challenges and recommendations. **Lancet**, London, v. 6, n. 10239, p. 1802-1812, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30122-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30122-7.pdf). Acesso em: 25 jul. 2021.

WHO, World Health Organization. Primary Health Care. **Report of the International Conference on primary Health Care**. Alma-Ata, Geneva, n. 1, p. 6-12, 1978. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39228>. Acesso em: 16 jul. 2021.

WHO, World Health Organization. TA. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 25 jul. 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Estudo de base populacional com a população adulta de Siderópolis em tempos de pandemia da COVID-19

Objetivo: Estimar a prevalência da COVID-19 em residentes de Siderópolis.

Período da coleta de dados: 09/09/2020 a 20/10/2020

Tempo estimado para cada coleta: 50 minutos.

Local da coleta: Residência do participante da pesquisa.

Pesquisador/Orientador: Vanessa Iribarrem Avena Miranda **Telefone:** (48) 3431.2609

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Conforme explicação prévia, você irá responder um breve questionário sobre questões socioeconômicas e de saúde e irá permitir a coleta de sangue, através do dedo, para testagem da Covid-19. O tempo estimado destes procedimentos é de 50 minutos.

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 1 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

RISCOS

Durante a coleta de sangue poderá ocorrer dor discreta na região da coleta. Ressalta-se que os procedimentos de coleta serão realizados por pessoal devidamente capacitado e treinado. Os dados pessoais do questionário e do exame serão anônimos e confidenciais, mantendo-se total sigilo sobre a pessoa pesquisada, assegurando sua privacidade. Caso a testagem der positiva, você será notificado ao serviço de vigilância epidemiológica do município.

BENEFÍCIOS

Ao participar desta pesquisa, você contribuirá com informações valiosas sobre a prevalência da Covid-19 em Siderópolis, permitindo ao município e a gestão da saúde tomar medidas necessárias para conter a pandemia.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(a) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Vanessa Iribarrem Avena Miranda pelo telefone (48) 3431.2609 e/ou pelo e-mail vanessairi@unesc.net.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os

TCLE CEP/UNESC – versão 2018 | Página 2 de 3



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante <hr/> Assinatura Nome: _____ CPF: _____	Pesquisador(a) Responsável  <hr/> Assinatura Nome: Vanessa Iribarrem Avena Miranda CPF: 983.191.830.49

Criciúma (SC), 03 de setembro de 2020.

APÊNDICE 2 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

 ESTUDO DE BASE POPULACIONAL COM A POPULAÇÃO ADULTA DE SIDERÓPOLIS EM TEMPOS DE PANDEMIA DA COVID- 19		Questionário N°:
<p>BOM DIA/ BOA TARDE>. MEU NOME É <ENTREVISTADORA>. ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE A SAÚDE, REALIZADA PELA UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE, COM A POPULAÇÃO ADULTA DE SIDERÓPOLIS. ESSE É UM ESTUDO QUE ESTÁ AVALIANDO A SAÚDE E TESTANDO AS PESSOAS ASSINTOMÁTICAS PARA COVID-19. TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO CONFIDENCIAIS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA.</p> <p>1. Suas respostas são confidenciais e valiosas. Desde já, agradecemos sua colaboração. Informamos que o preenchimento deste questionário levará de 30 a 45 minutos.</p>		
Nome do Entrevistador:		código :
Data entrevista: / / 2020	Data crítica: / / 2020	Data verificação: / / 2020
Entrevistado/a (nome completo):	Telefone:	
Endereço completo:	N°	Apto:
Bairro:	Complemento (segundo telefone)	
2 – Identificação Setor Censitário		
3- (Anotar sexo): (1) Masculino (2) Feminino		
4- Qual a sua idade em anos completos? R:		
ASSINALE A ALTERNATIVA CONFORME RESPOSTA		
5- Qual a sua raça: A) Branco B) Preto C) Pardo D) Indígena E) Amarelo		
ANOTE A QUANTIDADE DE ANOS QUE A PESSOA ESTUDOU		
6 - Qual a sua escolaridade em Anos de Estudo Completo: R:		
ANOTE A RESPOSTA		
7 - Qual a sua profissão: R:		
ASSINALE A ALTERNATIVA CONFORME RESPOSTA		
8 – Situação ocupacional atual: () Trabalhando () Desempregado () Aposentado		
ANOTE A RESPOSTA		
11 – Considerando todas as pessoas que moram nesse domicílio, qual a renda média atual? R:		
ASSINALE A ALTERNATIVA CONFORME RESPOSTA E OBSERVE ORIENTAÇÃO DO PULO		
12 – Você tem diagnóstico de alguma doença crônica? NÃO () SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 14 SIM ()		

