

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

ANA PAULA RAIZARO

**Avaliação do grau de afiliação dos usuários aos serviços de atenção primária
em Ribeirão Preto**

**Ribeirão Preto – SP
2022**

ANA PAULA RAIZARO

**Avaliação do grau de afiliação dos usuários aos serviços de atenção primária
em Ribeirão Preto**

Versão corrigida. A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD).

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador:
Prof. Dr. João Paulo Dias de Souza

Ribeirão Preto – SP

2022

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação Científica
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo

RAIZARO, Ana Paula

Avaliação do grau de afiliação dos usuários aos serviços de atenção primária em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2022.

83 p.: il; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Medicina Social
Orientador: Souza, João Paulo.

1.Avaliação. 2.Atenção Primária. 3.Estratégia de Saúde da Família

Nome: RAIZARO, Ana Paula

Título: Avaliação do grau de afiliação dos usuários aos serviços de atenção primária em Ribeirão Preto

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Julgamento: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____

Instituição _____

Julgamento: _____

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Ana Paula Raizaro, sou enfermeira, graduada em 2003 pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho – UNESP – Campus Botucatu. Minha paixão pela saúde da família se iniciou ainda na graduação, a partir das vivências nos campos de estágio. Após a graduação, iniciei os trabalhos em saúde da família, como enfermeira de uma equipe de uma unidade de saúde na cidade de São Paulo, atuando neste local por quase 6 anos. Me especializei em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, porém não continuei na área acadêmica por motivos pessoais.

Retornei para Ribeirão Preto em 2010 e logo após fui admitida, por meio de concurso público, na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Ribeirão Preto, atuando inicialmente em unidade de pronto atendimento e retornando posteriormente à Saúde da Família, onde permaneci por cerca de um ano e meio.

Em março de 2013, mudei para Barretos onde atuei como docente no curso de medicina da Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos, no componente curricular Integração Ensino-Serviço-Comunidade em Saúde, da Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos, permanecendo até 2016. Durante esse período, mantive meu vínculo com a Prefeitura de Ribeirão Preto e retomei atuação na unidade de pronto atendimento.

Mudei-me novamente para Ribeirão e, paralelamente ao pronto atendimento, atuei em várias unidades de saúde deste município por necessidade do serviço, onde tive a oportunidade de conhecer grande parte da rede de saúde.

Em fevereiro de 2018, fui convidada a assumir a Coordenação da Estratégia de Saúde da Família do município e aceitei o desafio. A partir disso aproximei-me das universidades conveniadas, entre elas a USP e seus docentes, onde conheci o Prof. João Paulo. Participamos juntos das conferências de saúde municipal, estadual e nacional e a partir dessa aproximação surgiu a oportunidade de ingressar no mestrado.

Inicialmente o primeiro projeto tinha como objetivo avaliar a oferta de serviços oriunda dos processos de trabalho das equipes e a influência nos resultados de saúde, a partir de indicadores utilizados para monitoramento em saúde. Entretanto, com a chegada da pandemia da COVID-19, foi necessário mudar o projeto, uma vez

que os atendimentos haviam sido redirecionados às necessidades emergentes da pandemia.

A nova ideia surgiu então a partir da realização do inquérito epidemiológico, que objetivou estimar a prevalência de infecções por SARS-CoV-2. Foi aplicado um questionário contendo questões que identificassem características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e afiliação dos usuários ao serviço de saúde. Também foi coletado Swab nasal e amostra de sangue dos participantes. A obtenção de dados em campo foi muito importante e me proporcionou conhecer e aproximar de colegas e docentes do grupo de pesquisa.

Em agosto de 2020, tive também a oportunidade de retornar para a docência e iniciei novo trabalho no Centro Universitário Barão de Mauá, no curso de medicina como docente da prática na disciplina de Saúde da Família. Esse novo desafio reforçou ainda mais a importância da retomada da carreira acadêmica, estimulando a continuidade do mestrado.

Mas nesse caminho até aqui também houve grandes desafios. O fato de conciliar 60 horas de trabalho, filhos e família com as atividades de pesquisa em meio à pandemia foi o maior deles.

Com muita paciência, sabedoria, compreensão e apoio do meu orientador, da minha família e também por meio da minha perseverança e dedicação, foi possível chegar até aqui. O presente estudo aborda a comparação das modalidades de atenção primária, principalmente quanto ao grau de afiliação dos usuários visando contribuir para melhores resultados em saúde.

Dedico esse trabalho ao meu pai, Valentim (*in memoriam*), que me ensinou a ter fé e como se reerguer frente a todas as atribulações da vida, não me deixando desistir nunca dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me acolhido, ouvido minhas preces e meus choros nos momentos que mais precisei e não ter me deixando desanimar durante mais esse percurso da minha vida;

Aos meus pais, Valentim (*in memoriam*) e Lourdes, que mesmo com todas as limitações em seus estudos, usaram da sabedoria de vida para sempre me estimular e me apoiar nas minhas escolhas;

Ao meu irmão, Valmor, saiba que nossa união é uma das coisas que mais me dá força; e à minha cunhada, Luciana, que é como a irmã com quem sempre posso contar em todas horas e momentos;

Ao meu esposo, Daniel, que mesmo frente a todos os seus novos desafios, nunca deixou de estar ao meu lado nas minhas escolhas, compreendendo minhas ausências, sendo parceiro e apoiando minhas decisões com muito carinho;

Aos meus filhos, Maria Clara e Dante, vocês são a maior razão da minha vida! Obrigada por entender as minhas ausências, por cada beijo, abraço, palavra de carinho, incentivo e momentos de muito amor;

Aos meus sogros, Dagoberto e Angela, que sempre se dedicaram com muito amor aos cuidados com meus filhos, e da minha família para que eu pudesse terminar mais essa etapa;

Aos meus sobrinhos, tios e primos, por todos os incentivos nos momentos juntos que pudemos compartilhar e que com certeza fizeram a diferença e me ajudaram a chegar à conclusão deste trabalho;

Aos meus superiores e amigos de trabalho, que se tornaram amigos da vida, obrigada por todos os conselhos, pelas palavras motivacionais e puxões de orelha. As risadas que compartilhamos foram essenciais para deixar tudo mais leve;

Aos meus amigos de verdade, irmãos de coração (cada uma sabe e sente isso), velhos e novos, com vocês também pude dividir muitos momentos de toda essa trajetória. Serei eternamente grata pelas escutas, ajudas e incentivos;

Ao meu orientador, Prof. Dr. João Paulo, por aceitar me conduzir em meio a tantos desafios, por ser inspiração a partir de todas suas atividades desenvolvidas e pela dedicação do seu tempo neste trabalho;

Aos professores e profissionais da FMRP, HC e Departamento de Medicina Social, especialmente à secretária Paula pelas orientações, auxílio e “socorros” constantes;

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Minha energia é o desafio, minha motivação é o impossível, e é por isso que eu preciso ser, à força e a esmo, inabalável.”

Augusto Branco

RESUMO

RAIZARO, A.P. **Avaliação do grau de afiliação dos usuários aos serviços de atenção primária em Ribeirão Preto.** Dissertação. (Mestrado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2022.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Primária a Saúde (APS) no Brasil. A APS é considerada como a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde março de 2020, quando o estado pandêmico foi declarado, a cidade de Ribeirão Preto reorganizou as suas ações de saúde para combater esta doença. As unidades de saúde foram aconselhadas a cancelar consultas de rotina, visitas domiciliares, e a manter uma agenda protegida para pré-natal, puerpério, cuidados infantis (até um ano de idade), doenças crônicas descompensadas, citologia, mamografia e exames alterados. A reorganização potencializou a identificação e gestão dos casos de COVID-19. Durante este período, foi realizado um inquérito epidemiológico na cidade para estimar a prevalência de infecções por SARs-CoV-2, e foi identificada a oportunidade de incluir questões relacionadas à APS. O objetivo deste estudo é comparar as modalidades de APS (equipe SF *versus* equipe AP) em relação a características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e afiliação aos serviços de saúde. Foi selecionada para o estudo uma amostra aleatória de setores censitário e domicílios. Em cada distrito sanitário, o número de participantes foi proporcional à dimensão da população. A população do estudo era constituída por indivíduos com mais de 28 dias de vida, residentes na zona urbana de Ribeirão Preto. Durante a primeira fase do estudo, foram entrevistados 714 pacientes; durante a segunda fase, foram entrevistados 643 pacientes, 71 pacientes foram perdidos e excluídos da análise. Na segunda fase, foi aplicado um questionário sociodemográfico complementar, contendo perguntas sobre a utilização e a afiliação dos usuários aos serviços de saúde, utilizando o PCATool como referência. Qui quadrado, Fisher e razão de prevalência foram as análises realizadas, utilizando o software R versão 4.1.1 (2021). Observou-se uma preponderância feminina em relação à população padrão. A maioria dos participantes tinha entre 40 e 69 anos de idade, e apenas uma pequena percentagem era analfabeta ou não instruída. Observamos uma proporção invertida em relação às projeções do IBGE, indicando que a maioria dos participantes no estudo não dependem do SUS. O número de participantes abrangidos pelas equipes AP (eAPs) é superior ao das equipes SF (eSFs). Os médicos privados ou planos de saúde eram os principais prestadores de cuidados de saúde, seguidos pelas unidades básicas e depois pelo pronto atendimento. Ao observar o serviço principal como unidade de saúde, a probabilidade de um indivíduo usar esse serviço é maior em unidades exclusivas de eSFs do que em unidades exclusivas de eAPs. As eSFs têm a maior proporção de participantes que sabem identificar a unidade mais próxima da sua residência ou que já a utilizam. Estes resultados indicam principalmente que os entrevistados pertencentes às áreas de abrangência das eSFs apresentam melhores conhecimentos sobre a localização das unidades de saúde e relatam um melhor vínculo com elas. Isto pode ter implicações diretas para os cuidados de saúde desta

população, bem como melhores indicadores, destacando a ESF como principal estratégia para a reorganização da atenção primária no Brasil.

Palavras-chave: avaliação, atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) is a priority strategy for reorganizing primary health care (APS) in Brazil. Primary care is regarded as the main entry point to the Unified Health System (SUS). Since March 2020, when the pandemic state was declared, the city of Ribeiro Preto has reorganized its health actions to fight this disease. Health units were told to cancel routine appointments, home visits, and to maintain a protected agenda for prenatal, puerperal, childcare (up to one year of age), decompensated chronic diseases, pap smear, mammography, and abnormal tests. The reorganization maximized identification and management of COVID-19 cases. During this time period, an epidemiological survey was conducted in the city to estimate the prevalence of SARS-CoV-2 infections, and the opportunity to include PHC-related questions was identified. The purpose of this study is to compare PHC modalities (ESF team versus APS team) with respect to sociodemographic characteristics, self-reported health conditions, and health service affiliation. A random sample of census tracts and residences were selected for the study. In each sanitary district, the number of participants was proportional to the population size. The study population consisted of adults with more than 28 days of life who resided in the urban area of Ribeiro Preto. During the first phase of the survey, 714 patients were interviewed; during the second phase, 643 patients were interviewed, and 71 patients were lost and excluded from the analysis. Regarding the second phase, a supplementary sociodemographic questionnaire was administered, containing questions about the utilization of health services and the users' affiliation with the services, using the PCATool as a point of reference. Chi Square, Fisher, and relative risk analyses were conducted using R version 4.1.1 software (2021). We observed a female preponderance relative to the standard population. The majority of participants were between the ages of 40 and 69, and only a small percentage were illiterate or uneducated. We observed an inverted proportion compared to IBGE projections, indicating that the majority of study participants do not rely on SUS. The number of participants covered by APS teams (eAPs) is greater than that of eSF teams (eSFs). Private physicians or health insurance plans were the primary providers of health care, followed by basic health units and then emergency health care. When observing the primary service as the basic health unit, the likelihood of an individual receiving this service is greater in exclusive eSFs than in exclusive eAPs. eSFs has the highest proportion of participants who are able to identify the unit closest to their residence or who already utilize it. These findings primarily indicate that interviewees from demographic areas covered by eSFs have a better understanding of the location of health basic units and report a stronger connection with the eSF team. This may have direct implications for the health care of this population and improved health indicators, highlighting the contribution of ESF as the primary strategy for reorganizing primary care in Brazil.

Keywords: evaluation, primary health care, family health strategy.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
1.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil	14
1.2 Histórico do financiamento na APS	20
1.3 Avaliações da Atenção Primária à Saúde	24
1.4 A COVID-19 e a APS	27
1.5 Rede de saúde de Ribeirão Preto	29
1.6 Justificativa	32
2. OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo geral	34
2.2 Objetivos específicos	34
3. MÉTODOS	35
3.1 A COVID-19 em Ribeirão Preto e o Inquérito Epidemiológico	35
3.2 População de estudo	36
3.3 Amostragem	36
3.4 Coleta de dados	37
3.5 Variáveis	38
3.6 Análise Estatística	40
3.7 Considerações Éticas	40
4. RESULTADOS	41
5. DISCUSSÃO	56
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS	62
ANEXOS	70

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Atenção Primária à Saúde no Brasil

A Declaração de Alma-Ata (1978), resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, destaca a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus atributos como referência para salvaguardar a saúde como direito humano universal. Em 1979, a Organização Mundial da Saúde (OMS), reiterou a todos os países-membros, colocar em prática estratégias para alcançar a meta acordada em Alma-Ata, “Saúde para Todos no ano 2000” (Brasil, 2015).

Em 1986, aconteceu no Brasil a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que contou com uma grande participação popular, apresentando um conceito ampliado de saúde e o princípio da saúde como direito universal e como dever do Estado. No mesmo ano, em novembro, acontecia na cidade de Ottawa, no Canadá, a Primeira Conferência Internacional de Saúde sobre Promoção à Saúde, na qual foi lançada uma carta direcionada à execução do objetivo “Saúde para Todos no Ano 2000” (BRASIL, 2002).

No ano de 1988, foi promulgada a “Constituição Cidadã”, que estabeleceu a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”. Em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da reforma sanitária, fundamentado em princípios e diretrizes, e estabelecido com base nas leis nº8080/90 e nº8142/90. Com destaque, a Lei nº8080/90 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” (BRASIL, 1990).

A partir da criação do SUS, o empenho para construção de um novo modelo assistencial de saúde, começava a ser identificado com a implantação do Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) iniciado pela região nordeste do país em 1991 (MELO et.al, 2018). O PACS era formado de/e para pessoas da própria comunidade, que buscavam identificar as necessidades e as alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades (BRASIL, 2001).

Posteriormente, aconteceu em 1994 a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), formado por equipes multiprofissionais, nas quais

cada equipe deveria ser composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), e dessa forma passando a ser visto como a estratégia para a mudança do modelo assistencial. Esse programa tinha como objetivo superar o modelo de intervenção vertical, em paralelo às atividades dos serviços de saúde, e buscar a integração entre profissionais de saúde e população, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e possibilitando a realização de intervenções de acordo com as necessidades identificadas nos indivíduos e comunidades (BRASIL, 1997).

Dezesseis anos após a criação do SUS, foi publicada a portaria do Ministério da Saúde nº 648/2006 que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Considerada a primeira edição desse documento, a Atenção Básica (AB) em saúde foi assim definida:

[...] atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No ano de 2006, a PNAB proferiu a transformação do PSF em Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo apontada a partir de então, como a principal forma de reorganização da atenção básica no Brasil (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Na PNAB 2006, a composição das equipes de Saúde da Família (eSFs) dava-se por no mínimo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS, sendo no máximo 12 ACS por equipe. A jornada de trabalho era de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e a equipe deveria ser responsável por no máximo 4000 indivíduos. Esta PNAB, não previa a composição mínima de profissionais para as então equipes de Atenção Básica (EqAB) (BRASIL, 2006).

Buscando aumentar a resolutividade da Atenção Básica e fortalecer as ações de saúde da ESF, em 2008 foi criado o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Formado por uma equipe multiprofissional, a ser definida pelos gestores municipais, de acordo com as necessidades locais, essa equipe deveria desenvolver atividades em conjunto com a ESF, objetivando a integralidade do cuidado. A atuação em conjunto tinha como proposta o apoio matricial às equipes, a partir de atividades de natureza técnico-pedagógica e clínico-assistencial (BROCARD, 2018).

Posteriormente, a PNAB foi revista e publicada novamente nos anos de 2011 e 2017. Em 2011, a PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A eSF deveria ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (máximo de 12 ACS). Era possível acrescentar, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011c).

A equipe também deveria ser responsável por no máximo 4000 indivíduos, sendo a média recomendada 3000 indivíduos, a depender do grau de vulnerabilidade da população. A jornada de trabalho manteve-se de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, exceto profissionais médicos. Esses poderiam ter carga horária de 20 ou 30 horas, entretanto, o repasse do incentivo federal acontecia de acordo com a equivalência de carga horária desses profissionais. Nesta revisão de 2011, a PNAB permaneceu ainda sem a orientação da composição mínima de profissionais para EqAB (BRASIL, 2011c).

Em 2017, a revisão da PNAB trouxe algumas mudanças em relação a composição das equipes. A eSF deveria ter ainda no mínimo médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Quanto aos ACS, o número por equipe deveria ser definido observando critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, sendo permitido o número mínimo de um

ACS, não havendo mais número máximo por equipe. Continuava possível fazer parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ ou técnico em saúde bucal. Também foi permitida a inclusão do agente de combate às endemias (ACE) na equipe. Nesta revisão, passou novamente há obrigatoriedade de carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde das eSFs (BRASIL, 2017).

