

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANA JÚLIA CAMARGO

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O  
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DE SÃO PAULO**

São Carlos -SP

2023

ANA JÚLIA CAMARGO

**ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA O  
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde- Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Sílvia Carla da Silva André Uehara

São Carlos-SP

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Ana Júlia Camargo, realizada em 26/01/2024.

**Comissão Julgadora:**

Profa. Dra. Sílvia Carla da Silva André Uehara (UFSCar)

Profa. Dra. Rosely Moraes de Figueiredo (UFSCar)

Profa. Dra. Susana Segura Muñoz (USP)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

---

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pois graças a ele consegui enfrentar todas as adversidades e ter resiliência.

Aos meus pais, Ricardo e Silvana, que sempre foram o meu incentivo para seguir a área acadêmica e sempre investiram na minha educação.

A minha irmã Álicie, pelo apoio prestado sempre que precisei.

Aos meus amigos Matheus Correia Gomieri, Beatriz Santos Bondioli, Hillary Micaela de Souza Parizoto, Daliana Mariano de Almeida, Ana Júlia Pesarini Peres e Christiano Bruneli Peres por todo suporte e apoio.

Ao meu Prof. Mestre João Cesar Jacon que durante a graduação foi minha inspiração para ingressar na área acadêmica e por todo suporte e incentivo.

As docentes de graduação Luciana Braz de Oliveira Paz e Ana Paula de Vechi Corrêa por todo suporte prestado durante o programa de pós-graduação.

À Profa. Dra. Sílvia Carla da Silva André Uehara, minha orientadora, pelas orientações prestadas e pelo incentivo durante o desenvolvimento do mestrado.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar por suas contribuições dentro da minha vida acadêmica.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, por todo suporte prestado.

## RESUMO

Camargo A, J. **Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, 2023.

O objetivo deste estudo foi avaliar os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no enfrentamento à Covid-19 do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal analítico, realizado com 261 gestores da APS dos 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do estado de São Paulo. Para a coleta de dados foi construído um questionário com base no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS do Ministério da Saúde e o mesmo foi enviado via email para as secretarias de saúde dos municípios paulistas. Os dados foram analisados, considerando o porte populacional dos municípios, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e cobertura de Equipe da Saúde da Família (eSF) e Equipe de Atenção Primária (eAP). Para tanto foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com efeito aleatório, as análises foram realizadas no software SAS 9.4 e os gráficos por meio do R4.1.2, foi adotado 5% como nível de significância. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos. Participaram do estudo 261 gestores, destacam-se que 215 (82,3%) eram do sexo feminino, sendo 37 (14,1%), 35 (13,4%), 32(12,2%) e 28 (10,7%) dos entrevistados, respectivamente, oriundos dos DRS XV- São José do Rio Preto, IX- Marília, I- Grande São Paulo e VI- Bauru. Em relação à formação e função dos gestores, destacam-se que 192 (73,6%) possuíam formação na área das Ciências da Saúde e 60 (23%) eram secretários de saúde. Ao analisar a participação dos gestores por porte populacional dos municípios, 53 (20,3%) pertenciam a municípios de porte populacional 4, ou seja, com população de 20001 a 50000 habitantes ; 211 (80,8%) pertenciam a municípios com IDH alto, 229 (87,7%) eram oriundos de municípios com cobertura de eAP menor que 25% e 139 (53,3%) de municípios com cobertura de eSF acima de 75%. Dentre os resultados, destacam-se que o uso de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento de casos e consultas foram 25% mais prevalentes em municípios de porte 1 ou 2, quando comparados com municípios de portes 3 ou 4 e 36% mais prevalentes em municípios de portes 1 ou 2, quando comparados aos de portes 5,6 ou 7; a avaliação prévia pela APS de casos de Covid-19 notificados na RAS foi 32% mais prevalente em municípios de IDH médio comparado aos municípios de IDH muito alto. Já o acompanhamento de usuários com síndrome gripal, considerados do grupo de risco para o desenvolvimento da forma grave da Covid-19, a cada 24 horas e via telefone, foi 14% e 89% mais prevalente em municípios de IDH médio, respectivamente, do que em municípios de IDH alto e muito alto e 66% mais prevalente em municípios com IDH alto comparados ao de IDH muito alto. Em relação ao uso de tecnologias para o teleatendimento em atendimentos pré clínicos, diagnósticos, acompanhamento de casos e consultas foi 31% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado a municípios com cobertura de eAP igual a 75% ou mais e 36% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP entre 50% e 74,99% do que em municípios com cobertura de eAP igual ou maior 75%; sendo 24% mais prevalente em municípios com cobertura de eSF entre 25% e 49,99% do que em municípios com cobertura igual ou maior que 75%. Conclui-se que os 17 DRS do Estado de São Paulo reorganizaram a assistência na APS para o enfrentamento da pandemia de Covid-19; entretanto, apresentaram

semelhanças e diferenças, a depender do IDH do município, porte e tipo de serviço ofertado por esse nível de assistência.

Descritores: Covid-19; Atenção Primária à Saúde; Organização; Pandemia.

## ABSTRACT

Camargo A,J. Organization of Primary Health Care to face the Covid-19 pandemic in the State of São Paulo. Thesis (Master's degree). Postgraduate Nursing Program at the Federal University of São Carlos, 2022.

The objective of this study was to evaluate Primary Health Care services in the fight against Covid-19 in the State of São Paulo. This is an analytical cross-sectional study conducted with 261 PHC managers from the 17 Regional Health Departments of the state of São Paulo. For data collection, a questionnaire was built based on the Protocol for the Clinical Management of Coronavirus (Covid-19) in the Primary Health Care of the Ministry of Health and it was sent by email to the health secretariats of the municipalities of São Paulo. The data were analyzed considering the population size of the municipalities, Human Development Index and coverage of the Family Health Team and Primary Care Team. For this purpose, the Poisson regression model with random effect was used, the analyses were performed using the SAS 9.4 software and the graphs using the R4.1.2, 5% was adopted as the level of significance. The research was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of São Carlos. A total of 261 managers participated in the study, of which 215 (82.3%) were female, 37 (14.1%), 35 (13.4%), 32 (12.2%) and 28 (10.7%) of the interviewees, respectively, from DRS XV- São José do Rio Preto, IX-Marília, I-Grande São Paulo and VI-Bauru. Regarding the training and role of managers, it is noteworthy that 192 (73.6%) had training in the area of Health Sciences and 60 (23%) were health secretaries. When analyzing the participation of managers by population size of the municipalities, 53 (20.3%) belonged to municipalities of population size 4, that is, with a population of 20001 to 50000 inhabitants; 211 (80.8%) belonged to municipalities with high human development index, 229 (87.7%) came from municipalities with family health team coverage below 25%, and 139 (53.3%) from municipalities with family health team coverage above 75%. Among the results, it is highlighted that the use of information technologies for telecare in pre-clinical care, diagnoses, case follow-up and consultations were 25% more prevalent in municipalities of size 1 or 2, when compared to municipalities of size 3 or 4 and 36% more prevalent in municipalities of size 1 or 2, when compared to municipalities of size 5, 6 or 7; the previous assessment by primary care team of Covid-19 cases reported in the health care networks was 32% more prevalent in municipalities with medium human development index compared to municipalities with very high human development index. On the other hand, the follow-up of users with flu-like syndrome, considered to be in the risk group for the development of the severe form of Covid-19, every 24 hours and via telephone, was 14% and 89% more prevalent in municipalities with medium human development index, respectively, than in municipalities with high and very high human development index, and 66% more prevalent in municipalities with high human development index compared to those with very high human development index. Regarding the use of technologies for telecare in pre-clinical care, diagnoses, case follow-up and consultations, it was 31% more prevalent in municipalities with primary care team coverage of less than 25% when compared to municipalities with primary care team coverage equal to 75% or more and 36% more prevalent in municipalities with primary care team coverage between 50% and 74.99% than in municipalities with primary care team coverage equal to or greater than 75%, being 24% more prevalent in municipalities with family health team coverage between 25% and 49.99% than in municipalities with coverage equal to or greater than 75%. It is concluded that the 17 regional health departments

of the State of São Paulo reorganized primary health care care to cope with the Covid-19 pandemic; however, they presented similarities and differences, depending on the human development index of the municipality, size and type of service offered by this level of care.

**Descriptors:** Covid-19; Primary Health Care; Organization; Pandemic.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população do estudo por Departamento Regional de Saúde (DRS) do estado de São Paulo. São Carlos, 2023.....	25
Tabela 2 - Descrição da população do estudo por região administrativa do estado de São Paulo. São Carlos, 2023. ....	26
Tabela 3 - Descrição da função e formação, sexo e idade dos participantes da pesquisa no Estado de São Paulo. São Carlos, 2023. ....	27
Tabela 4 - Caracterização dos municípios quanto ao porte populacional, cobertura por eAP e eSF e IDH no Estado de São Paulo. São Carlos, 2023.....	28
Tabela 5 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. São Carlos, 2023.....	29
Tabela 6 - Caracterização do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia. São Carlos, 2023. ....	32
Tabela 7 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 nos DRS I ao DRS V. São Carlos, 2023.....	34
Tabela 8 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 nos DRS VI ao DRS X. São Carlos, 2023.....	37
Tabela 9 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 nos DRS XI a DRS XVII. São Carlos, 2023. ....	38
Tabela 10 - Caracterização do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia nos DRS I ao DRS V. São Carlos, 2023. ....	40
Tabela 11 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia nos DRS VI- DRS X. São Carlos, 2023.....	41
Tabela 12 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia nos DRS XI a DRS XVII. São Carlos, 2023.....	43
Tabela 13 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023.....	45
Tabela 14 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023.....	48
Tabela 15 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023. ....	49
Tabela 16 - Caracterização do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023. ....	51
Tabela 17 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com o porte populacional do município. São Carlos, 2023. ....	53
Tabela 18 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de acordo com o porte populacional do município. São Carlos, 2023.....	54
Tabela 19 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com o porte populacional do município, por meio da razão de prevalência. São Carlos, 2023.....	55
Tabela 20 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o porte populacional do município, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023.....	56

Tabela 21 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando o porte populacional do município, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023. ....	57
Tabela 22 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando o porte populacional do município, de acordo o valor p. São Carlos, 2023. ....	58
Tabela 23 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023. ....	60
Tabela 24 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023. ....	61
Tabela 25 - Comparação do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023. ....	62
Tabela 26 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo o valor p. São Carlos, 2023. ....	63
Tabela 27 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eAP, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023. ....	65
Tabela 28 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eAP, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023. ....	66
Tabela 29 - Comparação no manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eAP, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023. ....	68
Tabela 30 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eAP, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023. ....	69
Tabela 31 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eSF, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023. ....	70
Tabela 32 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eSF, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023. ....	71
Tabela 33 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eSF, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023. ....	73
Tabela 34 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eSF, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023. ....	73

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

CNS Conselho Nacional de Saúde

DRS Departamento Regional de Saúde

eAP equipe de Atenção Básica

EPI Equipamento de proteção individual

eSF equipe de Saúde da Família

ESF Estratégia da Saúde da Família

FAMERP Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH Índice de Desenvolvimento Humano

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

RAS Rede de Atenção à Saúde

RDH Relatório de Desenvolvimento Humano

RNA Ácido ribonucleico

SARS-CoV-2 Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2

SI-PNI Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

SRAG Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>21</b>
<b>4 MATERIAIS E MÉTODO</b> .....	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>25</b>
<b>6 CONCLUSÃO</b> .....	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>76</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No final de 2019, em Wuhan, na China, foi identificado um novo tipo de coronavírus; posteriormente, designado SARS-CoV-2 (Síndrome Respiratória Aguda Grave de Coronavírus 2), agente causador da Covid-19, pertence à família de vírus Coronaviridae, constituído por RNA (ácido ribonucleico) de fita simples e envolvido por uma cápsula formada por lipídios e proteínas (CUSTODIO, BENITO, 2022). A Organização Mundial de Saúde (OMS) decretou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional no dia 30 de janeiro do ano de 2020 e pandemia de Covid-19 em 11 de março do mesmo ano e após 3 anos, em 2023, foi decretado o fim da emergência de saúde pública; entretanto, continua o status de pandemia. Nesses três anos, no Brasil, foram notificados mais de 37.862.660 casos de Covid-19 e mais de 704.159 óbitos (LIMA, RODRIGUES, DELDUQUE, 2022; BRASIL, 2023).

No Brasil, as ações para reorganização do sistema de saúde iniciaram pelo setor hospitalar e ambulatorial; posteriormente, direcionou uma atenção para a Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse cenário, o Ministério da Saúde (MS) publicou o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na APS, com o objetivo de padronizar e reorganizar a assistência nesse nível de assistência aos usuários suspeitos ou confirmados com Covid-19. Com base nesse Protocolo, os serviços da APS diante de usuários com suspeita de Covid-19, desenvolveram ações preventivas para minimizar o risco de contaminação na unidade de saúde, além de proporcionar tratamento e orientação aos usuários quanto ao isolamento em domicílio, além de observar sinais e sintomas que indicam o agravamento da doença (GOIS-SANTOS et al., 2020; BRASIL, 2020).

Já no estado de São Paulo, a Secretaria Estadual de Saúde publicou o Plano de Contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), com orientações sobre a organização do sistema de saúde para o enfrentamento da Covid-19, incluindo os serviços da APS. Esse documento descreve que a APS deve ser responsável por proporcionar terapêutica e recomendações de isolamento em domicílio aos casos leves da doença e encaminhamentos dos casos graves. Esse Plano, também determina o fluxo dos usuários com sintomas respiratórios, incluindo desde o acesso aos serviços da APS até a alta hospitalar (SÃO PAULO, 2020). Ressalta-se que a APS também deve estar preparada para receber esse usuário após a alta e prestar assistência até a plena recuperação (SÃO PAULO, 2020; CONASS, 2020).

A pandemia de Covid-19 desafiou a efetividade dos sistemas de saúde, especialmente os serviços da APS, que tiveram que se reorganizar para enfrentar a elevada demanda ocasionada pela doença, bem como manter os atendimentos de rotina. A APS desempenhou funções essenciais durante a fase crítica da pandemia, fundamentada nos princípios de proteção, prevenção e controle da doença (FERNANDES et al, 2022). A literatura científica aborda amplamente sobre como a APS deveria atuar no contexto da pandemia; porém, por meio de estudos de casos, relatos de experiências, reflexões e opiniões ; assim, este estudo minimiza a lacuna no conhecimento, por apresentar uma análise ampla sobre a reorganização da APS no estado mais populoso do país, São Paulo; porém, com uma grande diversidade social e econômica entre as regiões.

Nesse contexto, este estudo se justifica em compreender como a APS se reorganizou diante da pandemia de Covid-19. Trata-se de um estudo inédito e o seus resultados serão essenciais para repensar o papel da APS dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), evidenciando as fortalezas e limitações desse nível de assistência no enfrentamento da crise sanitária.

Os resultados desta pesquisa poderão contribuir para a reflexão sobre a necessidade do aprimoramento da RAS, considerando o papel de centralidade da APS, além oferecer informações que podem ser utilizadas para potencializar as ações de vigilância em saúde, bem como o planejamento das ações de saúde, evidenciando a necessidade de uma APS robusta e capaz de ordenar o cuidado na RAS, que por sua vez deve estar organizada em um sólido arranjo regional. Também podem contribuir para subsidiar as ações de promoção da saúde e cuidado integral à saúde dos usuários, com vistas a propiciar uma melhor qualidade de vida. Espera-se enfatizar a atenção da comunidade científica e de gestores para a necessidade do fortalecimento da APS, com a expansão da equipe de saúde da família (ESF) e a priorização de todos os seus atributos, com ênfase na competência cultural, orientação familiar e comunitária. Portanto, este estudo parte da seguinte pergunta-problema: Como os serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) se reorganizaram para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Estado de São Paulo?

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou pandemia de Covid-19 no dia 11 de março de 2020, e 215 países já tinham sido atingidos pela doença em julho do mesmo ano (JAMSHAIID et al., 2020). Os primeiros casos foram identificados em Wuhan, China no final de dezembro de 2019. No território brasileiro, o primeiro indivíduo identificado com Covid-19 ocorreu em 26/02/2020 e o primeiro óbito em 17/03/2020 (IRUMA et al, 2022; CUSTODIO, BENITO, 2022).

A transmissão do SARS-COV-2 ocorre por meio do contato, gotículas ou exposição a aerossóis. O primeiro tipo de transmissão ocorre por meio do contato direto com um indivíduo contaminado que pode ser por um aperto de mão com o ser humano com SARS-COV-2 e após contato da mão contendo o vírus com mucosas, como boca e nariz ou também pode acontecer por meio do contato indireto que acontece quando há contato com objetos contaminados com a doença (WORLD HEALTH ORGANIZATION,2020 ; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A segunda forma de transmissão acontece quando o indivíduo contaminado tosse ou espirra e as gotículas maiores que 5  $\mu\text{m}$  contendo o vírus atingem outra pessoa que está dentro da distância de 1 metro. A terceira forma de contaminação ocorre quando gotículas menores que 5  $\mu\text{m}$  ou aerossóis, advindos do sistema respiratório que contém o vírus ficam suspensas no ar por um período maior de tempo e podem transmitir o vírus em distância maior do que 1 metro de onde foram expelidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION,2020; CENTER FOR DISEASE CONTROLE AND PREVENTION, 2021; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O SARS-COV-2 pode manter-se no ar durante o período de 3 horas e pode atingir até 6 metros de distância, atingindo essa distância em lugares que não possui ventilação adequada e são fechados e em locais que possuem pessoas contaminadas exalando fluídos respiratórios por meio de esforço físico ou até mesmo elevando o timbre da sua voz fazendo com que aumente a quantidade de exalação desses fluídos no ambiente e provocando essa situação por um período prolongado que seria maior do que 15 minutos (HOWARD et al, 2021; STADNYTSKYI et al, 2020; PAN, LEDNICKY, WU, 2019; CENTER FOR DIASEASE CONTROLE AND PREVENTION, 2021).

Em relação aos sinais e sintomas da Covid-19, os casos da doença podem ser classificados em assintomáticos, casos leves, moderados, graves e críticos. Assim, um caso assintomático é definido por apresentar um teste de Covid-19 cujo resultado é positivo; porém, a pessoa não apresenta sintomas. Os casos leves são marcados pela presença de sintomas que não há especificidade como tosse, coriza, queixas álgicas na garganta que podem apresentar

após ou não ageusia, anosmia, diarreia, dor abdominal, hipertermia, calafrios, dores musculares e na região cefálica e /ou fadiga (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os casos moderados apresentam sinais e sintomas leves da doença como tosse e febre persistentes ou até mesmo agravamento de algum sintoma que tenha associação com a Covid-19 como fraqueza muscular, prostração, redução no apetite e diarreia. Nesses casos também pode haver sintomatologia típica de pneumonia que pode apresentar agravamento. Já nos casos graves, há a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), caracterizada pela presença de falta de ar, desconforto respiratório, existência de pressão torácica persistente, saturação menor que 95% em indivíduos que estão respirando sem auxílio de oxigênio, além de apresentar coloração azul em face ou nos lábios. Os casos críticos são caracterizados pela sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, perda de função de vários órgãos ao mesmo tempo, pneumonia severa; sendo necessário o suporte para ventilação em leitos de unidades de terapias intensivas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Estudo de coorte retrospectivo que foi realizado em território brasileiro com 468.226 indivíduos que testaram positivo para Covid-19 e foram hospitalizados, foi possível analisar que os sinais e sintomas como falta de ar, saturação menor que 95%, tosse, desconforto respiratório e febre foram mais frequentes do que os demais, sendo que a falta de ar foi encontrada em 83,3% dos participantes, a saturação menor que 95% em 81,3% dos entrevistados, a tosse em 79%, desconforto no ato de respirar em 70,6% e a febre em 66,5% dos positivados (GUIMARÃES et al, 2022).

No Peru, ao analisar 101 indivíduos hospitalizados por Covid-19 durante o período de 5 de abril a 25 de julho de 2020, foi verificado que os principais sintomas apresentados pelos pacientes foram falta de ar (86,1%), febre (74,3%), dor no peito (45,9%), sintomatologias relacionadas à estomago e intestino (11,9%), dor muscular (6,9%) e dor em região cefálica (5,0%). Já na segunda onda da pandemia, período entre 23 de fevereiro e 7 de abril de 2021, destacaram-se os seguintes sintomas entre as pessoas internadas pela doença, dispneia (86,8%), tosse (77,5%) e mialgia (70,9%). Comparando a saturação de oxigênio presentes nos participantes na primeira e na segunda onda da Covid-19, os resultados foram 82% e 80% nessa ordem (ALEJANDRO et al, 2022).

Já no Chile, uma análise sobre a sintomatologia apresentada por adultos com Covid-19, no período de 1 de abril a 31 de julho de 2020, evidenciou que os principais sinais e sintomas referidos foram mal estar geral (78,9%), dores musculares (64,3%), febre (52,3%), dor em região cefálica (70,2%), congestão nasal (38,9%), dor ao deglutir (32,6%), anosmia/digeusia



(59,5%), tosse (55,5%), ato de expectorar (15,8%), falta de ar (54,1%), anorexia (37,6%), náuseas (22,1%), êmeses (9,3%) e diarreia (36,2%) (PEÑAFIEL et al, 2021).

A literatura evidencia que existem diversas variáveis que estão associadas ao maior risco de o indivíduo desenvolver a forma grave da Covid-19, como ser do sexo masculino, menor grau de escolaridade, aumento da idade e raça parda e negra. Além disso, também se destacam as pessoas que possuem comorbidades como as doenças que acometem o sistema cardiovascular, diabetes mellitus, doenças crônicas que acometem os fígados, rins e sistema neurológico, além da obesidade, independente da faixa etária (GUIMARÃES et al, 2022).

Estudo mostrou que mais de 80% da população pode desenvolver a forma assintomática e/ou apresentar sintomas leves da Covid-19; e, uma parte da população pode desenvolver a forma mais grave da doença, caracterizada por pneumonia, síndrome de desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória aguda ou em vários órgãos, edema no pulmão, sepse e choque séptico (ABEBE et al., 2020). Nesse contexto, no início da pandemia, sem medicamentos específicos e sem vacina, 15% das pessoas infectadas com a doença precisaram de serviços hospitalares e 5% necessitaram de suporte intensivo (THEVARAJAN, BUISIN, COWIE, 2020).

Ao longo dos anos, a pandemia de Covid-19 passou por diversos momentos, alguns mais críticos, apresentando um elevado número de casos e óbitos. Destaca-se que por não ter um tratamento específico e ao longo de um ano não tinha vacina, propiciou o aparecimento de variantes, bem como, foram surgindo ao longo dos anos, devido às diferenças regionais dos países no acesso à vacina.