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE COM SIM OU NÃO

13 – Agora vou lhe dizer algumas doenças e Sr (a) deve responder com sim ou não?

- | | |
|--|-----------------|
| a. Diabetes ou (açúcar no sangue) | Não () Sim () |
| b. Pressão alta | Não () Sim () |
| c. Doenças cardíacas | Não () Sim () |
| d. Doenças respiratória (asma, bronquite, enfisema , DPOC) | Não () Sim () |
| e. Câncer | Não () Sim () |
| f. Outra doença: Qual _____ | |

LEIA AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE COM SIM OU NÃO SE NÃO PULE PARA 16

14 - Você utilizou algum medicamento para prevenir a COVID -19 ou complicações relacionadas a ela?

SIM () Não () **SE NÃO PULE PARA 16**

LEIA AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE COM SIM OU NÃO

15 - Quais medicamentos ? Assinale sim ou não

		SIM	NÃO
a)	VITAMINA D		
b)	ZINCO		
c)	IVERMECTINA		
d)	CLOROQUINA OU HIDROXICLOROQUINA		
e)	AZITROMICINA		
f)	DEXAMETASONA OU OUTRO CORTICÓIDE		

LEIA AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE COM SIM OU NÃO

AS PRÓXIMAS QUESTÕES SÃO REFERENTES AOS ÚLTIMOS 14 DIAS

16 - Você teve contato presencial (menos de 1,5 metros ou sem máscara) com alguma pessoa com COVID-19 confirmado?

SIM () NÃO () **SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 20**

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE AS DEFINIDAS

17 -ONDE? (RM – Respostas Múltiplas)

[1]	CASA
[2]	TRABALHO
[3]	LAZER
[4]	CASA DE AMIGOS /FAMILIARES
[5]	OUTROS

(RM – Respostas Múltiplas)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE COM SIM OU NÃO SE NÃO PULE PARA 20

18 - Você apresentou ou está com algum sintoma de COVID 19 ?

SIM () NÃO () **SE NÃO PULE PARA QUESTÃO 20**

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE COM SIM OU NÃO

19 -	QUAIS DOS SINTOMAS ABAIXO:	SIM	NÃO
[a]	TOSSE		
[b]	DOR DE CABEÇA		
[c]	DIFICULDADE PARA RESPIRAR		
[d]	FEBRE		
[e]	DOR NO CORPO		
[f]	PERDA DO OLFATO (CHEIRO)		
[g]	PERDA DO PALADAR (GOSTO)		
[h]	DOR DE GARGANTA		
[i]	DIARREIA		
[j]	VÔMITOS		

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE COM SIM OU NÃO		SIM	NÃO
20 -	NOS ÚLTIMOS 14 DIAS VOCÊ:		
[a]	SAIU DE CASA?		
[b]	FOI AO TRABALHO?		
[c]	FOI A FARMÁCIA?		
[d]	FOI AO MERCADO?		
[e]	FOI A ALGUM SERVIÇO DE SAÚDE (CONSULTA MÉDICA, REALIZAÇÃO DE OUTROS EXAMES, FISIOTERAPIA, DENTISTA)?		
[f]	REALIZOU ATIVIDADE FÍSICA FORA DE CASA?		
[g]	FREQUENTOU BARES OU PUBS?		
[h]	FREQUENTOU RESTAURANTES?		
[i]	FREQUENTOU COMÉRCIO DE RUA?		
[j]	VISITOU OU RECEBEU VISITA DE AMIGOS E/OU PARENTES?		
[k]	FREQUENTOU IGREJAS OU TEMPLOS RELIGIOSOS?		