No que tange às EqAB, na PNAB 2017, essas passaram a ter orientações quanto a composição mínima, devendo ser formada por profissionais médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade; enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliares ou técnicos de enfermagem. Também poderiam ser acrescidas de outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, ACS e ACE, sem a obrigatoriedade de ACS na sua composição. A carga horária mínima por categoria profissional deveria ser de 10 horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais, organizados de forma que garantissem o acesso à população, o vínculo entre as pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASL, 2017).

As equipes de Atenção Básica (EqAB) tem como um de seus objetivos, modificar as situações de saúde da população a partir da identificação de seus determinantes e condicionantes. Para isso, em seus processos de trabalho devem englobar um conjunto de ações coordenadas e orientadas, de caráter individual e coletivo, em todas as etapas dos cuidados em saúde, desde a promoção até a reabilitação. Dentro do conjunto de ações, pode-se desenvolver atividades como consultas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, grupos de educação em saúde, educação permanente, reuniões intersetoriais e outras que se fizerem necessárias. Considerando as EqAB, equipes multiprofissionais é preciso que o trabalho seja realizado de forma integrada, havendo comunicação entre todos e levando-se em conta os conhecimentos e as especificidades de cada profissional. Dessa forma é possível firmar uma atuação em saúde integral e responder às demandas da população (LACERDA, 2016).

No Brasil, há uma grande discussão sobre os termos Atenção Primária a Saúde (APS), utilizado internacionalmente, e Atenção Básica (AB), oficializado e empregado pelo Ministério da Saúde a partir de 2006 (BRASIL, 2006). O termo APS, de uso internacional, foi apresentado a partir de uma abordagem identificada como “seletiva”, com pacote de serviços mínimos e de baixo custo, direcionados à população pobre, intitulado a partir dessas características de “medicina pobre para pobres” (ABRASCO, 2018).

Durante o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, buscou-se a utilização do termo AB, a partir dos ideais de que o básico significa o essencial, o fundamental e com o objetivo de construção de um sistema público universal, procurando distanciar-se da visão de APS, que apresentava os serviços essenciais de saúde e não considerava os determinantes sociais da saúde. (GIOVANELLA, 2018). Entretanto, o Brasil apresenta grandes diferenças sociais, culturais e econômicas, refletindo nos sistemas de saúde e fazendo com que a AB seja priorizada para as populações mais necessitadas, por estar inclusive mais próxima da população. Essa priorização é importante, perfazendo o princípio da equidade, contudo na maioria das vezes ela não ocorre nos demais níveis tecnológicos da saúde, e por isso a AB é chamada de “medicina para pobres” (MERHY, 2002).

Não há, portanto, um consenso sobre a utilização dos termos APS e AB, o que segundo Giovanella (2018), muitas vezes pode depender de questões e ideais políticos, levando a preocupantes inferências do direito à saúde.

A PNAB 2017, passou a julgar os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS) como similares, principalmente em relação aos seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2017). APS é considerada a porta de entrada do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

No ano de 2018, em comemoração aos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, foi realizado em Astana, no Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, que teve como objetivo reiterar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (*universal health coverage* – UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). No entanto, num contexto internacional atual economicamente e politicamente diferente de Alma-Ata, e com grande influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, as primeiras elaborações da Carta de Astana receberam

diversas críticas, pois trazia a cobertura universal, a partir da priorização da cobertura financeira, associada a seguros privados, com uma cesta limitada de serviços de saúde, diferenciada de acordo com a renda da população, retrocedendo dessa forma para uma já conhecida APS seletiva (Giovanella *et al*, 2019).

Após várias contribuições recebidas por meio da consulta pública, a qual a Carta de Astana foi submetida e dos processos de negociações, dos quais o Brasil fez parte, foi retomada a importância da saúde como um direito humano fundamental e de responsabilidade dos governos públicos, indissociável da justiça social, da equidade, dos determinantes sociais, econômicos e ambientais e da participação social (Giovanella e Rizotto, 2018). Contudo, a Declaração de Astana ainda apresenta algumas lacunas e dúvidas, referentes a justiça social e a questões econômicas, voltadas principalmente para a APS, que precisam ser muito trabalhadas para a solidificação do direito a saúde de forma universal e integral, assim como a Declaração de Alma Ata descrevia.

A partir da criação do SUS, com o passar dos anos, houve a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde. Com esse objetivo, no ano de 2004, iniciou-se o processo de construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir de experiências internacionais, adequando-se ao Brasil e sua diversidade, tendo entre seus objetivos prestar uma atenção à saúde integral, de qualidade, resolutiva, regionalizada, integrando os vários pontos de atenção, para que de fato atenda às reais necessidades em saúde da população. Após a difusão da ideia sobre RAS, foram realizadas reuniões, discussões e oficinas, estruturadas pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e desenvolvidas em parcerias com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde e algumas de suas coordenações. O resultado foi a criação e publicação da Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que consolidou as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. A RAS foi vinculada a regiões de saúde pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), que dispõe sobre a organização do SUS.

Segundo Mendes (2011),

[...] as RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que

permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita e gerando valor para essa população.

A população a qual Mendes (2011) se refere deve ser cadastrada e vinculada a uma unidade de APS, de acordo com a área adscrita. Dessa forma, as reais necessidades de saúde da população podem ser conhecidas e a partir disso ser realizada a oferta dos serviços.

1.2 Histórico do financiamento na APS

A criação e a implementação do SUS trouxeram mudanças no modelo de financiamento do sistema de saúde, que influenciaram nas transformações da atenção à saúde no país. As Normas Operacionais Básicas (NOB), publicadas pelo Ministério da Saúde, direcionavam a transferência dos recursos financeiros federais para estados e municípios, que aos poucos foram apropriando-se da coordenação da gestão dos sistemas de saúde na esfera regional e local. Entre elas, a NOB-96 destinava recursos específicos para o financiamento da Atenção Primária, estimulando a implantação dos PACS e PSF. Dois anos depois, em 1998, foi dado um grande passo a fim de fomentar a expansão da APS no Brasil, com a criação e a implementação do Piso da Atenção Básica (PAB) (MASSUDA, 2020).

O PAB era composto por dois componentes, denominados fixo e variável. O PAB fixo era calculado a partir do número de habitantes dos municípios, estimado a partir dos dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e o PAB variável era concatenado ao incentivo de políticas, programas e ações consideradas prioritárias. A partir de então, com a criação do PAB, a lógica de pagamento por procedimento foi modificada. Com a descentralização do sistema, os recursos passaram a ser transferidos de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, permitindo aos municípios mais carentes receberem financiamento para os serviços de saúde (BARBOSA *et al*, 2016).

No ano de 2000, uma nova forma de financiamento para a saúde se deu a partir da Emenda Constitucional nº29, que instituiu a vinculação e

estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios seriam obrigados a dispor em ações e serviços públicos de saúde (CAMPELLI; CALVO, 2007).

Com a publicação da PNAB 2006, que definia a Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário para a reorganização da Atenção Básica, o governo federal passou a adicionar recurso ao PAB variável por cada eSF implantada, procurando estimular os municípios a implementarem a ESF.

Outro ponto importante foi a publicação da Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, a qual regulamentava o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Os blocos de financiamento eram formados por seguimentos, de acordo com as especificidades de suas ações e serviços de saúde pactuados, estabelecidos em: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Em 2011, a partir da revisão da PNAB dois passos importantes aconteceram, um em relação ao PAB fixo, no qual foram estipulados valores diferentes para o cálculo do valor per capita, levando-se em conta os critérios de vulnerabilidades sociais dos municípios, e outro em relação ao PAB variável, com a instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), ligado a avaliação de desempenho das eSFs, considerado um dos maiores programas de remuneração por desempenho do mundo na APS (BRASIL, 2011b).

Como parte ainda do financiamento vinculado ao PAB variável, levava-se em conta a parametrização das eSFs. A jornada de trabalho manteve-se de 40 horas semanais para todos os seus integrantes, exceto profissionais médicos. Esses poderiam ter carga horária de 20 ou 30 horas, entretanto, o repasse do incentivo federal acontecia de acordo com a equivalência de carga horária desses profissionais. Para repasse integral de incentivo federal, tal equivalência se dava da seguinte maneira: dois médicos integrados a uma única equipe, cumprindo individualmente carga horária semanal de 30 horas, era equivalente a um médico com jornada de 40 horas semanais de uma equipe; três médicos cumprindo individualmente carga horária semanal de 30

horas, era equivalente a dois médicos com jornada de 40 horas de duas equipes; quatro médicos com carga horária semanal de 30 horas, era equivalente a três médicos com jornada de 40 horas semanais de três equipes. Para repasse de 85% de incentivo eram necessários dois médicos integrados a uma equipe, cumprindo individualmente jornada de 20 horas semanais, e para repasse de 60% de incentivo era necessário um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais (BRASIL, 2011c).

Dificultando ainda mais a questão do financiamento, no ano de 2016 foi publicada a Emenda Constitucional nº95, que estabeleceu o teto de gasto público, interrompendo o crescimento de gastos acima da inflação por 20 anos. Essas regras ignoram, portanto, as taxas de crescimento econômico e de crescimento demográfico, acometendo principalmente as áreas da saúde e educação. Para o SUS, a EC 95 ocasionará em graves perdas de recursos para o SUS, levando ao aprofundamento de seu subfinanciamento (MARIANO, 2017).

Em meio às restrições orçamentárias, em 28 de dezembro 2017, foi publicada a Portaria nº 3.992 do Ministério da Saúde, que alterou as normas de financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Essa portaria, teve como objetivo, fortalecer os instrumentos de planejamento e de orçamento, a partir da flexibilização dos fluxos financeiro, possibilitando aos gestores municipais maior autonomia na aplicação dos recursos. Entretanto, essas mudanças exigem dos gestores uma maior atenção na prestação de contas desses recursos. Estabelece que o repasse de recursos financeiros, transferidos na modalidade Fundo a Fundo, passe a ser organizado em dois blocos de financiamento: Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde (CNM, 2018).

Mesmo com todos os avanços nas formas de financiamento da APS, o Brasil tem encarado diversos desafios, tanto pela alocação de recursos nos mais diferentes municípios e suas populações, quanto pelas reduções orçamentárias, limitando a expansão e as ações da APS, como acesso de primeiro contato, coordenação de cuidados, integralidade e longitudinalidade. (FACHINI, 2018).

Com o objetivo de melhorar o acesso dos indivíduos aos serviços da APS, a longitudinalidade, a integralidade do cuidado, bem como a coordenação da atenção à saúde, considerados por Starfield (2002) como atributos essenciais da APS, o Ministério da Saúde criou uma nova política de financiamento chamada “Previne Brasil” (HARZHEIM, 2020). Publicada em 12 de novembro de 2019, a Portaria nº 2.979 passou a reconhecer somente dois tipos de equipes na atenção primária para vinculação de recursos: equipe de Atenção Primária (eAP) e equipe de Saúde da Família (eSF), direcionando as outras formatações de equipes como ações estratégicas (BRASIL, 2019).

Essa portaria considera quatro componentes para o financiamento: captação ponderada, pagamento por desempenho, incentivo com base no critério populacional e incentivo em ações estratégicas.

Na captação ponderada, o cálculo é baseado no quantitativo da população cadastrada por eSF e eAP, com atribuição de peso por pessoa, considerando os critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e classificação geográfica, devendo as equipes estarem credenciadas pelo Ministério da Saúde e cadastradas no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) pela gestão municipal ou Distrito Federal.

Para o pagamento por desempenho, o cálculo do incentivo financeiro será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas equipes credenciadas e cadastradas no SCNES. Com início de vigência no ano de 2020 e prorrogado até 2022, justificado pela pandemia da COVID-19, consideram os seguintes indicadores: proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª (primeira) até a 12ª (décima segunda) semana de gestação; proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; proporção de mulheres com coleta de citopatológico na APS; proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por *haemophilus influenzae* tipo b e Poliomielite inativada; proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre e proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre.

O componente incentivo financeiro com base em critério populacional refere-se a um valor do incentivo per capita definido pelo MS, baseado na estimativa populacional dos municípios e Distrito Federal mais recente divulgada pelo IBGE.

Em relação ao incentivo para ações estratégicas, será realizado o custeio das seguintes ações, programas e estratégias: Programa Saúde na Hora, Equipe de Saúde Bucal (eSB), Unidade Odontológica Móvel (UOM), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), Equipe de Consultório na Rua (eCR), Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Microscopista, Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP), Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade, Programa Saúde na Escola (PSE), Programa Academia da Saúde, Programas de apoio à informatização da APS, Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

Segundo a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS, 2022), tais componentes foram definidos visando ampliar o acesso das pessoas aos serviços da APS e proporcionar o vínculo entre população e equipe, a partir da criação de ferramentas que conduzam e estimulem o comprometimento dos profissionais, das equipes e dos gestores pelas pessoas acompanhadas.

1.3 Avaliações da Atenção Primária à Saúde

De acordo com Starfield (2002), a APS é o nível do sistema de saúde que permite entrada para todas as necessidades e problemas do indivíduo, possibilitando cuidar ao longo do tempo de todas as condições de saúde, exceto as muito raras. Esse nível do sistema também coordena e organiza os fluxos a outros pontos de atenção que sejam fundamentais para suprir as necessidades de saúde apresentadas pelos indivíduos.

A partir disso, Starfield (2002) apresentou quatro atributos denominados “essenciais” para as ações e serviços da APS, sendo eles: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade e

coordenação de atenção. Além dos atributos essenciais, Shi, Starfield e Xu (2001) propuseram outros três elementos, denominados “derivados”: orientação familiar (atenção à saúde pessoal e familiar); orientação comunitária e competência cultural, descrevendo ainda que para conceituar a APS, é importante reconhecer se os serviços são direcionados por seus atributos.

Fracolli *et al* (2014) refere que há vários instrumentos conhecidos para avaliação da APS, entre eles, os cinco mais utilizados internacionalmente são: WHO Primary Care Evaluation Tool (PCET); ADHD Questionnaire for Primary Care Providers (AQ-PCP) e General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para Atenção Primária em Saúde); e PCATools (Primary Care Assessment Tool).

O instrumento PCATool, que foi elaborado e difundido por Starfield *et al* (1998), busca avaliar os serviços de saúde a partir da presença dos atributos essenciais e derivados. Ele foi fundamentado no modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde apresentado por Donabidian (1980), o qual apoiava este modelo na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultado. Como estrutura, consideram-se os recursos humanos e qualificação, materiais, equipamentos, físicos, financeiros; o processo, envolve atividades de atenção à saúde, diagnóstico e tratamento, considerando também questões éticas da relação de toda a equipe de saúde com os pacientes e resultado, repercute no estado de saúde da população, também a partir de uma maior conhecimento dos pacientes, mudança de comportamento em relação ao autocuidado, e também na satisfação da atenção recebida por parte dos paciente (DONABIDIAN, 1980).

Starfield (2002) reforça que, para a avaliação da Atenção Primária à Saúde, é essencial conhecer se os serviços são guiados por seus atributos, pois eles possibilitam o alcance de melhores indicadores de saúde, menores custos, maior contentamento do usuário, obtendo também maior equidade. Tudo isso, repercute positivamente nas condições de saúde dos indivíduos e comunidades.

O PCATool permite também analisar os atributos nos dois modelos de equipes de atenção primária, a eSF e a eAP, contribuindo cientificamente para a busca de evidências e possibilitando o conhecimento real sobre a efetividade de cada modelo, uma vez que não há obrigatoriedade em identificar e distinguir

os modelos de atenção. Dessa maneira, essas avaliações podem influenciar na construção e definição de políticas públicas, principalmente na área da saúde. (BRASIL, 2010).

Este instrumento foi adaptado a realidade local do Brasil, validado e desde meados de 2013 é utilizado para a avaliação dos serviços de APS. Sua última revisão aconteceu no ano de 2020. Apresenta versões aplicáveis a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e gerentes/coordenadores dos serviços de saúde, com versões extensas e reduzidas, utilizadas conforme objetivo de cada pesquisa. Para a composição dos instrumentos, tem-se os seguintes atributos: afiliação, utilização, acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, coordenação do sistema de informação, integralidade dos serviços disponíveis, integralidade dos serviços prestados, orientação familiar e orientação comunitária. Cada atributo é composto de vários itens, formados por componentes relacionados à estrutura e ao processo de atenção (BRASIL, 2020).

A versão extensa para crianças é composta por 55 itens distribuídos em 10 componentes, já a versão reduzida é composta por 30 itens distribuídos em 10 componentes. A versão extensa para adultos é formada por 87 itens distribuídos em 10 componentes e a versão reduzida é formada por 25 itens distribuídos em 10 componentes. Quanto ao instrumento aplicável aos profissionais médicos e enfermeiros, o mesmo é formado apenas pela versão extensa composta por 111 itens distribuídos em 8 componentes. Há também o instrumento com foco em saúde bucal para adultos na versão extensa, com 86 itens distribuídos em 10 componentes e para profissionais dentistas na versão extensa, com 81 itens distribuídos em 9 componentes. Todas as versões e seus respectivos componentes estão relacionados aos atributos da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020).

A afiliação, um dos atributos avaliados no PCATool, é um termo que tem sido utilizado na literatura para descrever o grau de proximidade e familiaridade do usuário com o serviço de saúde, podendo ser utilizada como medida aproximada de vinculação.

Embora haja uma predominância do uso do instrumento PCATool, o Brasil também contava como instrumento de avaliação com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ),

que foi implementado em 2011 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Seu objetivo era incentivar a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, demonstrando a clareza e a efetividade das ações governamentais. O PMAQ trazia uma proposta de avaliação de desempenho e a partir desta, um repasse de incentivo financeiro variável de acordo com a avaliação obtida. Era formado por um grande número de questões, algumas de aplicabilidade complexa, sem validação de mensuração e baixa comparabilidade internacional. Contudo, uma grande competência do PMAQ, foi promover a cultura da autoavaliação das equipes de atenção primária, que passaram a identificar suas falhas e buscar a melhora dos processos de trabalho (BRASIL, 2020). O PMAQ foi encerrado em 2019, a partir da criação e implantação do Previne Brasil.