A OMS classificou as variantes da Covid-19 em de interesse e preocupação, sendo que as variantes de interesse são definidas como Épsilon, Zeta, Eta, Theta, Iota, Kappa, Lambda e Mu. As variantes de preocupação são caracterizadas por apresentarem transmissão e gravidade em proporção maior na Covid-19, além de menor susceptibilidade quando sujeitos a uma ou mais medidas terapêuticas e menor efeito dos anticorpos neutralizantes, sendo as principais variantes Alfa, Beta, Gamma, Delta e Ômicron (AGUILAR- GAMBOA et al, 2021).

A variante Alfa foi descoberta em dezembro de 2020 no Reino Unido, tornou-se predominante em mais de 130 países em abril de 2021, período em que foi verificado casos de Covid-19 de maior gravidade, além de um maior registro de óbitos entre os adultos. Indivíduos acometidos por essa variante referiram apresentar menos perda relacionadas aos sentidos olfato e paladar; entretanto, foi referido uma maior ocorrência de tosse. Nesse mesmo período, foi verificado a variante Beta, identificada no Sul da África, e tornou-se reconhecida devido ao

processo de transmissão e de escape ao sistema imunológico incrementados (LARA et al., 2021; ELLIOT et al., 2021).

Já a variante Gamma surgiu em território brasileiro em dezembro de 2020 e foi responsável por um aumento de 1,4% a 2,2% na transmissibilidade comparada a outras variantes e apresentou capacidade de acometer 25% a 61% da imunidade que garante proteção gerada após um processo infeccioso anterior provocado por algum outro tipo de variante. A variante Delta, também foi identificada em dezembro de 2020, na Índia, e tornou-se conhecida por apresentar capacidade maior de transmissão e escape do sistema imunológico natural ou artificial. Os indivíduos acometidos com essa variante apresentaram cefaleia, dores na região da garganta, coriza e febre. (BEDOYA-SOMMERKAMP et al., 2021; YOMAYUSA et al., 2021).

A variante Ômicron foi identificada em Botsuana em novembro de 2021 e foi verificado um aumento de 2 a 3 vezes maior de transmissão da Covid-19 que a variante Delta. Em relação à gravidade, a chance de hospitalização de casos da variante Ômicron, foi 29% menor. Os principais sintomas identificados foram febre, tosse seca, fadiga, mialgia, dor de garganta, cefaleia e taquicardia (AFSHAR et al., 2023; ORELLANA- CENTENO, SOTELO, 2022).

A pandemia de Covid-19 pode ser considerada a maior crise sociosanitária do último século, uma vez que se disseminou rapidamente pelo mundo, exigiu uma reorganização rápida dos sistemas de saúde e medidas rígidas para o controle de mobilidade de pessoas, impactando diretamente os aspectos socioeconômicos. Assim, diante dessa emergência, houve um forte investimento, no desenvolvimento de uma vacina contra a doença, sendo desenvolvida em um tempo recorde, em menos de 1 ano; entretanto, a sua distribuição e acesso foi em tempo e quantidade diferente entre os países; obviamente os países mais ricos tiveram acesso primeiro; exigindo que a OMS organizasse o Covax-Facility para garantir a distribuição das vacinas para os países mais pobres.

Nesse cenário, a vacinação de adultos contra a Covid-19 no Brasil, iniciou em janeiro de 2021, sendo aprovadas para uso emergencial os imunizantes Sinovac/Butatan e AstreZeneca/Fiocruz (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 definiu os grupos prioritários, devido ao reduzido número de doses disponíveis no início da vacinação contra a Covid-19, assim, idosos com mais de 80 anos, profissionais de saúde foram os primeiros grupos a receber a vacina (JUNIOR et al., 2022).

Ao decorrer do tempo, as doses de vacinas foram aumentando, permitindo um avanço da vacinação contra a Covid-19 entre os diferentes grupos populacionais; entretanto, a vacinação para gestantes, iniciou no Estado de São Paulo em junho de 2021 no; e

posteriormente, o Ministério da Saúde liberou para o Brasil, após intensa manifestação de órgãos e entidades de classe (FRANCO et al, 2023).

A distribuição de vacinas contra a Covid-19 foi realizada inicialmente para os adultos; e, após mais de dois anos, a população adulta foi imunizada majoritariamente. Entretanto, a cobertura vacinal de Covid-19 em crianças é baixa, uma vez que o acesso às vacinas para essa faixa etária ocorreu posteriormente, e, principalmente devido à falta de adesão dos pais. Essa falta de adesão à vacinação contra a Covid-19 pelos pais e responsáveis por crianças, especialmente as menores, também está relacionada a fake news, política e ideologia (SOUTO, 2022).

Além da vacinação, as medidas preventivas não farmacológicas contra a Covid-19 incluem higienização das mãos e dos ambientes, etiqueta respiratória, além do isolamento de indivíduos com suspeita ou com diagnóstico de Covid-19 e utilização de máscaras por pessoas com sintomas gripais, suspeitos ou com diagnóstico de Covid-19 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

No contexto da vacinação contra a Covid-19 e a própria evolução da pandemia de Covid-19, destacam-se as ações e a integração da vigilância em saúde realizadas nos serviços da APS, sendo considerada a mola propulsora do Programa Nacional de Imunização (NEVES et al, 2022).

Entretanto, desde o início da pandemia, os serviços da APS se reorganizaram para enfrentar a crise sanitária, mas de forma diferente em cada região do país e até mesmo dentro de um mesmo estado, além de ser influenciada por diversos fatores. De acordo com o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) do Ministério da Saúde, a APS deve realizar o manejo dos indivíduos com suspeitas de síndrome gripal como a identificação dos casos suspeitos de Covid-19, adoção de medidas que impeçam o contágio dentro dos serviços de saúde, verificação da gravidade da doença por meio da estratificação dos casos, monitoramento do isolamento em residência e encaminhamentos quando necessários, além da realização da notificação imediatamente e promoção das ações de prevenção da doença na comunidade e auxílio à vigilância ativa (BRASIL, 2020).

A APS destaca-se por ser a principal porta de entrada dos usuários na RAS e responsável por solucionar a maioria dos problemas relacionados à saúde dos usuários, sendo essencial no contexto da pandemia, desde a identificação, acompanhamento e monitoramento dos casos (SILVA; CORRÊA; UEHARA, 2022).

A assistência da APS pode ser realizada pelas equipes de estratégia de saúde da família (eSF), compostas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião dentista

e técnico de saúde bucal e agentes comunitários; e, pelas equipes de Atenção Primária (eAP) que são formadas por médicos e pela enfermagem (HARZHEIM et al, 2020).

Destaca-se o trabalho da APS diante de epidemias da dengue e zika, que executou medidas preventivas e diagnósticas, além de tratamentos e processos de reabilitação dos acometidos. Ademais, ações de rastreamento e assistência a contatos são rotineiras nos serviços da APS, que possui um potencial dentro do contexto de emergências na saúde pública associado às orientações direcionadas à comunidade, após uma análise epidemiológica, além do vínculo e contato próximo com as pessoas (FERNANDEZ, FERNANDES, MASSUDA, 2022).

Diante da pandemia de Covid-19, foi necessário a APS desenvolver estratégias para o enfrentamento da emergência de saúde, elaborando ações em saúde que tivessem o intuito de não gerar disseminação da doença à população. Diversas experiências foram adotadas nesse nível de atenção à saúde, como a orientação à comunidade de que idosos com suspeita da doença deveriam buscar assistência em saúde primeiramente em uma unidade básica de saúde. Os serviços da APS também possuíam um diagnóstico da população considerada de risco para o desenvolvimento da forma grave da Covid-19 adscrita nos territórios de abrangência; além da utilização da telemedicina para monitorar e acompanhar os usuários suspeitos ou confirmados com a doença (SILVA NINA et al., 2022).

A partir da fase crítica da pandemia, a APS passou a dispor do teleatendimento, tornando mais acessível a assistência em saúde, além de diminuir gastos, tempo e risco de contaminação (SILVA NINA et al., 2022; OLIVEIRA et al., 2023). Nesse contexto, os estados brasileiros, forneceram às suas populações atendimentos pré-clínicos por meio de teleconsulta no período da pandemia, entretanto, com diferenças entre eles. Os estados das regiões Centro-Oeste e Sudeste ofereceram a 100% da população acesso à teleconsulta em atendimentos pré-clínicos, já nos estados do Sul o acesso foi de 66,7%, região Norte 57,1% e na região Nordeste 44,4% (OLIVEIRA et al, 2023).

A APS teve papel significativo durante a evolução da pandemia, características essenciais foram fundamentais para assistir as pessoas com Covid-19, como o conhecimento do território e o vínculo entre usuário e equipe, contribuíram para garantir uma assistência integral à saúde, realizando monitoramento das famílias que apresentavam vulnerabilidade, além de os acompanhar casos suspeitos ou de menor gravidade da enfermidade (SILVA, CORRÊA, UEHARA, 2022).

O trabalho da APS e o fortificação dos seus atributos foram importantes para combater a Covid-19. Contudo a assistência em saúde dentro da APS deve englobar a continuidade de medidas direcionadas para a prevenção, imunizações, monitoramento de mulheres no período

de gestação e lactação, o cuidado em urgências de pequeno porte e em casos de agudização de enfermidades crônicas (FERNANDES et al., 2022).

### **3 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a organização e assistência oferecida pelos serviços da APS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Estado de São Paulo.

#### **3.1 Objetivos específicos**

- Avaliar a organização e assistência da APS para o enfrentamento da Covid-19 no estado de São Paulo, considerando os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e regiões administrativas.

- Avaliar a organização e a assistência oferecida pela APS às pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19 entre os municípios, considerando a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) quanto ao porte populacional.

- Avaliar a organização e a assistência oferecida pela APS às pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19 entre os municípios, considerando a classificação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) municipal.

- Avaliar a organização e a assistência oferecida pela APS às pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19 entre os municípios, considerando os diferentes serviços inseridos na APS.

## 4 MATERIAIS E MÉTODO

### 4.1 NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal analítico.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O Estado de São Paulo possui 645 municípios e a Secretaria de Estado da Saúde se organiza por meio de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), a saber: DRS I - Grande São Paulo, DRS II – Araçatuba, DRS III – Araraquara, DRS IV - Baixada Santista, DRS V – Barretos, DRS VI – Bauru, DRS VII – Campinas, DRS VIII – Franca, DRS IX – Marília, DRS X – Piracicaba, DRS XI - Presidente Prudente, DRS XII – Registro, DRS XIII - Ribeirão Preto, DRS XIV - São João da Boa Vista, DRS XV - São José do Rio Preto, DRS XVI – Sorocaba e DRS XVII – Taubaté (SÃO PAULO, 2012). Assim, este estudo foi realizado nos 17 DRS do Estado de São Paulo.

### 4.3 COLETA DE DADOS

A população do estudo foi composta por 261 gestores da APS dos 17 DRS do estado de São Paulo. Dentre os critérios de inclusão da pesquisa, estão: ser gestor do serviço de APS por no mínimo 3 meses durante o período da pandemia de Covid-19 e como critérios de exclusão estão os gestores que durante o período da pandemia de Covid-19 não estavam presentes no serviço da APS devido às férias ou licença.

Para a coleta de dados foi construído um questionário com base no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). O questionário foi composto por 16 questões, sendo que 15 questões apresentavam opções de resposta como sim ou não e apenas uma questão que analisava a qualidade dos equipamentos de proteção individual (EPIs) foi subdividida em 2 itens, tendo como opção sim ou não e classificação da qualidade dos EPIs em muito ruim, regular, bom e muito bom. As questões formuladas versavam sobre as adaptações do serviço, reestruturação do fluxo de atendimento, alterações nos serviços de referência e contrarreferência, adequações da estrutura física, deslocamento de profissionais de saúde de risco para o home office, notificações dos casos de Covid-19 ou suspeitos, utilização de protocolos específicos,

capacitações, EPIs, encaminhamentos do usuários a outros serviços da RAS, tecnologia na assistência, atendimentos prioritários e acompanhamento dos usuários com síndrome gripal pelo telefone (APÊNDICE A).

Os dados desta pesquisa fazem parte de um estudo maior, financiado pelo CNPq Processo 402507/2020-7, intitulado “Avaliação da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19: comparação entre os municípios brasileiros. Esta pesquisa contou com o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) que divulgaram amplamente entre as secretarias de saúde, além disso, a pesquisa foi divulgada em mídias sociais e o formulário foi enviado via email para as secretárias de saúde dos municípios.

#### 4.4 ANÁLISE DE DADOS

Os questionários foram enviados para os gestores pelo Google forms e os dados obtidos ficaram armazenados em planilhas do programa Excel. A descrição das variáveis qualitativas foi realizada por meio de frequências absolutas e utilizando porcentagens, já as das variáveis quantitativas foram por meio da média, desvio- padrão, mínimo, mediana e máximo.

Considerando o porte dos municípios para a análise de dados, foi utilizado a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a saber: porte 1: até 5 mil habitantes; porte 2: de 5001 a 10000 habitantes; porte 3: de 10001 a 20000 habitantes; porte 4: de 20001 a 50000 habitantes; porte 5: de 50001 a 100000 habitantes; porte 6: de 100001 a 500000 habitantes; e, porte 7: mais de 500000 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2017).

Para a análise do Índice do Desenvolvimento Humano (IDH), foi considerado a classificação publicada no Relatório de Desenvolvimento Humano Global (RDH) de 2014, a saber: baixo desenvolvimento humano menor que 0,550; médio desenvolvimento humano entre 0,550 e 0,699; alto desenvolvimento humano entre 0,700 e 0,799; e muito alto desenvolvimento humano acima de 0,800 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Em relação à cobertura de Equipe de Atenção Primária (eAP) e Equipe de Saúde da Família (eSF), não foi encontrado na literatura um parâmetro sobre a cobertura desses serviços, nesse contexto, os pesquisadores definiram a seguinte classificação: < 25%; de 25,01% a 49,99%; de 50% a 74,99% e >75%.



Para estimar as razões de prevalência comparando regiões, porte, faixa de IDH, cobertura eAP e cobertura eSF foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com efeito aleatório (Zou, 2004). Todas as análises foram realizadas através do software SAS 9.4. Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5%.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Seguindo os preceitos éticos, com base na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos CAAE 52527521.8.0000.5504 (BRASIL, 2016) (ANEXO A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 261 gestores da APS, destacando-se que 37 (14,2%) eram do DRS XV – São José do Rio Preto, 35 (13,4%) do DRS IX – Marília e 32 (12,3%) do DRS I- Grande São Paulo. (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da população do estudo por Departamento Regional de Saúde (DRS) do estado de São Paulo. São Carlos, 2023.

<b>DRS</b>	<b>N</b>	<b>Percentual (%)</b>
DRS I - Grande São Paulo	32	12,3
DRS II – Araçatuba	9	3,5
DRS III – Araraquara	5	1,9
DRS IV - Baixada Santista	7	2,7
DRS V – Barretos	4	1,5
DRS VI – Bauru	28	10,7
DRS VII – Campinas	12	4,6
DRS VIII – Franca	18	6,9
DRS IX – Marília	35	13,4
DRS X – Piracicaba	7	2,7
DRS XI - Presidente Prudente	10	3,8
DRS XII – Registro	8	3,1
DRS XIII - Ribeirão Preto	11	4,2
DRS XIV - São João da Boa Vista	2	0,8
DRS XV - São José do Rio Preto	37	14,2
DRS XVI – Sorocaba	16	6,1
DRS XVII – Taubaté	20	7,7
Total	261	100.1

Fonte: elaborado pela autora.

A participação majoritária na pesquisa por participantes do DRS de São José do Rio Preto está associada ao desempenho dos municípios pertencentes a esse departamento durante a fase crítica da pandemia de Covid-19. Ressalta-se que o município de São José do Rio Preto possui a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), que durante a fase crítica da pandemia foi escolhida para ser sede de testes da fase 3 de uma das vacinas contra Covid-19 pertencente à farmacêutica Sinovac Biotech (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2020).

Em relação a distribuição dos participantes por região administrativa, destacam-se que 32 (12,3%) eram oriundos das regiões administrativas de São Paulo e São José do Rio Preto (Tabela 2).

Tabela 2 - Descrição da população do estudo por região administrativa do estado de São Paulo. São Carlos, 2023.

<b>Região administrativa</b>	<b>N</b>	<b>Percentual (%)</b>
Araçatuba	9	3,5
Barretos	5	1,9
Bauru	18	6,9
Campinas	22	8,4
Central	5	1,9
Franca	18	6,9
Itapeva	17	6,5
Marília	28	10,7
Presidente Prudente	14	5,4
Registro	9	3,5
Ribeirão Preto	10	3,8
Santos	7	2,7
Sorocaba	16	6,1
São José do Rio Preto	32	12,3
São José dos Campos	19	7,3
São Paulo	32	12,3

Fonte: elaborado pela autora.

As regiões administrativas de São Paulo e São José do Rio Preto estão entre as regiões mais populosas do Brasil em comparação às outras. Pertencem a região administrativa de São Paulo, os seguintes municípios: São Carlos, Araraquara, Matão, Ibitinga, Porto Ferreira, Taquaritinga, Itápolis, Américo Brasiliense, Ibaté, Descalvado, Santa Rita do Passa Quatro, Tabatinga, Borborema, Boa Esperança do Sul, Ribeirão Bonito e Nova Europa. Já a região administrativa de São José do Rio Preto é constituída pelos municípios de São José do Rio Preto, Catanduva, Votuporanga, Fernandópolis, Mirassol, Jales, Novo Horizonte, José Bonifácio, Santa Fé do Sul, Bady Bassitt, Tanabi, Monte Aprazível, Guapiaçu, Nova Granada, Potirendaba e Itajobi (SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2023).

Os boletins epidemiológicos ajudam os gestores de saúde a entender se as ações de saúde que estão sendo executadas estão sendo eficientes para a população. A execução dessas ações é realizada majoritariamente pela APS que é porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenadora e ordenadora do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde. Ao observar os boletins epidemiológicos dos dois municípios mais populosos da região administrativa de São José do Rio Preto, nota-se que São José do Rio Preto apresentou uma queda no número de casos de SRAG de março até junho de 2023, havendo 123 casos em março

e somente 38 em junho. Já no município de Catanduva, nota-se que de março até agosto de 2023 houve um aumento de 1088 casos de Covid-19 confirmado; porém, foi notificado somente 1 óbito durante esse período (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2023; CATANDUVA, 2023). Esses dados mostram a efetividade da APS nos municípios mais populosos da região administrativa de São José do Rio Preto, justificando a maior parte dos profissionais dessa localidade participaram da pesquisa, uma vez que os mesmos estavam engajados diante desse cenário.

Em relação à análise demográfica dos participantes, 215 (82,4%) eram do sexo feminino e apresentavam uma média de 41,7 anos. No que se refere a formação dos entrevistados, 192 (73,6%) referiram ter algum curso da área da Ciências da Saúde a 60 (23%) ocupavam o cargo de secretário municipal de saúde (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição da função e formação, sexo e idade dos participantes da pesquisa no Estado de São Paulo. São Carlos, 2023.

<b>Função</b>	<b>N</b>	<b>Percentual (%)</b>
Administrativo	3	1,2
Articuladora de AB	1	0,4
Assessoria de Saúde	2	0,8
Auxiliar Administrativo de Saúde	1	0,4
Chefia	2	0,8
Cirurgiã dentista - apoio técnico	1	0,4
Coordenação	55	21,0
Diretor(a)	51	19,5
Enfermagem	40	15,3
Gerente	17	6,5
Gestor(a)	15	5,7
Médico	2	0,8
Responsável pelo monitoramento covid 19	1	0,4
Secretária Municipal de Saúde	60	23,0
Supervisor(a)	8	3,1
Técnico em Informação em Saúde	1	0,4

  

<b>Formação</b>	<b>Total de casos</b>	<b>Percentual (%)</b>
Ciências da Saúde	192	73,6
Ciências Humanas	40	15,3
Exatas	23	8,8
Nível Técnico	4	1,5
Ignorado	2	0,8

  

<b>Sexo</b>	<b>Total de casos</b>	<b>Percentual</b>
Feminino	215	82,4
Masculino	46	17,6

  

<b>Idade</b>	
N	261

Média	41,74
Desvio-padrão	8,58
Mediana	40
Mínimo	26
Máximo	67

Fonte: elaborado pela autora.

Na área da saúde há um predomínio do sexo feminino; entretanto, verificou-se uma frequência elevada nos cargos de gestão. Estudo realizado no Brasil, em 2022, mostrou uma prevalência de pessoas do sexo feminino nos cargos de secretárias de saúde e predomínio da faixa etária de 30 até 50 anos (RIQUIERI et al, 2022).

Em relação ao porte populacional dos municípios, destacam-se que 49 (18,8%) dos participantes eram oriundos de municípios de porte 3; e, 43 (16,5%) de municípios de portes 1 e 2. Ao analisar a participação dos gestores por cobertura de eAP e eSF, 229 (87,7%) eram de municípios com cobertura de eAP menor que 25% e 139 (53,3%) pertenciam a municípios com cobertura de eSF acima de 75% da população. Destaca-se que 211 (80,8%) entrevistados pertenciam a municípios com IDH alto (Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização dos municípios quanto ao porte populacional, cobertura por eAP e eSF e IDH no Estado de São Paulo. São Carlos, 2023.

<b>Porte populacional</b>	<b>Número de casos</b>	<b>Percentual (%)</b>
Porte 1	43	16,5
Porte 2	43	16,5
Porte 3	49	18,8
Porte 4	53	20,3
Porte 5	17	6,5
Porte 6	32	12,3
Porte 7	24	9,2
Total	261	100
<b>Cobertura eAP</b>		
Menor que 25%	229	87,7
Entre 25% e 49,99%	17	6,5
Entre 50% e 74,99%	11	4,2
75% ou mais	4	1,5
Total	261	100
<b>Cobertura eSF</b>		
Menor que 25%	28	10,7
Entre 25% e 49,99%	51	19,5
Entre 50% e 74,99%	43	16,5
75% ou mais	139	53,3

Total	261	100
<b>IDH</b>		
Médio desenvolvimento humano (entre 0,550 e 0,699)	36	13,79
Alto desenvolvimento humano (entre 0,700 e 0,799)	211	80,84
Muito alto desenvolvimento humano ( $\geq 0,800$ )	14	5,36
Total	261	100

Fonte: elaborado pela autora.