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE AS CITADAS

21-	UTILIZOU QUE TIPO DE TRANSPORTE
[]	NENHUM
[]	ÔNIBUS
[]	TÁXI/UBER
[]	VEÍCULO PRÓPRIO
[]	OUTROS

(RM - Respostas Múltiplas)

22 - ALÉM DE VOCÊ, QUANTAS PESSOAS RESIDEM NO SEU DOMÍLIO?

[1]	MORO SOZINHO (<i>Pular para 25</i>)	[2]	UMA PESSOA
[3]	DUAS PESSOAS	[4]	TRÊS PESSOAS
[5]	QUATRO PESSOAS	[6]	CINCO PESSOAS
[7]	MAIS DE CINCO PESSOAS		

ASSINALE SIM OU NÃO

	ALGUMA DESSAS PESSOAS QUE MORA COM VOCÊ:	SIM	NÃO
23 -	SAIU DE CASA NOS ÚLTIMOS 14 DIAS		
24 -	TESTOU POSITIVO PARA COVID -19		

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

25 -	Qual frase melhor descreve o seu comportamento no último mês?
[1]	FICO EM CASA O TEMPO TODO
[2]	SAIO APENAS PARA COISAS ESSENCIAIS COMO COMPRAR COMIDA
[3]	SAIO DE VEZ EM QUANDO PARA COMPRAS E ESTICAR AS PERNAS
[4]	SAIO TODOS OS DIAS PARA ALGUMA ATIVIDADE
[5]	SAIO TODOS OS DIAS, O DIA TODO, PARA TRABALHAR OU OUTRA ATIVIDADE REGULAR

RU (RESPOSTA ÚNICA)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

26 -	ATUALMENTE VOCÊ TEM FEITO ALGUM TIPO DE ATIVIDADE FÍSICA/ESPORTE EM CASA OU NA RUA?
[1]	NÃO
[2]	1 A 2 DIAS NA SEMANA
[3]	3 A 4 DIAS NA SEMANA
[4]	5 OU MAIS DIAS NA SEMANAS

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

27 -	Em relação às atividades físicas realizadas antes da pandemia, agora você está:
[1]	MUITO MENOS ATIVO (A)
[2]	MENOS ATIVO (A), FAZENDO MENOS EXERCÍCIOS
[3]	NÃO MUDEI MEU COMPORTAMENTO
[4]	MAIS ATIVO (A), FAZENDO MAIS EXERCÍCIOS
[5]	MUITO MAIS ATIVO (A)

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

28 -	No último mês, você acha que tem ficado mais tempo no celular, TV, tablet ou computador do que ficava antes da pandemia? :
[1]	DIMINUEU MEU TEMPO
[2]	NÃO MUDOU, CONTINUA FICANDO A MESMA COISA
[3]	SIM, FICO UM POUCO MAIS DE TEMPO
[4]	SIM, FICO MUITO MAIS TEMPO
[5]	NÃO UTILIZA

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

29 -	Em relação ao seu peso corporal, no último mês, você acredita que:
[1]	DIMINUEU O PESO
[2]	ESTÁ COM MESMO PESO
[3]	AUMENTOU O PESO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

30 -	Você acha que a pandemia provocou mudanças em seu estado de saúde?
[1]	PIOROU MUITO
[2]	PIOROU UM POUCO
[3]	FICOU IGUAL
[4]	MELHOROU UM POUCO
[5]	MELHOROU MUITO

R1 (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

31 -	Qual das afirmativas abaixo melhor descreve os efeitos da pandemia na qualidade de seu sono
[1]	NÃO AFETOU, CONTINUO DORMINDO BEM
[2]	COMECEI A TER PROBLEMAS DE SONO
[3]	EU JÁ TINHA PROBLEMAS DE SONO, MAS ELLES DIMINUÍRAM
[4]	CONTINUEI TENDO OS MESMOS PROBLEMAS DE SONO
[5]	EU JÁ TINHA PROBLEMAS DE SONO E ELLES PIORARAM BASTANTE

R1 (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

32 -	No último mês, com que frequência você tem se sentido nervoso(a) e estressado(a)?
[1]	NUNCA
[2]	QUASE NUNCA
[3]	ÀS VEZES
[4]	QUASE SEMPRE
[5]	SEMPRE

