

Qualidade da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19: avaliação por usuários acometidos pela doença

Murilo César do Nascimento^{1,2*}  Simone Albino da Silva¹  Anne Andrade Matiazi de Oliveira¹ 
Heriederson Sávio Dias Moura²  Juliana Soares Tenório de Araújo²  Felipe Mendes Delpino^{2,3}  Debora de Almeida Soares² 
Inês Santos Estevinho Fronteira⁴  Namie Okino Sawada¹  Ricardo Alexandre Arcêncio² 

¹Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – UNIFAL-MG. Alfenas/MG, Brasil.

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP-USP. Ribeirão Preto/SP, Brasil.

³Universidade Federal Pelotas – UFPel. Pelotas/RS, Brasil.

⁴Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade Nova de Lisboa – UNL. Lisboa, Portugal.

E-mail: murilo.nascimento@unifal-mg.edu.br

Resumo

A pandemia da doença pelo coronavírus impacta sobremaneira a sociedade, gerando desafios sem precedentes para a ciência, para os sistemas de saúde e para a Atenção Primária à Saúde, que foram rapidamente cobrados por respostas diversificadas para o enfrentamento desta emergência de saúde pública. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade da APS segundo a perspectiva de pessoas acometidas pela COVID-19. Tratou-se de um estudo transversal com casos de COVID-19 em um município brasileiro. Utilizou-se um questionário eletrônico com características sociodemográficas e clínicas (de elaboração própria) e o Instrumento PCATool-Brasil – para pacientes adultos (versão reduzida), por meio do recurso KoBoToolbox. Após pré-teste e estudo piloto, a coleta de dados ocorreu entre 11 de janeiro e 05 de outubro de 2021. Utilizou-se estatística descritiva, sendo calculado o Escore Geral da APS – 0 a 10 (média e desvios padrão). Os 91 participantes avaliaram os atributos/componentes da APS. O Escore Geral da APS (média) foi 4,4 (DP=1,9). Este baixo escore geral da APS obtido sinaliza para fragilidades na qualidade deste nível de atenção à saúde, nos primeiros seis meses da pandemia em 2020. É inédito escore tão baixo de qualidade da APS. Depreende-se que o resultado negativo no município estudado reflete o impacto da COVID-19 e as estratégias adotadas para o enfrentamento da pandemia disparada pelo SARS-CoV-2 no Brasil e no mundo.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Atenção à Saúde. Coronavírus. Pacientes. Inquéritos e Questionários.

INTRODUÇÃO

A pandemia da doença pelo coronavírus impacta sobremaneira a sociedade^{1,2,3,4}, gerando desafios sem precedentes para a ciência e para os sistemas de saúde que foram rapidamente cobrados por respostas diversificadas para o enfrentamento desta emergência de saúde pública. Com isto, os sistemas e serviços de saúde pelo mundo precisaram se

reorganizar, em todos os seus componentes⁵.

No Brasil, as ações iniciais frente à pandemia foram direcionadas para a estruturação da atenção especializada, principalmente para os casos mais graves (ampliação do número de leitos, unidades de tratamento intensivo e respiradores pulmonares, por exemplo). Todavia, a reorganização dos demais níveis de

atenção à saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS), também foi imperativa. Em especial, a APS teve e ainda encontra pela frente o desafio de enfrentar a pandemia, bem como manter de forma regular e qualificada a oferta de suas ações e serviços^{5,6}.

Para que a APS avance robusta, incorporando ao seu protagonismo o enfrentamento da COVID-19 e a atenção às diversas complicações clínicas, aos sintomas persistentes e as sequelas possíveis pós-infecção pelo SARS-CoV-2, considera-se crucial o fortalecimento dos seus atributos⁷, à saber: o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária⁸. Neste contexto, cabe destacar que a mensuração da presença e da extensão de tais componentes têm sido utilizados no Brasil e no mundo como indicadores importantes de desempenho e qualidade da APS^{9,10,11,12}.

Há diversas pesquisas avaliativas abordando a qualidade dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) tanto na perspectiva de usuários quanto dos profissionais de saúde em cenários distintos^{13,14,15}. Verifica-se também um elevado e crescente número de produções científicas contemplando a doença pelo coronavírus e a recente pandemia originada com a disseminação do SARS-CoV-2^{16,17}. Entretanto a literatura ainda é incipiente no que se refere a avaliações sobre a presença e à extensão dos atributos da APS, segundo indivíduos com histórico de infecção pelo SARS-CoV-2 na comunidade.

Tal problema e lacuna motivaram este estudo de modo a responder às seguintes perguntas de pesquisa: qual é a avaliação que os usuários acometidos pela COVID-19 fazem da qualidade da Atenção Primária à Saúde por

ocasião da pandemia? Inicialmente os usuários foram consultados quanto a sua afiliação, ou seja, sobre a existência de um serviço/profissionais procurados por ele quando adoece ou quando precisa de conselhos sanitários, que o conhecem como pessoa e que sejam mais responsáveis por seu atendimento de saúde.

Na sequência também foram contemplados os seguintes aspectos específicos dos atributos da APS: prioridade dada ao serviço frente a um novo problema de saúde; obtenção de atendimento rápido por telefone quando a UBS se encontra aberta; existência de dificuldade para conseguir atendimento médico; ocorrência de atendimento pelo mesmo profissional; sentir-se à vontade nas consultas; ciência pelo serviço e profissionais de saúde dos problemas mais importantes para o usuário; intenção de mudança de serviço de saúde; ocorrência de sugestão de consulta com um especialista pelo médico; informação do médico ao especialista sobre o motivo da consulta; ciência do médico sobre os resultados da consulta com o especialista; interesse do médico sobre a qualidade do atendimento com o especialista; disponibilidade dos prontuários nas consultas.

Por fim, atentou-se para o recebimento de aconselhamento sobre problemas de saúde mental e sobre: como parar de fumar, as mudanças que ocorrem com o envelhecimento, alimentação saudável, exercícios físicos e prevenção de quedas; verificação dos medicamentos em uso; inclusão do usuário no planejamento do tratamento e cuidado individual ou familiar; organização de reunião familiar; e participação em pesquisas com pacientes sobre a qualidade do serviço. Neste contexto, o objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade da APS segundo a perspectiva de pessoas acometidas pela COVID-19.

MÉTODO

Delineamento do estudo

Tratou-se de um estudo transversal, realizado com casos de COVID-19 confirmados durante a pandemia pelo novo coronavírus em um município brasileiro. Esta abordagem seccional se originou da pesquisa de coorte intitulada “Estudo de casos confirmados de COVID-19 em Minas Gerais”.