No ano de 2020, a partir do novo modelo de financiamento, no qual parte deste é composto pelo pagamento por desempenho baseado atualmente em sete indicadores, para a realizar a avaliação da APS, o Ministério da Saúde optou pela utilização PCATool-Brasil. A ausência de outros instrumentos validados, que permitam a realização de pesquisas com maior exatidão e qualidade, e que objetivem avaliar diferentes serviços de saúde nacionais, a partir da mensuração da presença bem como do alcance dos atributos essenciais e derivados da APS, reforça a grande relevância do PCATool (BRASIL, 2020).

Este instrumento pode ser utilizado tanto num contexto voltado para a prática dos serviços de saúde e da gestão da APS, quanto para construção do conhecimento acadêmico, seguindo sempre as regras éticas para sua utilização.

1.4 A COVID-19 e a APS

Em dezembro de 2019, foi identificado na China um vírus denominado SARS-CoV-2 (sigla do inglês que significa Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave), responsável por causar a COVID-19. A OMS declarou, em 11 de março de 2020, estado de pandemia da doença COVID-19, alertando para uma doença séria, grave, com potenciais efeitos deletérios para a sociedade e para a economia.

Analisando o caminho e a seriedade da pandemia, buscando conter a infecção, bem como as consequências sociais e de mortalidade, vários países adotaram intervenções de grande intensidade como o *lockdown*. Outra medida tomada foi a busca e organização incansável por leitos de UTI para os pacientes graves. No entanto, estudos indicavam que cerca de 80% dos casos de Covid-19 seriam leves e moderados, o que no Brasil com suas diversas unidade de APS, seria possível realizar o diagnóstico, o tratamento e acompanhamento desses casos de maneira adequada (Sarti *et al*, 2020).

Mendonça *et al* (2018), destaca que o Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde universal, apoiado numa grande rede de APS, mesmo com todas as dificuldades falta de profissionais, de gestão e de financiamento que atingem a estruturação dos serviços. Dessa forma, a APS deve ser considerada o alicerce para o enfrentamento das situações emergências.

É importante lembrar que a APS, como o centro da rede se serviços de saúde está muito próxima a população de forma geral, o que possibilita a sua procura como primeiro acesso na busca de cuidados (Sarti *et al*, 2020). No entanto, para sustentar atendimentos de forma responsável, segura, eficaz e de qualidade na APS, é preciso planejar as ações e os cuidados. Esse planejamento deve ocorrer baseado em dados, permitindo a reorganização dos serviços e dos processos de trabalho, bem como a realocação de recursos conforme características e necessidade apresentada pela pandemia (BOUSQUAT *et al*, 2017).

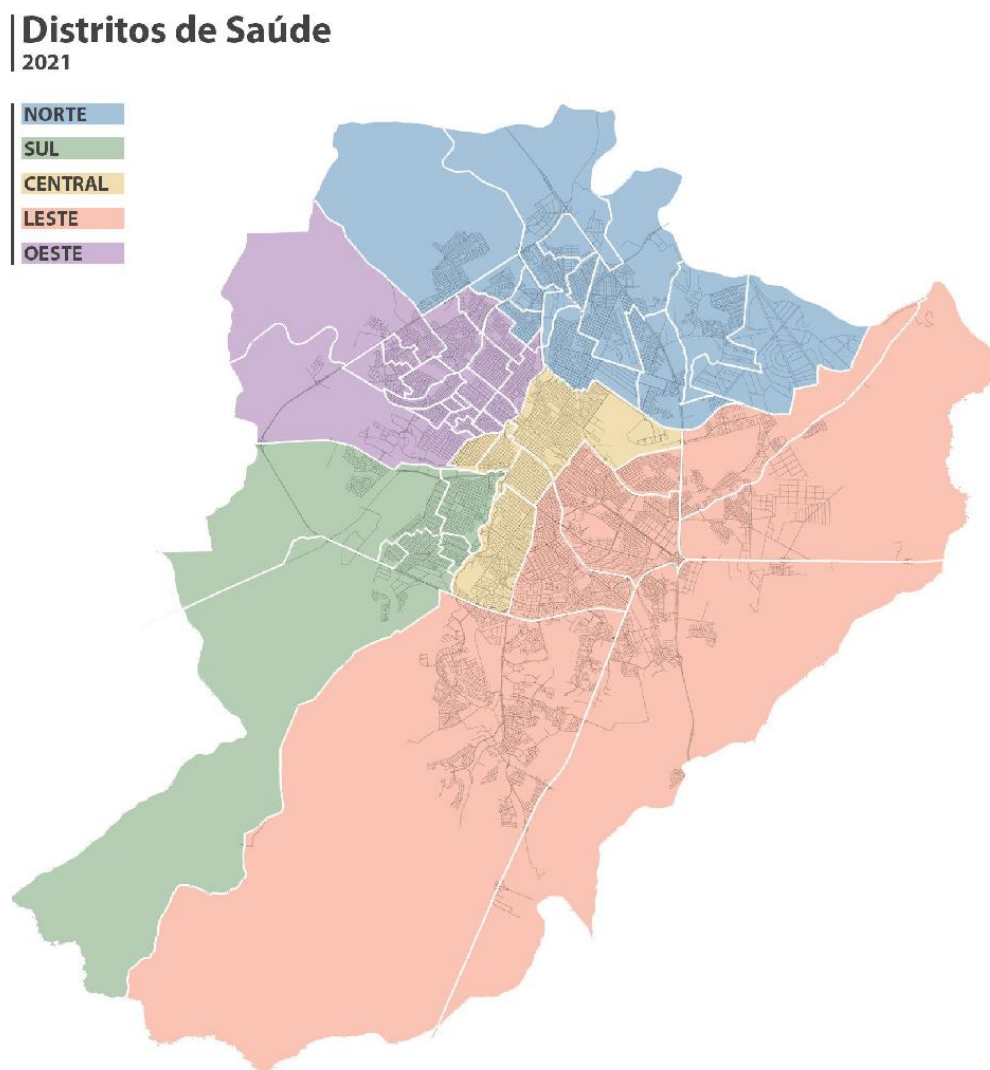
Sarti *et al* (2020), traz outros pontos a serem evidenciados no papel relevante da APS durante a pandemia como, o conhecimento do território, o vínculo com as famílias e usuários, o acesso, a possibilidade de monitoramento dos indivíduos doentes e seus contactantes e o monitoramento nas famílias mais vulneráveis. Pontos esses fundamentais relacionados à contenção da doença e ao não agravamento das pessoas com a COVID-19. Além disso, o acompanhamento integral dessas famílias permite o olhar e o cuidado também para diversas questões oriundas da pandemia, como exemplo transtornos mentais, agudização de casos crônicos, violência, uso de álcool e outras drogas, dificuldades financeiras, entre outras que necessitam de cuidados longitudinais.

Neste cenário, destaca-se a partir da composição da equipe multiprofissional e fazendo parte desta o ACS, a ESF, com desempenho diferenciado na proteção, na atenção e nos cuidados à saúde, principalmente pela expansão do acesso e pelo vínculo dos usuários com a equipe.

1.5 Rede de saúde de Ribeirão Preto

O município de Ribeirão Preto é o polo de referência da região de saúde da Direção Regional de Saúde XIII (DRS XIII) que é composta por 26 municípios. No ano de 2020, segundo dados do IBGE, apresentava uma estimativa populacional de 711.825 habitantes, distribuídos entre 5 Distritos de Saúde, sendo eles: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central (Figura 1).

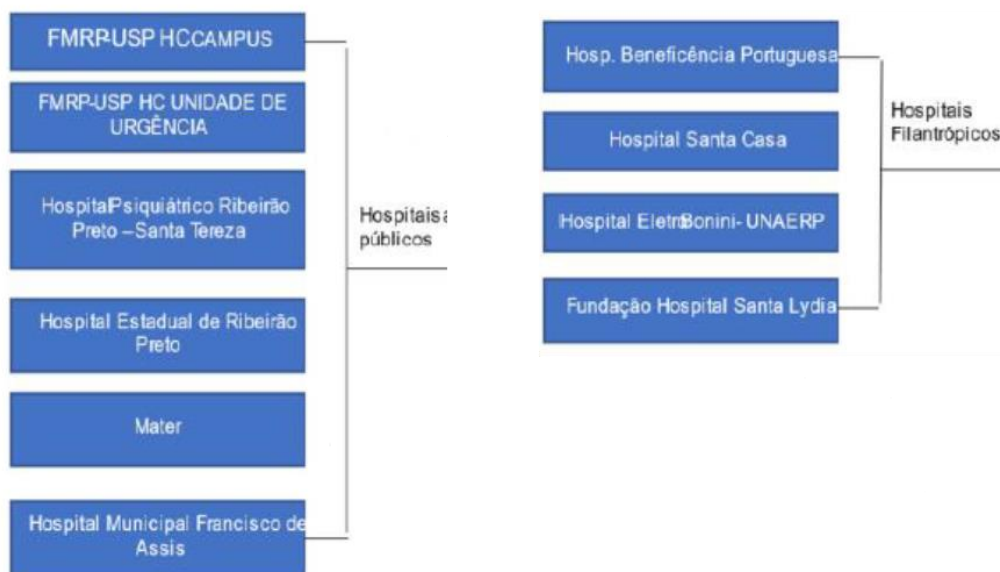
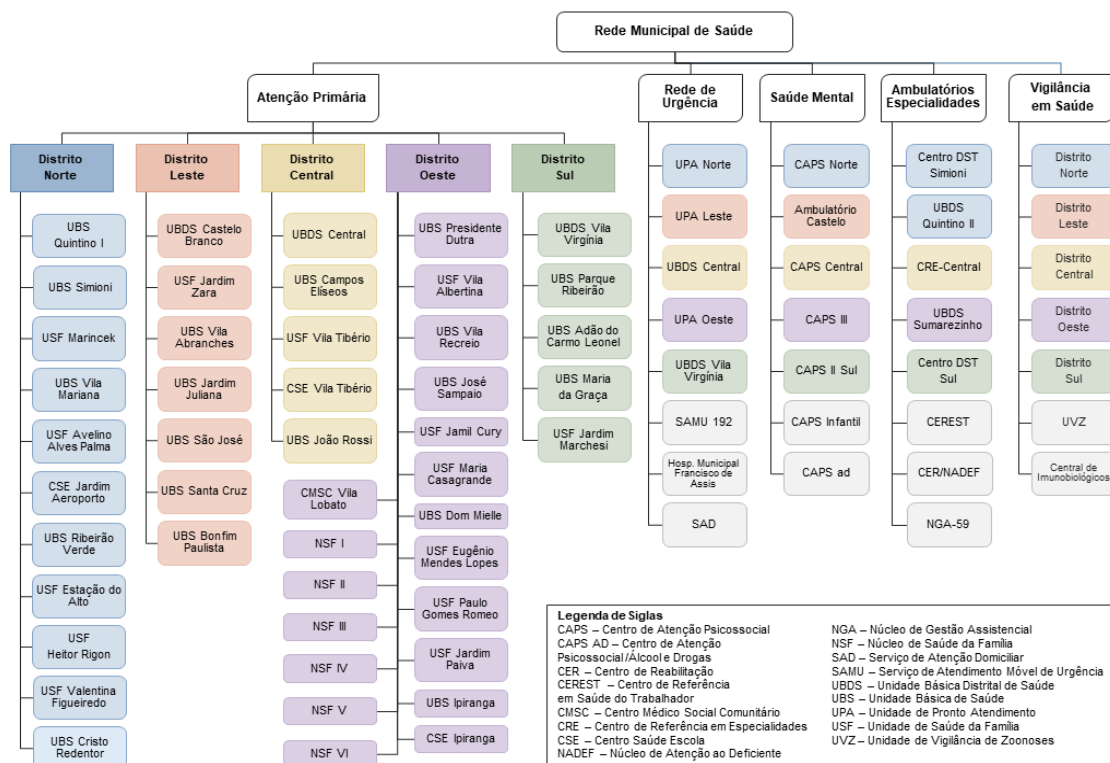
Figura 1. Mapa da distribuição dos Distritos de Saúde no município de Ribeirão Preto



Fonte: Departamento Planejamento em Saúde, SMS-RP, 2021.

Cada distrito contava com uma unidade de saúde com serviço de pronto atendimento funcionando 24 horas, além de 47 unidades básicas de saúde, sendo 26 compostas por equipes de atenção primária e 21 compostas por equipes de saúde da família. Ainda como parte dos serviços da rede municipal de saúde, tem-se os serviços do SAMU, SAD, 8 unidades de ambulatórios de especialidades, 7 unidades de serviços de saúde mental, 5 unidades de vigilância em saúde, um centro de controle de zoonoses e uma central de imunobiológicos. Quanto a rede de serviços hospitalares, o município conta com 6 hospitais públicos e 4 hospitais filantrópicos (Ribeirão Preto, 2021a) (Figura 2).

Figura 2. Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto¹



Fonte: Departamento de Planejamento em Saúde, SMS-RP, 2021.

¹ Em 2021, houve a mudança de alguns serviços de saúde do município. A unidade de pronto atendimento Central deixou de atender urgências e emergências, para que o prédio fosse readaptado com objetivo de receber um Centro de Atenção Psicossocial IV (CAPS IV). A população atendida por essa unidade, foi direcionada para as outras 4 unidades de pronto atendimento do município. Além disso, para que a unidade de pronto atendimento do Distrito Sul pudesse ser reformada e atender somente aos casos de urgência e emergência, os atendimentos dos pacientes da atenção básica realizados no mesmo prédio foram direcionados para o prédio da UBDS Central. As atividades do CAPS IV, iniciaram em novembro de 2022.

Segundo dados do e-Gestor (2022), a cobertura da APS no município de Ribeirão Preto, em 2020 era de 63,90%. A cobertura da ESF era de 23,55%, compostas por 48 eSFs, sendo 2 no distrito central, 3 no distrito sul, 15 no distrito norte, 24 no distrito oeste e 4 no distrito leste, e em relação as eAPs haviam 51 equipes. Atualmente o município conta com 51 equipes de eSFs, sendo agora 5 no distrito central. Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde. Em relação as eAPs tem-se 88 equipes, formadas por médico clínico geral e enfermeiro. A cobertura em novembro de 2022, ainda segundo dados do e-Gestor é de 71,46%.

1.6 Justificativa

Estudos realizados no Brasil revelam que houve uma ampliação na cobertura da APS, principalmente nas equipes de saúde da família, bem como do acesso da população a esses serviços, melhoria no quantitativo de profissionais de saúde e estrutura das unidades. Essa ampliação na cobertura possibilita uma melhor distribuição das unidades de saúde no território, permitindo que as unidades de saúde estejam mais próximas das populações, comunidades e suas necessidades, reforçando a APS como a principal porta de entrada para os serviços de saúde.

Dessa forma, ressalta-se a importância desses serviços de saúde também no enfrentamento da pandemia da COVID-19, tendo como principais ações a detecção, notificação, acompanhamento dos casos e contatos em isolamento domiciliar, o cuidado dos casos leves e moderados, o rastreamento de casos novos, a identificação dos grupos de risco, a educação em saúde, as ações intersetoriais para o apoio às populações vulneráveis e demais cuidados em saúde.

No Plano de Contingência da COVID-19, criado no município de Ribeirão Preto como parte das ações para o enfrentamento da doença, inicialmente as unidades de saúde foram orientadas por meio de notas técnicas a cancelar os atendimentos de rotina, consultas de retorno, cuidado continuado de condições crônicas, se os pacientes estivessem estáveis, assim como

cancelamento de visitas domiciliares, exames de rotina. As unidades também foram orientadas a manter agenda protegida para pré-natal, puerpério, puericultura até 1 ano de idade, doenças crônicas descompensadas, citologias, mamografias e outros exames alterados (RIBEIRÃO PRETO, 2022). Procurou-se, dessa forma, facilitar o acesso a população ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos casos de COVID-19.

Outra medida relevante tomada pelo município foi a instalação de um serviço telefônico de informações e de telemedicina com o objetivo inicial de esclarecer e tranquilizar a população, bem como identificar sinais e sintomas da doença, sinais de gravidade e orientar o fluxo de atendimento. Posteriormente iniciou o serviço de comunicação dos resultados dos exames de RT-PCR realizados na rede municipal de saúde e monitoramento dos pacientes sintomáticos. Também foram divulgadas nas redes de comunicação como televisão, rádio e redes sociais os locais de atendimento de acordo com os sinais e sintomas.

Todas as orientações realizadas foram seguidas conforme o Protocolo Municipal de Enfrentamento à COVID-19, o qual direcionava os usuários com sinais e sintomas leves e moderados às unidades de saúde de atenção primária do município (RIBEIRÃO PRETO, 2022). Como as unidades de saúde são consideradas a porta de entrada do sistema de saúde, esperava-se então uma maior procura da população por estes serviços.

Ainda dentro da APS, a partir da reorganização dos processos de trabalho, cada unidade de saúde passou a monitorar os pacientes doentes e também os mais vulneráveis ao contágio da COVID-19, de seus respectivos territórios, fortalecendo vínculos já formados e possibilitando a criação de novos.