R1 (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

33 -	No último mês, com que frequência você tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não poderá superá-las?
[1]	NUNCA
[2]	QUASE NUNCA
[3]	ÀS VEZES
[4]	QUASE SEMPRE
[5]	SEMPRE

R1 (Resposta Única)

ESCREVA A NÚMERO NA LINHA PONTILHADA

- 34 -** Em uma escala de 1 a 10, sendo 1 muito pouco frequente e 10 muito frequentemente, o quanto SEU companheiro lhe critica? _ _ _

Caso não tenha companheiro preencha 88

ESCREVA A NÚMERO NA LINHA PONTILHADA

- 35.** Em uma escala de 1 a 10, sendo 1 muito pouco frequente e 10 muito frequentemente, o quanto VOCÊ critica seu companheiro? _ _ _ _

Caso não tenha companheiro preencha 88

Para as próximas perguntas, por favor responda com que frequência no ÚLTIMO MÊS você se sentiu incomodado com os problemas listados:

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
36. Me senti nervoso (a), ansioso (a) ou muito tenso (a)	
[1]	NENHUMA VEZ
[2]	VÁRIOS DIAS
[3]	MAIS DA METADE DOS DIAS
[4]	QUASE TODOS OS DIAS

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
37. Fiquei incomodada(o) por não ser capaz de impedir ou de controlar as preocupações	
[1]	NENHUMA VEZ
[2]	VÁRIOS DIAS
[3]	MAIS DA METADE DOS DIAS
[4]	QUASE TODOS OS DIAS

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
38. Me preocupei muito com diversas coisas	
[1]	NENHUMA VEZ
[2]	VÁRIOS DIAS
[3]	MAIS DA METADE DOS DIAS
[4]	QUASE TODOS OS DIAS

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
39. Tive dificuldade para relaxar	
[1]	NENHUMA VEZ
[2]	VÁRIOS DIAS
[3]	MAIS DA METADE DOS DIAS
[4]	QUASE TODOS OS DIAS

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
40. Fiquei tão agitado (a) que tive dificuldades de permanecer sentado (a)	
[1]	NENHUMA VEZ
[2]	VÁRIOS DIAS
[3]	MAIS DA METADE DOS DIAS
[4]	QUASE TODOS OS DIAS

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
41. Fiquei facilmente aborrecido (a) irritado (a)	
[1]	NENHUMA VEZ
[2]	VÁRIOS DIAS
[3]	MAIS DA METADE DOS DIAS
[4]	QUASE TODOS OS DIAS

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
42. Senti medo, como se algo horrível fosse acontecer	
[1]	NENHUMA VEZ
[2]	VÁRIOS DIAS
[3]	MAIS DA METADE DOS DIAS
[4]	QUASE TODOS OS DIAS

RU (Resposta Única)

Para as próximas perguntas, por favor responda a que melhor reflete como você se sentiu nos ÚLTIMOS 7 DIAS:

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
43. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas:	
[1]	COMO EU SEMPRE FIZ
[2]	NÃO TANTO QUANTO ANTES
[3]	SEM DÚVIDA, MENOS QUE ANTES
[4]	DE JEITO NENHUM

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
44. Eu tenho me sentido triste ou muito mal:	
[1]	SIM, NA MAIORIA DAS VEZES
[2]	SIM, MUITAS VEZES
[3]	RARAMENTE
[4]	NÃO, DE JEITO NENHUM

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1	
45. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado:	
[1]	SIM, A MAIOR PARTE DO TEMPO
[2]	SIM, MUITAS VEZES
[3]	SÓ DE VEZ EM QUANDO
[4]	NÃO, NUNCA

RU (Resposta Única)

LEIA AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS SIM OU NÃO	
46. O (a) senhor(a) utiliza o serviço público de saúde?	
[1]	SIM
[2]	NÃO ENCERRE O QUESTIONÁRIO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE AS CITADAS			
47. Durante a pandemia quais serviço de saúde utilizou		Sim	Não
[1]	UNIDADE DE SAÚDE		
[2]	PRONTO ATENDIMENTO 24H		
[3]	PRONTO SOCORRO (EMERGÊNCIA HOSPITALAR)		
[4]	SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (SAMU)		
[5]	CENTRO DE TRIAGEM		