Cenário do estudo

O cenário de estudo foi um município brasileiro localizado na macrorregião sul do Estado de Minas Gerais, que possuía em março de 2020 uma população estimada de 79.996 habitantes, contando nos serviços de cuidado primário com 19 equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo 18 urbanas e uma rural, proporcionando uma cobertura de 81,94% pela ESF. Ainda neste nível assistencial, havia três Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica, totalizando cobertura populacional de 92,25%¹⁸.

Como serviços de apoio à Atenção Primária à Saúde tem-se uma central de distribuição de medicamentos, para o acesso a medicamentos psicotrópicos controlados, leites especiais e fraldas e treze farmácias anexas a ESFs; três laboratórios de análises clínicas conveniados. A rede de serviços de atenção especializada e hospitalar é vasta e compreende serviços contratados e conveniados ao SUS¹⁹.

População e Amostra

A população de referência para o estudo foi constituída pelos 1.923 primeiros casos de infecção pelo SARS-CoV-2, confirmados de 15 de março a 26 de outubro de 2020, identificados a partir dos registros de notificação compulsória do Setor de Vigilância Epidemiológica do Município de interesse. A lista de endereços, contendo o nome, a faixa etária, o número

de telefone e endereço residencial das pessoas a serem convidadas para o estudo, foi disponibilizada pela Coordenação de Vigilância em Saúde após solicitação formal dos pesquisadores à Secretaria Municipal de Saúde local.

Foram considerados como critérios de inclusão: casos confirmados de COVID-19 por métodos laboratoriais (*RT-PCR - biologia molecular, SARS-CoV-2 detectável, swab; Imunológico - reagente: IgM, IgA e/ou IgG - ELISA, Imunocromatografia/teste rápido/anticorpos, ECLIA; Pesquisa de antígeno - reagente: SARS-CoV-2/Imunocromatografia/antígeno*), indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, residentes no município de Alfenas, em domicílio próprio e com desfecho clínico de cura da doença. Foram excluídas da amostra inicial 110 indivíduos residentes de uma instituição de acolhimento de idosos, 189 indivíduos com idade inferior há 20 anos, 21 indivíduos sem idade registrada, 35 desfechos clínicos para óbito pela doença e duas duplicidades de registro, totalizando 357 exclusões.

Para o cálculo amostral e sorteio dos participantes do estudo foi considerada então amostragem aleatória estratificada e proporcional, tendo como estratos a faixa etária e ocorrência de internação. A amostra foi calculada considerando os 1.566 registros das pessoas que permaneceram como elegíveis após as exclusões. Foram contemplados 20% de perdas por recusas ou outras causas. Assim, estimou-se necessária uma amostra de 428 participantes.

Dos 428 casos confirmados de COVID-19 alocados para entrevistas, 211 foram perdidos pelos seguintes motivos: Endereço e/ou telefone errado (33,6% das perdas); recusas, após 3 ou mais tentativas (33,6%); três ou mais tentativas de contato sem sucesso (18,1%); falsos positivos autorreferidos (4,3%); endereço em zona rural (4,3%); pessoa incapaz de respon-

der à entrevista (1,4%); e óbitos (4,7% das perdas).

Observou-se que 41,9% das 217 pessoas afetadas e acompanhadas sinalizaram filiação a serviços de Atenção Primária à Saúde, o que as tornaram elegíveis para avaliar a qualidade

da APS. Assim, o número final de participantes para este estudo transversal foi de 91 pessoas. O detalhamento da elegibilidade desde a população de referência até os participantes finais desta abordagem seccional pode ser visto na Figura 1.

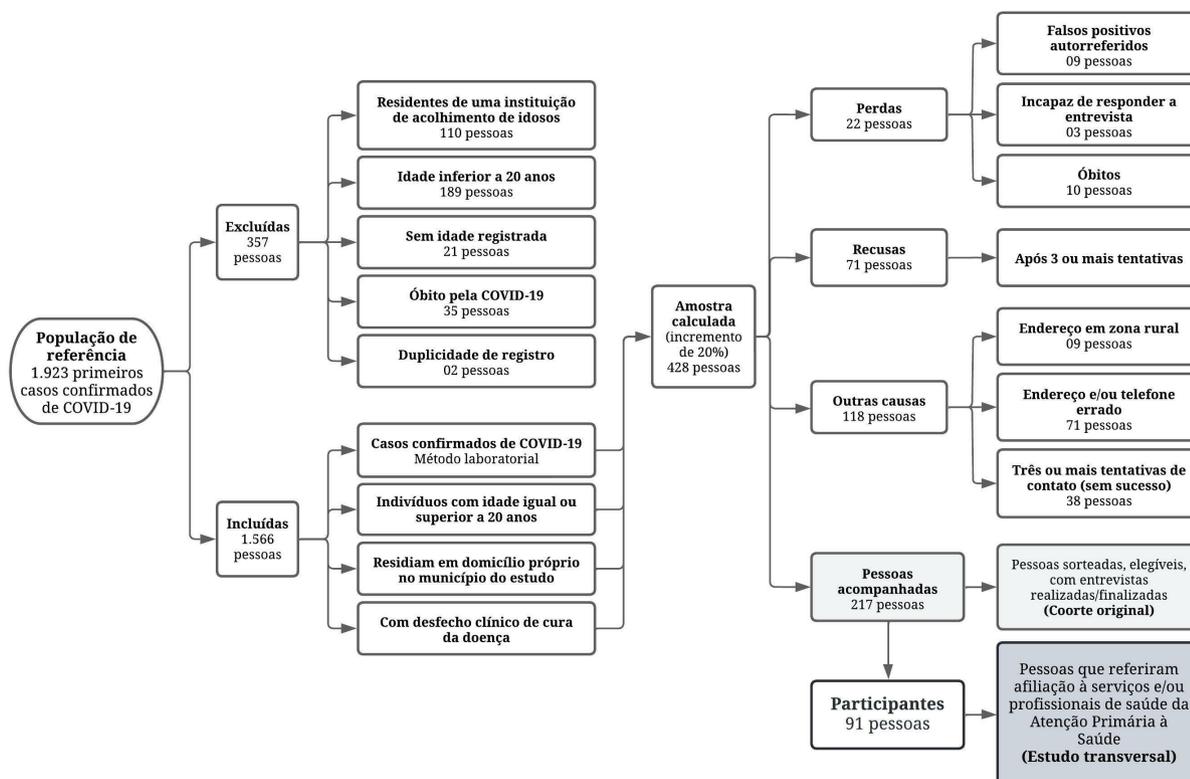


Figura 1 - Fluxograma de elegibilidade dos participantes, Alfenas-MG, 2021.

Instrumentos de coleta

Foi utilizado um questionário eletrônico para coleta off-line em campo (material suplementar), contendo o Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um instrumento para caracterização sociodemográfica e clínica (26 perguntas) de elaboração própria, e o Instrumento PCATool-Brasil – para pacientes adultos (versão reduzida, 25 itens)²⁰, reproduzido na íntegra em uma seção do questionário eletrônico aplicado. Validado no Brasil, o PCATool se destina à avaliação da existência e da extensão dos atributos da APS na prática dos

serviços de saúde^{21,22}.