A partir disso, conhecendo a distribuição das unidades de saúde no município de Ribeirão Preto e seus tipos de equipes (eAPs e eSFs) identificou-se a oportunidade de incorporar questões relacionadas à APS ao inquérito epidemiológico, principalmente voltadas a afiliação e o acesso dos usuários, buscando informações de todo o município, uma vez que o inquérito seria realizado em todo o território e não foi encontrado estudo semelhante nas bases de dados analisadas (SciELO, BVS, LILACS e PubMed).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este estudo tem como principal objetivo comparar as modalidades de atenção primária (equipe de Saúde da Família *versus* equipe de Atenção Primária) considerando características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e afiliação dos usuários ao serviço de saúde.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever as características sociodemográficas da população de estudo;
2. Comparar características sociodemográficas da população de estudo com as características da população de Ribeirão Preto, segundo as projeções do IBGE e SEADE;
3. Estimar a prevalência de condições de saúde selecionadas, segundo informação autorreferida;
4. Analisar a relação entre condições de saúde e modelos de APS;
5. Analisar o padrão de uso de serviços de saúde, segundo modelo de APS;
6. Analisar a afiliação dos usuários ao serviço de saúde, segundo modelo de APS.

3. MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional analítico de corte transversal realizado no município de Ribeirão Preto, que apresentava uma população estimada, segundo as projeções demográficas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2020, de 711.825 pessoas.

3.1 A COVID-19 em Ribeirão Preto e o Inquérito Epidemiológico

Logo após a declaração do estado de pandemia da doença COVID-19 pela OMS, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP) criou o Plano de Contingência Municipal. Este plano teve como principal objetivo organizar as ações do município no enfrentamento a essa doença de acordo com os cenários epidemiológicos, tendo como base os Planos de Contingência Nacional e do Estado de São Paulo (RIBEIRÃO PRETO, 2021b).

O município de Ribeirão Preto, assim como vários outros municípios, sofreu os reflexos da pandemia com elevado número de casos suspeitos e confirmados, ocasionando entre outros problemas impacto direto em toda a rede de saúde, seja pública ou privada.

Durante o estado de pandemia, foi realizado um inquérito epidemiológico no município de Ribeirão Preto, que teve como objetivo geral estimar a prevalência de infecções por SARS-CoV-2 em dois momentos distintos, com aproximadamente seis semanas de intervalo (MARTINEZ *et al*, 2021). No primeiro momento foram coletados dados sociodemográficos, sobre as condições de saúde dos pacientes incluídos no estudo, bem como sobre aspectos clínicos relacionados a sintomatologia da COVID-19. Também foram coletados *swabs* nasofaríngeos, realizado o RT-PCR e testes sorológicos, que demonstraram uma positividade respectivamente de 0,14% e 1,27% para o vírus. No segundo momento, foram coletados dados sociodemográficos complementares e realizado apenas o teste sorológico, que apresentou uma positividade de 2,79%.

3.2 População de estudo

Pessoas residentes da zona urbana de Ribeirão Preto, com mais de 28 dias de vida de ambos os gêneros, constituíram a população de estudo. Neonatos e pessoas que moram em áreas rurais foram excluídos da população de estudo. Segundo dados da SMS-RP, a população excluída corresponde a aproximadamente 0,30% da população total da cidade (RIBEIRÃO PRETO, 2021a).

3.3 Amostragem

O município de Ribeirão Preto é dividido em cinco distritos sanitários (norte, sul, leste, oeste e central) e composto por vários setores censitários com as mais diferentes vulnerabilidades sociais.

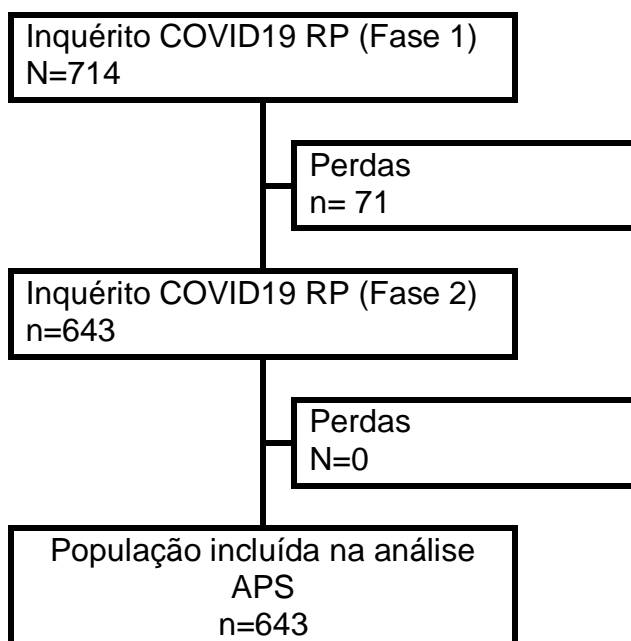
Para a realização do estudo, os setores censitários bem como os domicílios de cada distrito sanitário, foram escolhidos ocasionalmente. A escolha dos setores censitários foi baseada no Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, indicador sintético apresentado pela Fundação SEADE para representar a vulnerabilidade dos moradores com base na renda, escolaridade e ciclo de vida familiar. De cada domicílio selecionado, apenas um morador foi sorteado para representa-lo.

A escolha do domicílio incluído no estudo foi realizada por meio de *tablet* e *software* de seleção aleatória, em tempo real durante o trabalho de campo realizado. Para facilitar o trabalho da equipe foi adotada uma amostra por conglomerado e selecionada uma lista com 90 endereços principais. Cada endereço representava um agrupamento de oito famílias, sendo o endereço principal, três à direita e quatro à esquerda. Quando havia a recusa ou ausência de moradores, as equipes se deslocavam para a próxima casa da série até que a amostra necessária dos oito domicílios fosse atingida. Cada equipe era responsável pelos oito domicílios.

Levando-se em conta uma taxa menor de 20% de soroprevalência do SARS-CoV-2, foi realizado o cálculo amostral de no mínimo 685 participantes. O número de participantes em cada distrito sanitário foi proporcional ao tamanho da população.

O inquérito COVID-19 teve um total de 714 participantes na primeira fase e 643 na segunda fase, sendo este os participantes considerados neste estudo. Entre a primeira e a segunda fase, houve 71 perdas. (Figura 3).

Figura 3: Fluxograma da Análise



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

3.4 Coleta de dados

Primeiramente, a pesquisa foi amplamente divulgada na mídia local e nas mídias sociais, a fim de incentivar a participação da população no estudo. Foi necessária uma grande equipe, subdividida em 50 subequipes para a viabilização do estudo. Todos os membros receberam treinamento da equipe de coordenação do estudo sobre a coleta de dados e dos exames que seriam realizados. Cada uma das 50 subequipes contava com um entrevistador, um flebotomista, um coletor de esfregaço nasofaríngeo e um supervisor de campo.

A coleta dos dados foi realizada em dois momentos: no período de 1 a 3 de maio e 11 a 14 de junho de 2020.

As equipes foram até os domicílios, se apresentaram, explicaram sobre o estudo e seus objetivos e solicitaram consentimento para sorteio de um dos

membros do domicílio presentes no momento da visita. Após esse sorteio, o possível participante recebeu explicação mais detalhada sobre os procedimentos do estudo. Quando o participante sorteado era uma criança, as explicações e a aplicação do questionário eram realizadas ao responsável pela criança.

Na primeira etapa, o entrevistador aplicou um questionário que incluía variáveis sociodemográficas. Logo após, foi coletado sangue venoso (5ml) e coletado *swab* nasofaríngeo bilateral. Todos os procedimentos foram realizados por profissionais devidamente treinados e com equipamentos de proteção individual adequados. Foi solicitado ao participante um número de telefone para contato na segunda fase, caso ele não fosse encontrado em casa no momento.

Durante a segunda fase, foi aplicado novamente um questionário sociodemográfico complementar, baseado no instrumento PCATool (2020) (disponível em no link a seguir - http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_preliminar_Final.pdf) para pacientes adultos versão extensa, que buscou avaliar o uso dos serviços de saúde e a afiliação dos usuários aos mesmos. Foram utilizadas como base as questões aplicadas na avaliação do atributo afiliação, tendo como componente da APS também a afiliação e as questões A1, A2, A3. Outras questões utilizadas foram as pertencentes ao atributo acesso de primeiro contato, tendo como componente da APS a utilização e as questões B1, B2. Nesta fase, também foram coletadas amostras apenas de sangue venoso dos participantes para realização do teste sorológico. A coleta do *swab* nasofaríngeo não foi repetida devido ao desconforto relatado pelos participantes durante a primeira fase. Os dados foram coletados em *tablets* e inseridos diretamente em um banco de dados eletrônico na plataforma REDCap (ANEXO 1).

3.5 Variáveis

Neste estudo foram consideradas as seguintes variáveis sociodemográficas: gênero, idade, grau de instrução do chefe da família, população por distrito sanitário, recebimento do Bolsa Família, população SUS dependente (exclusivamente), cobertura da ESF, etnia/cor, renda familiar

mensal (em moeda brasileira) e número de residentes no domicílio. Em relação as condições de saúde dos indivíduos consideraram-se como variáveis as comorbidades autorreferidas.

Sobre o padrão de uso dos serviços e a afiliação dos usuários foram analisadas as variáveis referentes a: serviço principal provedor de cuidados de atenção à saúde, presença em algum serviço de saúde nos últimos 30 dias, tipo do serviço de saúde procurado, o motivo da procura do serviço de saúde nos últimos 30 dias, se foi afetado de alguma forma pela suspensão de serviços de saúde durante a pandemia de COVID19, qual serviço afetado, sabe informar qual é a unidade de saúde mais próxima de sua casa, se já esteve na unidade mais próxima de sua casa, se possui um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) de referência, se sabe o nome do profissional de saúde de referência, se recebe visitas de agente comunitário de saúde (ACS), se sabe o nome do ACS de referência.

A separação dos grupos eAP e eSF foi feita a partir da territorialização dos domicílios. A unidade de saúde de referência da área de abrangência de cada domicílio foi identificada por meio do site da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (2021). Nele foi possível encontrar o ítem “Acesso Rápido”, clicar e logo em seguida encontrar o sub-ítem “Consultas de áreas de abrangência”, posteriormente digitando o endereço e realizando a busca.

A identificação e divisão dos grupos eSF SUS-Dependente (eSF SUS-Dep), eSF SUS Não-dependente (eSF SUS-N dep), eAP SUS-Dependente (eAP SUS-Dep), eAP SUS Não-dependente (eAP SUS-N dep), eSF Exclusivo (eSF Excl), eSF Não exclusivo (eSF N-Excl), eAP Exclusivo (eAP-Excl) e eAP Não exclusivo (eAP N-Excl), foi feita a partir das respostas obtidas por meio da questão se o entrevistado tinha algum convênio ou seguro de saúde. Quando o entrevistado respondia que não tinha convênio ou seguro de saúde e a de acordo com o modelo de equipe de saúde de sua unidade de referência, ele era considerado eSF SUS-Dependente ou eAP SUS-Dependente, também eSF Exclusivo ou eAP Exclusivo. Quando o entrevistado respondia que tinha convênio ou seguro de saúde e a de acordo com o modelo de equipe de saúde de sua unidade de referência, ele era considerado eSF SUS Não-dependente ou eAP SUS Não-dependente, e também eSF Não exclusivo ou eAP Não exclusivo.

As variáveis do estudo foram selecionadas a partir do inquérito e os dados utilizados para comparação da análise foram retirados a partir das projeções do IBGE, Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SMS-RP).

3.6 Análise Estatística

Os dados coletados foram apresentados em tabelas de frequências absolutas e percentuais, buscando a partir do p-valor avaliar a existência de associação entre a modalidade de atenção primária e dependência do SUS e as variáveis sociodemográficas. Para comparar a prevalência entre as variáveis comorbidades, utilização do SUS e afiliação dos usuários aos serviços de saúde, foram utilizadas as razões de prevalência, considerando o intervalo de confiança de 95% (IC95%). As análises estatísticas foram realizadas utilizando o software R versão 4.1.1 (2021).

3.7 Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP) e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), número do protocolo Plataforma Brasil CAAE: 31138820.2.0000.5440 (<https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf>). Todas as pessoas que aceitaram participar do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (ANEXO 2). Para os voluntários menores de 18 anos, o termo foi assinado pelos pais ou responsáveis legais (ANEXO 3).

O estudo ofereceu riscos mínimos à saúde dos participantes, pois os únicos procedimentos foram a coleta de dados, de sangue e RT-PCR. Após as análises dos exames, os resultados identificados como infectados pelo SARS-CoV-2 foram imediatamente comunicados ao Centro de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do HCFMRP e ao Serviço de Vigilância Epidemiológica do município de Ribeirão Preto para que fossem tomadas as devidas providências.

4. RESULTADOS

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas da população do estudo e faz comparações com projeções do IBGE, SEADE e SMS-RP.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação ao gênero, no qual existe uma sobre representação feminina na amostra (56,3%; 362/643) em comparação a população de referência (51,7%; 367830/711825). Quanto a idade, o predomínio dos participantes ficou entre 40 e 69 anos, totalizando-se 51% (330/643), enquanto na população de referência o predomínio ocorreu entre 20 e 49 anos (47%; 334409/711825). Para o grau de instrução do chefe da família, observou-se um número menor de pessoas analfabetas ou sem instrução (1,7%; 11/643) e um número maior de pessoas com segundo grau completo ou ensino superior incompleto (33,9%; 218/643) (Tabela 1).

Na população por distritos sanitários, tem-se leste e oeste como os distritos com maiores números de participantes, respectivamente 25,5% (164/643) e 25,7%(165/643), observando-se também a partir das projeções um maior número de população nestes dois distritos (Tabela 1).

A maior parte dos participantes (95,3%; 613/643) não recebe bolsa família, entretanto, considerando os que recebem o benefício, observou-se um número proporcionalmente maior no inquérito (4,5%; 29/643) quando comparado aos dados oficiais (1,59%; 11340/711825) (Tabela 1).

Em relação à dependência do SUS, a maioria dos indivíduos são não-dependentes do SUS (53,8%; 346/643), invertendo-se a proporção observada em comparação com as projeções do IBGE, SEADE e SMS, nas quais 58,3% (414476/711825) dependem do SUS (Tabela 1).

Ainda em relação aos participantes que possuem a cobertura da ESF, os dados do inquérito (21,2%; 136/643) aproximam-se dos dados oficiais (23,5%; 167634/711825) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da população de estudo (Inquérito RP 2020) e da população de Ribeirão Preto (Projeções do IBGE, SEADE e SMS).

	Inquérito RP 2020		Projeções IBGE/SEADE/SMS		P
	n	%	n	%	
População (N)	643		711.825		
Sexo					
<i>Feminino</i>	362	56,3	367.830	51,7%	0,019 ^a
<i>Masculino</i>	281	43,7	343.995	48,3%	
<i>Indeterminado</i>	-	-	-	-	
Idade					
80+	33	5,1	18.717	2,6%	<0,001 ^a
70-79	73	11,4	35.358	5,0%	
60-69	118	18,4	64.200	9,0%	
50-59	111	17,3	83.142	11,7%	
40-49	101	15,7	102.402	14,4%	
30-39	69	10,7	126.400	17,8%	
20-29	65	10,1	105.607	14,8%	
10-19	55	8,6	90.626	12,7%	
≥29 dias-9	18	2,8	85.373	12,0%	
Grau de instrução do chefe da família					
<i>Analfabeto ou sem instrução</i>	11	1,7	24.060	3,4%	<0,001 ^a
<i>1º grau incompleto</i>	147	22,9	22.4794	31,6%	
<i>1º grau completo ou 2º grau incompleto</i>	90	14	114.461	16,1%	
<i>2º grau completo ou Ensino superior incompleto</i>	218	33,9	199.880	28,1%	
<i>Ensino superior completo ou Pós- graduação ou Desconhecido</i>	177	27,5	148.629	20,9%	
População por Distrito Sanitário					
<i>Norte</i>	119	18,5	123.719	17,4%	<0,001 ^a
<i>Sul</i>	88	13,7	79.024	11,1%	
<i>Leste</i>	164	25,5	239.352	33,6%	
<i>Oeste</i>	165	25,7	153.353	21,5%	
<i>Central</i>	107	16,6	116.377	16,3%	
Bolsa família					
<i>Sim</i>	29	4,5	11.340	1,59%	<0,001 ^a
<i>Não</i>	613	95,3	700.485	98,4%	
<i>Sem resposta</i>	1	0,2	-	-	
População SUS Dependente					
<i>Sim</i>	296	46	414.746	58,3%	<0,001 ^a
<i>Não</i>	346	53,8	297.039	41,7%	
<i>Sem resposta</i>	1	0,2	-	-	
Cobertura ESF	136	21,2	167.634	23,5%	0,151 ^a

^aTeste Quiquadrado de aderência

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Características sociodemográficas relacionadas à modalidade de assistência da atenção primária e dependência do SUS são descritas na Tabela 2. Observa-se um maior número de participantes pertencentes às eAPs (78,8%; 506/642) em relação às eSFs (21,2%; 136/642). Entretanto, proporcionalmente há um número maior de indivíduos SUS-dep na população pertencente a modalidade eSF (55,1%; 75/136), quando comparada a população pertencente à modalidade eAP (43,7%; 221/506).

Em relação à variável “gênero”, observa-se na modalidade eSF SUS-Dep um predomínio de população masculina (53,3%; 40/75), enquanto na modalidade eAP SUS-Dep, esse predomínio é de população feminina (55,2%; 122/221) (Tabela 2).

Para a variável “idade”, a maior proporção de população SUS Dep, tanto na modalidade eSF quanto na eAP, está entre 40 e 59 anos, respectivamente 33,3% (25/75) e 32,6% (72/221) (Tabela 2).