RU (Resposta Múltiplas)

48. Qual o nome da unidade de Saúde ou localidade?

Avaliação da Utilização e Acessibilidade da Atenção Primária (PCATool) - B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

48. B1 - Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI/NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

49. B2 - Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

50. B3 - Quando você tem que consultar um especialista, o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro" tem que encaminhar você obrigatoriamente?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

51. C1 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto no sábado ou no domingo?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

52. C2 - O "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

53. C3 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

54. C4 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro" está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

55. C5 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

56. C6 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado no sábado/domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

57. C7 - Quando o seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? (RU)

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

58. C8 - É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, "check-up") neste "nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro"? (RU)

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

59. C9 - Quando você chega no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro", você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

60.C 10 - Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro"?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

61. C11 - É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro" quando pensa que é necessário?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

LEIA TODAS AS ALTERNATIVAS PARA O ENTREVISTADO E ASSINALE APENAS 1

62. C12 - Quando você tem que ir ao "nome do médico / enfermeira / local", você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?

[4]	COM CERTEZA, SIM
[3]	PROVAVELMENTE, SIM
[2]	PROVAVELMENTE, NÃO
[1]	COM CERTEZA, NÃO
[999]	NÃO SEI / NÃO LEMBRO

RU (Resposta Única)

CHECK LIST DO ENTREVISTADOR – VERIQUE OS ITENS ABAIXO ANTES DE DEIXAR A RESIDÊNCIA

Declaração ENTREVISTADOR: sob as penas da lei.

1. Que esta entrevista foi realizada /verificada em conformidade com as exigências técnicas da presente pesquisa. 2. Que as informações aqui contidas correspondam fielmente às fornecidas pelo entrevistado. 3. Ter conhecimento de que deve manter sigilo a respeito desta pesquisa e de todas as informações obtidas.

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR	ASSINATURA DO TCLE	COLETA DE SANGUE
	() SIM () NÃO	() SIM () NÃO
		NÚMERO DA AMOSTRA:

ANEXOS

ANEXOS 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de base populacional com a população de Siderópolis em tempos de pandemia da COVID-19

Pesquisador: VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37369420.2.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: MUNICIPIO DE SIDERÓPOLIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.298.294

Apresentação do Projeto:

Estudo quantitativo, transversal, de base populacional, com amostragem estratificada, que pretende avaliar a prevalência da COVID-19 em moradores de Siderópolis, SC. A população se refere aos moradores do município de Siderópolis, SC, da área urbana e rural. A amostra mínima será constituída por 616, segundo o cálculo amostral apresentado. A metodologia para coleta de dados consiste da aplicação de um questionário com perfil dos indivíduos (sociodemográfico e sobre a Covid-19), seguido de coleta de sangue para teste sorológico da Covid-19. Segundo os autores, a coleta de dados será realizado por pessoas devidamente treinadas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Estimar a prevalência da COVID-19 em residentes de Siderópolis.

Objetivos específicos

Descrever o perfil dos indivíduos de acordo com:

Características sociodemográficas: sexo, cor da pele, renda, cidade e bairro que reside

Auto percepção de saúde

Saúde mental

Presença de IgG

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.805-000

UF: SC

Município: CRICUMA

Telefone: (48)3431-2808

E-mail: cefica@unesoc.net

Continuação do Parecer: 4.298.294

Avaliar o cumprimento das medidas de segurança: isolamento e distanciamento social

Descrever os medicamentos utilizados para prevenção da Covid-19

Analisar a utilização e acessibilidade da atenção primária do município pelos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: durante a coleta de sangue poderá ocorrer dor discreta na região da coleta.

Ressalta-se que os procedimentos de coleta serão realizados por pessoal devidamente capacitado e treinado. Os dados pessoais do questionário e do exame serão anônimos e confidenciais, mantendo-se total sigilo sobre a pessoa pesquisada, assegurando sua privacidade.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa, você contribuirá com informações valiosas sobre a prevalência da Covid-19 em Siderópolis, permitindo ao município e a gestão da saúde tomar medidas necessárias para conter a pandemia.