A versão reduzida do PCATool-Brasil (adultos) é formada por 25 itens distribuídos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS, à saber: Afiliação com um(a) Serviço de Saúde ou Médico(a) ou Enfermeiro(a); Acesso de Primeiro Contato – Utilização; Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação - Integração de Cuidados; Coordenação – Sistemas de Informações; Integralidade - Serviços Disponíveis; Integralidade - Serviços Prestados; Orientação Familiar; e Orientação Comunitária²².

Os itens do instrumento são respondidos utilizando a seguinte escala Likert contendo as opções: (4) Com certeza sim; (3) Provavelmente sim; (2) Provavelmente não; (1) Com certeza não; e (9) Não sei/Não lembro. Os valores que variam de 1 a 4, resultantes de cada resposta, são utilizados para calcular o Escore Geral da APS que é obtido pela média das respostas de todos os itens do instrumento. O Escore Geral também pode ser transformado para valores variando de 0 a 10. A interpretação dos valores obtidos é: os valores mais elevados (média do EG ≥ 3 ou Escore de 0-10 Alto $\geq 6,6$) são característicos de serviços mais orientados à APS e representam presença e extensão dos atributos deste nível de atenção à saúde, a APS. Assim, o instrumento de avaliação da APS para pacientes adultos em sua versão reduzida tem sido divulgado por pesquisadores brasileiros e bem acolhida pela comunidade científica em vários países do mundo²².

Coleta de dados

Após a realização das etapas de pré-teste do formulário que continha todos os instrumentos de coleta, e do estudo piloto, procedeu-se ao trabalho de campo para a coleta de dados no período entre 11 de janeiro e 05 de outubro de 2021. Foram utilizadas duas estratégias para a aplicação dos questionários: 1) visitas domiciliares para entrevista face a face; e 2) contatos telefônicos, a partir das restrições de circulação impostas no Estado de Minas Gerais.

Os entrevistadores foram divididos em duplas selecionadas aleatoriamente e utilizaram tablets ou aparelhos celulares durante as visitas domiciliares, bem como computadores para coletarem os dados de forma remota. O consentimento quanto à participação do estudo foi por meio de TCLE impresso e assinado, bem como por meio de gravação de áudio e

print de tela durante as ligações telefônicas e contato por aplicativo de mensagem.

Tanto para o pré-teste quanto para a coleta de dados os entrevistadores contaram com o auxílio de uma lista de endereços contendo o nome e faixa etária das pessoas a serem convidadas para o estudo, bem como com mapas elaborados pela equipe executora contendo os domicílios geolocalizados com o Google My Maps e uma divisão da área urbana em oito regiões de visitação, o que colaborou para o planejamento das estratégias de deslocamento dos entrevistadores para a atividade de campo.

Processamento dos dados

As informações coletadas durante as entrevistas presenciais e remotas foram automaticamente transferidas via questionário eletrônico para a plataforma do KoBoToolbox²³ onde ficaram armazenadas. Posteriormente, os dados foram exportados para planilha eletrônica elaborada no programa Microsoft Excel, versão 15.0 e, na sequência, transferidos para o software Stata, versão 13.1. O banco de dados foi submetido a testes de consistência interna (avaliação da qualidade das informações e padrão de dados faltantes). Concluída essa fase, a etapa final do gerenciamento de dados foi reservada para a categorização definitiva das variáveis.

Análise estatística: descritiva e multivariada

A população do estudo foi caracterizada segundo fatores sociodemográficos e aspectos relacionados aos atributos/componentes da APS avaliados. Para a descrição foram utilizados indicadores de distribuição absoluta (N) e relativa (%), medianas (percentil 50), valores médios e respectivos desvios-padrão. Em relação ao cálculo do Escore Geral da APS, abordado na versão reduzida do PCA-Tool-Brasil (adultos), foi utilizada a seguinte fórmula:

Escore 0 a 10: $\frac{\text{Escore obtido} - \text{valor mínimo escala} \times 10}{\text{Valor máximo escala} - \text{valor mínimo escala}}$

$$\frac{\text{Escore obtido} - 1 \times 10}{4 - 1}$$

Neste cálculo o 'Escore obtido' corresponde ao escore originalmente em escala de 1 a 4 que se deseja transformar para valores de 0 a 10²².

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente (CAAE nº 34746620.6.0000.5142 e Parecer nº 4.317.149, de 02 de outubro de 2020). Seguimos todos os aspectos de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS

Avaliaram a Atenção Primária à Saúde, 91 participantes. A média das idades foi de 60,0 anos (DP=14,0), sendo que o entrevistado mais jovem tinha 24,0 anos e, o mais idoso, 91,0 anos de vida. Quanto ao sexo, 56,0% pessoas eram do sexo feminino e 44,0% do sexo masculino. Os usuários visitados apresentaram uma média de renda familiar de R\$ 2.174,40 (DP=1704,40). No que se refere ao tempo de frequência à escola(s), observou-se média de 6,8 anos (DP=5,0) de escolaridade formal. Sobre os serviços avaliados, 86 respondentes (94,5%) se referiram à Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) distintas e cinco (5,5%) fizeram menção à uma Unidade de Atenção Básica sem ESF.

Em relação à afiliação com um(a) serviço de saúde ou médico(a) ou enfermeiro(a), fo-

ram analisadas as respostas às seguintes perguntas: A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente vai quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde? A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece você como pessoa? A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável por seu atendimento de saúde? Assim, as respostas aos itens A1, A2 e A3, levaram à seguinte distribuição de respondentes quanto a classificação da afiliação: grau 1 = 09 (9,9%); grau 2 = 11 (12,1%); grau 3 = 13 (14,3%); e grau 4 = 58 (63,7%).

Na Tabela 1 é apresentada a distribuição de respostas aos demais 23 itens do instrumento (transcritos na legenda), correspondentes aos atributos e componentes da APS.

Tabela 1 - Fluxograma de elegibilidade dos participantes, Alfenas-MG, 2021.

Atributos (Componentes) da APS	Códigos / Itens / Perguntas	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não - (9) Não sei/ Não lembro	(1) Com certeza não
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Primeiro contato (Utilização)	B2	51 (56)	23 (25,3)	06 (6,6)	11 (12,1)
Primeiro contato (Acessibilidade)	C4	27 (29,7)	17 (18,7)	17 (18,7)	30 (33,0)
	C11*	44 (48,4)	13 (14,3)	16 (17,6)	18 (19,8)
Longitudinalidade (Longitudinalidade)	D1	34 (37,4)	23 (25,3)	17 (18,7)	17 (18,7)
	D6	60 (65,9)	26 (28,6)	04 (4,4)	01 (1,1)
	D9	44 (48,4)	30 (33,0)	14 (15,4)	03 (3,3)
	D14*	48 (52,8)	12 (13,2)	14 (15,4)	17 (18,7)

continua...