A maior parte dos participantes do estudo pertenciam a municípios de pequeno e médio porte e com uma grande cobertura de eSF. Nesse contexto, um estudo evidenciou uma cobertura de 62,6% de eSF no Brasil, em 2019, especialmente em municípios de pequeno e médio porte (GIOVANELLA et al, 2021).

Ao analisar a organização da APS no enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Estado de São Paulo, 244 (93,5%) participantes informaram que os serviços da APS foram adaptados durante a pandemia; 250 (95,8%) relataram que o fluxo da APS também foi reestruturado. Para 192 (73,6%) respondentes, foi necessário a adoção de alterações nos serviços de referência e contrarreferência da APS dentro das RAS durante a pandemia; e, 163 (62,4%) afirmaram que foram realizadas modificações nas estruturas físicas das unidades de saúde para o atendimento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19 (Tabela 5).

De acordo com 218 (83,5%) participantes, os profissionais de saúde considerados de risco para desenvolver a forma grave da doença foram alocados para o trabalho em home office. Em relação às notificações dos casos de Covid-19, 260 (99,6%) relataram que os casos suspeitos de Covid-19 foram notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas. Já para 227 (87%) respondentes, os casos de Covid-19 notificados na RAS foram previamente avaliados pela APS (Tabela 5).

Para 248 (95%) gestores, houve a implementação de protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19 nos serviços da APS; e, 233 (89,3%) relataram que os profissionais de saúde foram capacitados para prestar assistência a suspeitos e casos de Covid-19. Também, 259 (99,2%) relataram que os EPis estavam em quantidade adequada para uso e 257 (98,5%) informaram que os equipamentos eram de padrões adequados (Tabela 5).

Tabela 5 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19. São Carlos, 2023.

Variável	N	Percentual (%)
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>		
Não	17	6,5
Sim	244	93,5
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>		
Não	11	4,2

Sim	250	95,8
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de covid-19?</i>		
Não	69	26,4
Sim	192	73,6
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de covid-19?</i>		
Não	98	37,5
Sim	163	62,4
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>		
Não	43	16,5
Sim	218	83,5
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>		
Não	1	0,4
Sim	260	99,6
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>		
Não	34	13,0
Sim	227	87,0
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>		
Não	13	5,0
Sim	248	95,0
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>		
Não	28	10,7
Sim	233	89,3
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>		
Não	2	0,8
Sim	259	99,2
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>		
Não	4	1,5
Sim	257	98,5

Fonte: elaborado pela autora.

Adaptações e mudanças no fluxo dos serviços da APS foram implementadas durante a fase crítica da pandemia. Estudo realizado em serviços da APS na Europa mostrou que as consultas em que haviam contato físico foram reduzidas, sendo substituídas por técnicas de telessaúde, como via telefone ou web conferência. Na oportunidade também era realizada uma ação em educação em saúde com a população idosa para que conseguisse lidar mais facilmente com as ferramentas relacionadas à tecnologia (KRAUS et al, 2023).

Durante a fase crítica da pandemia, a APS buscou se reorganizar de forma a oferecer o primeiro atendimento aos usuários, em situações de caso leve de Covid-19, e após o monitoramento, a pessoa poderia ser encaminhada para outros pontos da RAS, como forma de garantir a integralidade do cuidado. Ressalta-se que a adoção de um protocolo de cuidado integrado, ou seja, uma organização da assistência dentro de um sistema de saúde, pode ter

contribuído para uma redução na mortalidade pela Covid-19, especialmente, na fase crítica da pandemia (CAPALBO et al, 2020).

Visando também evitar a propagação da doença, mudanças na estrutura física dos serviços da APS foram necessárias. Na África do Sul, os serviços da APS implementaram espaços separados para pessoas com sintomatologia respiratória, além da instalação de áreas destinadas para pessoas com Covid-19 (CROWLEY et al, 2021).

O trabalho remoto realizado por parte dos profissionais de saúde da APS durante a fase crítica da pandemia foi essencial para evitar a contaminação tanto desses como dos usuários. Estudo realizado no Brasil, em 2020, evidenciou que parte desses profissionais prestaram serviços de forma remota por pelo menos 3 meses (SANTOS et al, 2023).

A notificação dos casos de Covid-19 consiste em uma importante ferramenta para a gestão, sendo possível estabelecer e rever o plano de ações, bem como avaliar se as medidas de controle estão sendo eficazes. O Ministério da Saúde publicou um manual de instruções para os profissionais de saúde sobre as notificações dos pacientes suspeitos ou confirmados de Covid-19 no sistema e-SUS Notifica para que os registros dos casos com gravidades de leve a moderada sejam realizados em caráter imediato (BRASIL, 2022).

Ressalta-se que diante de uma situação emergente e adversa como a fase crítica da pandemia de Covid-19, exigiu a criação de novos protocolos, mas também determinou a implementação de ações de capacitação dos profissionais de saúde, a fim de garantir uma assistência adequada e segura para todos. Estudo realizado em 22 países africanos mostrou que os profissionais de saúde dos serviços de atenção primária receberam informações relacionadas à assistência de Covid-19 (PATEL et al, 2021).

No Estado de São Paulo, em 2020, foi publicado um Plano de Contingência que abordou as estratégias de vigilância, assistência em saúde e comunicação. Esse Plano estabelecia que indivíduos considerados suspeitos da doença, ou seja, com quadro clínico leve e moderado deveriam ser assistidos pelos serviços da APS e a depender da evolução dos sintomas para a forma grave da doença, deveriam ser encaminhados para a assistência hospitalar ou a outros pontos da RAS ( SÃO PAULO, 2020).

Em relação à APS, o Ministério da Saúde publicou em 2020 o Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde, visando orientar os profissionais de saúde sobre a sintomatologia da doença, evitar a contaminação dentro da unidade de saúde, a gravidade da doença, notificações, monitoramento dos casos respiratórios, prevenção da população, vigilância ativa, grupos de risco, além de trazer um fluxograma



chamado Fast- Track que indicava como o paciente com sintoma respiratório deveria percorrer os serviços de saúde da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2020).

Os profissionais do Estado de São Paulo majoritariamente obtiveram EPIs em quantidade e qualidade adequada para uso, garantindo a sua proteção diante a uma doença altamente contagiosa e impedindo a contaminação dos demais. Porém há estudos com discrepâncias em relação ao uso de EPIs, estudo realizado na Grécia, mostrou uma escassez de EPIs após a primeira onda de Covid-19 , sendo que os profissionais sentiram a necessidade de custear por conta própria os EPIs para que pudessem ter em quantidade adequada para uso (SMYRNAKIS, 2021). No Brasil, estudo realizado nos serviços da APS do nordeste, revelou que 61% dos agentes comunitários de saúde tiveram acesso aos EPIs durante a fase crítica da pandemia (VIEIRA-MEYER et al, 2023).

Usuários com síndrome gripal assistidos nas unidades de saúde que estavam apresentando saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de portarem alguma comorbidade de risco para agravamento da Covid-19 eram encaminhados a outros pontos da RAS, segundo 254 (97,3%) participantes (Tabela 6).

Já a utilização de tecnologias da informação por profissionais das unidades de saúde, como o teleatendimento para atendimentos clínicos, diagnósticos e acompanhamento de casos e consultas foram referidos por 180 (69%) participantes. Ainda, 254 (97,3%) dos respondentes relataram que a disposição de atendimento prioritário a sintomáticos respiratórios com mais de 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres no puerpério (Tabela 6).

Ainda, 216 (82,8%) participantes afirmaram que os profissionais de saúde realizavam o acompanhamento de usuários com síndrome gripal de risco a cada 24 horas via telefone; e 228 (87,4%) relataram que os profissionais também realizavam acompanhamentos de usuários com síndrome gripal a cada 48 horas via telefone (Tabela 6).

Tabela 6 - Caracterização do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia. São Carlos, 2023.

Variável	N	Percentual (%)
<i>Qual nível de qualidade</i>		
1.Muito ruim	2	0,8
3.Regular	19	7,3
4.Bom	152	58,2
5.Muito bom	88	33,7

*Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?*

Não	7	2,7
Sim	254	97,3
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>		
Não	81	31,0
Sim	180	69,0
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>		
Não	7	2,7
Sim	254	97,3
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>		
Não	45	17,2
Sim	216	82,8
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>		
Não	33	12,6
Sim	228	87,4

Fonte: elaborado pela autora.

Devido ao risco de contaminação, o isolamento físico e a assistência em saúde à distância nos serviços da APS, passaram a ser adotados durante a fase crítica da pandemia; destacando a importância do monitoramento de pessoas com Covid-19, pois diante da gravidade do quadro, os profissionais da APS realizavam o encaminhamento a outros níveis de atenção à saúde. O encaminhamento de indivíduos com Covid-19 com saturação menor que 95% adicionado de uma comorbidade de risco e monitoramento de casos leves a cada 48 horas e de graves a cada 24 horas via telefone era uma das orientações estabelecidas no Protocolo de manejo clínico do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, ressalta-se a elevada mortalidade por Covid-19 em pessoas com fatores de risco (portadores de diabetes mellitus, asma, obesos, doenças que acometem sistema cardiovascular e neurológico, doentes renais crônicos, imunossuprimidos, pneumopatia e doença hepática, ambas crônicas, síndrome de Down, mulheres em fase de puerpério ou durante trabalho de parto) em 2021 nas regiões metropolitanas (ARAUJO et al, 2023).

A APS deve ser resolutiva, garantindo assistência à saúde que possa suprir a maioria das necessidades populacionais; entretanto, a pandemia de Covid-19 foi um momento desafiador para todo o sistema de saúde, por se tratar de uma doença nova e sem vacina; nesse contexto, os serviços da APS ganharam destaque no monitoramento e vigilância dos casos; e, posteriormente, foram protagonistas na campanha vacinal contra a doença.

Os serviços da APS paulista apresentaram uma elevada adesão ao uso da tecnologia para o acompanhamento de usuários com sintomas gripais. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado na APS do Rio Grande do Sul, em 2022, no qual a assistência oferecida pela APS gaúcha durante a fase crítica da pandemia utilizou diversas ferramentas digitais como

telefone fixo e móvel, para realizar o teleatendimento. Enfermeiros relataram que foi utilizado TeleCovid, TeleOrientação e TeleConsultoria, também foram adotados o uso do WhatsApp, Google Meet, email, e-SUS, e-SUS Notifica, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) além de planilhas digitais (OLIVEIRA et al., 2023). Em um outro cenário, na Europa, a população poderia por meio de ligação telefônica esclarecer dúvidas sobre a doença e aplicativos eram utilizados para rastrear os pacientes com sintomas gripais durante a fase crítica da pandemia (ARES BLANCO et al, 2021).

Destaca-se que todos os gestores oriundos dos DRS II- Araçatuba e DRS III-Araraquara, afirmaram que os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19 (Tabela 7).

Para 100% dos gestores dos DRS I-Grande São Paulo, DRS II- Araçatuba, DRS III-Araraquara, DRS IV- Baixada Santista e DRS V- Barretos, o fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19. Destacam-se que serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS foram alterados na maioria dos DRS; entretanto, 2 (50%) gestores dos DRS V- Barretos afirmaram que os serviços não sofreram adaptações (Tabela 7).

Em relação à estrutura física, destaca-se que 4 (100%) dos participantes do DRS V- Barretos afirmaram que os serviços não realizaram adequações na estrutura física para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19. Para 2 (50%), participantes do DRS V- Barretos, os profissionais de saúde considerados de risco para desenvolvimento da forma grave da Covid-19 foram alocados para o home office. Já a avaliação prévia dos casos de Covid-19 notificados na RAS foi referida por 100% dos participantes dos DRS II- Araçatuba; entretanto, 2 (50%) respondentes do DRS V- Barretos referiram que essa avaliação não era realizada (Tabela 7).

Em todos os DRS, houve a implementação de protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19, ressalta-se que 100% dos respondentes dos DRS III- Araraquara e DRS IV- Baixada Santista, afirmaram o uso de protocolos; e todos respondentes do DRS V- Barretos referiram que os profissionais de saúde foram capacitados para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e para o manejo da doença. Para 100% dos participantes dos DRS II- Araçatuba, DRS III- Araraquara e DRS V- Barretos, os EPIs foram distribuídos nas unidades de saúde em quantidade e qualidade consideradas como adequadas (Tabela 7).

Tabela 7 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 nos DRS I ao DRS V. São Carlos, 2023.

Variável	DRS I (n=32)	DRS II (n=9)	DRS III (n=5)	DRS IV (n=7)	DRS V (n=4)
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>					

Não	2 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	1 (25%)
Sim	30 (93,7%)	9 (100%)	5 (100%)	6 (85,7%)	3 (75%)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>					
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	32 (100%)	9 (100%)	5 (100%)	7 (100%)	4 (100%)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>					
Não	8 (25%)	2 (22,2%)	2 (40%)	3 (42,9%)	2 (50%)
Sim	24 (75%)	7 (77,8%)	3 (60%)	4 (57,1%)	2 (50%)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>					
Não	11 (34,4%)	0 (0%)	3 (60%)	5 (71,4%)	4 (100%)
Sim	21 (65,6%)	9 (100%)	2 (40%)	2 (28,6%)	0 (0%)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>					
Não	4 (12,5%)	2 (22,2%)	1 (20%)	2 (28,6%)	2 (50%)
Sim	28 (87,5%)	7 (77,8%)	4 (80%)	5 (71,4%)	2 (50%)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>					
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	32 (100%)	9 (100%)	5 (100%)	7 (100%)	4 (100%)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>					
Não	4 (12,5%)	0 (0%)	2 (40%)	2 (28,6%)	2 (50%)
Sim	28 (87,5%)	9 (100%)	3 (60%)	5 (71,4%)	2 (50%)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>					
Não	1 (3,1%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)
Sim	31 (96,9%)	8 (88,9%)	5 (100%)	7 (100%)	3 (75%)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>					
Não	1 (3,1%)	1 (11,1%)	1 (20%)	1 (14,3%)	0 (0%)
Sim	31 (96,9%)	8 (88,9%)	4 (80%)	6 (85,7%)	4 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>					
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	32 (100%)	9 (100%)	5 (100%)	7 (100%)	4 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>					
Não	1 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)
Sim	31 (96,9%)	9 (100%)	5 (100%)	6 (85,7%)	4 (100%)

Fonte: elaborado pela autora.

A reorganização da assistência e do fluxo de usuários nos serviços da APS durante a fase crítica da pandemia, pode ter interferido diretamente no número de indivíduos que, posteriormente, necessitaram de internações hospitalares devido à Covid-19, visto que a APS atuou diretamente no monitoramento dos casos e a identificação precoce dos sinais de agravamento podem ter contribuído para o desfecho dos casos.

Para que houvesse um enfrentamento mais rápido à pandemia de Covid-19, a capacitação dos profissionais que atuavam na linha de frente tornou-se essencial. O Ministério

da Saúde durante o período da pandemia implementou o programa “Brasil Conta Comigo-Profissionais de Saúde”, disponibilizando capacitações à distância para os profissionais de saúde (MINISTERIO DA SAÚDE, 2020).

A adoção de protocolos específicos pelos profissionais da APS durante a fase crítica da pandemia, contribuiu para que a assistência fosse realizada de forma empírica e consistente, além disso considerando a fase crítica da pandemia de Covid-19 e visando a segurança e saúde de usuários e profissionais de saúde, tornou-se essencial a utilização de EPIs em quantidade e qualidade adequada. O cenário dos 17 DRS em relação à adoção de protocolos específicos e oferta de EPIs em quantidade e qualidade adequada não condiz com o que aconteceu na maior parte do território brasileiro. Um estudo analisou as condições de serviços na APS brasileira durante a pandemia e mostrou que 49% dos profissionais de saúde não se sentiram protegidos com o uso dos EPIs e que a oferta de máscaras N95/PPF2 e capotes não foi adequada; além disso, os profissionais de saúde ainda enfrentaram fakes news e falta de consenso da gestão em saúde por parte dos gestores municipal, estadual e federal, implicando diretamente no processo de tomada de decisão nos serviços de saúde (SANTOS et al, 2023).

Destaca-se que todos os gestores oriundos dos DRS VII- Campinas e DRS X- Piracicaba, afirmaram que os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19. Para 100% dos gestores do DRS X- Piracicaba, o fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19. Em relação à notificação dos casos de Covid-19, todos participantes de todos os DRS afirmaram que suspeitos de Covid-19 eram notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas, exceto Bauru em que esse fato ocorreu em 27 (96,4%) (Tabela 8).

Já a avaliação prévia dos casos de Covid-19 notificados na RAS foi referida por 100% dos participantes do DRS X-Piracicaba. Em todos os DRS, houve a implementação de protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19, destacando-se que 100% dos respondentes dos DRS VII- Campinas, DRS IX- Marília e DRS X- Piracicaba, afirmaram o uso de protocolos; e todos respondentes dos DRS VII- Campinas e DRS X- Piracicaba referiram que os profissionais de saúde foram capacitados para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e para o manejo da doença. Para 100% dos participantes dos DRS VI- Bauru, DRS VII- Campinas, DRS IX- Marília e DRS X- Piracicaba, os EPIs foram distribuídos nas unidades de saúde em quantidade e qualidade consideradas como adequadas (Tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 nos DRS VI ao DRS X. São Carlos, 2023.

Variável	DRS VI (n=28)	DRS VII (n=12)	DRS VIII (n=18)	DRS IX (n=35)	DRS X (n=7)
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>					
Não	1 (3,6%)	0 (0%)	1 (5,6%)	2 (5,7%)	0 (0%)
Sim	27 (96,4%)	12 (100%)	17 (94,4%)	33 (94,3%)	7 (100%)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>					
Não	2 (7,1%)	1 (8,3%)	2 (11,1%)	2 (5,7%)	0 (0%)
Sim	26 (92,9%)	11 (91,7%)	16 (88,9%)	33 (94,3%)	7 (100%)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>					
Não	6 (21,4%)	2 (16,7%)	7 (38,9%)	12 (34,3%)	2 (28,6%)
Sim	22 (78,6%)	10 (83,3%)	11 (61,1%)	23 (65,7%)	5 (71,4%)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>					
Não	15 (53,6%)	5 (41,7%)	8 (44,4%)	11 (31,4%)	1 (14,3%)
Sim	13 (46,4%)	7 (58,3%)	10 (55,6%)	24 (68,6%)	6 (85,7%)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>					
Não	4 (14,3%)	5 (41,7%)	4 (22,2%)	6 (17,1%)	2 (28,6%)
Sim	24 (85,7%)	7 (58,3%)	14 (77,8%)	29 (82,9%)	5 (71,4%)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>					
Não	1 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	27 (96,4%)	12 (100%)	18 (100%)	35 (100%)	7 (100%)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>					
Não	2 (7,1%)	4 (33,3%)	1 (5,6%)	2 (5,7%)	0 (0%)
Sim	26 (92,9%)	8 (66,7%)	17 (94,4%)	33 (94,3%)	7 (100%)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>					
Não	3 (10,7%)	0 (0%)	3 (16,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	25 (89,3%)	12 (100%)	15 (83,3%)	35 (100%)	7 (100%)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>					
Não	1 (3,6%)	0 (0%)	7 (38,9%)	8 (22,9%)	0 (0%)
Sim	27 (96,4%)	12 (100%)	11 (61,1%)	27 (77,1%)	7 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>					
Não	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	28 (100%)	12 (100%)	17 (94,4%)	35 (100%)	7 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>					
Não	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	28 (100%)	12 (100%)	17 (94,4%)	35 (100%)	7 (100%)

Fonte: elaborado pela autora.

A articulação entre os serviços de vigilância epidemiológica e da APS foi essencial durante a fase crítica da pandemia; entretanto; devido à falta de um consenso e orientação expressa do gestor a nível nacional; implicou em um elevado número de subnotificação de casos, até mesmo de não notificação. Ainda, vale destacar que em algumas localidades

brasileiras, as notificações são realizadas em papel e somente após uma quantidade acumulada, elas são digitadas; implicando em não notificação e subnotificação (LANA et al, 2020).

Destaca-se que todos os gestores oriundos dos DRS XIII- Ribeirão Preto e DRS XIV- São João da Boa Vista, afirmaram que os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19. Para 100% dos gestores dos DRS XI- Presidente Prudente, DRS XIII- Ribeirão Preto, DRS XIV- São João da Boa Vista e DRS XVI- Sorocaba o fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19 (Tabela 9).

No contexto da pandemia, serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS foram alterados na maioria dos DRS; entretanto, 5 (50%) dos gestores dos do DRS XI- Presidente Prudente e 5 (62,5%) dos participantes do DRS XII- Registro dos gestores afirmaram que os serviços não sofreram adaptações. Para 10 (100%) e 2 (100%) participantes dos DRS XI- Presidente Prudente e DRS XIV- São João da Boa Vista, respectivamente, os profissionais de saúde considerados de risco para desenvolvimento da forma grave da Covid-19 foram alocados para o home office (Tabela 9).

Já a avaliação prévia dos casos de Covid-19 notificados na RAS foi referida por 100% dos participantes do DRS XVI- Sorocaba; entretanto, 1(50%) respondentes do DRS XIV- São João da Boa Vista referiram que essa avaliação não era realizada. Em todos os DRS, houve a implementação de protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19, destacando-se que 100% dos respondentes dos DRS XI- Presidente Prudente, DRS XII- Registro, DRS XIV- São João da Boa Vista, XVI- Sorocaba e XVII- Taubaté afirmaram o uso de protocolos (Tabela 9).

Tabela 9 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 nos DRS XI a DRS XVII. São Carlos, 2023.

Variável	DRS XI (n=10)	DRS XII (n=8)	DRS XIII (n=11)	DRS XIV (n=2)	DRS XV (n=37)	DRS XVI (n=16)	DRS XVII (n=20)
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>							
Não	1 (10%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (8,11%)	1 (6,3%)	3 (15%)
Sim	9 (90%)	7 (87,5%)	11 (100%)	2 (100%)	34 (91,89%)	15 (93,7%)	17 (85%)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>							
Não	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,4%)	0 (0%)	1 (5%)
Sim	10 (100%)	7 (87,5%)	11 (100%)	2 (100%)	35 (94,6%)	16 (100%)	19 (95%)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>							
Não	5 (50%)	5 (62,5%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (18,9%)	1 (6,3%)	5 (25%)
Sim	5 (50%)	3 (37,5%)	11 (100%)	2 (100%)	30 (81,1%)	15 (93,7%)	15 (75%)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>							
Não	4 (40%)	3 (37,5%)	3 (27,3%)	1 (50%)	15 (40,5%)	4 (25%)	5 (25%)

Sim	6 (60%)	5 (62,5%)	8 (72,7%)	1 (50%)	22 (59,5%)	12 (75%)	15 (75%)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>							
Não	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (9,1%)	0 (0%)	5 (13,5%)	2 (12,5%)	2 (10%)
Sim	10 (100%)	7 (87,5%)	10 (90,9%)	2 (100%)	32 (86,5%)	14 (87,5%)	18 (90%)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>							
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	10 (100%)	8 (100%)	11 (100%)	2 (100%)	37 (100%)	16 (100%)	20 (100%)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>							
Não	2 (20%)	1 (12,5%)	3 (27,3%)	1 (50%)	4 (10,8%)	0 (0%)	4 (20%)
Sim	8 (80%)	7 (87,5%)	8 (72,7%)	1 (50%)	33 (89,2%)	16 (100%)	16 (80%)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>							
Não	0 (0%)	0 (0%)	2 (18,2%)	0 (0%)	2 (5,4%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	10 (100%)	8 (100%)	9 (81,8%)	2 (100%)	35 (94,6%)	16 (100%)	20 (100%)

Fonte: elaborado pela autora.