Caso a testagem der positiva, o entrevistado será avisado e notificado ao serviço de vigilância epidemiológica do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, tema temática abordada: a prevalência de Covid-19 no município parceiro da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado, em consonância com "II INFORME AOS COMITÊS DE ÉTICA EM PESQUISA/CONEP".

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1625439.pdf	04/09/2020 15:54:16		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	04/09/2020 15:52:58	VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA	Aceito

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2808

E-mail: etica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 4.298.294

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetosideropolis.pdf	03/09/2020 21:01:47	VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projetosideropoliss.pdf	03/09/2020 21:01:21	VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA	Aceito
Outros	Instrumento.pdf	03/09/2020 21:00:48	VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA	Aceito
Declaração de concordância	Cartaaceite.pdf	03/09/2020 21:00:20	VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/09/2020 21:00:00	VANESSA IRIBARREM AVENA MIRANDA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 24 de Setembro de 2020

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: ceica@unesc.net

ANEXOS 2 - MANUAL DE INSTRUÇÕES



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE
PRO-REITORIA ACADÊMICA
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL



MANUAL DE INSTRUÇÕES

“Estudo de base populacional com a população adulta de Siderópolis em tempos de pandemia da COVID-19”

Setembro, 2020.

1. Equipe de Coordenação e supervisão do estudo

Coordenadoras do trabalho de campo (Criciúma – UNESC):

Vanessa Iribarrem Avena Miranda

048-991546367

Cristiane Damiani Tomasi

048-996275585

Supervisora do trabalho de campo – Siderópolis

Mara 048-996311864

Aline

Pontos de encontro:

Manhã Unesc - Bloco S - Horário de saída: 7:30

Tarde Unesc - Bloco S - Horário de saída: 13:30h

Manhã Siderópolis - Comitê COVID - Horário: 8:00

Tarde Siderópolis - Comitê COVID - Horário 8:00

No Comitê COVID

- Pegar os questionários, TCLE, carta de apresentação
- Pegar os EPis
- Pegar os Kits de testagem para coleta
- No fim do turno entregar os questionários.

2. Leve sempre com você:

- Crachá da Unesc e carteira de identidade
- Planilha dos domicílios
- Questionários impressos
- Termos de consentimentos
- Prancheta, caneta
- Materiais testagem

3. Critérios de inclusão no estudo

- Adultos com idade igual ou maior a 18 anos, preferencialmente pertencente a algum dos grupos de riscos (**idosos e/ou comorbidades, como cardiopatia, diabetes, pneumopatia, doença neurológica ou renal, imunodepressão, obesidade, asma e puérperas**).
- Se tiver mais de um indivíduo do grupo de risco, **sortear**, independente do número de comorbidades.

4. Critérios de exclusão do estudo

1. Adultos que já testaram positivo para a Covid-19
2. Pessoas que tenham 18 anos ou mais, mas não residam no domicílio selecionado como, por exemplo, empregada doméstica que não mora no emprego ou pessoas que estejam visitando a família no período da entrevista
3. Pessoas com deficiências mentais ou que sejam inaptos para responder questões básicas também serão excluídos do estudo
4. Não entram os domicílios comerciais, esses devem ser relatados para equipe e haverá substituição pelo próximo domicílio da direita

No caso de dúvida se o(a) entrevistado(a) deve responder ou não ao questionário, fale imediatamente com as coordenadoras do estudo.

OBS.: quando não for possível realizar a entrevista, colete todas as informações possíveis das pessoas (nome, sexo, idade etc.) na planilha do domicílio e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas.

5. Orientações gerais

- Cada entrevistador será responsável por organizar e armazenar seus materiais, assim como solicitar EPIs sempre que necessário;
- Os EPIs, questionários impressos e TCLE devem ser retirados Comitê Covid de Siderópolis com a Mara ou Aline;
- Todos questionários preenchidos e TCLE assinados devem ser entregues diariamente na SMS de Siderópolis com a Mara ou Aline
- A coleta deve ser realizada primeiramente na área central, a fim de identificar maiores focos de disseminação do vírus e proceder com isolamento dos contaminados;
- A coleta será conduzida por setor censitário, finalizando um setor, passa-se para o próximo;
- Cada entrevistador deve atingir a meta de 10 coletas/entrevistas diárias;
- Domicílio com grupo de risco e um sintomático (>18 anos): entrevistar o sintomático.
- Domicílio com indivíduo em monitoramento: substitui pelo domicílio imediatamente à direita.