... continuação tabela 1

Atributos (Componentes) da APS	Códigos / Itens / Perguntas	(4) Com certeza sim	(3) Provavelmente sim	(2) Provavelmente não – (9) Não sei/ Não lembro	(1) Com certeza não
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Coordenação (Integração de cuidados)	E2	15 (50,0)	09 (30,0)	03 (10)	03 (10,0)
	E6**	09 (30,0)	07 (23,3)	12 (40,0)	02 (6,7)
	E7	12 (40,0)	06 (20,0)	09 (30,0)	03 (10,0)
	E9**	12 (40,0)	06 (20,0)	11 (36,7)	01 (3,3)
Coordenação (Sistemas de Informações)	F3	21 (23,1)	15 (16,5)	44 (48,4)	11 (12,1)
Integralidade (Serviços disponíveis)	G9	21 (23,1)	11 (12,1)	14 (15,4)	45 (49,5)
	G17	18 (19,8)	12 (13,2)	15 (16,5)	46 (50,6)
	G20	24 (26,4)	10 (11,0)	09 (9,9)	48 (52,8)
Enfoque Familiar (Orientação Familiar)	H1	43 (47,3)	13 (14,3)	10 (11,0)	25 (27,5)
	H5	45 (49,5)	14 (15,4)	09 (9,9)	23 (25,3)
	H7	47 (51,7)	17 (18,7)	06 (6,6)	21 (23,1)
	H11	33 (36,3)	09 (9,9)	14 (15,4)	35 (38,5)
Orientação Comunitária (Orientação Comunitária)	I1	18 (19,8)	22 (24,2)	12 (13,2)	39 (42,9)
	I3	33 (36,3)	27 (29,7)	26 (28,6)	05 (5,5)
	J4	19 (20,9)	12 (13,2)	23 (25,3)	37 (40,7)

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde? **C4.** Quando o(a) “serviço de saúde” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar? **C11.** É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “serviço de saúde” quando pensa que é necessário? **D1.** Quando você vai ao(à) “serviço de saúde”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes? **D6.** Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “médico(a)/enfermeiro(a)”? **D9.** O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família? **D14.** Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) “serviço de saúde” para outro serviço de saúde? **E2.** O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado? **E6.** O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)? **E7.** O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado? **E9.** O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)? **F3.** Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) “serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)”? **G9.** Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão). **G17.** Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar). **G20.** Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). **H1.** Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente). **H5.** Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você. **H7.** Verificar e discutir os medicamentos que você está usando. **H11.** Como prevenir quedas. **I1.** O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família? **I3.** O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? **J4.** Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas.
N = 91 (100%); C11* e D14*: escores invertidos; de E2** a E9**, N = 30 (100%).

O item E1 foi suprimido por se tratar de pergunta que identifica se os pacientes adultos estiveram em consulta médica com especialista ou no serviço especializado.

A partir destes registros foram calculados o

escore de qualidade/desempenho da APS, sendo considerado o Escore Geral da APS – 0 a 10 (média e desvios padrão) = 4,4 (1,9). O valor obtido evidencia baixo escore da APS, segundo avaliação das pessoas acometidas por COVID-19.

DISCUSSÃO

Este trabalho possibilitou avaliar a qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo a perspectiva de pessoas acometidas pela COVID-19 e apresenta, como resultado principal, um baixo escore geral da APS. Este achado significa e sinaliza fragilidades na qualidade daquele nível assistencial local durante o primeiro semestre da pandemia em 2020. É inédito escore tão baixo de qualidade da APS. Depreende-se que o resultado negativo no município estudado reflete o impacto da COVID-19 e as estratégias adotadas para o enfrentamento da pandemia disparada pelo SARS-CoV-2 no Brasil e no mundo.

Em tempos de COVID-19 a APS se deparou com o desafio de enfrentar a pandemia e manter a oferta regular e qualificada de suas ações e serviços^{5,6}. O insucesso observado em “tentativas de enfrentamento centradas no cuidado individual hospitalar alertou para a necessidade de uma abordagem mais territorializada, comunitária e domiciliar, e a necessidade de ativar a APS, forte e integral, com ações de vigilância à saúde integradas, em toda a sua potencialidade”^{5,24}.

Tem sido recorrente a mensuração de escores incipientes referentes ao desempenho da APS em nível loco regional. Em um estudo transversal realizado com 1.027 trabalhadores rurais residentes em municípios pertencentes a uma superintendência regional de saúde do sul de Minas Gerais, Brasil, cuja APS é regida pelo modelo da Estratégia Saúde da Família, apenas o grau de afiliação apresentou escore elevado, sendo que o item “integralidade: serviços disponíveis” foi o que computou a menor média na avaliação. Os baixos escores gerais apresentados não diferiram na comparação entre a avaliação da APS por homens e mulheres estudados²⁵.

Já noutro estudo avaliativo transversal, realizado com 527 usuários adultos, 330 responsáveis por crianças de até dois anos e 34 profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família da microrregião de Alfenas, Minas Gerais, Brasil, a APS apresentou atributos com altos escores na perspectiva

dos médicos e enfermeiros (7,40), com exceção do Acesso de Primeiro Contato, e baixos escores, segundo a avaliação de usuários adultos - 5,92 - e dos responsáveis pelas crianças - 6,21^{13,14}.

Em grande parte dos estudos envolvendo o instrumento PCATool há uma tendência de melhor avaliação por parte dos profissionais de saúde quando comparados às percepções dos usuários. Entretanto em uma pesquisa com 41 enfermeiros de Saúde da Família de municípios de Minas Gerais, apesar de os trabalhadores terem avaliado satisfatoriamente a maioria dos atributos da APS, foi identificada uma baixa pontuação na coordenação do cuidado. Neste sentido, os autores indicaram a necessidade de aprimoramento no sistema de referência e contrarreferência, implementação de parcerias, elaboração de protocolos assistenciais e educação permanente para o fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde²⁶.

Dado divergente foi encontrado em outra pesquisa avaliativa sobre a integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso no Município de Alfenas-MG, onde houve elevado número de avaliações positivas, sendo que 57% dos participantes informou receber orientações sobre mudanças que ocorrem com o envelhecimento²⁷. No mesmo cenário municipal, contudo, abordando outra população em situação de vulnerabilidade quanto ao acesso aos serviços de saúde, 228 homens foram visitados nos seus domicílios em áreas adstritas pela ESF para um estudo sobre a avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde. Por ocasião das entrevistas, 54,82% referiram mais alto grau de afiliação, contudo, 80,70% avaliaram a Atenção Primária como de baixa qualidade²⁸.