Modificações na estrutura e no fluxo dos serviços da APS foram necessárias para o enfrentamento da fase crítica da Covid-19. Alguns municípios paulistas optaram por adotar unidades de saúde exclusivas para a assistência aos pacientes com Covid-19; já em outros municípios, todas as unidades de saúde ofereceram assistência a pessoas com Covid-19; porém, reorganizaram o fluxo dos usuários, de forma a manter separados da demanda geral, os indivíduos considerados suspeitos, por apresentarem sintomas gripais (INSTITUTO DE SAÚDE, 2023).

Em alguns municípios do Estado de São Paulo, os serviços de referência e contra-referência não sofreram alterações durante a fase crítica da pandemia. Tal fato pode estar associado ao modelo hospitalocêntrico que permeia na cultura dos sistemas de saúde brasileiro. Vale destacar que no início da pandemia, a APS foi subestimada e foi realizada sua subutilização, direcionando a assistência em saúde para os serviços hospitalares (GERALDO, MARTINS DE FARIAS, SOUSA, 2021).

De acordo com os 24 (75%) dos participantes, pertencentes ao DRS I- Grande São Paulo os EPIs foram classificados como sendo bons. Já o encaminhamento de usuários com síndrome gripal e saturação menor que 95% em respiração espontânea e com comorbidade para o agravamento da Covid-19 a outros pontos da RAS foi referido por 100% dos participantes dos DRS I- Grande São Paulo, DRS III- Araraquara e DRS IV- Baixada Santista (Tabela 10).

Em relação ao uso de tecnologias para teleatendimentos em atendimentos pré clínicos, diagnósticos, acompanhamento de casos e consultas, destacam-se que 6 (66,7%) participantes do DRS II- Araçatuba afirmaram que os serviços de saúde não dispuseram do uso de tecnologia para a assistência. O atendimento prioritário para usuários com faixa etária maior que 60 anos,



portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério quando entram na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal foi referido por 100% dos participantes oriundos dos DRS II- Araçatuba, DRS III- Araraquara e DRS V- Barretos (Tabela 10).

Já o acompanhamento de usuários com síndrome gripal via telefone a cada 24 horas nos serviços de saúde, foi referido por todos os participantes pertencentes ao DRS III- Araraquara; e, o acompanhamento dos usuários com síndrome gripal a cada 48 horas foi informado por 100% dos respondentes dos DRS V-Barretos (Tabela 10).

Tabela 10 - Caracterização do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia nos DRS I ao DRS V. São Carlos, 2023.

Variável	DRS I (n=32)	DRS II (n=9)	DRS III (n=5)	DRS IV (n=7)	DRS V (n=4)
<i>Qual nível de qualidade</i>					
1.Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3.Regular	4 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (57,14%)	0 (0%)
4.Bom	24 (75%)	2 (22,2%)	3 (60%)	2 (28,6%)	3 (75%)
5.Muito bom	4 (12,5%)	7 (77,8%)	2 (40%)	1 (14,3%)	1 (25%)
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>					
Não	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)
Sim	32 (100%)	8 (88,9%)	5 (100%)	7 (100%)	3 (75%)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>					
Não	6 (18,7%)	6 (66,7%)	3 (60%)	1 (14,3%)	2 (50%)
Sim	26 (81,3%)	3 (33,3%)	2 (40%)	6 (85,7%)	2 (50%)
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>					
Não	1 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28,6%)	0 (0%)
Sim	31 (96,9%)	9 (100%)	5 (100%)	5 (71,4%)	4 (100%)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>					
Não	10 (31,3%)	2 (22,2%)	0 (0%)	1 (14,29%)	1 (25%)
Sim	22 (68,7%)	7 (77,8%)	5 (100%)	6 (85,71%)	3 (75%)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>					
Não	7 (21,9%)	2 (22,2%)	1 (20%)	1 (14,3%)	0 (0%)
Sim	25 (78,1%)	7 (77,8%)	4 (80%)	6 (85,7%)	4 (100%)

Fonte: elaborado pela autora.

Apesar da tecnologia ser uma ferramenta que auxiliou os profissionais de saúde durante a fase crítica da pandemia, algumas regiões não aderiram seu uso, devido a alguns desafios que ainda são encontrados em adotar os meios tecnológicos na assistência em saúde, como dificuldade de acesso devido à localidade e falta de domínio dos profissionais de saúde. A

tecnologia é um meio que possibilita que pacientes sejam assistidos à distância, reduzindo a chance de contaminação de doenças transmissíveis devido ao não contato com outros pacientes (PORTNOY, WALLER, ELLIOT, 2020). Alguns desafios encontrados para a adoção da telessaúde durante a fase crítica da pandemia foram a requisição de licenciamento dos responsáveis por prover a tecnologia para que a mesma fosse aderida e fosse realizado seu pagamento, implementação de regulamentos que garantissem a segurança, confiabilidade e protocolos responsáveis pelo gerenciamento de testes laboratoriais, prescrições e monitoramento dos casos (WRIGHT, CAUDILL, 2020)

O encaminhamento de usuários com síndrome gripal e saturação menor que 95% em respiração espontânea e com comorbidade para o agravamento da Covid-19 a outros pontos da RAS foi referido por 100% dos participantes dos DRS VIII- Franca, DRS IX- Marília e DRS X – Piracicaba (Tabela 11).

O atendimento prioritário para usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério quando entram na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal foi referido por 100% dos participantes oriundos dos DRS VI- Bauru, DRS VII- Campinas, DRS VIII- Franca e DRS X- Piracicaba (Tabela 11).

Em relação ao acompanhamento dos usuários com síndrome gripal via telefone, o acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado a cada 24 horas nos serviços de saúde, de acordo com todos os participantes pertencentes ao DRS X-Piracicaba. Já o acompanhamento dos usuários com síndrome gripal a cada 48 horas foi referido por 100% dos respondentes do DRS X-Piracicaba (Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia nos DRS VI- DRS X. São Carlos, 2023.

Variável	DRS VI (n=28)	DRS VII (n=12)	DRS VIII (n=18)	DRS IX (n=35)	DRS X (n=7)
<i>Qual nível de qualidade</i>					
1.Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,71%)	0 (0%)
3.Regular	0 (0%)	2 (16,7%)	1 (5,6%)	3 (8,6%)	1 (14,3%)
4.Bom	18 (64,3%)	4 (33,3%)	13 (72,2%)	17 (48,6%)	5 (71,4%)
5.Muito bom	10 (35,7%)	6 (50%)	4 (22,2%)	13 (37,1%)	1 (14,3%)
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>					
Não	2 (7,1%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	26 (92,9%)	11 (91,7%)	18 (100%)	35 (100%)	7 (100%)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>					

Não	10 (35,7%)	4 (33,3%)	9 (50%)	14 (40%)	1 (14,3%)
Sim	18 (64,3%)	8 (66,7%)	9 (50%)	21 (60%)	6 (85,7%)
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>					
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (5,7%)	0 (0%)
Sim	28 (100%)	12 (100%)	18 (100%)	33 (94,3%)	7 (100%)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>					
Não	6 (21,4%)	3 (25%)	5 (27,8%)	3 (8,6%)	0 (0%)
Sim	22 (78,6%)	9 (75%)	13 (72,2%)	32 (91,4%)	7 (100%)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>					
Não	4 (14,3%)	3 (25%)	2 (11,1%)	4 (11,4%)	0 (0%)
Sim	24 (85,7%)	9 (75%)	16 (88,9%)	31 (88,6%)	7 (100%)

Fonte: elaborado pela autora.

Alguns grupos tiveram que receber assistência com prioridade durante a pandemia devido ao risco mais elevado de desenvolverem a forma grave da doença. Estudo realizado no Rio Grande do Norte, mostrou que os óbitos prevaleceram entre indivíduos com idade de 80 anos ou mais e em portadores de comorbidades, além das gestantes (GALVÃO, RONCALLI, 2020).

Na fase crítica da pandemia, em que ainda não havia vacina, a maioria dos casos de Covid-19 era considerado; porém, uma minoria de casos podia desenvolver complicações como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS). Em relação às gestantes contaminadas pela Covid-19, muitas foram impedidas de escolher o tipo de parto devido à sua condição de saúde, além de um número considerável que era portadora de alguma comorbidade, assim, o risco do parto ser cesárea ou o bebê nascer prematuro aumentava, elevando as chances da mulher e bebê evoluírem para óbito (ESTRELA et al, 2020).

Todos respondentes dos DRS XII- Registro e DRS XIII- Ribeirão Preto referiram que os profissionais de saúde foram capacitados para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e para o manejo da doença. Para 100% dos participantes dos DRS XI- Presidente Prudente, DRS XIII- Ribeirão Preto, DRS XIV- São João da Boa Vista, DRS XV- São José do Rio Preto, DRS XVI- Sorocaba e DRS XVII- Taubaté, os EPIs foram distribuídos nas unidades de saúde em quantidade e qualidade consideradas como adequadas (Tabela 12).

Já o encaminhamento de usuários com síndrome gripal e saturação menor que 95% em respiração espontânea e com comorbidade para o agravamento da Covid-19 a outros pontos da RAS foi referido por 100% dos participantes dos DRS XII- Registro, DRS XIII- Ribeirão Preto, DRS XIV- São João da Boa Vista, DRS XVI- Sorocaba e DRS XVII- Taubaté (Tabela 12).

O atendimento prioritário para usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério quando entram na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal foi referido por 100% dos participantes oriundos dos DRS XII- Registro, DRS XIII- Ribeirão Preto, DRS XIV- São João da Boa Vista, DRS XVI- Sorocaba e DRS XVII- Taubaté (Tabela 12).

Em relação ao acompanhamento dos usuários com síndrome gripal via telefone, o acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado a cada 24 horas nos serviços de saúde, de acordo com todos os participantes pertencentes aos DRS XII- Registro, DRS XIV- São João da Boa Vista e XVI- Sorocaba. Já o acompanhamento dos usuários com síndrome gripal a cada 48 horas foi referido por 100% dos respondentes do DRS XIV- São João da Boa Vista (Tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia nos DRS XI a DRS XVII. São Carlos, 2023.

Variável	DRS XI (n=10)	DRS XII (n=8)	DRS XIII (n=11)	DRS XIV (n=2)	DRS XV (n=37)	DRS XVI (n=16)	DRS XVII (n=20)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>							
Não	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (2,7%)	1 (6,3%)	4 (20%)
Sim	9 (90%)	8 (100%)	11 (100%)	1 (50%)	36 (97,3%)	15 (93,7%)	16 (80%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>							
Não	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	10 (100%)	7 (87,5%)	11 (100%)	2 (100%)	37 (100%)	16 (100%)	20 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>							
Não	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	10 (100%)	7 (87,5%)	11 (100%)	2 (100%)	37 (100%)	16 (100%)	20 (100%)
<i>Qual nível de qualidade</i>							
1.Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3.Regular	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (2,7%)	0 (0%)	1 (5%)
4.Bom	7 (70%)	2 (25%)	8 (72,73%)	1 (50%)	20 (54,05%)	10 (62,5%)	13 (65%)
5.Muito bom	3 (30%)	5 (62,5%)	3 (27,27%)	0 (0%)	16 (43,24%)	6 (37,5%)	6 (30%)
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>							
Não	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	9 (90%)	8 (100%)	11 (100%)	2 (100%)	36 (97,3%)	16 (100%)	20 (100%)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>							
Não	1 (10%)	0 (0%)	3 (27,3%)	1 (50%)	8 (21,6%)	4 (25%)	8 (40%)
Sim	9 (90%)	8 (100%)	8 (72,7%)	1 (50%)	29 (78,4%)	12 (75%)	12 (60%)

*Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?*

Não	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	9 (90%)	8 (100%)	11 (100%)	2 (100%)	36 (97,3%)	16 (100%)	20 (100%)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>							
Não	1 (10%)	0 (0%)	3 (27,3%)	0 (0%)	2 (5,4%)	0 (0%)	8 (40%)
Sim	9 (90%)	8 (100%)	8 (72,7%)	2 (100%)	35 (94,6%)	16 (100%)	12 (60%)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>							
Não	1 (10%)	1 (12,5%)	2 (18,2%)	0 (0%)	1 (2,7%)	1 (6,3%)	3 (15%)
Sim	9 (90%)	7 (87,5%)	9 (81,8%)	2 (100%)	36 (97,3%)	15 (93,7%)	17 (85%)

Fonte: elaborado pela autora.

A capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento da pandemia de Covid-19 foi essencial para garantir uma assistência segura aos pacientes. Estudo realizado em dezembro de 2020, mostrou que 57% das ações de capacitação realizada em Unidade Básica de Saúde (UBS) no Brasil foram em relação ao uso de EPIs e 54% abordaram o enfrentamento da doença na fase crítica da pandemia de uma forma geral, e essas ações foram menos realizadas nos serviços de saúde das regiões Nordeste e Norte (MOTA et al., 2023).

A prioridade no atendimento a alguns grupos de indivíduos na APS fez parte da organização desse nível de assistência durante a fase crítica da pandemia para atender os sintomáticos gripais durante a classificação de risco. A Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo definiu, em um documento publicado em 2020, que indivíduos com faixa etária maior que 60 anos, portadores de enfermidades crônicas, mulheres em período de gestação e puerpério deveriam ser atendidos com prioridade (SÃO PAULO, 2020).

Nesse contexto, o acompanhamento das pessoas com Covid-19 e contactantes foi essencial para assegurar a continuidade do cuidado. No cenário internacional, em território europeu, o acompanhamento dos usuários com Covid-19, na maioria dos casos, foi realizado de forma não presencial (ARES BLANCO et al, 2021).

Para 4 (80%) respondentes da região de Barretos, a estrutura física dos serviços de saúde da APS não sofreu adequações para atender casos suspeitos e confirmados de Covid-19. A notificação dos usuários suspeitos de Covid-19, em até 24 horas, pelas unidades de saúde foi referida por 100% dos participantes de todas as regiões administrativas, exceto em Bauru, 17 (94,4%). Já a avaliação prévia pela APS dos casos de Covid-19 notificados na RAS foi referida por 100% dos participantes das regiões administrativas de Araçatuba e Itapeva (Tabela13).

A implementação de protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19 ocorreu majoritariamente em todas as regiões administrativas, referida por 100% dos respondentes das regiões administrativas de Campinas, Central e Marília. Nesse contexto, todos participantes das

regiões administrativas de Barretos, informaram que profissionais da APS foram capacitados para o atendimento de casos suspeitos ou manejo de usuários diagnosticados com Covid-19. Em relação aos EPIs, destacam-se que 17 (94,4%) respondentes da região administrativa de Franca afirmaram que esses EPIs foram distribuídos em quantidade adequada (Tabela 13).

Tabela 13 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023.

<b>Variável</b>	<b>Araçatuba (n=9)</b>	<b>Barretos (n=5)</b>	<b>Bauru (n=18)</b>	<b>Campinas (n=22)</b>	<b>Central (n=5)</b>	<b>Franca (n=18)</b>	<b>Itapeva (n=17)</b>	<b>Marília (n=28)</b>
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>								
Não	0 (0%)	1 (20%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	3 (10,7%)
Sim	9 (100%)	4 (80%)	17 (94,4%)	22 (100%)	5 (100%)	17 (94,4%)	17 (100%)	25 (89,3%)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>								
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,5%)	0 (0%)	2 (11,1%)	1 (5,9%)	2 (7,1%)
Sim	9 (100%)	5 (100%)	18 (100%)	21 (95,5%)	5 (100%)	16 (88,9%)	16 (94,1%)	26 (92,9%)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>								
Não	2 (22,2%)	2 (40%)	5 (27,8%)	4 (18,2%)	2 (40%)	7 (38,9%)	2 (11,8%)	10 (35,7%)
Sim	7 (77,8%)	3 (60%)	13 (72,2%)	18 (81,8%)	3 (60%)	11 (61,1%)	15 (88,2%)	18 (64,3%)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>								
Não	0 (0%)	4 (80%)	9 (50%)	7 (31,8%)	3 (60%)	8 (44,4%)	9 (52,9%)	9 (32,1%)
Sim	9 (100%)	1 (20%)	9 (50%)	15 (68,2%)	2 (40%)	10 (55,6%)	8 (47,1%)	19 (67,9%)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>								
Não	2 (22,2%)	2 (40%)	2 (11,1%)	7 (31,8%)	1 (20%)	4 (22,2%)	2 (11,8%)	5 (17,9%)
Sim	7 (77,8%)	3 (60%)	16 (88,9%)	15 (68,2%)	4 (80%)	14 (77,8%)	15 (88,2%)	23 (82,1%)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>								
Não	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	9 (100%)	5 (100%)	17 (94,4%)	22 (100%)	5 (100%)	18 (100%)	17 (100%)	28 (100%)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>								
Não	0 (0%)	2 (40%)	2 (11,1%)	6 (27,3%)	2 (40%)	1 (5,6%)	0 (0%)	2 (7,1%)
Sim	9 (100%)	3 (60%)	16 (88,9%)	16 (72,73%)	3 (60%)	17 (94,4%)	17 (100%)	26 (92,9%)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>								
Não	1 (11,1%)	1 (20%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (16,7%)	2 (11,8%)	0 (0%)
Sim	8 (88,9%)	4 (80%)	17 (94,4%)	22 (100%)	5 (100%)	15 (83,3%)	15 (88,2%)	28 (100%)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>								
Não	1 (11,1%)	0 (0%)	2 (11,1%)	2 (9,1%)	1 (20%)	7 (38,9%)	1 (5,9%)	7 (25%)
Sim	8 (88,9%)	5 (100%)	16 (88,9%)	20 (90,9%)	4 (80%)	11 (61,1%)	16 (94,1%)	21 (75%)

<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>								
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	9 (100%)	5 (100%)	18 (100%)	22 (100%)	5 (100%)	17 (94,4%)	17 (100%)	28 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>								
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	9 (100%)	5 (100%)	18 (100%)	22 (100%)	5 (100%)	17 (94,4%)	17 (100%)	28 (100%)

Fonte: elaborado pela autora.

Alterações na estrutura física dos serviços da APS foram essenciais durante a fase crítica da pandemia; entretanto, essas mudanças não foram encontradas em todos municípios paulistas, como na maior parte da região administrativa de Barretos, contrariando as orientações técnicas oriundas do governo do Estado de São Paulo na época, tal situação pode estar atrelada às questões políticas e ideológicas extremamente presentes naquele período. Experiências sobre adequações na estrutura física dos serviços da APS foram relatadas em estudo, como em um centro de APS no sul da Bahia, em que foi criada uma sala separada para atender os sintomáticos gripais (RIOS et al, 2020).

Em relação às notificações de Covid-19, devem ser realizadas em até 24 horas por um profissional de saúde; porém, a subnotificação da doença no Brasil foi mais acentuada nos períodos mais críticos da pandemia, ou seja, durante os anos de 2020 e 2021; e, em especial no início da pandemia. Estudo realizado no início da pandemia no Brasil, estimou que o número de casos de Covid-19 notificados até 20 de abril de 2020, poderia ser até 11 vezes maior do que foi registrado (PRADO et al, 2020).

Ainda na APS, os profissionais de saúde possuem um maior vínculo com a população atendida, uma vez que possuem um maior conhecimento das suas necessidades de saúde. Assim, as pessoas com Covid-19 deveriam passar por uma avaliação prévia pela APS, uma vez que é a porta de entrada do sistema de saúde, e, realiza os encaminhamentos a outros serviços de saúde, bem como o acompanhamento. Mas, nos períodos iniciais e nos críticos da pandemia, parte dos serviços da APS não apresentava estrutura e nem pessoal preparado para atender a demanda; por isso, pode-se afirmar que houve uma deficiência na reorganização desse nível de assistência, especialmente no início da pandemia, reverberando no fluxo e demanda de usuários nos serviços de saúde dos diversos níveis de assistência. Além disso, cada município se reorganizou de uma forma, não sendo uniforme em todos.

As características da APS, como território definido, vínculo entre os profissionais e a população, integralidade do cuidado, acompanhamento das pessoas consideradas de risco e dos sintomáticos leves, foram consideradas estratégias essenciais para lidar com o cenário de pandemia e evitar o agravamento dos doentes (SOUSA et al, 2020). Entretanto, percebe-se com a evolução da pandemia, que esses atributos da APS foram subaproveitados durante a fase

crítica, uma vez que sofreu com a falta de organização central pelo Ministério da Saúde e interferência direta de questões políticas e ideológicas vivenciadas na época.

Ainda, vale ressaltar que a publicação de normas e protocolos específicos direcionadas para os profissionais da APS, foram essenciais para a adequação da assistência, além da necessidade de uma quantidade adequada de EPIs, de forma a minimizar o sentimento de insegurança, medo de exercer a profissão e risco de contaminação, durante a fase inicial da pandemia. A fase crítica da pandemia modificou o bem estar pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde, causando alterações no cotidiano, destacando-se perturbações relacionadas ao sono, sintomas depressivos, medo, irritabilidade, incapacidade de ter momentos relaxantes e estresse (MACHADO et al, 2023).

Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19, destacam-se que 30 (93,7%) participantes da região administrativa de São Paulo referiram que as unidades de saúde foram adaptadas durante a emergência sanitária. Para 30 (93,7%) dos participantes da região administrativa de São José do Rio Preto o fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19. Os serviços de referência e contrarreferência sofreram alteração durante a pandemia de Covid-19 dentro da RAS, destacam-se que 100% dos participantes da região administrativa de Ribeirão Preto referiram tais alterações nos serviços da APS (Tabela 14).

Para 13 (92,9%) participantes da região de Presidente Prudente afirmaram que os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave da doença foram alocados para home office. Já a avaliação prévia pela APS dos casos de Covid-19 notificados na RAS foi referida por 100% dos participantes das regiões administrativas de Sorocaba (Tabela 14).