6. Sobre a planilha dos domicílios

Juntamente com seu material, você está recebendo uma planilha de domicílios. Essa planilha é a sua lista de casas a serem visitadas em determinado setor. Ela contém informações importantes, que serão

necessárias para sua orientação no campo e para o correto preenchimento dos questionários. Muito importante mantê-la atualizada e ir repassando para as coordenadoras do estudo (Vanessa e Cristiane).

7. Sobre a coleta de sangue

- O número da amostra de sangue deverá ser o mesmo número do domicílio, que estará especificado na planilha dos domicílios que será entregue a vocês.
 1. **Anote o número no tubo**
 2. **Anote o número no questionário**
 3. **Anote o número no TCLE**
- Armazene bem as amostras de sangue em caixa térmica com gelo, elas serão enviadas diariamente para UNESC às 17hs.

Quando a entrevistadora chegar ao domicílio... o que fazer?

- Quando chegar em frente à casa, bata e aguarde até que alguém apareça para recebê-lo(a);
- Se for preciso, pode bater palmas ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o(a) morador(a) da casa;
- Caso não tenha alguém em casa, pergunte, a pelo menos dois vizinhos, o telefone do morador e o melhor horário para retornar. Você deverá retornar outro dia no horário fornecido pelo vizinho ou a entrevista poderá ser agendada por telefone (mas lembre-se que a chance de receber uma negativa é maior via fone!)
- Se não tiver nenhuma informação do morador, volte em horário diferente da primeira visita.
- Quando o morador do domicílio estiver em casa, apresente-se e diga ao participante que você faz parte de um projeto da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e que apenas gostaria de conversar. É importante que o participante saiba que **você não quer vender nada**.
- Sempre chame o(a) entrevistado(a) pelo nome. Por exemplo: "Dona Maria, vou fazer algumas perguntas para a senhora". Nunca chame de "tio", "tia", "vô" ou "vó", pois as pessoas interpretam como desinteresse de sua parte.
- Em alguns momentos da entrevista, chame o(a) entrevistado(a) pelo nome. É uma forma de ganhar a atenção dele(a) e demonstrar simpatia da sua parte.
- Leia as perguntas para o(a) entrevistado(a) tal como estão escritas. Se for preciso leia novamente a pergunta

IMPORTANTE!!

- Existem alguns **endereços sem numeração**, neste caso você deve usar o último endereço antes deste sem número e fazer a contagem de 7 casas, ou seja, a sétima casa é o domicílio sorteado.

Ex:

casa sorteada, casa 1, casa 2, casa 3, casa 4, casa 5, casa 6, **casa 7 (esta é a casa sem numeração)**

- Pulo para apartamentos: apartamento sequencial
- Se você chegar em um endereço e este for comercial ou casa abandonada, você pode pegar o primeiro domicílio da direita (de costas para a casa). Anote as informações na planilha.
- Sobrado: considerar como casa independente. Sendo a parte térrea considerado um domicílio, ou o primeiro.
- Se chegar em uma residência onde todos os moradores tiveram Covid-19, pegar a próxima casa da direita (virando de costas para residência, pega-se a da direita).

8. Perdas e Recusas

PERDA: ocorre quando o indivíduo não é encontrado. Ou seja, sabe-se que ele reside naquele domicílio, mas após 3 tentativas não se consegue contato.

RECUSA: ocorre quando o indivíduo não aceita participar da pesquisa.

- Em caso de recusa, anotar na folha de domicílios. Passe a informação para seu supervisor. Porém, **NÃO desistir antes de PELO MENOS TRÊS tentativas em dias e horários diferentes.**

Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder a um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educado(a) e não perca a paciência com o participante.

LEMBRE-SE: muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento. Possivelmente, em outro dia a pessoa poderá responder ao questionário.

IMPORTANTE: sempre que uma recusa acontecer, anote na planilha do domicílio o motivo