Por ocasião da pandemia de interesse, houve uma mobilização do governo brasileiro com ações de apoio e fortalecimento local dos atributos essenciais da APS para enfrentamento da COVID-19 no Brasil. Pensando no acesso, foram desenvolvidas como as ações: Teleconsulta (TeleSUS), Saúde na Hora, Contratação de 7.500 médicos para a APS e

50 milhões de novos cadastros na APS. No que se refere à Longitudinalidade, utilizou-se a Plataforma de Telessaúde para a manutenção do atendimento de doenças crônicas. Em prol da Integralidade, foram estimulados protocolos clínicos, testagem maciça para sintomáticos e população em geral e teleconsultoria para profissionais de saúde. Quanto à Coordenação do Cuidado, a principal ação COVID-19 foi o monitoramento dos casos via TeleSUS²⁹.

Ainda que o fomento e a institucionalização das ações citadas tenham sido respostas importantes do governo federal à crise sanitária, o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é descentralizado, sendo nos municípios que as ações se operacionalizam, sob a coordenação da gestão estadual. Em um país de dimensões continentais, com desigualdades sociais e iniquidades em saúde nas mesmas proporções que a sua extensão territorial, a realidade da implementação do combate à pandemia de COVID-19 varia muito de estado para estado e de cidade para cidade. Neste contexto, o distanciamento observado do nível federal do seu papel de dirigente nacional do SUS, delegando aos estados e municípios os esforços para o enfrentamento da pandemia, culminou em graves consequências para o acesso da população aos cuidados de saúde³⁰.

A atenção à COVID-19 precisava dar conta das necessidades nas diferentes fases da doença e em todo o espectro de gravidade, em uma linha de cuidado que envolvesse desde o monitoramento de casos leves em isolamento domiciliar, com orientações no manejo de sintomas e para a identificação precoce de sinais de alerta, até a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar³¹. Contudo, como no primeiro ano de pandemia não havia vacina que diminuísse a incidência de casos graves, e esses tiveram um maior impacto sobre o Sistema Único de Saúde, e mesmo que este seja organizado nas redes de assistência à saúde, não houve protagonismo da APS nesta fase, no sentido de atendimento e de serviços disponíveis, visto que este nível assistencial não

possuía capacidade para atuar sobre a letalidade dos casos graves.

Assim, no município em questão ainda que a população reconhecesse o serviço de Atenção Primária como o primeiro local a se buscar um atendimento para este novo problema de saúde, o acolhimento para o diagnóstico e o monitoramento dos casos suspeitos e confirmados passou a ser feito por pronto socorro gripal e central de vigilância em saúde, e não pelas equipes da APS/ESF, conforme havia sido recomendado pelo Ministério da Saúde³². Replicou-se o que estava sendo feito em países como a Itália, concentrando o investimento de recursos de toda ordem na atenção hospitalar³³.

Ao primeiro nível de atenção à saúde coube apoiar e orientar o isolamento domiciliar dos casos suspeitos e confirmados com evolução leve e manter os atendimentos de rotina para outras demandas. Neste sentido, destaca-se o bom resultado da longitudinalidade e da coordenação do cuidado apontado neste estudo. Ainda que o Ministério da Saúde tenha regulamentado de forma excepcional o uso da telemedicina como estratégia de combate a disseminação da COVID-19³⁴, a estrutura necessária para que essa abordagem se concretizasse não era realidade para a maioria dos municípios brasileiros.

Realça-se que as visitas domiciliares foram suspensas por um longo período, reduzindo as possibilidades de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, importantes aliados para a sensibilização da população para o combate ao estigma relacionado à doença, na difusão de informações corretas sobre a prevenção de COVID-19, no combate às fake news e no apoio a atividades educativas no território⁵.

Não obstante a toda a potencialidade da APS, de seu histórico de implantação e de cobertura, os resultados aqui encontrados guardam estreita relação com as decisões políticas sobre o sistema de saúde em recente período pré-pandêmico. Desde 2017, as medidas de enfraquecimento da ESF, como a redução de agentes comunitários de saúde

de, flexibilização de carga horária de profissionais, extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), perda de profissionais, desincentivos a abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da Atenção Básica com base em número de cadastrados, fragilizando o enfoque comunitário, entre outros, representam constrangimentos importantes para uma atuação adequada da APS no enfrentamento da pandemia³⁵.

Durante o estudo de corte a partir do qual se desenvolveu esta pesquisa transversal houve muitas perdas, recusas e problemas quanto aos dados de localização dos casos confirmados de COVID-19 utilizados para acesso e convite ao público alvo de interesse. As restrições de circulação, distanciamento físico e isolamento social prudentemente orientadas como medidas preventivas no contexto da pandemia por COVID-19 contribuíram sobremaneira com desafios inerentes ao avanço do traba-

lho de campo. Para além disto, 41,9% das pessoas acometidas e acompanhadas sinalizaram afiliação à serviços de Atenção Primária à Saúde e se configuraram elegíveis para a avaliação da qualidade da APS proposta.

Tomadas em conjunto, tais condições e situações implicaram em um total de participantes aquém da expectativa inicial. Este número reduzido de participantes finais que avaliaram a Atenção Primária à Saúde, comparado a alta cobertura de APS no Município cenário do estudo, constituiu numa fragilidade do presente trabalho. Outra limitação a ser considerada se referiu ao próprio instrumento PCAtool que apresenta, com uma das suas características, uma distribuição de pesos homogênea e indiferenciada para os pontos calculados referentes aos atributos da APS³⁶. Portanto, ao se reconhecer a inviabilidade de generalizar os resultados, sugere-se devida atenção quanto à validade externa dos achados.

CONCLUSÃO

O novo coronavírus, de fato, expôs a necessidade de reorganização dos sistemas de saúde, principalmente ao nível da APS, com vistas a proporcionar respostas cada vez mais oportunas às novas demandas de cuidados em saúde. Os dados do estudo atual avançam no conhecimento ao demonstrar que, comparativamente a pesquisas anteriores, disponíveis na literatura, referentes ao município e região

de interesse, nunca havia sido mensurado tão baixos escores em relação à presença e à extensão dos atributos da APS local, no cenário pré-pandemia de COVID-19. Neste sentido, reforça-se a relevância de estudos desta natureza e sugere-se a continuidade de abordagens avaliativas, regulares e sistemáticas sobre a qualidade da APS durante e após tal emergência de saúde pública.

FINANCIAMENTO: Esta pesquisa foi financiada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Alfenas -MG, N° 002/2020.