A implementação de protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19 ocorreu majoritariamente em todas as regiões administrativas, referida por 100% dos respondentes das regiões administrativas de Presidente Prudente, Santos, Sorocaba e São José dos Campos. Nesse contexto, todos participantes das regiões administrativas de Registro, Ribeirão Preto e Sorocaba, informaram que profissionais da APS foram capacitados para o atendimento de casos suspeitos ou manejo de usuários diagnosticados com Covid-19 (Tabela 14).

Em relação aos EPIs, destacam-se que 17 (94,4%) respondentes da região administrativa de Franca afirmaram que esses EPIs foram distribuídos em quantidade adequada. Já em relação à classificação da qualidade desses EPIs, destacam-se que 31 (96,8%) participantes da região administrativa de São Paulo consideraram a qualidade dos EPIs como adequadas (Tabela 14).



Tabela 14 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023.

Variável	Presidente Prudente (n=14)	Registro (n=9)	Ribeirão Preto (n=10)	Santos (n=7)	Sorocaba (n=16)	São José do Rio Preto (n=32)	São José dos Campos (n=19)	São Paulo (n=32)
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>								
Não	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (14,3%)	1 (6,3%)	3 (9,4%)	3 (15,8%)	2 (6,3%)
Sim	14 (100%)	8 (88,9%)	10 (100%)	6 (85,7%)	15 (93,7%)	29 (90,6%)	16 (84,2%)	30 (93,7%)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>								
Não	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (6,3%)	2 (6,3%)	1 (5,3%)	0 (0%)
Sim	14 (100%)	8 (88,9%)	10 (100%)	7 (100%)	15 (93,7%)	30 (93,7%)	18 (94,7%)	32 (100%)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>								
Não	6 (42,9%)	5 (55,6%)	0 (0%)	3 (42,9%)	2 (12,5%)	6 (18,7%)	5 (26,3%)	8 (25%)
Sim	8 (57,1%)	4 (44,4%)	10 (100%)	4 (57,1%)	14 (87,5%)	26 (81,3%)	14 (73,7%)	24 (75%)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>								
Não	5 (35,7%)	3 (33,3%)	3 (30%)	5 (71,4%)	5 (31,3%)	12 (37,5%)	5 (26,3%)	11 (34,4%)
Sim	9 (64,3%)	6 (66,7%)	7 (70%)	2 (28,6%)	11 (68,7%)	20 (62,5%)	14 (73,7%)	21 (65,6%)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>								
Não	1 (7,1%)	1 (11,1%)	1 (10%)	2 (28,6%)	2 (12,5%)	5 (15,6%)	2 (10,5%)	4 (12,5%)
Sim	13 (92,9%)	8 (88,9%)	9 (90%)	5 (71,4%)	14 (87,5%)	27 (84,4%)	17 (89,5%)	28 (87,5%)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>								
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	14 (100%)	9 (100%)	10 (100%)	7 (100%)	16 (100%)	32 (100%)	19 (100%)	32 (100%)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>								
Não	2 (14,3%)	1 (11,1%)	3 (30%)	2 (28,6%)	0 (0%)	4 (12,5%)	3 (15,8%)	4 (12,5%)
Sim	12 (85,7%)	8 (88,9%)	7 (70%)	5 (71,4%)	16 (100%)	28 (87,5%)	16 (84,2%)	28 (87,5%)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>								
Não	0 (0%)	1 (11,1%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,3%)	0 (0%)	1 (3,1%)
Sim	14 (100%)	8 (88,9%)	9 (90%)	7 (100%)	16 (100%)	30 (93,7%)	19 (100%)	31 (96,9%)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>								
Não	1 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)	1 (3,1%)	3 (15,8%)	1 (3,1%)
Sim	13 (92,9%)	9 (100%)	10 (100%)	6 (85,7%)	16 (100%)	31 (96,9%)	16 (84,2%)	31 (96,9%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>								
Não	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	14 (100%)	8 (88,9%)	10 (100%)	7 (100%)	16 (100%)	32 (100%)	19 (100%)	32 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>								
Não	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,1%)
Sim	14 (100%)	8 (88,9%)	10 (100%)	6 (85,7%)	16 (100%)	32 (100%)	19 (100%)	31 (96,9%)

Fonte: elaborada pela autora.

Conforme supracitado, na fase inicial da pandemia, as características da doença, como o modo de transmissão e especialmente por não ter tratamento e meios de prevenção efetivos, exigiram adaptações em todos os serviços de saúde, incluindo a APS. Assim, mudanças no fluxo de atendimento, especialmente para assistir pessoas com sintomatologia respiratória, além da oferta de EPIs foram essenciais durante o período inicial da pandemia. Estudo realizado no Rio Grande do Sul, mostrou que 90% dos municípios participantes da pesquisa relataram

mudanças relacionadas ao fluxo da assistência e ações para não faltar EPIs (BARBIERI et al, 2023).

Em relação ao fato dos casos notificados na RAS serem avaliados previamente pela APS para posterior encaminhamento na RAS, conforme relatado neste estudo, se assemelha com outros cenários. De acordo com um estudo realizado na Espanha, 80% dos médicos de clínica geral realizavam encaminhamento de 1 a cada 10 usuários que portavam sintomatologia moderada a grave de Covid-19 para serviços de emergência (LINARES et al, 2023).

Ainda, a fase inicial da pandemia exigiu o afastamento de profissionais de saúde que apresentavam maior risco para o desenvolvimento da forma da doença, para realizar atividades em home office, além da necessidade de estabelecimento de protocolos específicos para enfrentamento da Covid-19 no âmbito da APS, enfatizando ações de capacitações sobre o manejo da doença e precauções. As fases críticas da pandemia de Covid-19 despertaram medo e ansiedade entre os profissionais de saúde, especialmente no que se referia ao risco de contaminar-se e depois infectar algum membro familiar ou amigo (GIL et al, 2023).

Para 6 (66,7%) participantes da região administrativa de Araçatuba, os serviços da APS não dispuseram de tecnologia em teleatendimentos para realização de atendimentos pré clínicos, diagnósticos, acompanhamento de casos e consultas. Em relação ao acompanhamento de usuários com síndrome gripal via telefone, destacam-se que 27 (96,4%) dos participantes da região administrativa de Marília, afirmaram que os serviços da APS acompanharam os casos considerados de risco a cada 24 horas (Tabela 15).

Tabela 15 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023.

Variável	Araçatuba (n=9)	Barretos (n=5)	Bauru (n=18)	Campinas (n=22)	Central (n=5)	Franca (n=18)	Itapeva (n=17)	Marília (n=28)
<i>Qual nível de qualidade</i>								
1.Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,6%)
3.Regular	0 (0%)	0 (0%)	1 (5,6%)	4 (18,18%)	0 (0%)	1 (5,6%)	0 (0%)	2 (7,1%)
4.Bom	2 (22,2%)	3 (60%)	7 (38,9%)	10 (45,5%)	3 (60%)	13 (72,2%)	15 (88,2%)	14 (50%)
5.Muito bom	7 (77,8%)	2 (40%)	10 (55,6%)	8 (36,4%)	2 (40%)	4 (22,2%)	2 (11,8%)	11 (39,3%)
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>								
Não	1 (11,1%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (4,5%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11,8%)	0 (0%)
Sim	8 (88,9%)	4 (80%)	18 (100%)	21 (95,5%)	5 (100%)	18 (100%)	15 (88,2%)	28 (100%)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>								

Não	6 (66,7%)	3 (60%)	4 (22,2%)	7 (31,8%)	3 (60%)	9 (50%)	8 (47,1%)	11 (39,3%)
Sim	3 (33,3%)	2 (40%)	14 (77,8%)	15 (68,2%)	2 (40%)	9 (50%)	9 (52,9%)	17 (60,7%)
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>								
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (7,1%)
Sim	9 (100%)	5 (100%)	18 (100%)	22 (100%)	5 (100%)	18 (100%)	17 (100%)	26 (92,9%)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>								
Não	2 (22,2%)	1 (20%)	8 (44,4%)	3 (13,6%)	0 (0%)	5 (27,8%)	0 (0%)	1 (3,6%)
Sim	7 (77,8%)	4 (80%)	10 (55,6%)	19 (86,4%)	5 (100%)	13 (72,2%)	17 (100%)	27 (96,4%)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>								
Não	2 (22,2%)	0 (0%)	6 (33,3%)	3 (13,6%)	1 (20%)	2 (11,1%)	0 (0%)	3 (10,7%)
Sim	7 (77,8%)	5 (100%)	12 (66,7%)	19 (86,4%)	4 (80%)	16 (88,9%)	17 (100%)	25 (89,3%)

Fonte: elaborado pela autora.

A tecnologia nos atendimentos prestados na APS, no começo da pandemia ocorreu com limitações; posteriormente, foi sendo utilizada e houve um aumento gradativo; tal situação está relacionada com a infraestrutura necessária para a implantação da tecnologia que no começo era escassa e após um período elevou-se; além da necessidade de pessoal capacitado para trabalhar. Estudo mostrou que em março de 2020, 41% dos participantes das pesquisas relataram não terem realizados atendimentos por videoconferência; em maio de 2020, somente 13% (ETZ et al, 2023).

O acompanhamento dos pacientes com sintomas respiratórios pela APS foi essencial e deveria ser contínuo, ou seja, mesmo após os encaminhamentos para serviços de outros níveis de assistência, a fim de garantir a integralidade do cuidado e longitudinalidade. Em outras regiões do Brasil, além estado de São Paulo também houve um monitoramento de usuário assistido na APS com sintomatologia respiratória. Em Minas Gerais, uma análise evidenciou que 80,4% dos usuários que foram encaminhados a outros serviços de saúde, foram acompanhados continuamente (FREITAS et al, 2021).

O encaminhamento na APS de usuários com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além do diagnóstico de comorbidade de risco para desenvolvimento da forma grave da doença a outros pontos da RAS foi referido por 31 (96,9%) participantes de São José do Rio Preto (Tabela 16).

Já o atendimento prioritário a usuários com mais de 60 anos, doentes crônicos, portadores de imunossupressão, gestantes e mulheres em fase de puerpério foi referido por 31 (96,9%) participantes da região administrativa de São Paulo; e, o acompanhamento de usuários a cada 48 horas foi referido por 31 (96,9%) respondentes da região administrativa de São José do Rio Preto (Tabela 16).

Tabela 16 - Caracterização do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de acordo com as regiões administrativas. São Carlos, 2023.

Variável	Presidente Prudente (n=14)	Registro (n=9)	Ribeirão Preto (n=10)	Santos (n=7)	Sorocaba (n=16)	São José do Rio Preto (n=32)	São José dos Campos(n=19)	São Paulo (n=32)
<i>Qual nível de qualidade</i>								
1.Muito ruim	1 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3.Regular	0 (0%)	1 (11,1%)	0 (0%)	4 (57,1%)	0 (0%)	1 (3,1%)	1 (5,3%)	4 (12,5%)
4.Bom	10 (71,4%)	3 (33,3%)	7 (70%)	2 (28,6%)	11 (68,7%)	15 (46,9%)	13 (68,4%)	24 (75%)
5.Muito bom	3 (21,4%)	5 (55,6%)	3 (30%)	1 (14,3%)	5 (31,3%)	16 (50%)	5 (26,3%)	4 (12,5%)
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>								
Não	1 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,1%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	13 (92,9%)	9 (100%)	10 (100%)	7 (100%)	16 (100%)	31 (96,9%)	19 (100%)	32 (100%)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>								
Não	2 (14,3%)	1 (11,1%)	2 (20%)	1 (14,3%)	5 (31,3%)	6 (18,7%)	7 (36,8%)	6 (18,75%)
Sim	12 (85,7%)	8 (88,9%)	8 (80%)	6 (85,7%)	11 (68,7%)	26 (81,3%)	12 (63,2%)	26 (81,25%)
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>								
Não	1 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (28,6%)	0 (0%)	1 (3,1%)	0 (0%)	1 (3,1%)
Sim	13 (92,9%)	9 (100%)	10 (100%)	5 (71,4%)	16 (100%)	31 (96,9%)	19 (100%)	31 (96,9%)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>								
Não	1 (7,1%)	0 (0%)	3 (30%)	1 (14,3%)	0 (0%)	2 (6,3%)	8 (42,1%)	10 (31,3%)
Sim	13 (92,9%)	9 (100%)	7 (70%)	6 (85,7%)	16 (100%)	30 (93,7%)	11 (57,9%)	22 (68,7%)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>								
Não	0 (0%)	1 (11,1%)	2 (20%)	1 (14,3%)	1 (6,3%)	1 (3,1%)	3 (15,8%)	7 (21,9%)
Sim	14 (100%)	8 (88,9%)	8 (80%)	6 (85,7%)	15 (93,7%)	31 (96,9%)	16 (84,2%)	25 (78,1%)

Fonte: elaborada pela autora.

O atendimento prioritário durante as fases críticas da pandemia foi destinado a grupos que possuíam maior risco de desenvolver a forma grave da Covid-19. Assim, os serviços da APS deveriam identificar e monitorar os grupos vulneráveis, ou seja, idosos, portadores de

doenças crônicas, gestantes, pessoas com pobreza em nível extremo e casos de insegurança alimentar (MACHADO, PINTO, CUSTODIO, 2021).

Já o monitoramento dos casos graves a cada 24 horas e dos casos leves a cada 48 horas via telefone foi uma estratégia importante para orientar os usuários caso houvesse sinais de alarme e até mesmo pedir atendimento presencial. Apesar de haver predomínio do acompanhamento a cada 48 horas via telefone dos sintomáticos gripais na região administrativa de São José do Rio Preto, tal situação não foi verificada em todo o Estado de São Paulo. Já em Diadema, destacou-se o acompanhamento de todos os casos notificados, via telefone, realizado a cada 24 horas (CIRINO et al, 2021).

Em relação à análise, considerando o porte dos municípios, destacam-se que 17 (100%) participantes de municípios de porte 5 afirmaram que os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19. Nesse contexto, 42 (97,7%), 39 (90,7%), 45 (91,8%), 52 (98,1%) e 16 (94,1%) respondentes, respectivamente, oriundos de municípios de porte 1,2,3,4 e 5 referiram que o fluxo da APS foi reorganizado durante a pandemia de Covid-19 (Tabela 17).

Para 29 (67,4%), 30 (69,8%), 33 (67,4%), 45(84,9%), 10 (58,80%), 28 (87,50%) e 17 (70,80%) dos participantes, respectivamente, de municípios de porte 1,2,3,4,5, 6 e 7 afirmaram terem sido realizadas alterações no serviço de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS; já para 29(67,4%), 30(69,80%), 29(59,20%), 29(54,70%), 7(41,20%), 25(78,10%) e 14 (58,30%) dos participantes, respectivamente, de municípios de porte 1,2,3,4,5, 6 e 7 referiram que as estruturas físicas das unidades de saúde foram alteradas para atender casos suspeitos e confirmados de Covid-19 (Tabela 17).

Em relação ao home office, destaca-se que 22 (91,70%) dos participantes, de municípios de porte 7 referiram que profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave da doença foram alocados para o trabalho remoto (Tabela 16). Já, para 42 (97,7%) dos participantes de municípios de porte 2 referiram que a notificação dos casos suspeitos de Covid-19 pelos profissionais de saúde era realizada em até 24 horas; e, 41(95,4%) dos respondentes de municípios de porte 2 afirmaram que os serviços da APS realizavam uma avaliação prévia dos casos de Covid-19 notificados na RAS (Tabela 17).

Para 23 (95,8%) participantes de municípios de porte 7 referiram a implementação de protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19 nos serviços da APS; e, 31 (96,9%) respondentes de municípios de porte 6 afirmaram que os profissionais de saúde foram capacitados para atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo da doença. Em relação aos EPIs, destacam-se que 51 (96,3%) dos participantes de municípios de porte 4 afirmaram

que foram distribuídos em quantidade adequada e 51 (96,2%) participantes de municípios de porte 4 afirmaram que os equipamentos eram de qualidade adequada (Tabela 17).

Tabela 17 - Caracterização da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com o porte populacional do município. São Carlos, 2023.

Variável	Porte populacional						
	Porte 1 (n=43)	Porte 2 (n=43)	Porte 3 (n=49)	Porte 4 (n=53)	Porte 5 (n=17)	Porte 6 (n=32)	Porte 7 (n=24)
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>							
Não	2 (4,6%)	2 (4,7%)	8 (16,3%)	2 (3,8%)	0 (0%)	1 (3,1%)	2 (8,3%)
Sim	41 (95,4%)	41 (95,4%)	41 (83,7%)	51 (96,2%)	17 (100%)	31 (96,9%)	22 (91,7%)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>							
Não	1 (2,3%)	4 (9,3%)	4 (8,2%)	1 (1,9%)	1 (5,9%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	42 (97,7%)	39 (90,7%)	45 (91,8%)	52 (98,1%)	16 (94,1%)	32 (100%)	24 (100%)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>							
Não	14 (32,6%)	13 (30,2%)	16 (32,6%)	8 (15,1%)	7 (41,2%)	4 (12,5%)	7 (29,2%)
Sim	29 (67,4%)	30 (69,8%)	33 (67,4%)	45 (84,9%)	10 (58,8%)	28 (87,5%)	17 (70,8%)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>							
Não	14 (32,6%)	13 (30,2%)	20 (40,8%)	24 (45,3%)	10 (58,8%)	7 (21,9%)	10 (41,7%)
Sim	29 (67,4%)	30 (69,8%)	29 (59,2%)	29 (54,7%)	7 (41,2%)	25 (78,1%)	14 (58,3%)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>							
Não	12 (27,9%)	7 (16,3%)	5 (10,2%)	7 (13,2%)	5 (29,4%)	5 (15,6%)	2 (8,3%)
Sim	31 (72,1%)	36 (83,7%)	44 (89,8%)	46 (86,8%)	12 (70,6%)	27 (84,4%)	22 (91,7%)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>							
Não	0 (0%)	1 (2,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	43 (100%)	42 (97,7%)	49 (100%)	53 (100%)	17 (100%)	32 (100%)	24 (100%)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>							
Não	0 (0%)	2 (4,6%)	11 (22,5%)	6 (11,3%)	7 (41,2%)	5 (15,6%)	3 (12,5%)
Sim	43 (100%)	41 (95,4%)	38 (77,5%)	47 (88,7%)	10 (58,8%)	27 (84,4%)	21 (87,5%)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>							
Não	3 (7,0%)	3 (7,0%)	2 (4,1%)	4 (7,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,2%)
Sim	40 (93,0%)	40 (93,0%)	47 (95,9%)	49 (92,5%)	17 (100%)	32 (100%)	23 (95,8%)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>							
Não	6 (13,9%)	8 (18,6%)	7 (14,3%)	5 (9,4%)	0 (0%)	1 (3,1%)	1 (4,2%)
Sim	37 (86,1%)	35 (81,4%)	42 (85,7%)	48 (90,6%)	17 (100%)	31 (96,9%)	23 (95,8%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>							
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	43 (100%)	43 (100%)	49 (100%)	51 (96,3%)	17 (100%)	32 (100%)	24 (100%)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>							
Não	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3,8%)	0 (0%)	2 (6,25%)	0 (0%)
Sim	43 (100%)	43 (100%)	49 (100%)	51 (96,2%)	17 (100%)	30 (93,75%)	24 (100%)

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação aos EPIs, destacam-se que 20 (83,3%) participantes de municípios de porte 7 classificaram os EPIs como sendo bom. De acordo com 51 (96,2%) participantes de municípios de porte 4, os serviços realizavam o encaminhamento de usuários com síndrome gripal e saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de portarem alguma comorbidade que representavam risco para o desenvolvimento da forma grave da Covid-19 (Tabela 18).

Já o uso de tecnologia para os teleatendimentos em atendimento pré-clínicos, diagnósticos e acompanhamento de casos e consultas foi referido por 22 (91,7%) participantes de municípios de porte 7; e, 41 (95,3%) respondentes de municípios de porte 1 afirmaram que os serviços de saúde realizavam o acompanhamento de casos de síndrome gripal considerados de risco a cada 24 horas, via telefone; e, 49 (92,5%) participantes de municípios de porte 5 referiram que casos de síndrome gripal eram acompanhados a cada 48 horas, via telefone (Tabela 18).

Para 42 (97,7%) participantes de municípios de porte 2, os usuários com síndrome gripal com mais de 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres em puerpério receberam atendimentos prioritários nos serviços de saúde da APS (Tabela 18).

Tabela 18 - Caracterização do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de acordo com o porte populacional do município. São Carlos, 2023.

Variável	Porte populacional						
	Porte 1 (n=43)	Porte 2 (n=43)	Porte 3 (n=49)	Porte 4 (n=53)	Porte 5 (n=17)	Porte 6 (n=32)	Porte 7 (n=24)
<i>Qual nível de qualidade</i>							
1.Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,04%)	1 (1,89%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
3.Regular	3 (7%)	1 (2,3%)	0 (0%)	4 (7,55%)	2 (11,8%)	7 (21,9%)	2 (8,3%)
4.Bom	17 (39,5%)	26 (60,5%)	29 (59,2%)	31 (58,5%)	9 (52,9%)	20 (62,5%)	20 (83,3%)
5.Muito bom	23 (53,5%)	16 (37,2%)	19 (38,8%)	17 (32,1%)	6 (35,3%)	5 (15,6%)	2 (8,3%)
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>							
Não	2 (4,6%)	3 (7%)	0 (0%)	2 (3,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Sim	41 (95,4%)	40 (93,0%)	49 (100%)	51 (96,2%)	17 (100%)	32 (100%)	24 (100%)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>							
Não	19 (44,2%)	21 (48,8%)	14 (28,6%)	15 (28,3%)	4 (23,5%)	6 (18,7%)	2 (8,3%)
Sim	24 (55,8%)	22 (51,2%)	35 (71,4%)	38 (71,7%)	13 (76,5%)	26 (81,3%)	22 (91,7%)

*Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?*

Não	0 (0%)	1 (2,3%)	2 (4,1%)	1 (1,9%)	0 (0%)	2 (6,3%)	1 (4,2%)
Sim	43 (100%)	42 (97,7%)	47 (95,9%)	52 (98,1%)	17 (100%)	30 (93,7%)	23 (95,8%)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>							
Não	2 (4,7%)	6 (13,9%)	7 (14,3%)	11 (20,7%)	6 (35,3%)	5 (15,6%)	8 (33,3%)
Sim	41 (95,3%)	37 (86,1%)	42 (85,7%)	42 (79,3%)	11 (64,7%)	27 (84,4%)	16 (66,7%)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>							
Não	6 (13,9%)	6 (13,9%)	4 (8,2%)	4 (7,5%)	2 (11,8%)	3 (9,4%)	8 (33,3%)
Sim	37 (86,1%)	37 (86,1%)	45 (91,8%)	49 (92,5%)	15 (88,2%)	29 (90,6%)	16 (66,7%)

Fonte: elaborado pela autora.