Quanto à variável “cor da pele”, vemos que nas duas modalidades a categoria SUS N-Dep tem maior proporção de indivíduos da cor branca do que os grupos SUS Dep. Para a cor parda, em ambas as modalidades a maior proporção de participantes foi observada na categoria SUS Dep, sendo 33,3% (25/75) na eSF e 33,0% (73/221) eAP, assim como para a cor preta em que observamos na eSF 17,3% (13/75) e na eAP 12,7% (28/221) (Tabela 2).

Em relação à variável “grau de instrução do chefe da família”, tem-se o maior número de participantes com primeiro grau incompleto pertencentes ao grupo SUS Dep nas duas modalidades, eSF 32% (24/75) e eAP 31,2% (69/221), ao contrário daqueles com ensino superior completo, onde o percentual foi maior entre os SUS N-Dep, eSF 18% (11/61) e eAP 30,5% (87/285) (Tabela 2).

A maioria dos participantes (88%; 567/643) informou que suas famílias possuem de 2 a 4 componentes, sendo que nas duas modalidades de atenção primária, apresentam-se em maior percentual na categoria SUS N-Dep (eSF 93,4%; 57/61 e eAP 92,3%; 263/285). Com relação a famílias compostas por mais de cinco membros houve um percentual maior na categoria SUS Dep para a modalidade eSF (20,0%; 15/75) (Tabela 2).

Para a variável “recebe Bolsa Família”, observa-se que a grande maioria dos participantes não recebem o Bolsa Família, no entanto, entre os que

recebem o benefício, a maior proporção é SUS Dep, nas duas modalidades de equipe, sendo 10,7% (8/75) em eSF e 6,8% (15/221) na eAP (Tabela 2).

Quanto a “população por distrito sanitário”, o maior número de população SUS Dep está nos distritos norte e oeste, considerando-se as duas modalidades de atenção. Observa-se na modalidade eSF SUS Dep uma maior proporção de indivíduos no distrito oeste (58,7%; 44/75), seguido do distrito norte (30,7%; 23/75), onde também se concentram a maior parte das eSF do município. Ainda na eSF, em relação à população SUS N-Dep, a maior proporção reside nos distritos oeste (54,1%; 33/61) e leste (16,4%; 10/61) (Tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas das populações adscritas às unidades de saúde, de acordo com a modalidade de atenção primária e dependência do SUS.

	Total (%)	eSF		Total	eAP		p
		SUS Dep*	SUS N-Dep*		SUS Dep	SUS N-Dep	
População	136	75	61	506	221	285	
Gênero							
<i>Feminino</i>	69 (50,7)	35 (46,7)	34 (55,7)	293 (57,9)	122 (55,2)	171 (60,0)	0,210 ^a
<i>Masculino</i>	67 (49,3)	40 (53,3)	27 (44,3)	213 (42,1)	99 (44,8)	114 (40,0)	
<i>Indeterminado</i>	-	-	-	-	-	-	
Idade							
<i>80+</i>	6 (4,4)	4 (5,3)	2 (3,3)	27 (5,3)	8 (3,6)	19 (6,7)	0,547 ^b
<i>60-79</i>	34 (25,0)	18 (24,0)	16 (26,2)	157 (31,0)	61 (27,6)	96 (33,7)	
<i>40-59</i>	50 (36,8)	25 (33,3)	25 (41,0)	161 (31,8)	72 (32,6)	89 (31,2)	
<i>20-39</i>	29 (21,3)	17 (22,7)	12 (19,7)	105 (20,8)	50 (22,6)	55 (19,3)	
<i><20</i>	17 (12,5)	11 (14,7)	6 (9,8)	56 (11,1)	30 (13,6)	26 (9,1)	
<i>Deseja não declarar</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,5)	1 (0,4)	
Cor da pele							
<i>Branca</i>	77 (56,6)	36 (48,0)	41 (67,2)	332 (65,6)	119 (53,8)	213 (74,7)	<0,001
<i>Parda</i>	36 (26,5)	25 (33,3)	11 (18,0)	122 (24,1)	73 (33,0)	49 (17,2)	
<i>Preta</i>	20 (14,7)	13 (17,3)	7 (11,5)	45 (8,9)	28 (12,7)	17 (6,0)	
<i>Amarela</i>	2 (1,5)	0 (0,0)	2 (3,3)	4 (0,8)	0 (0,0)	4 (1,4)	
<i>Indígena</i>	1 (0,7)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,4)	
<i>Deseja não declarar</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	1 (0,5)	1 (0,4)	
Grau de instrução do chefe da família							
<i>Analfabeto ou sem instrução</i>	2 (1,5)	1 (1,3)	1 (1,6)	9 (1,8)	5 (2,3)	4 (1,4)	<0,001
<i>1º grau incompleto</i>	35 (25,7)	24 (32,0)	11 (18,0)	112 (22,1)	69 (31,2)	43 (15,1)	
<i>1º grau completo</i>	19 (14,0)	11 (14,7)	8 (13,1)	40 (7,9)	24 (10,9)	16 (5,6)	
<i>2º grau incompleto</i>	5 (3,7)	3 (4,0)	2 (3,3)	26 (5,1)	17 (7,7)	9 (3,2)	
<i>2º grau completo</i>	46 (33,8)	27 (36,0)	19 (31,1)	131 (25,9)	60 (27,1)	71 (24,9)	
<i>Ensino superior incompleto</i>	13 (9,6)	4 (5,3)	9 (14,8)	27 (5,3)	13 (5,9)	14 (4,9)	
<i>Ensino superior completo</i>	16 (11,8)	5 (6,7)	11 (18,0)	112 (22,1)	25 (11,3)	87 (30,5)	
<i>Pós-graduação</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	47 (9,3)	8 (3,6)	39 (13,7)	
<i>Desconhecido/deseja não declarar</i>	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,4)	0 (0,0)	2 (0,7)	

*SUS-dependente (SUS-dep), SUS Não-dependente (SUS-N dep)

^aQui-quadrado ^b teste exato de Fisher ^cTeste de Kruskal-Wallis

Tabela 2. Características sociodemográficas das populações adscritas às unidades de saúde, de acordo com a modalidade de atenção primária e dependência do SUS (Continuação).

	Total (%)	eSF		Total	eAP		p
		SUS Dep*	SUS N-Dep*		SUS Dep	SUS N-Dep	
Número de pessoas que compõe a família							
1	-	-	-	-	-	-	0,003
2-4	117 (86,0)	60 (80,0)	57 (93,4)	450 (88,9)	187 (84,6)	263 (92,3)	
5+	19 (14,0)	15 (20,0)	4 (6,6)	46 (9,1)	27 (12,2)	19 (6,7)	
Não informado	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (2,0)	7 (3,2)	3 (1,1)	
Recebe Bolsa Família							
Sim	11 (8,1)	8 (10,7)	3 (4,9)	18 (3,6)	15 (6,8)	3 (1,1)	0,001
Não	124 (91,2)	67 (89,3)	57 (93,4)	488 (96,4)	206 (93,2)	282 (98,9)	
Sem informação	1 (0,7)	0 (0,0)	1 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
População por Distrito Sanitário							
Norte	37 (27,2)	23 (30,7)	14 (23,0)	82 (16,2)	52 (23,5)	30 (10,5)	0,001
Sul	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	88 (17,4)	47 (21,3)	41 (14,4)	
Leste	16 (11,8)	6 (8,0)	10 (16,4)	147 (29,1)	43 (19,5)	104 (36,5)	
Oeste	77 (56,6)	44 (58,7)	33 (54,1)	88 (17,4)	44 (19,9)	44 (15,4)	
Central	6 (4,4)	2 (2,7)	4 (6,6)	101 (20,0)	35 (15,8)	66 (23,2)	

*SUS-dependente (SUS-dep), SUS Não-dependente (SUS-N dep)

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

A Tabela 3 apresenta a prevalência das condições de saúde autorreferidas, onde se observa o predomínio com frequência de hipertensão arterial, diabetes e asma.

Tabela 3. Prevalência entre as condições de saúde autorreferidas

Comorbidades (autorreferidas)	Prevalência
<i>Hipertensão Arterial Sistêmica</i>	191 (29,7%)
<i>Diabetes Melitus</i>	97 (15,1%)
<i>Asma/bronquite</i>	64 (10,0%)
<i>Doença cardíaca</i>	57 (8,9%)
<i>Doença renal</i>	23 (3,6%)
<i>Câncer</i>	22 (3,4%)
<i>Outra Doenças</i>	172 (26,7%)
<i>Não referiram doença</i>	16 (2,49%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

As razões de prevalência de comorbidade, segundo a modalidade de assistência da APS, são representadas na Tabela 4. Não foram observadas diferenças significativas nas condições de saúde de acordo com a modalidade de assistência.

Tabela 4. Razão de prevalências de comorbidade (autorreferida), segundo modalidade de APS

	Prevalência						Razão de Prevalência (IC 95%)				
	Total (%)	eSF		Total	eAP		eSF		eAP		eAP (vs eSF)
		Excl*	N-Excl*		Excl*	N-Excl*	Excl	N-Excl	Excl	N-Excl	
Hipertensão Arterial Sistêmica**	45 (33,1)	28 (37,3)	17 (27,9)	145 (28,7)	62 (28,1)	83 (29,1)	1,00	0,74 (0,45; 1,21)	0,74 (0,52; 1,06)	0,77 (0,55; 1,09)	0,86 (0,65; 1,13)
Diabetes Melitus	20 (14,7)	12 (16,0)	8 (13,1)	77 (15,2)	33 (14,9)	44 (15,4)	1,00	0,82 (0,36; 1,88)	0,93 (0,51; 1,71)	0,96 (0,54; 1,73)	1,04 (0,66; 1,63)
Asma /bronquite	12 (8,8)	7 (9,3)	5 (8,2)	52 (10,3)	25 (11,3)	27 (9,5)	1,00	0,88 (0,29; 2,63)	1,22 (0,55; 2,7)	1,02 (0,46; 2,24)	1,17 (0,64; 2,12)
Câncer	4 (2,9)	2 (2,7)	2 (3,3)	18 (3,6)	9 (4,1)	9 (3,2)	1,00	1,21 (0,18; 8,36)	1,51 (0,34; 6,85)	1,18 (0,26; 5,33)	1,21 (0,42; 3,51)
Doença cardíaca	12 (8,8)	4 (5,3)	8 (13,1)	45 (8,9)	15 (6,8)	30 (10,5)	1,00	2,46 (0,78; 7,78)	1,27 (0,44; 3,72)	1,98 (0,72; 5,45)	1,01 (0,55; 1,86)
Doença renal	6 (4,4)	3 (4,0)	3 (4,9)	17 (3,4)	8 (3,6)	9 (3,2)	1,00	1,23 (0,26; 5,88)	0,91 (0,25; 3,34)	0,8 (0,22; 2,87)	0,77 (0,31; 1,91)
Outras Doenças	37 (27,2)	21 (28,0)	16 (26,2)	135 (26,7)	52 (23,5)	83 (29,1)	1,00	0,94 (0,54; 1,64)	0,83 (0,54; 1,28)	1,03 (0,69; 1,54)	0,97 (0,71; 1,32)

* eSF exclusivo (eSF excl), eSF Não exclusivo (eSF N excl), eAP exclusivo (eAP excl) e eAP Não exclusivo (eAP N excl)

**Uma pessoa que referiu ser portadora de hipertensão arterial sistêmica não apresenta informações sobre exclusividade de uso da unidade de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Na Tabela 5 está demonstrada a caracterização do acesso de primeiro contato (utilização), segundo modalidade de APS. Em relação à variável “serviço principal provedor de cuidados de atenção à saúde”, o principal provedor foi o médico particular ou convênio com 47% (302/641) das respostas, seguido do posto de saúde com 33,5% (215/641) e depois o pronto atendimento com 14,3% (92/641). Dos 302 entrevistados que referiram usar o médico particular ou convênio como principal provedor, 84,1% (254/302) são pertencentes a modalidade eAP e 15,9% (48/302) são pertencentes a modalidade eSF. Quando se observa o serviço principal como posto de saúde, o panorama se inverte e a probabilidade de um indivíduo ter esse tipo de serviço é maior no grupo eSF em comparação ao grupo eAP.

Para a variável “presença em algum serviço de saúde nos últimos 30 dias”, 77,2% (142/184) dos que estiveram presentes em algum serviço de saúde eram da eAP, ainda que sem associação, quem não era exclusivo buscou mais o serviço de saúde. Quanto ao “tipo de serviço procurado nos últimos 30 dias”, observando a partir do total de entrevistados, e considerando que o mesmo indivíduo pode ter procurado mais de um serviço de saúde, tem-se que o percentual maior de procura pelo médico particular ou convênio 12,5% (80/641), seguido do posto de saúde 10,0% (64/641) e do hospital 4,8% (31/641). Entre os entrevistados que procuraram pelo médico particular ou convênio, a maior proporção foram indivíduos pertencentes ao grupo eAP (14%; 71/506), principalmente eAP Não-Excl. Para os entrevistados que procuraram o posto de saúde, a maior proporção foram indivíduos pertencentes ao grupo eSF (19,1%; 26/136), principalmente eSF Excl (Tabela 5).

Sobre o “motivo da procura do serviço de saúde nos últimos 30 dias”, ainda a partir do total de entrevistados, e considerando que o indivíduo pode ter procurado o serviço de saúde por mais de um motivo, a maior porcentagem foi sobre a procura por outros motivos (9,8%; 63/641), seguido de retorno agendado (8,9%; 57/641) e problemas de saúde já existentes (7,6%; 49/641). Os indivíduos que mais procuraram o serviço por outros motivos foram os do grupo eSF (14%; 19/136), principalmente eSF Não-Excl. Em relação ao motivo de retorno agendado, a maior procura deu-se pelo grupo eAP (9,9%; 50/506) (tabela 5).

Na variável “se foi afetado de alguma forma pela suspensão de serviços de saúde durante a pandemia”, a maioria dos entrevistados (62,6%; 402/641) referiu que não foi afetada. Entre os afetados, o percentual de participantes das eSF e eAP foi proporcionalmente semelhante. Em relação ao “serviço afetado”, considerando que cada entrevistado pode ter tido mais de um serviço afetado, a maioria foi relacionada a suspensão de consultas (28,2%; 181/641), seguidas de suspensão de exames de rotina (16,5%; 106/641), não havendo diferença estatisticamente significativa entre os grupos eSF e eAP (Tabela 5).

Tabela 5. Caracterização do acesso de primeiro contato (utilização), segundo modalidade de APS

	Prevalência							Razão de prevalência (IC 95%)				
	Total (%)	eSF			eAP			eSF		eAP		eAP (vs eSF)
	Total	Excl*	N-Excl*	Total	Excl*	N-Excl*	Excl	N-Excl	Excl	N-Excl		
Serviço principal provedor de cuidados de atenção à saúde (n=641)***												
<i>Posto de saúde</i>	215 (33,5)	65 (47,8)	57 (76,0)	8 (13,1)	150 (29,6)	123 (55,7)	27 (9,5)	1 (0,09; 0,33)	0,17 (0,61; 0,86)	0,72 (0,08; 0,18)	0,12 (0,49; 0,77)	0,62 (0,64; 1,64)
<i>Pronto Atendimento ou Pronto Socorro</i>	92 (14,3)	19 (14,0)	11 (14,7)	8 (13,1)	73 (14,4)	56 (25,3)	17 (6,0)	1 (0,38; 2,05)	0,88 (0,95; 3,08)	1,71 (0,2; 0,82)	0,4 (5,7; 38,46)	1,03 (1,11; 1,8)
<i>Médico particular ou convênio</i>	302 (47,0)	48 (35,3)	4 (5,3)	44 (72,1)	254 (50,2)	26 (11,8)	228 (80,0)	1 (5,08; 35,05)	13,34 (0,79; 6,03)	2,18 (5,7; 38,46)	14,8 (1,11; 1,8)	1,41 (1,11; 1,8)
<i>Hospital</i>	27 (4,2)	2 (1,5)	1 (1,3)	1 (1,6)	25 (4,9)	13 (5,9)	12 (4,2)	1 (0,08; 19)	1,21 (0,58; 32,71)	4,35 (0,41; 23,58)	3,12 (0,8; 13,9)	3,34 (0,8; 13,9)
<i>Outro serviço</i>	5 (0,8)	1 (0,7)	1 (1,3)	0 (0,0)	4 (0,8)	3 (1,4)	1 (0,4)	1 (0,11; 9,51)	** (0,11; 9,51)	1,01 (0,02; 4,1)	0,26 (0,12; 9,47)	1,07 (0,12; 9,47)
Esteve em algum serviço de saúde nos últimos 30 dias												
<i>Sim</i>	184 (28,7)	42 (30,9)	17 (22,7)	25 (41,0)	142 (28,1)	50 (22,6)	92 (32,3)	1 (1,07; 2,98)	1,78 (0,61; 1,6)	0,99 (0,9; 2,2)	1,41 (0,68; 1,2)	0,9 (0,68; 1,2)
<i>Não</i>	457 (71,2)	93 (68,4)	57 (76,0)	36 (59,0)	364 (71,9)	171 (77,4)	193 (67,7)					
Que tipo de serviço procurou nos últimos 30 dias												
<i>Posto de saúde</i>	64 (10,0)	26 (19,1)	15 (20,0)	11 (18,0)	38 (7,5)	23 (10,4)	15 (5,3)	1 (0,45; 1,82)	0,9 (0,29; 0,94)	0,52 (0,14; 0,51)	0,26 (0,25; 0,62)	0,39 (0,25; 0,62)
<i>Pronto Atendimento ou Pronto Socorro</i>	22 (3,4)	6 (4,4)	2 (2,7)	4 (6,6)	16 (3,2)	11 (5,0)	5 (1,8)	1 (0,47; 12,98)	2,46 (0,42; 8,23)	1,87 (0,13; 3,32)	0,66 (0,29; 1,8)	0,72 (0,29; 1,8)
<i>Médico particular ou convênio</i>	80 (12,5)	9 (6,6)	0 (0,0)	9 (14,8)	71 (14,0)	6 (2,7)	65 (22,8)	** (0,07; 0,5)	1 (0,07; 0,5)	0,18 (0,82; 2,93)	1,55 (1,09; 4,13)	2,12 (1,09; 4,13)
<i>Hospital</i>	31 (4,8)	7 (5,1)	3 (4,0)	4 (6,6)	24 (4,7)	14 (6,3)	10 (3,5)	1 (0,38; 7,05)	1,64 (0,47; 5,36)	1,58 (0,25; 3,11)	0,88 (0,41; 2,09)	0,92 (0,41; 2,09)
<i>Outro serviço</i>	10 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (2,0)	5 (2,3)	5 (1,8)	** (2,3)	** (2,3)	** (2,3)	** (2,3)	** (2,3)

*eSF exclusivo (eSF excl), eSF Não exclusivo (eSF N excl), eAP exclusivo (eAP excl) e eAP Não exclusivo (eAP N excl). ** não é possível calcular a razão de prevalência; *** duas pessoas não responderam se foram afetadas pela suspensão dos serviços.

