



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**



**DESIGUALDADES DE RENDA E ESCOLARIDADE NO USO DE SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS DOIS ANOS APÓS A INFECÇÃO AGUDA POR
COVID-19: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO LONGITUDINAL SULCOVID**

FRANCINE MORALLES DE OLIVEIRA

RIO GRANDE, RS

2025



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**



**DESIGUALDADES DE RENDA E ESCOLARIDADE NO USO DE SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS DOIS ANOS APÓS A INFECÇÃO AGUDA POR
COVID-19: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO LONGITUDINAL SULCOVID**

FRANCINE MORALLES DE OLIVEIRA

Mestranda

Prof^ª. Dr^ª. Mirelle de Oliveira Saes

Orientadora

Dr^ª. Elizabet Saes da Silva

Coorientadora

RIO GRANDE, RS

2025

O482d Oliveira, Francine Moralles de
Desigualdades de renda e escolaridade no uso de serviços médicos especializados dois anos após a infecção aguda por Covid-19: evidências do estudo longitudinal SulCovid / Francine Moralles de Oliveira. – 2025.
96 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2025.

Orientadora: Dra. Mirelle de Oliveira Saes.
Coorientadora: Dra. Elizabet Saes da Silva.

1. Covid-19. 2. Serviços de saúde. 3. Atenção especializada. 4. Estudos epidemiológicos. I. Saes, Mirelle de Oliveira. II. Silva, Elizabet Saes da. III. Título.

CDU 614

FRANCINE MORALLES DE OLIVEIRA

**DESIGUALDADES DE RENDA E ESCOLARIDADE NO USO DE SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS DOIS ANOS APÓS A INFECÇÃO AGUDA POR
COVID-19: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO LONGITUDINAL SULCOVID**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mirelle de Oliveira Saes.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Elizabet Saes da Silva.

RIO GRANDE, RS

2025

FRANCINE MORALLES DE OLIVEIRA

**DESIGUALDADES DE RENDA E ESCOLARIDADE NO USO DE SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS DOIS ANOS APÓS A INFECÇÃO AGUDA POR
COVID-19: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO LONGITUDINAL SULCOVID**

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Mirelle de Oliveira Saes
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Elizabet Saes da Silva
Coorientadora

Prof^ª. Dr^ª. Suele Manjourany Duro
Examinador externo

Prof^ª Dr^ª Marina dos Santos
Examinador interno

Prof. Dr Lauro Miranda Demenech
Examinador suplente

RIO GRANDE, RS

2025

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CEPAS	Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde
FAPERGS	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul
FURG	Fundação Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHA	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
RS	Rio Grande do Sul
RT-PCR	Reação de transcriptase-Reação em cadeia da polimerase
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome (Síndrome respiratória aguda grave)
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
WHO	World Health Organization

DESIGUALDADES DE RENDA E ESCOLARIDADE NO USO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DOIS ANOS APÓS A INFECÇÃO AGUDA POR COVID-19: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO LONGITUDINAL SULCOVID

RESUMO

Introdução: A pandemia de Covid-19 expôs e, em diversos contextos, acentuou desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde. No Brasil, variáveis socioeconômicas, como renda e escolaridade, exercem papel determinante na busca e no uso de cuidados especializados. **Objetivo:** Analisar as desigualdades de renda e escolaridade no uso de serviços especializados por indivíduos diagnosticados com Covid-19 no sul do Brasil. **Método:** Estudo longitudinal, baseado na pesquisa SulCovid-19, a qual monitorou indicadores de saúde de indivíduos infectados por Covid-19 em Rio Grande, RS, entre 6 e 24 meses após a infecção. A coleta de dados na linha de base ocorreu de junho a outubro de 2021, e o acompanhamento foi realizado de outubro de 2022 a maio de 2023, envolvendo 2.919 e 1.927 participantes respectivamente. Utilizou-se a Regressão de Poisson para avaliar a associação entre desfechos e exposição, e para avaliar desigualdades relacionadas à renda e à escolaridade, foram utilizados o *Slope Index of Inequality* (SII) para desigualdade absoluta e o *Relative Index of Inequality* (RII) para desigualdade relativa, com variáveis contínuas construídas a partir da distribuição cumulativa da renda e escolaridade. **Resultados:** Os resultados deste estudo evidenciaram desigualdades no uso de serviços especializados de saúde entre indivíduos infectados pela Covid-19 quando analisadas a renda e a escolaridade. Indivíduos com maior renda apresentaram maior uso de serviços especializados, com destaque para atendimentos com (RII = 1,48; IC95%: 1,05–1,92), pneumologistas (RII = 1,41; IC95%: 0,66–2,16) e neurologistas (RII = 0,85; IC95%: 0,40–1,30). Em contrapartida, o uso de serviços psiquiátricos foi maior entre os indivíduos de menor renda (RII = 0,51; IC95%: 0,24–0,77). Quanto à escolaridade, as análises indicaram que não houve desigualdade estatisticamente significativa no uso de serviços especializados de saúde segundo a escolaridade entre indivíduos com infecção por Covid-19. **Conclusão:** A pesquisa revelou desigualdades na utilização de serviços de saúde especializados por pessoas infectadas com Covid-19, mostrando que aqueles com renda mais alta têm maior acesso. Por outro lado, não foram observadas desigualdades estatisticamente significativas segundo a escolaridade, o que pode refletir diferentes mecanismos de barreiras de acesso ou outros fatores associados ao uso desses serviços. Os achados ressaltam a urgência de políticas públicas que incentivem a equidade no acesso aos serviços de saúde, com o objetivo de diminuir as disparidades entre diferentes grupos socioeconômicos.