AGRADECIMENTOS: Agradecemos à PhD Isabel Cristina Martins de Freitas pelo apoio metodológico e estatístico.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Nascimento, MC; Silva, SA; Sawada, NO. Metodologia: Nascimento, MC; Silva, SA; Delpino, FM. Validação: Moura, HSD; Araújo, JST; Delpino, FM; Soares, DA; Fronteira, ISE; Arcêncio, RA. Análise estatística: Nascimento, MC; Delpino, FM. Análise formal: Nascimento, MC; Silva, SA; Sawada, NO; Arcêncio, RA. Investigação: Nascimento, MC; Silva, SA; Oliveira, AAM; Sawada, NO. Recursos: Sawada, NO; Arcêncio, RA. Elaboração da redação original: Nascimento, MC; Silva, SA; Oliveira, AAM; Moura, HSD; Araújo, JST; Delpino, FM; Soares, DA; Fronteira, ISE. Redação-revisão e edição: Nascimento, MC; Silva, SA; Oliveira, AAM; Moura, HSD; Araújo, JST; Delpino, FM; Soares, DA; Fronteira, ISE; Sawada, NO; Arcêncio, RA. Visualização: Nascimento, MC; Silva, SA; Oliveira, AAM; Moura, HSD; Araújo, JST; Delpino, FM; Soares, DA; Fronteira, ISE; Sawada, NO; Arcêncio, RA. Supervisão: Sawada, NO; Silva, AS; Arcêncio, RA. Administração do projeto: Sawada, NO.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Castro MC, Gurzenda S, Turra CM, Kim S, Andrasfay T, Goldman N. Reduction in the 2020 Life Expectancy in Brazil after COVID-19. *Nat Med* [revista em Internet] 2021. [acesso 17 junho de 2022]; 27: 1629–1635. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01437-z>
2. Backes DAP, Arias MI, Storopoli JE, Ramos HR. Os efeitos da pandemia de Covid-19 sobre as organizações: um olhar para o futuro. *Rev Ibero-Americana Estratégia* [revista em Internet] 2020 [acesso 05 de agosto de 2022]; 9(4):1–10. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/riae.v19i4.18987>
3. Cruz RM, et al. COVID-19: Emergência e Impactos na Saúde e no Trabalho. *Rev Psicol Organ Trab* [revista em Internet] 2020 [acesso 05 de agosto de 2022]; 20:1–2. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.editorial>
4. Malta DC, et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiol e Serviços Saúde* [revista em Internet] 2020 [acesso 13 de setembro de 2022]; 29(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400026>
5. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM de, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* [revista em Internet] 2020 [acesso 05 de agosto de 2022]; 36(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
6. Machado CV, Pereira AMM, Freitas AMM. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz/Fiocruz; 2022.
7. Cirino FMSB, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Grysckek ALDFPL, Nichiata LYI. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19. *Rev Bras Med Família e Comunidade* [revista em Internet] 2021 [acesso 05 de agosto de 2022]; 16(43):2665. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665)
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
9. Santos NCC de B, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRG de O, Collet N, Reichert AP da S. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad Saude Publica* [revista em Internet] 2018 [acesso 03 de junho de 2022]; 34(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00014216>
10. Silva GS, Alves CRL. Avaliação do grau de implantação dos atributos da atenção primária à saúde como indicador da qualidade da assistência prestada às crianças. *Cad Saude Publica* [revista em Internet] 2019 [acesso 03 de junho de 2022]; 35(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00095418>
11. D'Ávila OP, Pinto LF da S, Hauser L, Gonçalves MR, Harzheim E. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. *Cien Saude Colet* [revista em Internet] 2017 [acesso 17 de junho de 2022]; 22(3):855–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.03312016>
12. Starfield B, Cassidy C, Nanda J, Forrest CB, Berk R. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. *J Fam Pract* [revista em Internet] 1998 [acesso 17 de junho de 2022]; 46(3):216–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9519019/>
13. Silva SA da, Nogueira DA, Paraizo CM da S, Fraccolli LA. Assessment of primary health care: health professionals' perspective. *Rev da Esc Enferm da USP* [revista em Internet] 2014 [acesso 03 de junho de 2022]; 48(spe):122–8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600018>
14. Silva SA da, Baitelo TC, Fraccolli LA. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. *Rev Lat Am Enfermagem* [revista em Internet] 2015 [acesso 10 de setembro de 2022]; 23(5):979–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0489.2639>
15. Costa MA, Alves MTSS de B e, Branco RMPC, Castro WEC, Ramos CAM. Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde no município de São José de Ribamar, Maranhão, Brasil. *Interface - Comun Saúde, Educ* [revista em Internet] 2020 [acesso 17 de junho de 2022]; 24(suppl 1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190628>
16. Alves do Nascimento D, Gomes Vasconcelos I. Mapeamento da produção científica sobre COVID-19. *Interam J Med Heal* [revista em Internet] 2020 [acesso 10 de setembro de 2022]; 3. Disponível em: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.134>
17. Mota DM, Ferreira PJG, Leal LF. Produção científica sobre a COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo. *Vigilância Sanitária em Debate Soc Ciência Tecnol* [revista em Internet] 2020 [acesso 10 de setembro de 2022]; 8(3):114–24. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01599>

18. Brasil. e-Gestor AB. Informação e Gestão da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS; 2021 [Atualizado em: 2022 Jul 29; acesso 29 de julho de 2022]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>
19. Prefeitura Municipal de Alfenas. Alfenas 2017-2022. Alfenas: Prefeitura Municipal de Alfenas; 2022 [Atualizado em: 2022 Jul 29; acesso 29 de julho de 2022]. Disponível em: <http://www.alfenas.mg.gov.br/>
20. Oliveira MMC de, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-Adulto-Brasil: uma versão reduzida. Rev Bras Med Família e Comunidade [revista em Internet] 2013 [acesso 10 de setembro de 2022]; 8(9):256–63. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmf8(29)823)
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
23. Harvard Humanitarian Initiative. KoBoToolbox; 2022 [acesso 29 de julho de 2022]. Disponível em: <https://www.kobotoolbox.org/>
24. Prado NM de BL, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. Cien Saude Colet [revista em Internet] 2021 [acesso 10 de setembro de 2022]; 26(7):2843–57. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>
25. Silvério ACP, Martins I, Nogueira DA, Mello MAS, Loyola EAC de, Graciano MM de C. Assessment of Primary Health Care for rural workers exposed to pesticides. Rev Saude Publica [revista em Internet] 2020 [acesso 05 de agosto de 2022]; 54:9. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001455>
26. Nogueira TCP, Oliveira LFA de, Nogueira DA, Sanches RS, Silva SA da, Nascimento MC do. Saúde da família e coordenação do cuidado: avaliação de trabalhadores do Sistema Único de Saúde. Brazilian J Dev [revista em Internet] 2021 [acesso 10 de setembro de 2022]; 7(2):12093–107. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-029>
27. Rocha VCLG, Pereira DS, Brito GEG de, Pereira MJ, Silva SLA da. Avaliação da integralidade na Atenção Primária à Saúde pelo usuário idoso: estudo transversal. Rev APS [revista em Internet] 2021 [acesso 23 de junho de 2022]; 24(2):238–55. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.33312>
28. Pinto G dos R, et al. Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde segundo homens de um município mineiro. Res Soc Dev [revista em Internet] 2021 [acesso 20 de junho de 2022]; 10(6):e31410615733. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15733>
29. Harzheim E, et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. Cien Saude Colet [revista em Internet] 2020 [acesso 07 de junho de 2022]; 25(suppl 1):2493–7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11492020>
30. Vieira FS, Servo LMS. Covid-19 e coordenação federativa no Brasil: consequências da dissonância federal para a resposta à pandemia. Saúde em Debate. 2020;44(spe4):100-113. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E406>
31. Dumas RP, Silva GA e, Tasca R, Leite I da C, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad Saude Publica [revista em Internet] 2020 [acesso 07 de junho de 2022]; 36(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
32. Ministério da Saúde. Manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. 9ª ed, Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS); 2020.
33. Nacoti. M, et al. At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. NEJM Catalyst [revista em Internet] 2022 [acesso 29 de junho de 2022]. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
34. Brasil. Portaria MS/GM no 467, de 20 de março de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19. Diário Oficial da União. De março de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>
35. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Cien Saude Colet [revista em Internet] 2020 [acesso 05 de agosto de 2022]; 25(4):1475–82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
36. Castro RCL de, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. Cad Saude Publica [revista em Internet] 2012 [acesso 03 de março de 2023]; 28(9):1772-1784. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000900015>