Tabela 5. Caracterização do acesso de primeiro contato (utilização), segundo modalidade de APS (Continuação)

	Total (%)	Prevalência eSF			eAP			Razão de prevalência (IC 95%)				eAP (vs eSF)
		Total	Excl*	N-Excl*	Total	Excl*	N-Excl*	Excl	N-Excl	Excl	N-Excl	
Qual o motivo da procura do serviço de saúde nos últimos 30 dias?												
Vacinação	14 (2,2)	6 (4,4)	1 (1,3)	5 (8,2)	8 (1,6)	1 (0,5)	7 (2,5)	1	6,15 (0,74; 51,23)	0,34 (0,02; 5,36)	1,84 (0,23; 14,74)	0,36 (0,13; 1,02)
Problema de saúde já existente	49 (7,6)	8 (5,9)	3 (4,0)	5 (8,2)	41 (8,1)	13 (5,9)	28 (9,8)	1	2,05 (0,51; 8,24)	1,47 (0,43; 5,02)	2,46 (0,77; 7,86)	1,38 (0,66; 2,87)
Retorno agendado	57 (8,9)	7 (5,1)	2 (2,7)	5 (8,2)	50 (9,9)	12 (5,4)	38 (13,3)	1	3,07 (0,62; 15,3)	2,04 (0,47; 8,89)	5,0 (1,23; 20,26)	1,92 (0,89; 4,14)
Sintomas de gripe ou dor de garganta	11 (1,7)	2 (1,5)	1 (1,3)	1 (1,6)	9 (1,8)	4 (1,8)	5 (1,8)	1	1,23 (0,08; 19,26)	1,36 (0,15; 11,96)	1,32 (0,16; 11,09)	1,21 (0,26; 5,53)
Buscar remédio	33 (5,1)	13 (9,6)	10 (13,3)	3 (4,9)	20 (4,0)	12 (5,4)	8 (2,8)	1	0,37 (0,11; 1,28)	0,41 (0,18; 0,9)	0,21 (0,09; 0,52)	0,41 (0,21; 0,81)
Outro motivo	63 (9,8)	19 (14,0)	6 (8,0)	13 (21,3)	44 (8,7)	20 (9,0)	24 (8,4)	1	2,66 (1,08; 6,59)	1,13 (0,47; 2,71)	1,05 (0,45; 2,48)	0,62 (0,38; 1,03)
Foi afetado de alguma forma pela suspensão de serviços de saúde durante a pandemia de COVID19												
Sim	237 (36,9)	51 (37,5)	32 (42,7)	19 (31,1)	186 (36,8)	98 (44,3)	88 (30,9)	1	0,74 (0,47; 1,17)	1,05 (0,78; 1,42)	0,72 (0,53; 0,99)	0,98 (0,77; 1,25)
Não	402 (62,6)	84 (61,8)	43 (57,3)	41 (67,2)	318 (62,8)	121 (54,8)	197 (69,1)					
Serviço afetado												
Suspensão de consulta	181 (28,2)	38 (27,9)	23 (30,7)	15 (24,6)	143 (28,3)	78 (35,3)	65 (22,8)	1	0,8 (0,46; 1,4)	1,15 (0,78; 1,69)	0,74 (0,5; 1,11)	1,01 (0,75; 1,37)
Suspensão de exame de rotina	106 (16,5)	25 (18,4)	18 (24,0)	7 (11,5)	81 (16,0)	43 (19,5)	38 (13,3)	1	0,48 (0,21; 1,07)	0,81 (0,5; 1,32)	0,56 (0,34; 0,92)	0,87 (0,58; 1,31)
Suspensão de cirurgia	12 (1,9)	3 (2,2)	2 (2,7)	1 (1,6)	9 (1,8)	3 (1,4)	6 (2,1)	1	0,62 (0,06; 6,62)	0,51 (0,09; 2,99)	0,79 (0,16; 3,83)	0,81 (0,22; 2,94)
Outra forma	29 (4,5)	4 (2,9)	4 (5,3)	0 (0,0)	25 (4,9)	14 (6,3)	11 (3,9)	1	**	1,19 (0,4; 3,5)	0,72 (0,24; 2,21)	1,68 (0,6; 4,75)

*eSF exclusivo (eSF excl), eSF Não exclusivo (eSF N excl), eAP exclusivo (eAP excl) e eAP Não exclusivo (eAP N excl); ** não é possível calcular a razão de prevalência; *** duas pessoas não responderam se foram afetadas pela suspensão dos serviços. Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

A Tabela 6 apresenta a afiliação dos usuários aos serviços de saúde, segundo modalidade de APS. Para as variáveis “participante sabe qual é a unidade mais próxima de sua casa”, observa-se que 90,0% (577/641) dos participantes responderam que sim. Entre eles a proporção do grupo eSF (94,9%; 129/136) é maior que o grupo eAP (88,5%; 448/506).

Para a variável “participante já esteve na unidade mais próxima de sua casa”, 75,9% (487/641) responderam que sim. Identificou-se que a proporção entre os dois grupos foi semelhante, sendo 78,7% (107/136) na eSF e 75,1% (380/506) na eAP. Entretanto, observa-se que a proporção é maior no grupo eSF excl. (93%; 69/74) (Tabela 6).

Quando questionado ao participante se ele “refere possuir um profissional de saúde de referência”, 80,6% (517/641) responderam que não e 19,3% (124/641) que sim. Para os participantes com respostas afirmativas, verifica-se que no grupo eSF excl. (45,3%; 34/75), a proporção é quase o dobro do que nas eAP excl. (25,8%; 57/220). Tais achados são semelhantes quando comparados à variável “sabe o nome do profissional de saúde de referência” (Tabela 6).

Sobre a variável “refere receber visitas de agente comunitário de saúde”, a porcentagem de respostas afirmativas foi de 16,2% (104/642). Entre as respostas afirmativas, a proporção é maior no grupo eSF excl. (65,3%; 49/75). Para aqueles que recebem agentes comunitários, a proporção dos que “sabem o nome do ACS de referência” é quase o dobro nas eSF Excl (44%; 33/75) comparando com as eSF N-Excl.(23%; 14/61) (Tabela 6).

Tabela 6. Afiliação dos usuários aos serviços de saúde, segundo modalidade de APS

	Total* (%)	Prevalência						Razão de prevalência (IC 95%)				eAP (vs eSF)
		Total	eSF Excl**	N-Excl**	Total	eAP Excl**	N-Excl**	Excl	eSF N-Excl	Excl	eAP N-Excl	
Participante sabe qual é a unidade mais próxima de sua casa	n= 641											
<i>Sim</i>	577 (90,0)	129 (94,9)	73 (97,3)	56 (91,8)	448 (88,5)	203 (91,9)	245 (86,0)	1	0,94 (0,87; 1,03)	0,94 (0,89; 1,00)	0,88 (0,83; 0,94)	0,93 (0,89; 0,98)
<i>Não</i>	64 (10,0)	7 (5,1)	2 (2,7)	5 (8,2)	57 (11,3)	17 (7,7)	40 (14,0)					
Participante já esteve na unidade mais próxima de sua casa	n=636											
<i>Sim</i>	487 (75,9)	107 (78,7)	69 (92,0)	38 (62,3)	380 (75,1)	188 (85,1)	192 (67,4)	1	0,68 (0,55; 0,83)	0,93 (0,85; 1,01)	0,73 (0,66; 0,81)	0,96 (0,86; 1,06)
<i>Não</i>	149 (23,2)	28 (20,6)	5 (6,7)	23 (37,7)	121 (23,9)	31 (14,0)	90 (31,6)					
Refere possuir um profissional de saúde (médica ou enfermeira) de referência	n= 641											
<i>Sim</i>	124 (19,3)	43 (31,6)	34 (45,3)	9 (14,8)	81 (16,0)	57 (25,8)	24 (8,4)	1	0,33 (0,17; 0,63)	0,57 (0,41; 0,8)	0,19 (0,12; 0,29)	0,51 (0,37; 0,7)
<i>Não</i>	517 (80,6)	93 (68,4)	41 (54,7)	52 (85,2)	424 (83,8)	163 (73,8)	261 (91,6)					
Sabe o nome do profissional de saúde de referência	n=642											
<i>Sim</i>	115 (17,9)	40 (29,4)	31 (41,3)	9 (14,8)	75 (14,8)	52 (23,5)	23 (8,1)	1	0,36 (0,18; 0,69)	0,57 (0,4; 0,82)	0,2 (0,12; 0,31)	0,5 (0,36; 0,7)
<i>Não</i>	527 (82,1)	96 (70,6)	44 (58,7)	52 (85,2)	431 (85,2)	169 (76,5)	262 (91,9)					

* Total de participantes do estudo que foram incluídos e responderam a pergunta; **eSF exclusivo (eSF excl), eSF Não exclusivo (eSF N excl), eAP exclusivo (eAP excl) e eAP Não exclusivo (eAP N excl); *** não é possível calcular a razão de prevalência.

Tabela 6. Afiliação dos usuários aos serviços de saúde, segundo modalidade de APS (Continuação)

	Total* (%)	Prevalência						Risco de prevalência (IC 95%)				eAP (vs eSF)
		Total	eSF Excl**	N-Excl**	Total	eAP Excl**	N-Excl**	Excl	eSF N-Excl	Excl	eAP N-Excl	
n= 642												
Refere receber visitas de agente comunitário de saúde												
<i>Sim</i>	104 (16,2)	81 (59,6)	49 (65,3)	32 (52,5)	23 (4,5)	10 (4,5)	13 (4,6)	1	0,8 (0,6; 1,07)	0,07 (0,04; 0,13)	0,07 (0,04; 0,12)	0,08 (0,05; 0,12)
<i>Não</i>	538 (83,8)	55 (40,4)	26 (34,7)	29 (47,5)	483 (95,5)	211 (95,5)	272 (95,4)					
n=642												
Sabe o nome do ACS de referência												
<i>Sim</i>	47 (7,3)	47 (34,6)	33 (44,0)	14 (23,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1	0,52 (0,31; 0,88)	***	***	***
<i>Não</i>	118 (18,4)	89 (65,4)	42 (56,0)	47 (77,0)	29 (5,7)	6 (2,7)	23 (8,1)					
<i>Não tem ACS</i>	477 (74,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	477 (94,3)	215 (97,3)	262 (91,9)					

* Total de participantes do estudo que foram incluídos e responderam a pergunta; **eSF exclusivo (eSF excl), eSF Não exclusivo (eSF N excl), eAP exclusivo (eAP excl) e eAP Não exclusivo (eAP N excl); *** não é possível calcular a razão de prevalência.

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

5. DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo sugerem que os usuários de unidades de saúde no modelo eSF apresentam um maior grau de afiliação ao serviço quando comparados com aqueles de unidades de outras modalidades. Entre os indivíduos cujo principal provedor de cuidados de saúde são unidades públicas de saúde, há predomínio de usuários de eSF, principalmente quando estes utilizam exclusivamente esse modelo.

Em relação à predominância dos entrevistados deste estudo ser do sexo feminino, esses resultados assemelham-se a outros obtidos em estudos que avaliaram a APS, ainda que realizados em cenários e com populações diferentes. Sobre a idade dos entrevistados, a maioria deles tem entre 40 e 69 anos, o que diverge das projeções do IBGE (2020), apresentando a população do município a maioria entre 20 e 49 anos. Para o grau de instrução do chefe da família os resultados assemelham-se às projeções do IBGE (2020).

Analisando a população SUS dependente, observa-se neste estudo que a maioria dos entrevistados não dependem exclusivamente do SUS, mostrando uma inversão em relação às projeções IBGE (2020) para o município e para o Brasil, no quais respectivamente 58,3% e 70% da população depende do SUS.

O resultado observado demonstra que a maioria dos entrevistados possui idade igual ou superior a 40 anos, onde são mais prevalentes os casos das doenças crônicas referidas. Entre as comorbidades autorreferidas aqui apresentadas, tem-se a hipertensão arterial como a maior delas e proporcionalmente são pertencentes ao grupo eSF exclusivo em sua maioria. O estudo realizado por Almeida *et al* (2019), identificou que os pacientes hipertensos acompanhados pela ESF têm maior adesão ao tratamento medicamentoso quando comparados aos pacientes acompanhados pela UBS e a provavelmente este resultado pode decorrer do acompanhamento mais contínuo dos indivíduos pertencentes ao território da ESF, incluindo ações de promoção, educação e orientação em saúde. Apesar disso, não observamos diferença estatisticamente significativa na ocorrência de comorbidades autorreferidas, uma vez que houve distribuição similar de indivíduos nesta faixa etária nos modelos de equipes de saúde avaliados.

Segundo estudo realizado no município de Ribeirão Preto, por Pereira *et al* (2011), sobre a avaliação do acesso, 100% dos entrevistados consideraram o acesso muito ruim na ESF e 90% muito ruim nas UBS. Martins *et al* (2017) considera o acesso como o atributo prioritário na APS, pois quando ele não existe, torna-se inviável o alcance dos demais atributos.

Vale lembrar que este estudo foi realizado durante a pandemia da COVID-19, num contexto do qual a APS se mostrou mais uma vez como serviço essencial ao enfrentamento e cuidados dessa doença, principalmente devido a sua distribuição territorial, estando próxima a população.

No presente estudo, a avaliação sobre o acesso de primeiro contato se deu principalmente na questão sobre qual o principal serviço provedor de cuidados de atenção à saúde, identificando a resposta médico particular ou convênio como a maior proporção entre todos os entrevistados. O predomínio dessa resposta pode indicar o desconhecimento dos serviços da APS, a dificuldade para acessar esses serviços ou falta de acesso aos serviços de atenção primária. Durante a pandemia, esse acesso também pode ter sido influenciado pelas medidas de distanciamento social e/ou pelo medo da sobrecarga do sistema de saúde.

Pesquisas realizadas em diferentes cidades, como Petrópolis por Macinko, Almeida e de Sá (2004), municípios da Região Centro-Oeste do Brasil por van Stralen *et al* (2008), em Curitiba por Chomatas (2009), em Porto Alegre por Castro *et al* (2012), observando também os diferentes anos das realizações das pesquisas, identificam da mesma forma a falta de acesso. Para Elias *et al* (2006), a dificuldade e a falta de acesso se dão por conta de questões estruturais e organizacionais dos processos de trabalho das unidades de saúde.

Ainda observando o estudo de Pereira *et al* (2011), com o objetivo de comparar o desempenho dos atributos essenciais da APS a partir da visão dos usuários atendidos nas UBS e ESF, foi identificado que entre os usuários das ESF, 100% classificou o vínculo como muito bom enquanto entre os usuários das UBS, 10%.

Como demonstrado na tabela 6, nossos dados reforçam que as pessoas que estão inseridas na eSF exclusiva apresentam maior conhecimento sobre qual é a unidade de saúde próxima a sua residência, referem com maior

frequência que já estiveram na unidade de saúde, que tem um profissional de referência, bem como sabem o nome do mesmo. Adicionalmente, estes referem receber visitas com maior frequência do ACS e sabem referenciar os respectivos nomes. Santos e Miranda (2016) mostraram a importância do vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, principalmente para uma boa adesão aos tratamentos de saúde propostos, aos acompanhamentos das famílias e às concepções da ESF, observando ainda que o vínculo pode interferir na satisfação dos usuários em relação a ESF, corroborando os dados observados pelo presente estudo.

Para a PNAB, vínculo:

[...] consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. (BRASIL, 2012).

A ESF tem como um dos pontos de seu alicerce a formação de vínculos com usuários e familiares, permitido principalmente a partir da atuação dos ACS, que são tidos como “elo” entre o serviço de saúde e a comunidade, aproximando dessa forma a equipe das reais necessidades locais (ILHA *et al*, 2014).

Como algumas das principais atribuições dos ACS, tem-se o cadastramento dos domicílios, dos indivíduos e as visitas domiciliares de rotina, identificados como instrumentos essenciais para o acompanhamento das condições de saúde dos indivíduos, das comunidades, bem como de seus determinantes. Giovanella *et al* (2021) apresenta em seu trabalho um dado interessante sobre a diminuição das visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Neste presente estudo, observou-se também que dentre os indivíduos pertencentes às eSFs, cerca de pouco mais da metade refere receber visitas dos ACS. Segundo Nogueira (2019), a diminuição das visitas domiciliares pode estar relacionada à burocratização do trabalho dos ACS, como o aumento das atividades administrativas e de apoio a outras atividades dentro e fora das UBS, prejudicando o tempo que esses profissionais poderiam direcionar às visitas e ao território.