Ao comparar a reorganização e atividades de enfrentamento da pandemia de Covid-19 na APS, de acordo com o porte populacional do município, destaca-se que a avaliação prévia de casos de Covid-19 pela APS e notificados na RAS foram 17% mais prevalentes em municípios de porte 1 ou 2 quando comparados aos de portes 3 ou 4 (Tabelas 19 e 20).

A capacitação dos profissionais de saúde para atendimento de suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19 foi 14% menos prevalentes em municípios de porte 5,6 ou 7 quando comparado aos de porte 1 ou 2 (Tabelas 19 e 20).

Tabela 19 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19 de acordo com o porte populacional do município, por meio da razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variável	Comparações dos portes por meio do RP (IC 95 %)		
	1 ou 2 vs 3 ou 4	1 ou 2 vs 5, 6 ou 7	3 ou 4 vs 5, 6 ou 7
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1,06 (0,97;1,16)	0,99 (0,94;1,06)	0,94 (0,86;1,02)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,99 (0,92;1,06)	0,95 (0,9;1,02)	0,96 (0,92;1,01)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,9 (0,74;1,09)	0,91 (0,74;1,12)	1,02 (0,86;1,2)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1,21 (0,96;1,52)	1,09 (0,85;1,4)	0,9 (0,69;1,18)



*Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?*

Não	-	-	-
Sim	0,88 (0,75;1,04)	0,93 (0,77;1,12)	1,06 (0,92;1,21)

*Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?*

Não	-	-	-
Sim	0,99 (0,97;1,01)	0,99 (0,97;1,01)	1 (1;1)

*Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?*

Não	-	-	-
Sim	1,17 (1,07;1,29)	1,23 (1,08;1,4)	1,05 (0,9;1,23)

*Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?*

Não	-	-	-
Sim	0,99 (0,91;1,07)	0,94 (0,89;1)	0,95 (0,9;1,01)

*Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?*

Não	-	-	-
Sim	0,95 (0,83;1,09)	0,86 (0,78;0,95)	0,91 (0,82;1,01)

*Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?*

Não	-	-	-
Sim	1,02 (0,99;1,05)	1 (1;1)	0,98 (0,95;1,01)

*Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?*

Não	-	-	-
Sim	1,02 (0,99;1,05)	1,03 (0,99;1,07)	1,01 (0,96;1,06)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 20 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o porte populacional do município, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023.

Variáveis	Comparações dos portes de acordo com valor p		
	1 ou 2 vs 3 ou 4	1 ou 2 vs 5, 6 ou 7	3 ou 4 vs 5, 6 ou 7
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,22	0,85	0,16
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,79	0,16	0,15
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,27	0,37	0,86
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,11	0,50	0,45
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>			

Não	-	-	-
Sim	0,13	0,46	0,44
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,32	0,32	-
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>			
Não	-	-	-
Sim	<0,01	<0,01	0,55
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,77	0,05	0,11
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,45	<0,01	0,06
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,15	-	0,15
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,15	0,17	0,75

Fonte: elaborado pela autora.

Já o encaminhamento de usuários da unidade de saúde com síndrome gripal e saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentar alguma comorbidade de risco para agravamento da Covid-19 a outros pontos da RAS foi 6% mais prevalentes em municípios de porte 1 ou 2 do que em municípios de porte 5, 6 ou 7 (Tabelas 21 e 22).

Já a utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento de casos e consultas foram 25% mais prevalentes em municípios de porte 1 ou 2, quando comparados com municípios de portes 3 ou 4; e, 36% mais prevalentes em municípios de portes 1 ou 2, quando comparados aos de portes 5,6 ou 7. Ainda, o acompanhamento dos usuários considerados de grupo de risco a cada 24 horas, via telefone, foi 23% menos prevalentes em municípios de portes 5, 6 ou 7 do que em municípios de porte 1 ou 2 (Tabelas 21 e 22).

Tabela 21 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando o porte populacional do município, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variável	Comparações dos portes por meio do RP (IC 95 %)		
	1 ou 2 vs 3 ou 4	1 ou 2 vs 5, 6 ou 7	3 ou 4 vs 5, 6 ou 7

*Qual nível de qualidade*

1.Muito ruim	-	-	-
3.Regular	-	-	-
4.Bom	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-

*Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?*

Não	-	-	-
Sim	0,96 (0,9;1,02)	0,94 (0,89;0,99)	0,98 (0,95;1,01)

*Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?*

Não	-	-	-
Sim	0,75 (0,57;0,98)	0,64 (0,5;0,83)	0,86 (0,72;1,02)

*Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?*

Não	-	-	-
Sim	1,02 (0,98;1,06)	1,03 (0,97;1,09)	1,01 (0,95;1,08)

*O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?*

Não	-	-	-
Sim	1,1 (0,96;1,27)	1,23 (1,06;1,42)	1,11 (0,93;1,34)

*O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?*

Não	-	-	-
Sim	0,93 (0,84;1,03)	1,05 (0,92;1,19)	1,12 (1;1,26)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 22 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando o porte populacional do município, de acordo o valor p. São Carlos, 2023.

Variáveis	Comparações dos portes de acordo com valor p		
	1 ou 2 vs 3 ou 4	1 ou 2 vs 5, 6 ou 7	3 ou 4 vs 5, 6 ou 7
<i>Qual nível de qualidade</i>			
1.Muito ruim	-	-	-
3.Regular	-	-	-
4.Bom	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,19	0,03	0,16
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,04	<0,01	0,08
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>			
Não	-	-	-

Sim	0,38	0,31	0,71
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,18	<0,01	0,25
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,18	0,49	0,06

Fonte: elaborado pela autora.

A avaliação prévia dos casos de Covid-19 notificados pelos serviços da APS, capacitação dos profissionais de saúde, encaminhamento para outros níveis de assistência de usuários com síndrome gripal, saturação menor que 95% em respiração espontânea além da presença de alguma comorbidade de risco para agravamento da Covid-19, o uso de tecnologias na assistência nos serviços de saúde e o acompanhamento de usuários com sintomatologia gripal leve, foram ações da APS que prevaleceram em municípios de porte 1 ou 2, ou seja nos municípios pequenos, em que historicamente possuem uma forte atuação da APS, sendo muitas vezes os únicos serviços de saúde existentes na cidade.

Nesse contexto, um estudo realizado no estado de São Paulo mostrou que a maioria dos municípios pequenos centralizou a monitorização de todos os usuários SUS que eram identificados com Covid-19 (VIANA et al, 2023). Ressalta-se a influência do tamanho da população de um município no processo de tomada de decisão e reorganização dos serviços de saúde diante de uma crise sanitária.

Ainda, vale destacar que municípios de pequeno porte deveriam estar mais protegidos da contaminação da Covid-19 por haver menor quantidade de atores e agentes relacionados à economia; porém, como possuem menor dinamismo econômico, os munícipes dessas cidades vão para cidades mais populosas atrás de emprego, conhecimento e saúde, o que contribuiu para uma rápida disseminação da Covid-19 nessas localidades (BACCHIEGGA, VASCONCELLOS, 2021).

Já um estudo realizado em Pernambuco evidenciou que quanto maior a população do município e densidade demográfica e menor o IDH municipal e a urbanização, mais elevada foi ocorrência da doença (QUININO et al, 2021).

Em relação à comparação da organização da APS no enfrentamento à Covid-19, considerando o IDH municipais, destaca-se que a reestruturação do fluxo da APS durante a pandemia de Covid-19 foi 8% mais prevalente em municípios de IDH médio quando comparado aos municípios de IDH muito alto e 4% mais prevalentes em municípios de IDH alto em relação aos de IDH muito alto. Ainda, a avaliação prévia pela APS de casos de Covid-

19 notificados na RAS foi 32% mais prevalente em municípios de IDH médio comparado aos municípios de IDH muito alto (Tabelas 23 e 24 ).

A implementação de protocolos específicos na APS para enfrentamento da Covid-19 foi 14% mais prevalente em municípios de IDH médio quando comparado aos municípios de IDH muito alto e 4% mais prevalentes em municípios de IDH alto em relação aos de IDH muito alto Já a capacitação de profissionais de saúde para atendimentos de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários diagnosticados com a doença foi 11% mais prevalente em municípios de IDH alto do que comparado aos de IDH muito alto (Tabelas 23 e 24).

Tabela 23 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variável	Comparações RP (IC 95%)		
	Medio vs alto	Medio vs muito alto	Alto vs Muito alto
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1,05 (0,98;1,12)	1,05 (0,9;1,22)	1 (0,86;1,16)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,95 (0,88;1,04)	0,92 (0,85;0,99)	0,96 (0,93;0,99)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,9 (0,68;1,18)	0,85 (0,59;1,22)	0,95 (0,73;1,23)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1,02 (0,76;1,38)	1,12 (0,67;1,87)	1,09 (0,7;1,71)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,96 (0,79;1,17)	0,94 (0,71;1,25)	0,98 (0,78;1,23)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1 (1;1,01)	1 (1;1)	1 (0,99;1)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1,09 (0,99;1,2)	1,32 (1,06;1,64)	1,21 (0,99;1,5)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,9 (0,79;1,01)	0,86 (0,76;0,97)	0,96 (0,94;0,99)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-

Sim	1 (0,88;1,15)	0,89 (0,79;1,01)	0,89 (0,84;0,94)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,98 (0,92;1,03)	0,97 (0,92;1,03)	1 (0,99;1)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,98 (0,93;1,04)	1,05 (0,89;1,23)	1,07 (0,91;1,24)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 24 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023.

Variáveis	Valor de p		
	Médio vs alto	Médio vs muito alto	Alto vs muito alto
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,18	0,55	0,99
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,25	0,03	0,01
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,44	0,38	0,69
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,89	0,67	0,69
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,68	0,67	0,86
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,32	-	0,32
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,09	0,01	0,07
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,08	0,02	<0,01
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,97	0,06	<0,01
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,42	0,32	0,32

*Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?*

Não	-	-	-
Sim	0,53	0,58	0,41

Fonte: elaborado pela autora.

O encaminhamento a outros pontos da RAS de usuários com síndrome gripal apresentando saturação menor que 95% em respiração espontânea e alguma comorbidade que representasse risco para o desenvolvimento da forma grave da Covid-19 foi 2% mais prevalente em municípios de IDH alto comparados ao de IDH muito alto (Tabela 25 e 26). Já o atendimento prioritário para usuários com síndrome gripal com mais de 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres em fase de puerpério foi 3% mais prevalente em municípios de IDH médio quando comparado aos de IDH alto e 3% mais prevalente em municípios de IDH alto em relação aos de IDH muito alto (Tabela 25 e 26).

O acompanhamento de usuários com síndrome gripal, considerados do grupo de risco a cada 24 horas, via telefone, foi 14% mais prevalente em municípios de IDH médio do que em municípios de IDH alto, 89% mais prevalente em municípios de IDH médio em relação aos de IDH muito alto e 66% mais prevalente em municípios com IDH alto comparados ao de IDH muito alto (Tabela 25 e 26).

Tabela 25 - Comparação do manejo de Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variável	Comparações RP (IC 95%)		
	Medio vs alto	Medio vs muito alto	Alto vs Muito alto
<i>Qual nível de qualidade</i>			
1.Muito ruim	-	-	-
3.Regular	-	-	-
4.Bom	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,97 (0,89;1,05)	0,94 (0,87;1,02)	0,98 (0,96;1)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,78 (0,53;1,16)	0,78 (0,45;1,35)	1 (0,66;1,51)
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>			

Não	-	-	-
Sim	1,03 (1,01;1,06)	1 (1;1)	0,97 (0,94;0,99)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1,14 (1,02;1,27)	1,89 (1,2;2,96)	1,66 (1,06;2,6)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	1 (0,89;1,14)	1,38 (0,95;2,02)	1,38 (0,96;1,99)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 26 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando o IDH municipal, de acordo o valor p. São Carlos, 2023.

Variáveis	Valor de p		
	Médio vs alto	Médio vs muito alto	Alto vs muito alto
<i>Qual nível de qualidade</i>			
1.Muito ruim	-	-	-
3.Regular	-	-	-
4.Bom	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,43	0,16	0,03
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,22	0,37	0,98
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,01	-	0,01
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,02	<0,01	0,03
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>			
Não	-	-	-
Sim	0,96	0,09	0,09

Fonte: elaborado pela autora.

O Brasil possui um território de dimensões continentais e marcado por disparidades econômicas em suas regiões, sendo que as mais vulneráveis apresentam um menor IDH e são as mais acometidas por doenças. Ressalta-se que essas diferenças também se replicam nos municípios, especialmente os de grande porte. Nesse contexto, em Fortaleza-Ceará, foi



verificado durante os períodos críticos da pandemia, o risco de contrair a Covid-19 variou mais em regiões periféricas do que em bairros que eram mais favorecidos economicamente (CESTARI et al, 2021).

Vale destacar que mesmo antes da pandemia, no território brasileiro foi verificado uma queda na mortalidade infantil no período compreendido entre os anos de 1980 e 2010, decrescendo de 69 a 16,1 mil nascidos vivos. Essa melhora nesse indicador tão sensível aconteceu concomitantemente ao período em que foi verificado uma diminuição das desigualdades sociais entre as regiões, além da criação SUS (PAES- SOUSA, CHAVANE, COELHO, 2019).

Diferente do que foi encontrado neste estudo, uma pesquisa encontrou maiores coeficientes de incidência e mortalidade por Covid-19 em países que houve aumento de IDH; entretanto, deve-se analisar com cuidado, pois, geralmente, países com maiores IDH apresentam mais recursos financeiros para disponibilizar diante de uma emergência sanitária, e no caso da Covid-19, tal situação pode ter implicado a um maior acesso aos insumos, equipamentos, reestruturação dos serviços de saúde e capacitação dos profissionais e EPIs necessários para o enfrentamento da doença, especialmente na fase inicial (SHAHBAZI, KHAZAEI, 2020).

Dentro do cenário internacional, estudo realizado na Itália mostrou que o aumento do IDH do município foi proporcional a chance de infecções pela Covid-19 e à sua letalidade (LIU et al, 2020).

A organização da APS no enfrentamento da Covid-19 também foi analisada considerando o tipo de equipe de saúde na APS e comparando com o nível de cobertura. Nesse contexto, a adaptação dos serviços da APS para enfrentamento da Covid-19 foi 7% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado aos de cobertura de 25% a 49,99% e 7% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em relação aos municípios com cobertura de eAP de 75% ou mais (Tabelas 27 e 28).

A reestruturação do fluxo da APS durante a pandemia de Covid-19 foi 4% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura de eAP de 25% a 49,99% e 4% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura de eAP de 75% ou mais (Tabelas 27 e 28).

Já as alterações nos serviços de referência e contrarreferência dentro da RAS durante a pandemia de Covid-19 foi 18% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor

que 25% quando comparado aos de cobertura de eAP de 25% a 49,99% (Tabelas 27 e 28). Enquanto, a avaliação prévia da APS de casos de Covid-19 notificados na RAS foi 11% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado aos municípios com cobertura de eAP de mais de 75% e 35% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP de 25% a 49,99% do que em municípios com cobertura de eAP de mais de 75%. Ainda, essa avaliação foi 27% mais prevalente em municípios de cobertura de eAP de 50% a 74,99% quando comparado aos municípios com cobertura de eAP de mais de 75% (Tabelas 27 e 28).

A implementação de protocolos específicos na APS para o enfrentamento da Covid-19 foi 4% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura de eAP de mais de 75%. No que se refere à capacitação dos profissionais de saúde para atendimento de casos suspeitos e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19, municípios com cobertura de eAP menor que 25% apresentaram uma prevalência de 11% a mais do que municípios com cobertura de eAP entre 50% e 74,99% e 11% mais prevalentes em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura de eAP de mais de 75% (Tabelas 27 e 28).

A distribuição dos EPIs com qualidade adequada foi 2% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura de eAP entre 25% e 49,99% e 2% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado a municípios com cobertura de eAP entre 50% e 74,99%. Ainda, em relação à distribuição de EPIs com qualidade foi 2% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura de eAP igual ou maior que 75% (Tabelas 27 e 28).

Tabela 27 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eAP, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variáveis	Comparações de RP (IC 95%)					
	<25% Entre 25% e 49,99%	<25% vs 25% e 74,99%	<25% vs 25% e ≥ 75%	Entre <25% e 49,99% vs Entre 25% e 74,99%	Entre <25% e 49,99% vs Entre 25% e 74,99%	Entre <25% e 49,99% vs Entre 25% e 74,99%
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,93 (0,9;0,97)	1,14 (0,87;1,5)	0,93 (0,9;0,97)	1,22 (0,93;1,6)	1 (1;1)	0,82 (0,62;1,07)

*O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,96 (0,93;0,99)	1,05 (0,9;1,23)	0,96 (0,93;0,99)	1,1 (0,94;1,28)	1 (1;1)	0,91 (0,78;1,06)

*Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,82 (0,67;0,99)	0,88 (0,69;1,13)	0,96 (0,52;1,78)	1,08 (0,81;1,44)	1,18 (0,62;2,22)	1,09 (0,57;2,1)

*A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,89 (0,68;1,17)	1,73 (0,75;4)	0,84 (0,45;1,56)	1,94 (0,81;4,63)	0,94 (0,49;1,82)	0,48 (0,17;1,36)

*Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1,03 (0,8;1,32)	1,33 (0,84;2,12)	1,13 (0,61;2,09)	1,29 (0,77;2,17)	1,1 (0,57;2,12)	0,85 (0,4;1,82)

*Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1 (1;1)	1,1 (0,91;1,33)	1 (1;1)	1,1 (0,91;1,33)	1 (1;1)	0,91 (0,75;1,1)

*Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1,38 (0,96;1,98)	1,22 (0,94;1,6)	0,89 (0,85;0,93)	0,89 (0,57;1,39)	0,65 (0,45;0,93)	0,73 (0,56;0,94)

*Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1,02 (0,91;1,15)	1,32 (0,92;1,91)	0,96 (0,94;0,99)	1,29 (0,88;1,9)	0,94 (0,84;1,06)	0,73 (0,5;1,05)

*Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1 (0,83;1,22)	0,89 (0,84;0,94)	0,89 (0,84;0,94)	0,88 (0,73;1,06)	0,88 (0,73;1,06)	1 (1;1)

*Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,99 (0,98;1)	0,99 (0,98;1)	0,99 (0,98;1)	1 (1;1)	1 (1;1)	1 (1;1)

*Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,98 (0,97;1)	0,98 (0,97;1)	0,98 (0,97;1)	1 (1;1)	1 (1;1)	1 (1;1)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 28 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eAP, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023.

**Comparações de do valor de p**

<b>Variáveis</b>	<25% Entre 25% e 49.99%	<25% vs 25% e 74.99%	<25% 25% e ≥ 75%	Entre <25% e 49.99% vs Entre 25% e 74.99%	Entre <25% e 49.99% vs Entre 25% e 74.99%	Entre <25% e 49.99% vs Entre 25% e 74.99%
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	<0,01	0,34	<0,01	0,15	-	0,15
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	<0,01	0,52	<0,01	0,22	-	0,22
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,04	0,32	0,90	0,61	0,62	0,79
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,41	0,20	0,58	0,13	0,86	0,17
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,82	0,23	0,70	0,33	0,78	0,67
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	-	0,33	-	0,33	-	0,33
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,08	0,13	<0,01	0,61	0,02	0,02
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,73	0,14	<0,01	0,19	0,30	0,09
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,96	<0,01	<0,01	0,18	0,18	-
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,16	0,16	0,16	-	-	-
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,045	0,045	0,045	-	-	-

Fonte: elaborado pela autora.

O encaminhamento a outros pontos da RAS de usuários com síndrome gripal que apresentaram saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de portarem alguma comorbidade que represente risco para desenvolvimento da forma grave da doença foi 2% mais

prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado aos municípios com cobertura de eAP igual ou maior que 75% (Tabelas 29 e 30).

Em relação ao uso de tecnologias para o teleatendimento em atendimentos pré clínicos, diagnósticos, acompanhamento de casos e consultas foi 31% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado a municípios com cobertura de eAP igual a 75% ou mais e 36% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP entre 50% e 74,99% do que em municípios com cobertura de eAP igual ou maior 75% (Tabelas 29 e 30).

Já a prioridade no atendimento de usuários com síndrome gripal com mais de 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres em fase de puerpério foi 3% mais prevalente em municípios que possuem cobertura de eAP menor que 25% quando comparado a municípios com cobertura de eAP entre 25% e 49,99% e foi 3% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura entre 50% e 74,99%. Ainda, essa prioridade no atendimento foi 3% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado aos de cobertura igual ou maior que 75% (Tabelas 29 e 30).

O acompanhamento de usuários com síndrome gripal considerados de risco a cada 24 horas, via telefone, foi 17% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% quando comparado aos de cobertura igual ou maior 75% e 29% mais prevalente em municípios com cobertura entre 25% e 49,99% do que em municípios com cobertura igual ou maior que 75%. Ainda, o acompanhamento dos usuários com síndrome gripal a cada 48 horas, via telefone, foi 12% mais prevalente em municípios com cobertura de eAP menor que 25% do que em municípios com cobertura igual ou maior a 75% e 24% mais prevalente em municípios com cobertura entre 25% e 49,99% do que em municípios com cobertura igual ou maior que 75% (Tabelas 29 e 30).

Tabela 29 - Comparação no manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eAP, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variáveis	Comparações de RP (IC 95%)					
	<25% Entre 25% e 49,99%	<25% vs 25% e 74,99%	<25% vs 25% e ≥ 75%	Entre <25% e 49,99% vs Entre 25% e 74,99%	Entre <25% e 49,99% vs Entre 25% e 74,99%	Entre <25% e 49,99% vs Entre 25% e 74,99%
<i>Qual nível de qualidade</i>						
1.Muito ruim -	-	-	-	-	-	-

3.Regular	-	-	-	-	-	-
4.Bom	-	-	-	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-	-	-	-
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1,04 (0,92;1,18)	1,08 (0,89;1,31)	0,98 (0,96;1)	1,04 (0,82;1,3)	0,94 (0,83;1,06)	0,91 (0,75;1,1)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,97 (0,67;1,41)	1,08 (0,7;1,65)	0,69 (0,61;0,77)	1,11 (0,64;1,91)	0,71 (0,49;1,01)	0,64 (0,42;0,96)
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,97 (0,95;0,99)	0,97 (0,95;0,99)	0,97 (0,95;0,99)	1 (1;1)	1 (1;1)	1 (1;1)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1,18 (0,87;1,6)	1,02 (0,8;1,31)	0,83 (0,77;0,9)	0,86 (0,59;1,26)	0,71 (0,53;0,95)	0,82 (0,65;1,04)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	1,15 (0,88;1,51)	1,08 (0,85;1,37)	0,88 (0,84;0,93)	0,93 (0,66;1,33)	0,76 (0,59;0,99)	0,82 (0,65;1,04)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 30 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eAP, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023.