Enviado: 26 outubro 2022.

Aceito: 13 março 2023.

Publicação: 25 abril 2023.

Material suplementar

F6. Estudo de seguimento dos casos confirmados de COVID-19 em Minas Gerais

REGISTRO INICIAL E TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Primeiro nome do entrevistador / pesquisador

Município de coleta

(Cidade referente ao trabalho de campo)

0. Alfenas - MG
1. Belo Horizonte - MG
2. Divinópolis - MG
3. Juiz de Fora - MG

Grupo / Amostra

- Grupo A - Amostra independente 1 (indivíduos com histórico de internação hospitalar por COVID-19)
- Grupo B - Amostra independente 2 (indivíduos sem histórico de internação hospitalar por COVID-19)

Momento / Estratégia da coleta

- T0 (entrevista face a face / em domicílio ou por telefone)
- T1 (entrevista por telefone)
- T2 (entrevista por telefone)

Local da entrevista

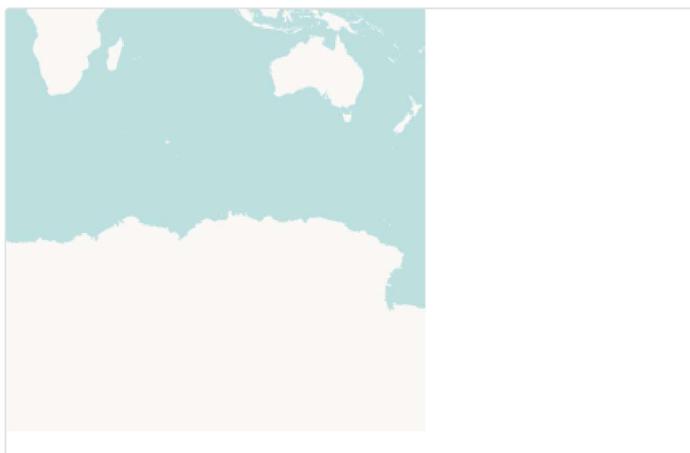
(Não mais obrigatório à partir dos novos T0, T1 e T2)

latitude (x.y °)

longitude (x.y °)

altitude (m)

precisão (m)



Data da visita / ligação telefônica

(Entrevista)

yyyy-mm-dd

Nome do participante

(Por extenso)

Foto do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo participante

(Usar o tablet para fotografar o TCLE durante a visita domiciliar em T0; ou para fotografar a tela do celular com o número do celular discado, código da gravação de áudio ou com a conversa por WhatsApp que conste o consentimento em T1 e T2)

Clique aqui para fazer o upload do arquivo. (<5MB)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa "Estudo de seguimento dos casos confirmados de COVID-19 em Minas Gerais".

Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a UNIFAL-MG. Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora principal para qualquer esclarecimento futuro sobre a sua participação no estudo. Pesquisadora responsável (orientadora): Namie Okino Sawada. Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700. TELEFONE: (35) 3701-9477. OBJETIVO GERAL: Analisar os fatores associados como condições de saúde, problemas sociais, isolamento social, incidência de complicações, morte e qualidade de vida prejudicada em casos confirmados de COVID-19. JUSTIFICATIVA: Pouco se sabe sobre as consequências da COVID-19 nas condições de saúde e doença de diferentes grupos populacionais, incluindo as complicações de curto, médio e longo prazo, os efeitos sobre as morbidades pré-existentes, o acesso e utilização de serviços de saúde, inclusive para outros fins, durante a pandemia. Trata-se de uma doença nova e que à medida que avança gera adaptações e repercussões nas relações sociais, nos padrões de comportamento e nos hábitos de vida que precisam ser conhecidas. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido serão utilizados cinco questionários para avaliar aspectos da qualidade de vida, nível de ansiedade, impacto da doença, questões de apoio social, impacto do evento, percepção de risco individual, risco familiar, risco comunitário e os níveis de satisfação com os serviços de saúde. Serão três entrevistas, com duração de aproximadamente 1 hora e meia, o primeiro encontro será presencial e o seguimento de 6 meses e 11 meses será feito por telefone. RISCOS E DESCONFORTOS: A metodologia adotada neste estudo pode oferecer riscos como desconforto emocional, constrangimento com as perguntas dos questionários, cansaço físico ao responder os nove questionários. Caso você se sinta cansado durante a sua participação, pedimos para nos informar, pois faremos pequenas pausas durante a entrevista. Se sentir qualquer desconforto emocional solicite que nos informe pois providenciaremos meios para evitar e/ou reduzir algum dano que você venha a sentir; caso o desconforto persista encaminharemos você a um psicólogo do SUS. Cabe lembrá-lo que você pode deixar a pesquisa em qualquer fase, caso queira, sem a necessidade de justificativa. BENEFÍCIOS: Este estudo oferecerá dados à equipe de saúde sobre os efeitos de curto prazo pela contaminação do COVID 19 auxiliando no planejamento da assistência aos pacientes com COVID 19 e também na formulação de Políticas Públicas para o atendimento a essa população. CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Você não terá nenhum custo para participar da pesquisa e nem receberá qualquer vantagem financeira. CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Os dados obtidos durante este estudo serão analisados de maneira sigilosa, manteremos o anonimato da sua identidade, porém os resultados obtidos na pesquisa serão publicados. Eu, declaro que li as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e fui devidamente informado (a) pelas pesquisadoras dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa e uso do telefone para as entrevistas. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento do estudo sem qualquer penalidade ou prejuízo para a minha vida. Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Poderei consultar os pesquisadores responsáveis ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701-9477, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sobre a minha participação no mesmo. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a Resolução nº466/12. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFAL-MG. Pesquisadora responsável: Profª Drª Namie Okino Sawada.