O estudo de Frota *et al* (2022), considera que a ESF é o instrumento principal de busca das pessoas por cuidado, quando sintomáticas ou já afetadas pela doença. Para que o cuidado ocorra de forma integral, é preciso rever fluxos e rotinas de atribuições das equipes e institucionais. Reforça ainda a evidencia do papel da ESF durante o enfrentamento da COVID 19 reforça sua consolidação e comprometimento de sua efetividade.

Considera-se como fator limitante do presente estudo, o instrumento de coleta de dados com questões inseridas sobre a APS ter sido utilizado apenas na segunda etapa do inquérito, o que pode ter dificultado a compreensão dos entrevistados sobre as perguntas realizadas. Outro fator de limitação identificado foi que a aplicação do questionário apresenta a realidade a partir de um recorte específico do tempo ocorrido no contexto da pandemia, o que poderia influenciar o resultado da análise.

Um fator positivo de destaque neste estudo foi sua realização em todos os distritos de saúde, possibilitando uma análise de todo o município. Os resultados encontrados podem ser considerados uma medida inicial para avaliação da qualidade da APS na rede municipal, permitindo identificar algumas falhas e pontos específicos que podem ser melhor investigados. Dessa maneira é possível colaborar para o sistema de saúde do município, principalmente no que tange ao fortalecimento da APS.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Pesquisa Nacional de Saúde (2019) demonstra que a ESF é a modalidade predominante da APS no Brasil, com cerca de 62,6% de cobertura populacional, enquanto no município de Ribeirão Preto, têm-se uma cobertura da ESF de aproximadamente 24% (e-Gestor, 2022). O presente estudo compara as diferentes modalidades de atenção primária (equipe de Saúde da Família versus equipe de Atenção Primária) considerando características sociodemográficas, condições de saúde autorreferidas e afiliação dos usuários ao serviço de saúde.

Os achados neste estudo demonstram principalmente que os indivíduos entrevistados pertencentes às áreas de abrangência das eSFs apresentam melhores conhecimentos sobre localização das Unidades de Saúde de seus territórios, bem como referem um melhor vínculo com as mesmas. Isso pode implicar diretamente nos cuidados à saúde dessa população e melhores indicadores, reforçando a ESF como principal estratégia de reorganização da atenção primária no Brasil. Outro achado relevante foi que mesmo a grande maioria dos entrevistados sendo SUS não dependentes, eles sabem referir a localização da Unidade de Saúde, entretanto, parte deles nunca esteve presente naquele local.

A pandemia da COVID-19 trouxe muitos impactos negativos, como o alto número de mortes, consequências na saúde pública com a sobrecarga do sistema e reflexos diretos na sociedade. Entretanto, também trouxe impactos positivos, como o reconhecimento, por grande parte da sociedade, do SUS e suas ofertas de serviços, a valorização da ciência e da pesquisa, a implementação da telemedicina, a vacinação, entre outras. Dentro desse contexto de tantas mudanças vivenciadas, é essencial refletir: que tipo de modelo de sociedade, econômico, ambiental, de sistema de saúde queremos ter para preservar a vida, principalmente dos mais desprotegidos?

A partir disso sugere-se a realização de novas pesquisas que identifiquem e relacionem a repercussão da pandemia na avaliação dos atributos da atenção primária, considerando a importância do cuidado integral a saúde na APS. Recomenda-se aos gestores e tomadores de decisões, a continuidade da implementação da ESF como modalidade de atenção à saúde capaz de

acelerar o alcance de um elevado grau de saúde e bem-estar de nossas populações.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS**. 2018. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/10/Agenda_APS_SUS_Rede.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

ALMEIDA, A. L. DE J. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial em dois modelos de atenção à saúde. **Revista de APS UFJF**, v. 22, n. 2, p. 235–250, jun. 2019.

ALMEIDA, E. R.; SOUSA, A. N. A.; BRANDÃO, C. C.; CARVALHO, F. F. B.; TAVARES, G.; SILVA, K.C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017) Artigo Especial. **Revista Panamericana de Salud Pública** 42. 29 Out 2018. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso em: 20 set. 2022.

BARBOSA, M. G.; ZORTEA, A. P.; CUNHA, F. M.; SANTOS, T. C.; RIBEIRO, D. T.; NASCIMENTO, D. T.; OZORIO, J. D.; FERREIRA, A.V.; FERLA, A. A. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: GOMES, L. F.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (orgs.) **Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade (PMAQ-AB)**. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 101-123. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149936/000992889.pdf?sequence=1>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BOUSQUAT , A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, E.M.S., et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1141-1154. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BRASIL. **Lei nº 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, 20 set. 1990. p. 18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. **Lei 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, 29 jun. 2011a. p.1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes**

comunitários de saúde (PACS). 2001. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 20 set 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. E-Gestor Atenção Básica. **Espaço para informação e acesso aos sistemas de Atenção Básica.** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 26 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2006. p.26. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1837.pdf> Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010. p. 89. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011(a). 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, 28 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.654, de 19 de julho de 2011(b). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2011. p. 79. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf Acesso em: 30 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011(c). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. CONASS, Brasília, p.127, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf> Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 2.436, 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)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031 Acesso em: 15 jul. 2022..

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria N° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 13 nov. 2019. p. 97. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> Acesso em: 20 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 20 set. 2022

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. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf. Acesso em: 20 set. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde) Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 06 set. 2021.

BRASIL. 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, 2020. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Pcatool_2020.pdf. Acesso em: 20 set 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Estratégia Saúde de Família (ESF) **Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/esf/composicao>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em: 06 set. 2021.

BROCARD, D.; ANDRADE, C.L.T.; FAUSTO, M.C.R.; LIMA, S.M.L. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, número especial 1, p.130-144, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>. Acesso em: 06 set. 2021.

CAMPELLI, M. G. R.; CALVO, M. C. 2007. O cumprimento da Emenda Constitucional nº29 no Brasil. Artigos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p. 1613-1623, Jul 2007. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000700012>. Acesso em: 20 abr. 2022.

CASTRO, R. C. L. DE et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, set. 2012.

CHOMATAS, E. R. DA V. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da atenção primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2008**. Mestrado—Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. **Mudanças no Financiamento da Saúde**. Brasília, 2018. 40 p. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Mudan%C3%A7as-no-Financiamento-da-Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 20 set. 2022

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf Acesso em: 2 set. 2021

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Médica Mexicana, 1980.

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 e saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 633–641, 2006.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **ENSAIO. Saúde em debate**. Rio de Janeiro, V. 42, Número especial 1, p. 208-223, setembro 2018 <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 20 abr. 2022.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-60, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.00572014>. Acesso em: 01 set. 2022.

FROTA, A. C.; BARRETO, I. C. H. C.; CARVALHO, A. L. B. C.; OUVENEY, A. L. M.; ANDRADE, L. O. M.; MACHADO, N. M. S. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 46, Número especial 1, p. 131-151, março 2022. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>. Acesso em: 25 jan 2023.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Espaço Temático: Política Nacional de Atenção Básica. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.34, n.8, Ago 2018. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em: 20 abr. 2022.

GIOVANELLA, L.; RIZZOTTO, M.L.F. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, Número especial 1, p. 6-11, setembro 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S100>. Acesso em: 15 jan. 2023

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M; BUSS, P.H.; FLEURY, S.;GADELHA, A.C.G.; GALVÃO, L.A.C.; SANTOS, R.F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. V.35, n.3 2019; mar 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 15 de jan. 2023.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S.; ALMEIDA, P. F.; SARDINHA, L. M. V.; VIEIRA, M. L. F. P. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. ARTIGO DE PESQUISA NACIONAL. **Ciência e Saúde Coletiva**. **26 (suppl 1)**. 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.1.43952020>. Acesso em: 20 set. 2022

HARZHEIM, E. “Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde. **DEBATEDORES. Ciência e saúde coletiva** **25(4)** 06 Abr 2020Mar 2020 <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01552020>. Acesso em: 20 abr. 2022.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados. Rio de Janeiro**. IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/ribeirao-preto.html> Acesso em: 29 ago. 2021

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 85p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

ILHA, S. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 556–562, 29 maio 2014.

LACERDA, J. T.; MORETTI-PIRES, R. O. (orgs.) **Processo de trabalho na atenção básica [recurso eletrônico]**. 2. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://unarus.ufsc.br/atencaoBasica/files/2017/10/Processo-de-Trabalho-na-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica-ilovepdf-compressed.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 19, n. 4, p. 303–317, dez. 2004.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Artigos. *Revista de Investigações Constitucionais* 4 (1) Jan-Apr 2017 <https://doi.org/10.5380/rinc.v4i1.50289>. Acesso em: 20 set. 2022

MARTINEZ, E. Z. et al. Prevalence of virological and serological markers of SARS-CoV-2 infection in the population of Ribeirão Preto, Southeast Brazil: an epidemiological survey. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, n. e 2010-2021, 2021.

MARTINS, J. S. et al. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 11, n. 38, p. 1–13, 2017.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **DEBATE. Ciência e saúde coletiva** 25 (4) 17 Abr 2020 Mar 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Acesso em: 20 set. 2022.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, Número especial 1, p. 38-51, setembro 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>. Acesso em: 20 abr. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde, 2011**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA MHM, MATTA GC, GONDIM R, GIOVANELLA L, organizadores. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, V. 42, Número especial 1, p. 452-456, setembro 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S131>. Acesso em: 10 jan. 2023.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

NOGUEIRA, M. L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Artigos. Saúde e sociedade 28(3)** Jul-Sep 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180783>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PEREIRA, M. J. B. et al. **Atributos essenciais da atenção primária à saúde: comparação do desempenho entre unidades de saúde tradicionais e unidades da estratégia de saúde da família**. 2011. Disponível em: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_V/sesion27/02-09_sesion27_2-pt.pdf. Acesso em: 28 out. 2021.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e saúde coletiva**. 23 (6) • Jun 2018 • <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 20 set. 2022.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2021. Disponível em: <https://www.r-project.org/about.html> Acesso em: 22 out. 2021

RIBEIRÃO PRETO, P. M. **Plano de Saúde de Ribeirão Preto. Período 2018-2021**. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. 2021a. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf> Acesso em: 18 set. 2021

RIBEIRÃO PRETO, P. M. **Plano de Contingência para o Enfrentamento a COVID-19**. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. 2021b. Disponível em: <http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/pdf/saude14b202104.pdf> Acesso em: 18 set. 2021

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/assistencia-social/cras>. Acesso em: 20 abr. 2022.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Enfrentamento ao Novo Coronavírus e COVID19**. Disponível em:

<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/enfrentamento-ao-novo-coronavirus>. Acesso em: 20 abr. 2022.

SANTOS, R. C. DE A.; MIRANDA, F. A. N. DE. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 3, p. 350–359, 2016.

SARTI, T.D.; LAZZARINI, W.S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A.P.S.C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(2). 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Acesso em: 10 jan.2023.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. **Validating the Adult Primary Care Assessment Tool**. v. 50, n. 2, p. 161–175, fev. 2001.

STARFIELD, B. et al. Consumer experiences and provider perceptions of the quality of primary care: implications for managed care. **The Journal of Family Practice**, v. 46, n. 3, p. 216–226, mar. 1998.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

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. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. Suppl 1, p. 148–158, 2008.

ANEXOS**ANEXO 1***Confidential*SARS-CoV-2-RP_2
Page 1**Questionario**

Record ID

N° identificação no inquérito (n° etiqueta)

(Ex: RP1001)

Data de cadastro

Nome do entrevistador

- Alander Nadotti
- Ana Beatriz Totoli Soares
- Ana Carolina de Andrade Freitas
- André Seidi Kamogari Nakamura
- Antonio Landolffi Abdul Nour
- Diego Forti
- Felipe Dias Mente
- Guilherme Otero Brum
- Henrique Bartholomeu Trad Souza
- João Paulo Turri Brufatto
- Karla Lima Rodrigues
- Lara Salgado Saraiva
- Maxwell Aparecido da Silva
- Pedro Luiz Rosa
- Vitor Ricardo Alves P. de Moraes
- Outro

Nome completo do participante

(Ex: Ricardo Perussi e Silva)

Nome da mãe

(Ex: Celia Perussi da Silva)

Endereço

(Ex: Av Bandeirantes)

Número

(Ex: 480)

Complemento

(Ex: apto 66)

Confidential

Page 2

Parte I : COVID desde a última pesquisa	
Dados Clínicos	
Desde a última pesquisa, você teve alguns dos sintomas abaixo?	
Tosse	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Falta de ar	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Dor de garganta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Corrimento nasal	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Crises de espirros	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Redução do olfato	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Redução do paladar	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Febre	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Fadiga/mal-estar	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Dores musculares	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Dores articulares	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Dor de cabeça	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Diarreia	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido

06/09/2020 11:07am

projectredcap.org



Náuseas ou vômitos	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Desconhecido
Data de início dos sintomas	_____
Você está com algum desses sintomas no momento?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Você realizou algum outro exame (além do realizado na pesquisa anterior) para COVID neste intervalo de tempo?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Se sim, alguém lhe disse que o resultado deu positivo para COVID?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Algum médico disse a você que você tinha COVID?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Você passou por alguma internação por COVID?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Há algum familiar seu com sintomas da Covid-19 neste momento?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Listar o nome e data de nascimento dos familiares com sintomas no momento: (nome - data de nascimento por linha)	_____
	(Ex: João da Silva - 17/12/79)

Parte II : Grau de Adesão à Medidas de Prevenção

Com relação ao distanciamento social que está sendo orientado pelas autoridades de saúde, ou seja, ficar em casa e evitar contato com outras pessoas, considerando as últimas duas semanas, quanto você acha que está conseguindo fazer? (ler as alternativas)	<input type="radio"/> Muito pouco ou nenhum <input type="radio"/> Pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Praticamente isolado de todo mundo
Comparando as últimas duas semanas e o período anterior a elas, você acha que o grau de distanciamento aumentou ou diminuiu?	<input type="radio"/> aumentou <input type="radio"/> diminuiu
Com relação a higiene de mãos com sabão ou álcool, considerando as últimas duas semanas, quanto você acha que está conseguindo fazer? (ler as alternativas)	<input type="radio"/> Muito pouco ou nenhum <input type="radio"/> Pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Mantenho minhas mãos sempre higienizadas
Com relação ao uso de máscaras em ambientes públicos, quanto você acha que está conseguindo usar? (ler as alternativas)	<input type="radio"/> Muito pouco ou nenhum <input type="radio"/> Pouco <input type="radio"/> Mais ou menos <input type="radio"/> Bastante <input type="radio"/> Uso máscara praticamente o tempo todo

Confidential

Page 4

Nas últimas duas semanas você utilizou o transporte público (ônibus) ?

- Sim
 Não

Nas últimas duas semanas você esteve em algum shopping center, centro de compras ou no centro da cidade para realizar compras?

- Sim
 Não

Parte III: Impacto das medidas de isolamento e prevenção

Desde o início da pandemia em Ribeirão Preto, você ou sua família teve algum prejuízo financeiro?

- Tive um aumento de salário, renda ou faturamento
 Não tive aumento ou redução de salário, renda ou faturamento
 Tive uma pequena redução de salário, renda ou faturamento
 Tive uma grande redução de salário, renda ou faturamento

Desde o início da pandemia em Ribeirão Preto, você ou sua família recebeu de algum auxílio adicional? (marque o que for necessário)

- Renda básica do Governo Federal
 Recebi cesta básica do governo ou outra organização (desconsidere se já recebia anteriormente)
 Tive que realizar algum empréstimo de amigos, parentes ou banco
 Não recebi nenhum auxílio adicional

Você está passando por alguma necessidade em casa?

- Não estou passando por nenhuma necessidade
 Não estou conseguindo pagar minhas contas
 Não estou conseguindo fazer compras e tenho passado por algumas necessidades em casa (exemplo, falta de alimentos)

Parte IV: APS e isolamento

Algum médico já disse que você tem:

Hipertensão ou pressão alta?

- Sim
 Não

Diabetes ou açúcar no sangue?

- Sim
 Não

Asma ou bronquite?

- Sim
 Não

Câncer (qualquer tipo)?

- Sim
 Não

Doença crônica nos rins?

- Sim
 Não

Alguma doença no coração?

- Sim
 Não

Outra doença crônica?

- Sim
 Não

Qual ou quais doenças?	_____
Você tem algum convênio ou seguro de saúde?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Você ou sua família recebem o bolsa família?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Você foi afetada(o) de alguma forma pela suspensão de serviços de saúde desde o início da pandemia?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
De que forma você foi afetada(o) pela suspensão de serviços de saúde? (marque o que for necessário)	<input type="checkbox"/> Suspensão de consulta médica <input type="checkbox"/> Suspensão de exame de rotina <input type="checkbox"/> Suspensão de cirurgia eletiva <input type="checkbox"/> Fui afetada de outra forma
Você tem alguma necessidade de saúde que não está sendo atendida devido à suspensão de serviços de saúde?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Qual serviço de saúde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de orientações sobre sua saúde?	<input type="radio"/> Posto de saúde <input type="radio"/> Pronto Atendimento ou Pronto Socorro <input type="radio"/> Médico particular ou convênio <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Outro serviço
Você já esteve na unidade de saúde mais próxima de sua residência?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Você sabe qual a Unidade de Saúde mais próxima de sua casa?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Há um médico/enfermeiro específico que você procure na Unidade de Saúde quando necessita?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Sabe o nome do médico/enfermeiro?	_____
Alguma Agente Comunitária de Saúde visita a sua casa com regularidade?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Sabe o nome da(o) Agente?	_____
Você foi a algum serviço de saúde nos últimos 30 dias?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Que tipo de serviço de saúde? (marque o que for necessário)	<input type="checkbox"/> Posto de saúde <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento ou Pronto Socorro <input type="checkbox"/> Médico particular ou convênio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outro serviço

Confidential

Page 6

Por qual motivo procurou o serviço? (marque o que for necessário)

- Vacinação
- Problema de saúde já existente
- Retorno agendado
- Sintomas de gripe ou dor de garganta
- Buscar remédio
- Outro motivo

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GUARDA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Título da Pesquisa: **Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico**

☐

Pesquisadores responsáveis:

Fernando Bellissimo Rodrigues, Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900, Ribeirão Preto/SP, Telefone: (16) 3602-2433; e-mail: fbllissimo@usp.br.