Variáveis	<25% Entre 25% e 49.99%	<25% vs 25% e 74.99%	<25% 25% e ≥ 75%	Entre <25% e 49.99% vs Entre 25% e 74.99%	Entre <25% e 49.99% vs Entre 25% e 74.99%	Entre <25% e 49.99% vs Entre 25% e 74.99%
<i>Qual nível de qualidade</i>						
1.Muito ruim	-	-	-	-	-	-
3.Regular	-	-	-	-	-	-
4.Bom	-	-	-	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-	-	-	-

*Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,54	0,46	0,03	0,77	0,33	0,33

*Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,88	0,73	<0,01	0,71	0,05	0,03

*Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,01	0,01	0,01	-	-	-

*O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,28	0,88	<0,01	0,44	0,02	0,10

*O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?*

Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,29	0,54	<0,01	0,71	0,04	0,10

Fonte: elaborado pela autora.

As adequações nos serviços da APS para enfrentamento da Covid-19 foi 9% mais prevalente em municípios com cobertura de eSF entre 50% e 74,99% quando comparado a municípios com cobertura igual ou maior a 75% (Tabelas 31 e 32). As mudanças em relação à estrutura física das unidades de saúde para atender casos suspeitos de Covid-19 foi 23% mais prevalente em municípios com cobertura de eSF entre 25% e 49,99% do que em municípios com cobertura de eSF entre 50% e 74,99% e 30% mais prevalente em municípios com cobertura entre 50% e 74,99% do que em municípios com cobertura igual ou maior que 75% (Tabelas 31 e 32).

Tabela 31 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eSF, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variável	Comparação entre RP (IC 95%)				
	<25% vs entre 25% e 49.99%	<25% vs entre 50% e 74.99%	<25% ≥ 75%	Entre <25% e 49.99% vs ≥75%	Entre 50% e 74.99% vs ≥75%
<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>	-	-	-	-	-

Sim	1,05 (0,95;1,15)	0,96 (0,9;1,04)	1,06 (0,96;1,16)	1,01 (0,92;1,1)	1,09 (1,03;1,16)
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	0,98 (0,91;1,06)	1,04 (0,93;1,15)	1,01 (0,93;1,09)	1,02 (0,97;1,08)	0,97 (0,89;1,06)
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1,16 (0,94;1,44)	1,01 (0,79;1,3)	1,17 (0,95;1,43)	1 (0,84;1,19)	1,15 (0,93;1,43)
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1,09 (0,76;1,58)	0,84 (0,58;1,22)	1,09 (0,76;1,57)	1 (0,8;1,25)	1,3 (1,03;1,65)
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	0,83 (0,63;1,08)	0,83 (0,63;1,1)	0,85 (0,65;1,1)	1,03 (0,89;1,18)	1,02 (0,87;1,21)
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1,02 (0,98;1,06)	1 (1;1)	1 (1;1)	0,98 (0,94;1,02)	1 (1;1)
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1,02 (0,81;1,29)	1,01 (0,83;1,23)	0,89 (0,76;1,05)	0,87 (0,73;1,05)	0,88 (0,77;1,01)
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1,05 (0,95;1,16)	1,06 (0,93;1,22)	0,99 (0,92;1,07)	0,95 (0,88;1,02)	0,93 (0,83;1,05)
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1,02 (0,93;1,12)	1,15 (0,95;1,39)	1,1 (0,99;1,22)	1,07 (0,98;1,18)	0,95 (0,79;1,15)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1 (1;1)	1,02 (0,98;1,07)	1,01 (0,99;1,02)	1,01 (0,99;1,02)	0,98 (0,94;1,03)
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1 (1;1)	1,02 (0,98;1,07)	1,02 (1;1,05)	1,02 (1;1,05)	1 (0,95;1,05)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 32 - Comparação da reorganização da assistência oferecida pelos serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia de Covid-19, considerando a cobertura de eSF, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023.

Variável	Comparação entre os valores de p				
	<25% vs entre 25% e 49,99%	<25% vs entre 50% e 74,99%	<25% ≥ 75%	Entre 25% e 49,99% vs ≥75%	Entre 25% e 49,99% vs ≥75% Entre 50% e 74,99% vs ≥75%



<i>Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,36	0,33	0,26	0,01	0,85	<0,01
<i>O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,68	0,5	0,84	0,24	0,39	0,53
<i>Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,17	0,94	0,14	0,22	0,99	0,19
<i>A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,64	0,35	0,64	0,03	0,98	0,03
<i>Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,17	0,19	0,22	0,98	0,73	0,79
<i>Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,35	-	-	0,35	0,35	-
<i>Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,86	0,93	0,17	0,91	0,15	0,07
<i>Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,38	0,37	0,86	0,81	0,17	0,25
<i>Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,61	0,14	0,07	0,21	0,14	0,62
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade adequada?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	-	0,3	0,32	0,3	0,32	0,49
<i>Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual (EPI) de qualidade adequada?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	-	0,3	0,08	0,3	0,08	0,95

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação ao encaminhamento de usuários a outros pontos da RAS em casos de sinais e sintomas gripais com presença de saturação menor que 95% em respiração espontânea e comorbidade que representasse risco para o desenvolvimento da forma grave da Covid-19 foi 3% mais prevalente em municípios com cobertura de eSF entre 25% e 49,99% quando comparado a municípios com cobertura igual ou maior a 75% (Tabelas 33 e 34).

Já o uso de tecnologias para teleatendimentos em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamentos de casos e consultas na pandemia de Covid-19 foi 24% mais

prevalente em municípios com cobertura de eSF entre 25% e 49,99% do que em municípios com cobertura igual ou maior que 75%; e, o acompanhamento de casos de síndrome gripal a cada 48 horas, via telefone, foi 23% mais prevalente em municípios com cobertura de eSF menor que 25% do que em municípios com cobertura entre 50% e 74,99% e 16% mais prevalente em municípios com cobertura de eSF entre 25% e 49,99% quando comparado a municípios com cobertura de eSF entre 50% e 74,99%; ainda, esse acompanhamento foi 10% mais prevalente em municípios com cobertura de eSF entre 50% e 74,99% do que em municípios com cobertura igual ou maior a 75% (Tabelas 33 e 34).

Tabela 33 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eSF, de acordo com a razão de prevalência. São Carlos, 2023.

Variável	Comparação entre RP (IC 95%)				
	<25% vs entre 25% e 49,99%	<25% vs entre 50% e 74,99%	<25% ≥ 75%	Entre <25% e 49,99% vs ≥75%	Entre 50% e 74,99% vs ≥75%
<i>Qual nível de qualidade</i>					
1.Muito ruim	-	-	-	-	-
3.Regular	-	-	-	-	-
4.Bom	-	-	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-	-	-
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	0,93 (0,83;1,03)	0,95 (0,85;1,07)	0,96 (0,86;1,07)	1,03 (1;1,06)	1,01 (0,95;1,06)
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	0,98 (0,76;1,26)	1,25 (0,9;1,75)	1,21 (0,95;1,56)	1,24 (1,01;1,53)	0,97 (0,72;1,31)
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1,02 (0,99;1,05)	1,02 (0,98;1,07)	1,04 (1;1,08)	1,02 (0,97;1,06)	1,01 (0,96;1,07)
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	1 (0,78;1,29)	0,99 (0,77;1,29)	0,91 (0,74;1,12)	0,91 (0,76;1,09)	0,92 (0,75;1,12)
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>					
Não	-	-	-	-	-
Sim	0,91 (0,72;1,15)	0,77 (0,62;0,94)	0,85 (0,69;1,05)	0,93 (0,81;1,06)	1,1 (1,02;1,19)

Fonte: elaborado pela autora.

Tabela 34 - Comparação do manejo da Covid-19 realizado em serviços da APS no estado de São Paulo durante a pandemia, considerando a cobertura de eSF, de acordo com o valor p. São Carlos, 2023.

Variável	Comparação entre os valores de p
----------	----------------------------------

	<25% vs entre 25% e 49.99%	<25% vs entre 50% e 74.99%	<25% ≥ 75%	Entre 25% e 49.99% vs ≥75%	Entre 25% e 49.99% vs ≥75%	Entre 50% e 74.99% vs ≥75%
<i>Qual nível de qualidade</i>						
1.Muito ruim	-	-	-	-	-	-
3.Regular	-	-	-	-	-	-
4.Bom	-	-	-	-	-	-
5.Muito bom	-	-	-	-	-	-
<i>Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19, foram encaminhados a outros pontos da RAS?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,17	0,39	0,43	0,31	0,05	0,84
<i>Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento em atendimentos pré-clínicos, diagnósticos, acompanhamento dos casos e consultas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,86	0,19	0,13	0,11	0,04	0,84
<i>Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério, ao entrarem na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,14	0,3	0,06	0,89	0,47	0,66
<i>O acompanhamento dos usuários considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,99	0,96	0,38	0,95	0,3	0,38
<i>O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal foi realizado via telefone a cada 48 horas?</i>						
Não	-	-	-	-	-	-
Sim	0,43	0,01	0,12	<0,01	0,29	0,01

Fonte: elaborada pela autora.

Em relação à reorganização da assistência de Covid-19 nos serviços da APS, percebe-se uma predominância em municípios com maior cobertura de eSF. O Ministério da Saúde, gestores em nível estadual e municipal priorizam a eSF com vistas a ampliar, qualificar e consolidar a APS, aumentando a capacidade de resolutividade e os impactos no campo da saúde das pessoas e seus coletivos, além de ser responsável por gerar uma relação essencial de custo efetividade (BRASIL, 2023).

Nesse contexto, destaca-se a evolução da eSF no período compreendido entre 2013 e 2019 em grandes regiões brasileiras, tanto em áreas urbanas e rurais. Também, destaca-se que no período de tempo analisado houve um aumento significativo de cobertura de eSF no estado de São Paulo (GIOVANELLA et al, 2021).

Ressalta-se que municípios com eSF contam com a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e, conseqüentemente conseguem identificar melhor a forma de atuar diante

dos aspectos sociais, culturais, financeiros, além das condições físicas e emocionais das famílias. Nesse contexto, um estudo analisou a relação entre as internações por condições sensíveis e qualidade da APS e mostrou que o número dessas internações em municípios que possuíam uma baixa qualidade dos serviços foi maior em comparação aos municípios com melhor qualidade desse nível de assistência ( CASTRO et al, 2020).

## **6 CONCLUSÃO**

Conclui-se que municípios paulistas de menor porte, com menor IDH e maior cobertura de eSF conseguiram organizar os serviços da APS de forma mais adequada para o enfrentamento da emergência sanitária imposta pela pandemia de Covid-19.

Nesse contexto, enfatiza-se a importância de considerar os princípios e diretrizes que regem a APS para a elaboração e implementação de protocolos em cenários de emergência sanitária, além da capacitação dos profissionais de saúde para experienciar momentos adversos à rotina. Para tanto, torna-se essencial valorizar e fortalecer as ações da APS como sendo vitais para o sistema de vigilância em saúde, devido à capilaridade e abrangência desse nível de atenção na RAS, e, que foi subaproveitado na emergência sanitária causada pela Covid-19.

## REFERÊNCIAS

- ABEBE, E.C. et al. The newly emerged COVID-19 disease: a systemic review. **Virology Journal**, v.17, n.96, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://virologyj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12985-020-01363-5#Sec1>> . Acesso em: 07 set 2020.
- AFSHAR, Z.M. Sars- CoV-2 Omicron (B.1.1.529) Variant: A Challenge with COVID-19. **Diagnostics**, v.13,n.3, p.1-16, feb. 2023. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36766664/>>. Acesso em: 22 fev 2023.
- AGUILAR- GAMBOA, F.R. et al. Diversidad genómica em SARS-CoV-2: Mutaciones y variantes. **Revista del Cuerpo Médico del HNAAA**, v.14, n.4, dez. 2021. Disponível em: <[https://pdfs.semanticscholar.org/0955/84107aef1e8826ab6d12ba43f31d006cf8b9.pdf?\\_gl=1\\*1o6k0zq\\*\\_ga\\*NDc0ODI0MzMuMTY2MDg5MjUwMA..\\*\\_ga\\_H7P4ZT52H5\\*MTY3NzA0MjM2NS4xLjAuMTY3NzA0MjM3MC4wLjAuMA..](https://pdfs.semanticscholar.org/0955/84107aef1e8826ab6d12ba43f31d006cf8b9.pdf?_gl=1*1o6k0zq*_ga*NDc0ODI0MzMuMTY2MDg5MjUwMA..*_ga_H7P4ZT52H5*MTY3NzA0MjM2NS4xLjAuMTY3NzA0MjM3MC4wLjAuMA..)> . Acesso em: 22 fev 2023.
- ALEJANDRO, M.D.S. et al. Comparación de las características clínicas de la primera y segunda ola por COVID-19 in a public hospital in Peru. **Boletín de Malariología y Salud Ambiental**, v.62, n.1, p.24-31, enero- febrero.2022. Disponível em: <<http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/419>>. Acesso em: 22 fev 2023.
- ARAÚJO, M.S.M. et al. Mortalidade por covid-19 no interior e em regiões metropolitanas do Brasil, 2020 a 2021. **Rev Panam Salud Publica**, v.47, n.115, p.1-9. 2023. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/57784>>. Acesso em: 21 dez 2023.
- ARES- BLANCO, S. et al. El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. **Atención Primaria**, v.53, n.8, p. 1-8, out. 2021. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721001682>>. Acesso: 21 dez 2023.
- BACCHIEGGA, F; VASCONCELLOS, M.P. Os desafios do enfrentamento da covid-19 nos pequenos municípios. **Jornal da USP**, São Paulo, p.1-5,16 fev. 2021.
- BARBIERI, J. et al. Estratégias de enfrentamento da COVID-19 na atenção primária: estudo de método misto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.28, n.9, p.2613-23.2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZDQTyfjpvRdjXbVW8RbDHsq/#>>. Acesso em: 22 dez 2023.
- BEDOYA- SOMMERKAMP, M. et al. Variantes del SARS-CoV-2: epidemiología, fisiopatología y la importancia de las vacunas. **Rev. Peru Med. Salud Publica**, v.38, n.3, p.442-451, sep.2021. Disponível em: <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342021000300442](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000300442)>. Acesso em: 22 fev 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família** [recurso eletrônico]. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia/>>. Acesso em: 23 dez 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **“O Brasil Conta Comigo – Profissionais da Saúde” agora em novo link de acesso** [recurso eletrônico].2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/agosto/o-brasil-counta-comigo-profissionais-da-saude-agora-em-novo-link-de-acesso>>. Acesso em: 22 dez 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus** [website]. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 04 jul 2023.



CUSTODIO, A.F; BENITO, A.O. Registros de casos acumulados e novos de variantes de preocupação do COVID-19, Brasil, 2021-2022: Ômicron, Gamma e Delta. **REVISA**, v.11, n.4, p.548-64, 2022. Disponível em : < <https://doi.org/10.36239/revisa.v11.n4.p548a564>>. Acesso em: 04 jul 2023.

ELLIOT J. et al. Symptom reporting in over 1million people: community detection of COVID-19 [Internet]. **Infectious Diseases (except HIV/AIDS)**; 2021. Disponível em:<<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.10.21251480v1>>. Acesso em : 04 jul 2023.

ESTRELA, F.M. et al. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Revista de Saúde Coletiva**, v.30, n.2, p.1-5. 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/physis/a/zwPkqzqfcHbRqyZNxzfrg3g/#>>. Acesso em: 21 dez 2023.

ETZ, R.S. et al. Telemedicine in Primary Care: Lessons Learned About Implementing Health Care Innovations During the COVID-19 Pandemic. **Ann Fam Med**, v.21, n.4, p.297-304 , july/august.2023. Disponível em: < <https://www.annfammed.org/content/21/4/297>>. Acesso em: 22 dez 2023.

FERNANDES, M.N.S. et al. Implicações da pandemia de COVID-19 sobre a Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** , v.24, p. 1-11,2022. Disponível em : <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/70085>>. Acesso em: 04 jul 2023.

FERNANDEZ, M. ; FERNANDES, L.M.M. ; MASSUDA, A. A Atenção Primária à Saúde na pandemia da Covid-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v.17, n.44, p. 1-10, jan-dez.2022. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56560>>. Acesso em: 22 fev 2023.

FRANCO, A.L.M.X, et al. Vacinação contra Covid. **Boletim Epidemiológico Paulista**, v.20, n.219, p.1-18, 2023. Disponível em:<<https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/issue/view/2683/542>>. Acesso em: 10 jul 2023.

FREITAS, B.A.C et al. Análise dos atendimentos realizados pelo telessaúde -COVID em um município de Minas Gerais. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.24, n. (n. esp.), p. 1-14, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/nDVQynCwtNzWdWYDZbBcXbc/?lang=pt>>. Acesso em: 31 dez 2023.

GALVÃO, M.H.R; RONCALLI A.G. Fatores associados a maior risco de ocorrência de óbito por COVID-19: análise de sobrevivência com base em casos confirmados. **Rev. bras. epidemiol.**, v.23, n. (n. esp.), p. 1-10, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/WrTTwBdqgBhYmpBH7RX4HNC/#>>. Acesso em: 23 dez 2023.

GERALDO, S.M; MARTINS DE FARIA, S.J; SOUSA, F.O.S. A atuação da Atenção Primária no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Research, Society and Development**, v.10, n.8, p.1-12. 2021. Disponível em: < <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17359>>. Acesso em: 21 dez 2023.

GIL, E.R. et al. Impacto de la pandemia de la COVID-19 en los profesionales de Atención Primaria y propuestas de mejora. **Comunidad**, v.25, n.2, p. 29-35. 2023. Disponível em: < <https://comunidad.semfyec.es/article/impacto-de-la-pandemia-de-covid19-en-los-profesionales-de-atencion-primaria-y-propuestas-de-mejora>>. Acesso em: 22 dez 2023.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.26,

supl.1, p.2543-56. 2021. Disponível em:<  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/>>. Acesso em: 05 dez 2023.

GOIS-SANTOS, V.T. et al. Primary Health Care in Brasil in the times of COVID-19: changes, challenges and perspectives. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.66, n.7, p.876-879, 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302020000700876&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302020000700876&tlng=en)>. Acesso em: 30 set 2020.

GUIMARÃES, R.A. et al. Mortality Risk Factors for Coronavirus Infection in Hospitalized Adults in Brazil: A Retrospective Cohort Study. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v.19, n.21, p.19-21, out. 2022. Disponível em : < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36360957/>>. Acesso em: 22 fev 2023.

HARZEIM, E. et al. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.6, p.2493-2497, jun. 2020. Disponível em: <  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/Xzd5fgpvV4qtfrK66pNLm8p/#>>. Acesso em: 22 fev 2023.

HOWARD, J. et al. An evidence review of face masks against COVID-19. **PNAS**, v.118. n. 4, p. 1-12. jan. 2021. Disponível em: <  
<https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2014564118>>. Acesso: 29 jan. 2024.

INSTITUTO DE SAÚDE. A atenção primária e covid-19 nos municípios paulistas: sumário executivo /coordenação: Mônica Martins de Oliveira Viana – São Paulo: Instituto de Saúde, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil de Informações Básicas Municipais. Perfil dos Municípios Brasileiros**, Livro, 2017. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101595.pdf>.

IRUMA, A.G. et al. Predictores clínicos de severidad en pacientes de COVID-19. **Boletín de Malariología y Salud Ambiental**, v.12, n.3, p. 376-82, 2022. Disponível em:<  
<http://iaes.edu.ve/iaespro/ojs/index.php/bmsa/article/view/488/674>>. Acesso em: 04 jul 2023.

JAMSHAD, H. et al. Diagnostic and Treatment Strategies for COVID-19. **AAPS PharmSciTech**, v.21, n.222, p. 1-14, 2020. Disponível em: <  
<https://link.springer.com/article/10.1208%2Fs12249-020-01756-3>>. Acesso em: 07 de set 2020.

JUNIOR, N.S.R, et al. Vacinação contra Covid-19 em território nacional. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, v.11, p.2-7,2022. Disponível em:<  
<https://journals.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/4714>>. Acesso em: 10 jul 2023.

KRAUS, M. et al. The role of primary care during the pandemic: shared experiences from providers in five European countries. **BMC Health Services Research**, v.23, n.1054, p.1-20. 2023. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09998-0>>. Acesso em: 05 dez 2023.

LANA, R.M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.3, p.1-5.2020. Disponível: < <https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/#>>. Disponível em: 21 dez 2023.



LARA, A.E. et al. Variantes genéticas del SARS-CoV-2 y sus implicaciones clínicas. **Medisan**, v.25, n.6, p. 1424-1446, dez.2021. Disponível em: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192021000601424](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000601424)>. Acesso em: 22 jan 2023.

LIMA, M.A; RODRIGUES, R.S; DELDUQUE, M.C. Vacinação Contra Covid-19: avanços no setor da saúde no Brasil. **Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v.11, n.1, p.48-63, 2022. Disponível em :<<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/846>>. Acesso em: 10 jul 2023.

LINARES , M. et al. Primary care during COVID-19 pandemic - a survey to establish clinical needs and lessons learned in infectious respiratory diseases in Spain. **BMC Primary Care**, v.24, n.202, p.1-9, oct.2023. Disponível em: <<https://bmcprimcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-023-02160-z>>. Acesso em: 22 dez 2023.

LIU, K. et al. Unexpected positive correlation between human development index and risk of infections and deaths of COVID-19 in Italy. **One Health**, v.10, p.1-3, sep.2020. Disponível em:< <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33015305/>>. Acesso em: 23 dez 2023.

MACHADO, A.V. et al. COVID-19 e os sistemas de saúde do Brasil e do mundo: repercussões das condições de trabalho e de saúde dos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.28, n.10, p.2965-78, out. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/n9BPZSDnfGzQ4ngNwkNbxqz/>>. Acesso em: 31 dez 2023.