- Sim, aceito participar da pesquisa
- Não, não aceito participar do estudo

INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

1. Sexo

0. Feminino
1. Masculino

2. Data de Nascimento

yyyy-mm-dd

3. Estado Marital

0. Sem companheiro (a)
 1. Com companheiro (a)

4. Anos completos de escolaridade formal

(Nº de anos em que frequentou a escola)

5. Religião

0. Católico (a)
 1. Evangélico (a)
 2. Espírita (a)
 3. Outro (a)
 4. Não possui

6. Praticante

0. Sim
 1. Não

7. Bairro onde mora

(Nome do bairro de residência do participante)

8. Nº de cômodos na residência

(Somente nº de salas e quartos)

9. Nº de pessoas que moram na residência

(Incluindo o entrevistado)

10. Com quem mora

0. Mora sozinho
 1. Mora com a esposa ou companheiro
 2. Mora com o cônjuge e o (s) filho (s)
 3. Mora com os filhos
 4. Mora com outra (s) pessoa (s) (não familiar)
 5. Mora com os pais
 6. Outra resposta

10.1. Descreva com quem o entrevistado mora, se a resposta anterior tiver sido a opção "6. Outra resposta"

11. Relação com os familiares

- 0. Ótima
- 1. Boa
- 2. Regular
- 3. Ruim

12. Recebe acompanhamento de um cuidador

- 0. Sim
- 1. Não

13. Situação de trabalho

- 0. Trabalhou nos últimos 3 meses
- 1. Desempregado há mais de 3 meses
- 2. Estudante
- 3. Aposentado
- 4. Afastado (licença saúde)
- 5. Não trabalha (do lar)

14. Ramo de atividade

(Setor / área de trabalho)

15. Fonte de Renda Principal

(Trabalho, aposentadoria/pensão, bolsa de estudos, auxílios, etc.)

16. Renda Mensal Aproximada

*(Nº em reais - R\$ - da renda familiar. *Atenção: se não for possível obter esse dado, digite 00 no item 16 e justifique o motivo na pergunta 16.1, a seguir)*

16.1. Caso não seja possível obter o dado sobre a renda familiar, assinale o motivo

- 0. A pessoa não soube informar
- 1. A pessoa preferiu não informar
- 2. Outro motivo

17. Número de pessoas que dependem da renda

PCATool-BRASIL – PARA PACIENTES ADULTOS (VERSÃO REDUZIDA)

» Afiliação com um(a) Serviço de Saúde ou Médico(a) ou Enfermeiro(a)

A1. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) onde você geralmente vai quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim

A1.1. Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A1.2. Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que melhor conhece você como pessoa?

- Não
 Sim, o(a) mesmo serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) referido no item A1
 Sim, um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) diferente do(a) referido(a) no item A1

A2.1. Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A2.2. Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3. Há um(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não
 Sim, o(a) mesmo(a) referido(a) nos itens A1 e A2
 Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A1
 Sim, somente o(a) mesmo(a) referido(a) no item A2
 Sim, diferente do(s) referido(s) nos itens A1 e A2

A3.1. Qual o nome deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A3.2. Qual o endereço deste(a) serviço de saúde ou profissional?

A4. Qual o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A4.1. Qual o endereço do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) procurado(a) no último atendimento médico ou com enfermeiro(a) do(a) adulto(a)?

A5. Escreva o nome do(a) serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a) identificado(a) como a referência para os cuidados de saúde do(a) adulto(a), e esclareça ao(à) entrevistado(a) que a partir de agora, todas as perguntas serão sobre este(a) serviço ou profissional de saúde.

» Acesso de Primeiro Contato – Utilização

B2. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)" antes de ir a outro serviço de saúde?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade

C4. Quando o(a) "serviço de saúde" está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: whatsapp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail) se precisar?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

C11. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) "serviço de saúde" quando pensa que é necessário?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» Longitudinalidade

D1. Quando você vai ao(à) "serviço de saúde", é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

D6. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) "médico(a)/enfermeiro(a)"?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

D9. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

D14. Se fosse muito fácil, você mudaria do(a) "serviço de saúde" para outro serviço de saúde?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» Coordenação - Integração de Cuidados

E1. Você foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no(a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)"?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Não sei/Não lembro

E2. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

E6. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" enviou alguma informação para o(a) especialista sobre o motivo dessa consulta (com o(a) especialista ou no serviço especializado)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

E7. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" sabe quais foram os resultados da consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

E9. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" pareceu interessado(a) na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido)?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» **Coordenação - Sistemas de Informações**

F3. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a)/com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)"?

Instrução: para todos os próximos itens utilize o Cartão Resposta. Entrevistador(a): Por favor, indique a melhor opção.

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» **Integralidade - Serviços Disponíveis**

G9. Aconselhamento para problemas de saúde mental (ex.: ansiedade, depressão)

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços e orientações que você, a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem precisar em algum momento. Indique se no(a) "serviço de saúde" essas opções estão disponíveis (podem ser encontradas/obtidas):

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

G17. Aconselhamento sobre tabagismo (ex.: como parar de fumar)

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

G20. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair)

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» Integralidade - Serviços Prestados

H1. Orientações sobre alimentação saudável, boa higiene e sono adequado (dormir suficientemente)

Entrevistador(a): A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido durante alguma consulta no(a)/ com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)". Por favor, responda se os seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

H5. Orientações sobre exercícios físicos apropriados para você

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

H7. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

H11. Como prevenir quedas

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» Orientação Familiar

I1. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família?

Entrevistador(a): As perguntas a seguir são sobre a sua experiência e também da sua família com os profissionais da saúde no(a) "serviço de saúde".

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

I3. O(A) "médico(a)/enfermeiro(a)" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

» Orientação Comunitária

J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas

Entrevistador(a): A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. Por favor, indique se no(a) "serviço de saúde" é realizada essa iniciativa?

- (4) Com certeza sim
- (3) Provavelmente sim
- (2) Provavelmente não
- (1) Com certeza não
- (9) Não sei/Não lembro

DIÁRIO DE CAMPO

OBSERVAÇÕES

(Para registro sobre algo que o entrevistador julgar importante sobre a coleta de dados)

Confirmação do número de telefone/celular do participante (ou de algum contato próximo, se a pessoa não tiver)

*Formato: número do DDD + número do contato, tudo junto, sem espaços (Ex: 35991233901 ou 3532991173). *Caso não seja possível obter esse dado, digite 00 no campo a seguir*

* Assinale para registrar a visita domiciliar (T0) ou ligação telefônica (T1 ou T2) seguida do não consentimento do convidado quanto à participação/continuidade na pesquisa.

- OK