Rodrigo de Carvalho Santana, Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900, Ribeirão Preto/SP, Telefone: (16) 3602-2468, e-mail: santanacrod@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: (16) 3602-2228

☐

☐

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada **“Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico”**, desenvolvida por pesquisadores da USP de Ribeirão Preto pertencentes ao Comitê Técnico do Inquérito Epidemiológico SARS-CoV-2. O objetivo dessa pesquisa é determinar o número de pessoas de Ribeirão Preto infectadas pelo coronavírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, e como a doença pode evoluir em um período de duas semanas. A sua participação neste estudo consiste em responder a um questionário, ser submetido a punção de uma veia, para coleta de aproximadamente 5 mL de sangue, e a coleta de secreção nasal, por meio de uma haste flexível com algodão na ponta. Sua participação é totalmente voluntária e você poderá deixar de participar e interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento e que desejar, sem qualquer prejuízo. Além disso, você não é obrigado(a) a responder a qualquer questão com a qual não se sinta confortável. O preenchimento do questionário e a coleta dos exames dura em média 20 minutos.

☐

Suas respostas são muito importantes para o desenvolvimento desta pesquisa. Ao optar por participar, você não terá que pagar por nada, nem receberá nenhuma compensação ou remuneração financeira. Entretanto, terá o benefício de saber se está ou esteve infectado com o vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19. Espera-se que este estudo traga informações importantes para os pesquisadores compreenderem melhor a situação atual dessa pandemia no nosso município e então definir estratégias adequadas de combate à doença.

☐

Considera-se que os riscos ao participar do estudo são mínimos. A coleta de sangue e da secreção nasal não oferecem risco importante à sua saúde, e são procedimentos padrão para o diagnóstico habitual dessa doença na população geral. Entretanto, esses procedimentos podem lhe causar algum desconforto e produzir pequenos sangramentos pela pele ou nariz. Se

☐

☐

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Versão 1, atualizada em 27/04/2020 _____

☐

☐

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GUARDA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Título da Pesquisa: **Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico**

isso acontecer, nossa equipe lhe prestará todo o apoio necessário para a imediata resolução dos eventuais problemas. Além disso, você pode não se sentir à vontade para responder à alguma das questões e, por este motivo, lembramos que você não é obrigado(a) a responder à nenhuma pergunta se não quiser.

O questionário e as amostras colhidas serão vinculadas ao seu nome porque os resultados dos seus exames lhe serão informados quando estiverem prontos. Porém, a análise dos dados do estudo será feita em conjunto de forma anônima apenas pelos pesquisadores responsáveis. Futuramente, os resultados serão apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, ficando garantido que você não será identificado(a), ou seja, seu nome não será divulgado. A sua participação não representa qualquer risco de ordem física.

SOBRE O ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS DE SANGUE

Esta pesquisa está vinculada ao biorrepositório denominado: **Inquérito Epidemiológico SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto** criado pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com o objetivo de guardar as obras do sangue usado para a realização dos exames do estudo, que serão feitos de imediato após coleta.

Esse sangue será armazenado em um local especial denominado biorrepositório localizado no Laboratório de Sorologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana e Prof. Dr. Fernando Bellissimo Rodrigues. Se houver perda ou destruição de suas amostras armazenadas de sangue, a equipe do estudo entrará em contato com você.

O sangue armazenado no biorrepositório será usado para se detectar a presença de anticorpos contra o vírus SARS-CoV-2. A sobra será conservada para pesquisas futuras, com a sua permissão. Apenas pesquisadores que tiverem propostas de pesquisa aprovadas terão acesso a elas. As pessoas que trabalham no laboratório também terão acesso às suas amostras para guardá-las adequadamente e localizá-las quando necessário. Essas amostras não serão identificadas com o seu nome, elas receberão um código especial do estudo, idêntico ao código que você recebeu para o estudo, chamado de número de identificação do participante (NIP). Os documentos que permitem ligar este código especial aos seus dados pessoais serão mantidos em um local seguro no hospital, separado do seu prontuário médico, preservando assim a sua privacidade. As suas amostras não serão vendidas ou usadas diretamente para a produção de produtos comerciais. No futuro, se um pesquisador quiser fazer um novo estudo nas amostras guardadas no biorrepositório, ele ou ela deverá redigir um projeto, que passará pela análise e aprovação dos membros do estudo, pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-HCFMRP-USP) e, se necessário, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP).

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Versão 1, atualizada em 27/04/2020 _____
Página 2/4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GUARDA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Título da Pesquisa: Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico

Para seu conhecimento, informamos o endereço do laboratório e o contato, onde suas amostras ficarão guardadas:

Laboratório de Sorologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Endereço: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto USP, 2º andar, Bloco 5, Campus Universitário Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP CEP: 14048-900 Telefone: (16) 3602-2394

Horário de Funcionamento do Laboratório: Segunda a Sexta-feira, das 08:00 às 17:00h.

Gostariamos de convidá-lo(a) a autorizar a coleta, depósito, armazenamento e utilização do material biológico humano de amostra de sangue para fins de pesquisa e análise científica.

Leia cuidadosamente a declaração abaixo e escreva suas iniciais no espaço apropriado.

Dou permissão para que minhas amostras de sangue sejam armazenadas para uso em estudos futuros aprovados pelas agências brasileiras de regulação CEP/CONEP.

SIM NÃO Iniciais do nome: _____

Após todos estes esclarecimentos, sinto-se totalmente livre em participar da pesquisa, só depois de entender os objetivos do estudo, decida sobre sua participação. Como mencionado, você pode interromper sua participação a qualquer momento e obter esclarecimentos sempre que julgar necessário. Em caso de dúvida ou para conhecimento posterior dos resultados você pode entrar em contato com os pesquisadores pelo e-mail fbellissimo@usp.br ou pelo telefone (16) 3602-2433.

Além do contato dos pesquisadores, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto pode ser contatado pelo telefone (16) 3602-2228, em caso de questões éticas relacionadas à pesquisa. Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionar pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes da pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto está localizado no subsolo do Hospital e funciona das 08:00 às 17:00. Este documento é elaborado em duas vias, devendo uma ficar com você e outra com os pesquisadores responsáveis.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Ribeirão Preto, data: ____/____/____

Nome do pesquisador responsável: _____

Rubrica do participante: _____ Rubrica do pesquisador: _____ Versão 1, atualizada em 27/04/2020
Página 3/4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GUARDA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Título da Pesquisa: **Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico**

Assinatura _____ do pesquisador responsável:

Ribeirão Preto, Data: ____/____/____

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Versão 1, atualizada em 27/04/2020
Página 4/4

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E ASSENTIMENTO PARA GUARDA DE MATERIAL BIOLÓGICO

Título da Pesquisa: **Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico**

☐

Pesquisadores responsáveis:

Fernando Bellissimo Rodrigues, Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900, Ribeirão Preto/SP, telefone: (16) 3602-2905; e-mail: fbellissimo@usp.br

Rodrigo de Carvalho Santana, Professor do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes, 3900, 14049-900, Ribeirão Preto/SP, telefone: (16) 3602-2468, e-mail: santanacrod@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: (16) 3602-2228

☐

☐

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada **“Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico”**, desenvolvida por pesquisadores da USP de Ribeirão Preto pertencentes ao Comitê Técnico de Inquérito Epidemiológico SARS-CoV-2. O objetivo dessa pesquisa é determinar o número de pessoas de Ribeirão Preto infectadas pelo coronavírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19, e como a doença pode evoluir em um período de duas semanas. A sua participação neste estudo consiste em responder a um questionário, ser submetido a punção de uma veia, para coleta de aproximadamente 5 mL de sangue, e à coleta de secreção nasal, por meio de uma haste flexível com algodão na ponta. Sua participação é totalmente voluntária e você poderá deixar de participar a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Além disso, você não é obrigado(a) a responder a qualquer questão com a qual não se sinta confortável. O preenchimento do questionário e coleta dos exames dura em média 20 minutos.

☐

Suas respostas são muito importantes para o desenvolvimento desta pesquisa. Ao optar por participar, você não terá que pagar por nada, nem receberá nenhuma compensação ou remuneração financeira. Entretanto, terá o benefício de saber se está ou esteve infectado com o vírus SARS-CoV-2, causador da COVID-19. Espera-se que este estudo traga informações importantes para os pesquisadores compreenderem melhor a situação atual dessa pandemia no nosso município e então definir estratégias adequadas de combate à doença.

☐

Considera-se que os riscos de participar do estudo são mínimos. A coleta de sangue e a secreção nasal não oferecem risco importante à sua saúde, e são procedimentos padrão para diagnóstico habitual dessa doença na população geral. Entretanto, esses procedimentos podem lhe causar algum desconforto e produzir pequenos sangramentos pela pele ou nariz. Se isso acontecer, nossa equipe lhe prestará todo o apoio necessário para a imediata resolução dos eventuais problemas. Além disso, você pode não se sentir confortável para responder a alguma das questões e, por este motivo, lembramos que você não é obrigado(a) a responder a nenhuma pergunta se não quiser.

☐

☐

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Versão 1, atualizada em 27/04/2020 _____ página 1/4

☐

☐

O questionário e as amostras colhidas serão vinculadas ao seu nome porque os resultados dos seus exames lhe serão informados quando estiverem prontos. Porém, a análise dos dados do estudo será feita em conjunto de forma anônima apenas pelos pesquisadores responsáveis. Futuramente, os resultados serão apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, ficando garantido que você não será identificado(a), ou seja, seu nome não será divulgado. A sua participação não é representativa de qualquer ordem física.

SOBRE O ARMAZENAMENTO DE AMOSTRAS DE SANGUE

Esta pesquisa está vinculada ao biorrepositório denominado: "Inquérito Epidemiológico SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto" criado pelo Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto com o objetivo de guardar sobras do sangue usado para a realização dos exames do estudo, que serão feitos de imediato após a coleta.

Esse sangue será armazenado em um local especial denominado biorrepositório localizado no Laboratório de Sorologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Rodrigo de Carvalho Santana e Prof. Dr. Fernando Bellissimo Rodrigues. Se houver perda ou destruição de suas amostras armazenadas de sangue, a equipe do estudo entrará em contato com você.

O sangue armazenado no biorrepositório será usado para se detectar a presença de anticorpos contra o vírus SARS-CoV-2. A sobra será conservada para pesquisas futuras, com a sua permissão. Apenas pesquisadores que tiverem propostas de pesquisa aprovadas terão acesso às amostras. As pessoas que trabalham no laboratório também terão acesso às amostras para guardá-las de maneira adequada e localizá-las quando necessário. Essas amostras não serão identificadas com o seu nome, elas receberão um código especial do estudo, idêntico ao código que você recebeu para o estudo, chamado de número de identificação do participante (NIP). Os documentos que permitem ligar este código especial aos seus dados pessoais serão mantidos em um local seguro no hospital, separado do seu prontuário médico, preservando assim sua privacidade. As suas amostras não serão vendidas ou usadas diretamente para a produção de produtos comerciais. No futuro, se um pesquisador desejar fazer um novo estudo nas amostras guardadas no biorrepositório, ele não terá que digitar um projeto, que passará pela análise e aprovação dos membros do estudo, pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-HCFMRP-USP) e, se necessário, pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Brasil (CONEP).

Para seu conhecimento, informamos o endereço do laboratório e o contato, onde suas amostras ficarão guardadas:

Laboratório de Sorologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Endereço: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

2º andar, Bloco G, Campus Universitário Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP / CEP: 14048-900

Telefone: (16) 3602-2394

Horário de funcionamento do Laboratório: Segunda a sexta-feira, das 8:00 às 7:00h.

Gostariamos de convidá-lo(a) a autorizar a coleta, o depósito, o armazenamento e a utilização do material biológico humano e a amostra de sangue para fins de pesquisa e análise científica.

Leia cuidadosamente a declaração abaixo e escreva suas iniciais no espaço apropriado.

Dou permissão para que as minhas amostras de sangue sejam armazenadas para uso em estudos futuros aprovados pelas agências brasileiras de regulação CEP/CONEP.

SIM

NÃO

Iniciais do nome: _____

Versão atualizada em 27/04/2020

página

2/4

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E ASSENTIMENTO PARA
GUARDA DE MATERIAL BIOLÓGICO**

Título da Pesquisa: **“Avaliação da prevalência de marcadores virológicos e sorológicos do SARS-CoV-2 na população de Ribeirão Preto: um inquérito epidemiológico”**

Após todos estes esclarecimentos, sinto-se totalmente livre em participar da pesquisa e, só depois de entender os objetivos do estudo, decida sobre sua participação. Como mencionado, você pode interromper sua participação em qualquer momento e ter esclarecimentos sempre que julgar necessário. Em caso de dúvida ou para conhecimento posterior dos resultados você pode entrar em contato com os pesquisadores pelo e-mail bellissimo@usp.br ou pelo telefone (16) 3602-2433.

Além do contato dos pesquisadores, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto pode ser contatado pelo telefone (16) 3602-2228, em caso de questões éticas relacionadas à pesquisa. Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionar pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e em a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto está localizado no Subsolo do Hospital e funciona das 08:00 às 17:00. Este documento é elaborado em duas vias, devendo uma ficar com você e outra com os pesquisadores responsáveis.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Ribeirão Preto, data: ____/____/____

Nome do pesquisador responsável: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Ribeirão Preto, data: ____/____/____

TERMO DE ASSENTIMENTO

Nós somos pesquisadores da USP e formamos um grupo chamado “Comitê Técnico do Inquérito Epidemiológico SARS-CoV-2”. Nosso trabalho é tentar descobrir quantas pessoas que moram em Ribeirão Preto foram infectadas pelo novo coronavírus, e isso que pode acontecer em duas semanas se a pessoa foi infectada por ele. Queremos saber como isso acontece em adultos, crianças e adolescentes, e acreditamos que nossa pesquisa pode nos ajudar.

Por isso, você está sendo convidado a participar desta pesquisa. Você pode escolher se quer participar ou não. Nós conversamos com seus pais ou responsáveis sobre esta pesquisa, e eles sabem que também estamos pedindo seu acordo. Se você quiser participar, seus pais terão que concordar também. Mas, se você não quiser participar, você não é obrigado, e mesmo se seus pais já tiverem concordado. Você pode discutir qualquer coisa desta pesquisa ou deste formulário chamado “termo de assentimento” com seus pais, amigos ou qualquer um com quem você se sentir à vontade de conversar. Pode haver algumas palavras que não entenda ou coisas que você quer que eu explique mais detalhadamente. Por favor, peça que pare em qualquer momento que eu explicar.

Rubrica do participante _____ Rubrica do pesquisador _____ Versão 1, atualizada em 27/04/2020 _____ página

3/4

☐

A sua participação nessa pesquisa consiste apenas em responder a um questionário e permitir que seja coletado um tubo pequeno de sangue da sua veia. Também que seja coletada a secreção de seu nariz, por meio de um tipo de "cotonete". Estas amostras servirão para sabermos se você já pegou ou não o novo coronavírus.

Você não precisa participar desta pesquisa se não quiser. É você quem decide. Se decidir não participar da pesquisa, é seu direito. Até mesmo se disser "sim" agora, você poderá mudar de ideia depois, sem nenhum problema.

A coleta de sangue no "cotonete" são consideradas seguras, dado que já foram feitos em outras pessoas e não houve problemas importantes. Entretanto, a coleta pode ser um pouco desconfortável, às vezes acontecem alguns pequenos sangramentos pela pele ou pelo nariz quando são feitos. Mas esses riscos são pequenos e qualquer coisa que acontecer a equipe de estudo estará pronta para ajudar você, sempre que necessário.

Você não receberá nenhum dinheiro ou recompensa pela participação no estudo. Entretanto, acreditamos que este estudo vai trazer informações importantes para entendermos melhor essa epidemia pelo coronavírus e aí definiremos as estratégias para combatermos a doença.

☐

Não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e também não compartilharemos informações sobre você para qualquer um que não trabalhe na pesquisa. Depois que a pesquisa acabar, todos os resultados serão informados para você e para seus pais.

☐

Você não é obrigado a participar desta pesquisa. Ninguém ficará chateado ou desapontado com você se você disser "não". Escolha a sua. Você pode pensar nisso e falar depois se quiser. Você pode dizer "sim" agora e mudar de ideia depois. Tudo continuará bem.

☐

Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar agora ou quando quiser. Você ou seus pais podem entrar em contato com os pesquisadores pelo e-mail bellissimo@usp.br ou pelo telefone (16) 3602-2433.

☐

A criança/adolescente entendeu os riscos e desconfortos da participação na pesquisa:

(Sim Não)

☐

Nome da criança ou adolescente: _____

Assinatura do participante: _____

Ribeirão Preto, Data: ___/___/_____

☐

Nome do pesquisador responsável: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Ribeirão Preto, Data: ___/___/_____

☐

☐

☐