MACHADO, B.C; PINTO, L.C; CUSTODIO, P.R. O papel da atenção primária à saúde na pandemia de Covid-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.6, p.25039-49, nov./dec. 2021. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/39599>>. Acesso em: 24 dez 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **NOTA TÉCNICA Nº 37/2023-CGVDI/DPNI/SVSA/MS**, Nº37. Brasília, 2023. 4 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-37-2023-cgvdi-dpni-svsa-ms/view>>. Acesso em: 31 dez 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 [recurso eletrônico].2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contenido/publicacoes/publicacoes-svs/coronavirus/plano-nacional-de-operacionalizacao-da-vacinacao-contr-a-covid-19-pno-2a-edicao-com-isbn/view>>. Acesso em: 22 fev 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica : emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19 .2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19/view>>. Acesso em: 22 fev 2023.

MOTA, P.H.S. et al. A Atenção Primária à Saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.28, n.12, p. 3451-60. 2023. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/RDThVQcPhnQdrtVWkycs6Ny/#>>. Acesso em: 22 dez 2023.

NEVES, R.G. et al. Tendência da disponibilidade de vacinas no Brasil: PMAQ – AB 2012, 2014 e 2018. **Cad. Saúde Pública**, v.38, n.4, p.1-10, 2022. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/csp/2022.v38n4/PT135621/>>. Acesso em: 10 jul 2023.

OLIVEIRA, C.S, et al. Tecnologias da informação e comunicação utilizadas por enfermeiros da atenção primária na pandemia de covid-19. **Cienc Cuid Saude**, v.22, n. (n. esp.), p.1-8.2023. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/372096257\\_Tecnologias\\_da\\_informacao\\_e\\_comunicacao\\_utilizadas\\_por\\_enfermeiros\\_da\\_atencao\\_primaria\\_na\\_pandemia\\_decovid-19](https://www.researchgate.net/publication/372096257_Tecnologias_da_informacao_e_comunicacao_utilizadas_por_enfermeiros_da_atencao_primaria_na_pandemia_decovid-19)>. Acesso em: 22 dez 2023.

OLIVEIRA, F.B.M. et al. Teleconsulta de enfermagem: desenvolvimento de plataforma para atendimento de casos de covid-19. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR, Umuarama**, v.27, n.2, p. 931-947, 2023. Disponível em: <<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/9406/4585>>. Acesso em: 04 jul 2023.

ORELLANA- CENTENO, J.E; SOTELO, R.N.G. La variante SARS-CoV-2 ómicron. **Rev.ADM.** v. 79, n.1, p.28-31,2022. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361815/admod221e.pdf>>. Acesso em: 04 jul 2023.

PAES-SOUSA, R; CHAVANE, L; COELHO V.S.P. Diversidades e convergências nos indicadores de saúde no Brasil e em Moçambique. **CEBRAP**, v.38, n.02, p.291-320, maio-agosto.2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/nec/a/hNR6nwfYSjtnPQBGbPfMrGP/#>>. Acesso em: 22 dez 2023.

PAN, M; LEDNICKY, J.A; WU C.-Y. Collection, particle sizing and detection of airborne viruses. **Journal of Applied Microbiology**, v. 127, n. 6, p. 1596-1611. dec. 2019. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jambio/article/127/6/1596/6714770>>. Acesso em : 29 jan. 2024.

PATEL, L.N. et al. Safer primary healthcare facilities are needed to protect healthcare workers and maintain essential services: lessons learned from a multicountry COVID-19 emergency response initiative. **BMJ Global Health**, v.6, n.6, p.1-10. 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8182752/>>. Acesso em: 05 dez. 2023.

PEÑAFIEL, F.S. Evaluación de los predictores clínicos de infección respiratoria aguda por coronavirus SARS-CoV-2 en población adulta. **Rev. Med. Chile**, v.149, n.8, p. 1107-1118, ago.2021. Disponível em:< <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v149n8/0717-6163-rmc-149-08-1107.pdf>>. Acesso em: 22 fev 2023.

PORTNOY, J; WALLER, M; ELLIOTT, T. Telemedicine in the Era of COVID-19. **J Allergy Clin Immunol Pract**, v.8, n.5, p.1489-91, may.2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220575/>>. Acesso em: 23 dez. 2023.

PRADO, M.F. et al. Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. **Rev Bras Ter Intensiva**, v.32, n.2.p.224-28.2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbti/a/XHwNB9R4xhLTqpLxqXJ6dMx/#>>. Acesso em: 22 dez 2023.

PROGRAMA DAS NAÇÃO UNIDAS. Relatório de Desenvolvimento Humano Global (RDH). 2014. Nova York. Disponível em: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/human-development-report-2014-summary-portuguese>.

QUININO, L.R.M. et al. Aspectos espacial e temporal e fatores associados à interiorização da Covid-19 em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n.6, p.2171-2182, jun. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/5KQMqTc6fGcGKHt7rWxfQCq/#>>. Acesso em: 23 dez 2023.

RIQUIERI, M.R.L. et al. Perfil dos secretários municipais de Saúde do Brasil: um panorama de três décadas. **RAP**, Rio de Janeiro, v.56, n.5, p.683-93, set-out. 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/FSksGstQjGftSt6GcYnVyYKM/>>. Acesso em: 05 dez 2023.

RIOS, A.F.M. et al. Atenção primária à saúde frente à covid-19 em um centro de saúde. **Enferm. Foco**, v.11, n.1, p. 246-51. 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/09/atencao-primaria-saude-covid-19-relato-experiencia.pdf>>. Acesso em: 22 dez 2023.

SANTOS, M.N. et al. Duração do trabalho remoto e diagnóstico positivo de COVID-19: análises dos dados da PNAD COVID19. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n.9, p.2601-12. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/FsGKbnJnk4xhxcQdHpKhRWy/#>>. Acesso em: 05 dez 2023.

SANTOS, R.P.O. et al. Condições de trabalho na atenção primária à saúde na pandemia de COVID-19: um panorama sobre Brasil e Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.28, n.10, p. 2979-92. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/BZp7CvKtCXxMJSgcVYyYN7M/#>>. Disponível em: 21 dez 2023.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. **Coronavírus (COVID-19)**. Prefeitura de São José do Rio Preto. 2023. Disponível em:<<https://www.riopreto.sp.gov.br/coronavirus/>>. Acesso em: 05 dez 2023.

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Prefeitura de São José do Rio Preto.2020. Disponível em: <<https://www.riopreto.sp.gov.br/rio-preto-tera-centro-de-pesquisa-para-testar-vacina-contracoronavirus/>>. Acesso em: 05 dez. 2023.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Plano de Contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). São Paulo: Secretaria de Estado, 2020.

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **SEADE CENSO 2022**. Disponível em: <<https://censo2022.seade.gov.br/>>. Acesso em: 31 dez 2023.

SHAHBAZI, F; KHAZAEI, S. Socio-economic inequality in global incidence and mortality rates from coronavirus disease 2019: an ecological study. **New Microbes and New Infections**, v.38, n. (n. esp.), p.1-4, nov. 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7492853/>>. Acesso em: 22 dez. 2023.

SILVA, B.R.G. ; CORRÊA, A.P, V. ; UEHARA, S.C.S.A. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de Covid-19: revisão de escopo. **Rev. Saúde Pública**, v. 56, p.1-15, nov.2022. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/204567/188160>>. Acesso em: 22 fev 2023.

SILVA NINA, L.N.et al. Atenção Primária à Saúde e redes de atenção à saúde: Uma reflexão perante a pandemia. **Rev. Saúde Coletiva**, v.12, n.76, p. 10454-59,2022. Disponível em:<<https://revistasaucoletiva.com.br/index.php/saucoletiva/article/view/2505>>. Acesso em: 04 jul 2023.

SOUSA, A.J.M. et al. Atenção primária à saúde e covid-19: uma revisão integrativa. **Cadernos ESP**. Ceará – Edição Especial, v.14, n.1, p. 45-52. 2020. Disponível em: <<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/313>>. Acesso em: 22 dez 2023.

SOUTO, B.G.A. Covid-19, vacinas e crianças. **Guia Universitário de Informações Ambientais**, v. 3, n. 1, p. 13-16, 2022. Disponível em: <<https://www.revistagua.ufscar.br/index.php/guia/article/download/66/60>>. Acesso em: 10 jul 2023.

STADNYTSKYI, V. et al. The airborne lifetime of small speech droplets and their potential importance in SARS-CoV-2 transmission. **PNAS**, v.117, n.22, p.11875-77. jun. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32404416/>>. Acesso em: 29 jan. 2024.

THEVARAJAN, I.; BUISING, K.L.; COWIE, B.C. Clinical representation and management of COVID-19. **The Medical Journal of Australia**, v.213, n.3, p. 134-139, 2020. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja2.50698>>. Acesso: 07 set 2020.

VIANA, M.M.O et al. Organização da Atenção Primária paulista no enfrentamento da COVID-19: análise segundo porte populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.28, n.12, p.3471-82, dez. 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/9KnSr74Ynws893WyJZwv5PL/#>>. Acesso em: 24 dez 2023.

VIEIRA- MEYER, A.P.G.F. et al. Community health workers perspective on the COVID-19 impact on primary health care in Northeastern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v.39, n.7, p.1-17.2023. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/csp/a/xyY6MjfsRKY4zfp7ngzHpZj/>. Acesso em: 21 dez 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mask use in the context of COVID-19 [recurso eletrônico]. 2020. Disponível em : <[https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)>. Acesso em: 29 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Transmissão do SARS- CoV-2: implicações para as precauções de prevenção da infecção [ recurso eletrônico]. 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-sars-cov-2-implications-for-infection-prevention-precautions>>. Acesso em: 29 jan. 2024.

WRIGHT, J.H; CAUDILL, R. Remote Treatment Delivery in Response to the COVID-19 Pandemic. **Psychother Psychosom**, v. 89, n.3, p.130-32. 2020. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32213775/>>. Acesso em: 21 dez 2023.

YOMAYUSA, N. et al. Delta variant of SARS-CoV-2: characteristics and implications for public health in Colombia. **Rev. Fac. Med.**, v.70, n.1, p.1-12, 2021. Disponível em:<<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/97460>>. Acesso em : 04 jul 2023.

ZOU G. A Modified Poisson Regression Approach to Prospective Studies with Binary Data. **Am J Epidemiol**. 2004; 159(7):702-6.

## APÊNDICE A

### **Questionário: Avaliação da Atenção Primária à Saúde na Rede de Atenção à Saúde no enfrentamento da COVID-19**

#### **Identificação**

**Município:**

**DRS:**

**Gestor da DRS desde:**

**Formação:**

1) Os serviços da APS foram adaptados para o enfrentamento da Covid-19?

Sim ( ) Não ( )

2) O fluxo da APS foi reestruturado durante a pandemia de Covid-19?

Sim ( ) Não ( )

Se sim, quais foram as alterações do fluxo da APS?

3) Os serviços de referência e contrarreferência da APS dentro da RAS sofreram alterações durante a pandemia de Covid-19?

Sim ( ) Não ( )

4) A estrutura física dos serviços da APS sofreu adequações para atender os casos suspeitos e confirmados de Covid-19?

Sim ( ) Não ( )

5) Os profissionais de saúde considerados de risco para o desenvolvimento da forma grave de Covid-19 foram alocados para home office?

Sim ( ) Não ( )

6) Os casos suspeitos de Covid-19 ao serem recebidos pelas unidades de saúde são notificados pelos profissionais de saúde em até 24 horas?

Sim ( ) Não ( )

7) Os casos de Covid-19 notificados na RAS são avaliados previamente pela APS?

Sim ( ) Não ( )

8) Os serviços da APS implementaram protocolos específicos para o enfrentamento da Covid-19?

Sim ( ) Não ( )

9) Os profissionais de saúde da APS receberam alguma capacitação para o atendimento de casos suspeitos de Covid-19 e manejo de usuários com diagnóstico de Covid-19?

Sim ( ) Não ( )

10) Os profissionais de saúde receberam equipamentos de proteção individual em quantidade e qualidade adequada?

Sim ( ) Não ( )

11) Os usuários da unidade de saúde ao apresentar síndrome gripal com saturação menor que 95% em respiração espontânea, além de apresentarem alguma comorbidade de risco para o agravamento da Covid-19 foram encaminhados a outros pontos da RAS?

Sim ( ) Não ( )

12) Houve utilização de tecnologias da informação para o teleatendimento para atendimentos pré-clínicos, diagnóstico, acompanhamento dos casos e consultas?

Sim ( ) Não ( )

13) Usuários com faixa etária maior que 60 anos, portadores de imunossupressão, doentes crônicos, gestantes e mulheres que estão em fase de puerpério ao entrar na unidade de saúde relatando sinais e sintomas de síndrome gripal receberam atendimento prioritário?

Sim ( ) Não ( )

14) O acompanhamento dos usuários com síndrome gripal e considerados de risco foi realizado via telefone a cada 24 horas e a cada 48 horas para os demais?

Sim ( ) Não ( )

## ANEXO A



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19: comparação entre os municípios brasileiros

**Pesquisador:** Sílvia Carla da Silva André Uehara

**Área Temática:**

**Versão:** 6

**CAAE:** 52527521.8.0000.5504

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.339.284

**Apresentação do Projeto:**

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram extraídas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1820176.pdf, de 01/04/2022).

Trata-se de um estudo de corte transversal analítico a ser realizado na Atenção Primária de Saúde do Brasil. A população-alvo será composta por gestores e gerentes responsáveis pelos serviços de APS dos municípios brasileiros que tenha confirmado pelo menos um caso de Covid-12 no período de 26 de fevereiro de 2020 a 30 de junho de 2021. Ressalta-se que cada município deve possuir um gestor responsável pela APS; e, cada serviço da APS possui um gerente e/ou responsável pela unidade de saúde.

Para participar da pesquisa foram definidos os seguintes critérios de inclusão: gestor da APS de um município por pelo menos 3 meses durante a pandemia de Covid-19, e, como critérios de exclusão: responsáveis que durante o período da pandemia estava de licença e/ou férias. Esses mesmos critérios serão utilizados para a inclusão e exclusão de gerentes dos serviços da APS. Os dados serão coletados por meio da avaliação dos

protocolos e/ou planos estaduais de enfrentamento à Covid-19 na APS disponíveis online e de domínio público e questionários autorrespondidos pelos gestores e gerentes dos serviços da APS. Para a coleta de dados foram construídos dois questionários (um questionário será para a coleta

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SÃO CARLOS  
**Telefons:** (16)3351-9685 **E-mail:** cep@ufscar.br



Continuação do Protocolo: 6.336/204

de dados com os gestores e outro com os gerentes) e um check-list com base no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Apêndices A, B e C).

Ainda, a coleta de dados será realizada pelo método de bola de neve, também conhecido por cadeia de informantes. Esse método consiste em uma forma de amostra não probabilística, onde os participantes iniciais do estudo indicarão novos participantes, até que seja alcançado o objetivo do estudo proposto. Assim, divulgaremos a pesquisa em mídias sociais, secretarias de saúde e enviaremos e-mails para informantes-chaves, permitindo que a pesquisa alcance o maior número possível de participantes. Serão analisados os planos estaduais de manejo clínico da Covid-19 disponíveis nos sites das secretarias estaduais de saúde, para essa coleta de dados será utilizado o check-list previamente construído (Apêndice C).

**Critério de Inclusão:**

Para participar da pesquisa foram definidos os seguintes critérios de inclusão: gestor da APS de um município por pelo menos 3 meses durante a pandemia de Covid-19, esse mesmo critério será adotado para gerente dos serviços da APS.

**Critério de Exclusão:**

Como critérios de exclusão: gestores que durante o período da pandemia estava de licença. Esses mesmo critério será utilizado para a exclusão de gerentes dos serviços da APS.

Tamanho da Amostra no Brasil: 6.000

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Avaliar e comparar a organização e assistência oferecida pelos serviços da APS no enfrentamento da Covid-19 no Brasil

**Objetivo Secundário:**

- Avaliar a organização e assistência da APS para o enfrentamento da Covid-19 no Brasil.- Avaliar os Protocolos e/ou Planos de ação estaduais para o enfrentamento da Covid19.- Comparar a organização e a assistência oferecida pela APS às pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19 entre as capitais.- Comparar a organização e a assistência oferecida pela APS às pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19 entre os estados e regiões.- Comparar a organização e a assistência oferecida pela APS às pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19 entre os

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-925  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumana@ufscar.br





Continuação do Pnscor: 5.339.284

municípios, considerando a classificação do IBGE quanto ao porte populacional.- Comparar e avaliar a organização e a assistência oferecida pela APS às pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19 entre os municípios, considerando os diferentes serviços inseridos na APS

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Toda pesquisa apresenta risco, mesmo que seja mínimo; assim, esta pesquisa pode apresentar riscos como cansaço, irritação, impaciência, além de receio por responder uma pesquisa no ambiente virtual, bem como invasão de privacidade e de hackers. Mas frente a qualquer desconforto o questionário poderá deixar de ser respondido, mediante desejo do participante; bem como pode deixar de responder qualquer questão, sem necessidade de explicação.

**Benefícios:**

A avaliação e análise comparada da organização e assistência oferecida pela APS no país, consiste em um importante e essencial avanço no combate à Covid-19. Este estudo irá apresentar um diagnóstico da situação real da forma como a APS está organizada no Brasil e como está assistindo as pessoas com suspeita e/ou diagnóstico de Covid-19. Ressalta-se que será apresentado um diagnóstico comparado entre regiões, estados, capitais e municípios (agrupados segundo o porte populacional do IBGE), consistindo em uma ferramenta essencial para implementar as ações na APS de acordo com os desafios apresentados nos diferentes cenários. Assim, os resultados desta pesquisa consistirão em um avanço no conhecimento sobre o enfrentamento da Covid-19 no Brasil, contribuindo para o aprimoramento da APS, potencializando as ações de prevenção e controle, bem como a assistência e acompanhamento de pessoas com diagnóstico da Covid-19 em isolamento domiciliar. Enfatiza-se a importância da realização de estudos comparados sobre avaliação de contextos específicos em que as políticas de saúde são desenvolvidas em cada caso e a construção de explicações transversais a eles.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Informações do documento covid\_aps\_cep\_1402:

Projeto não vinculado a Programa de Pós-Graduação.

\*Trata-se de um estudo de corte transversal analítico a ser realizado na Atenção Primária de Saúde do Brasil. A população-alvo será composta por gestores e gerentes responsáveis pelos serviços de APS dos municípios brasileiros que tenha confirmado pelo menos um caso de Covid-12 no período de 26 de fevereiro de 2020 a 30 de junho de 2021. Ressalta-se que cada município deve possuir

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SÃO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: caphumanca@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.339.384

um gestor responsável pela APS; e, cada serviço da APS possui um gerente e/ou responsável pela unidade de saúde.\*

\*Para a coleta de dados foram construídos dois questionários (um questionário será para a coleta de dados com os gestores e outro com os gerentes) e um check-list com base no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Apêndices A, B e C).\*

Os formulários de coleta de dados foram anexados em pdf, porém requerem revisão conforme Conclusões.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta cronograma com coleta de dados de 18/04/2022-18/07/2022 e término do protocolo em 30/09/2022.

Apresenta orçamento de R\$3.000,00 para análise estatística por financiamento próprio.

Apresenta Folha de Rosto assinada pela pesquisadora Profa. Dra. Sílvia Carla S Uehara e pela Diretora de Centro Profa. Dra. Maria da Graça Gama Melão. Não indicação de patrocinador. Amostra de 6.000 participantes e não é indicada Área Temática.

Apresenta dois TCLE (gestor e gerente) adequados aos preceitos éticos.

Solicitação de dispensa de Carta de Anuência, tendo em vista o desenho de estudo, aprovada.

**Recomendações:**

Como há a justificativa de não solicitação de Anuência das Secretarias, recomenda-se fortemente que os municípios não sejam identificados na divulgação dos resultados, uma vez que poderão identificar os participantes da pesquisa.

Reforçamos que o início das coletas só podem ocorrer após a aprovação pelo CEP. Pesquisas já iniciadas não serão avaliadas pelo CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo em sua sexta versão, tendo sido realizada Análise pelos Pareceres N° 5.075.510 de 02/11/2021, N° 5.166.187 de 15/12/2022, N° 5.271.005 de 03/03/2022, N° 5.288.579 de

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumano@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.326.195

13/03/2022 e N° 5.326.195 de 01/04/2022.

Análise das Pendências Parecer N° 5.326.195 de 01/04/2022:

1) Ajustar os formulários para garantia do participante não responder a qualquer pergunta, conforme orientações da CONEP para pesquisa em ambiente remoto: "Deve-se garantir ao participante de pesquisa o direito de não responder qualquer questão, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal, podendo também se retirar da pesquisa a qualquer momento.". TCLEs descrevem o direito em não responder: "(...)bem como pode deixar de responder qualquer questão, sem necessidade de explicação". No entanto, os formulários apresentam questões obrigatórias que não permitem prosseguir sem o preenchimento de resposta. Assim, é necessário adequar o formulário com a retirada da obrigatoriedade das questões no formulário (identificadas pelo asterisco vermelho ao final das questões) ou incluir uma alternativa de questão com opções de: "prefiro não responder".

Análise: Pendência atendida. Instrumentos de pesquisa não possuem questões obrigatórias: formsgestante\_0104.pdf, formsgestor\_0104.pdf.

2) Calendário não foi revisto e consta início da coleta de dados em 01/04/2022. Por favor, reveja o cronograma para início das coletas apenas após aprovação pelo CEP.

Análise: Pendência atendida. Calendário revisto com previsão de início das coletas em 18/04/2022.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. Conforme dispõe o Capítulo VI, Artigo 28, da Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016, a responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cep@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.336.384

encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1820176.pdf	01/04/2022 21:07:33		Aceito
Outros	carta_resposta_0104.docx	01/04/2022 21:07:17	Silvia Carla da Silva André Uehara	Aceito
Outros	formsgerente_0104.pdf	01/04/2022 20:24:24	Silvia Carla da Silva André Uehara	Aceito
Outros	formsgestor_0104.pdf	01/04/2022 20:06:04	Silvia Carla da Silva André Uehara	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	covid_aps_cep_1402.pdf	14/03/2022 20:44:47	Silvia Carla da Silva André Uehara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GESTOR_APS-versao_atual.pdf	04/03/2022 07:59:15	Silvia Carla da Silva André Uehara	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GERENTE_APS_atual.pdf	04/03/2022 07:58:39	Silvia Carla da Silva André Uehara	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_atual.pdf	04/10/2021 19:57:22	Silvia Carla da Silva André Uehara	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 08 de Abril de 2022

Assinado por:  
Adriana Sanches Garcia de Araújo  
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9685 E-mail: caphumanos@ufscar.br