Palavras-chave: Covid-19, Serviços de saúde; Atenção especializada; Estudos epidemiológicos.

INCOME AND EDUCATIONAL INEQUALITIES IN THE USE OF SPECIALIZED MEDICAL SERVICES TWO YEARS AFTER ACUTE COVID-19 INFECTION: EVIDENCE FROM THE SULCOVID LONGITUDINAL STUDY

ABSTRACT

Introduction: The Covid-19 pandemic exposed and, in many contexts, exacerbated inequalities in access to and use of healthcare services. In Brazil, socioeconomic variables such as income and education play a decisive role in the search for and use of specialized care. **Objective:** To analyze income and educational inequalities in the use of specialized healthcare services by individuals diagnosed with Covid-19 in southern Brazil. **Methods:** This is a longitudinal study based on the SulCovid-19 research, which monitored health indicators of individuals infected with Covid-19 in Rio Grande, RS, between 6 and 24 months after infection. Baseline data collection took place from June to October 2021, and follow-up was conducted from October 2022 to May 2023, involving 2,919 and 1,927 participants, respectively. Poisson regression was used to assess the association between outcomes and exposures. To evaluate inequalities related to income and education, the Slope Index of Inequality (SII) was used for absolute inequality, and the Relative Index of Inequality (RII) for relative inequality, using continuous variables built from the cumulative distribution of income and education. **Results:** The findings of this study revealed inequalities in the use of specialized healthcare services among individuals infected with Covid-19, when analyzed by income and education. Individuals with higher income reported greater use of specialized services, especially consultations with (RII = 1.48; 95% CI: 1.05–1.92), pulmonologists (RII = 1.41; 95% CI: 0.66–2.16), and neurologists (RII = 0.85; 95% CI: 0.40–1.30). On the other hand, the use of psychiatric services was higher among individuals with lower income (RII = 0.51; 95% CI: 0.24–0.77). Regarding education, analyses indicated no statistically significant inequality in the use of specialized healthcare services according to educational level among individuals infected with Covid-19. **Conclusion:** The study revealed inequalities in the use of specialized healthcare services among individuals infected with Covid-19, showing that those with higher income have greater access. On the other hand, no statistically significant inequalities were observed according to educational level, which may reflect different mechanisms of access barriers or other factors associated with the use of these services. The findings highlight the urgency of public policies that promote equity in access to healthcare services, aiming to reduce disparities among different socioeconomic groups.

Keywords: Covid-19; Health services; Specialized care; Epidemiological studies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 COVID-19	14
2.2 A SAÚDE BRASILEIRA E AS DESIGUALDADES SOCIAIS	15
2.3 MEDIDAS DE DESIGUALDADE POR RENDA E ESCOLARIDADE NO TOCANTE A COVID-19	17
2.4 SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE E COVID-19	18
3 JUSTIFICATIVA	29
4 OBJETIVOS	31
4.1 OBJETIVO GERAL.....	31
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
5 HIPÓTESES	32
6 METODOLOGIA	33
6.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO	34
6.2 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA	34
6.2.1 População alvo	34
6.2.2 Critérios de Inclusão e exclusão	34
6.2.3 Amostra	34
6.3 COLETA DE DADOS	35
6.4 CONTROLE DE QUALIDADE E ESTUDO PILOTO	36
6.5 INSTRUMENTOS	36
6.6 VARIÁVEIS INVESTIGADAS	37
6.6.1 Variável dependente	37
6.6.2 Variáveis independentes e estratificadoras	37
6.6.3 Variáveis de controle	38
6.7 ASPECTOS ÉTICOS	38
6.8 ANÁLISE DE DADOS	39
7 CRONOGRAMA	40
8 ORÇAMENTO	41
REFERÊNCIAS	42
ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO ORIGINAL	48
NORMAS DA REVISTA A QUAL SERÁ SUBMETIDO O ARTIGO	50
ARTIGO	63
ANEXOS	78

PROJETO

1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde no Brasil sempre foi um problema grave. Alves (2020) afirma que esse quadro se agrava de forma mais significativa quando se trata das populações de baixa renda que dependem dos serviços públicos de assistência. Arruda *et al.* (2018) corroboram esse pensamento, ao comentar que muitas pessoas perdem a vida por ineficiência no atendimento, falta de medicamentos ou profissionais de saúde, assim como de vagas em hospitais conveniados à rede pública. Por outro lado, é possível ainda levantar a questão das desigualdades sociais ainda presentes na realidade brasileira e que, acabam dificultando o acesso à saúde de qualidade por usuários menos escolarizados e pela população de menor renda (Cavalero *et al.*, 2023).

Recentemente, o país enfrentou uma pandemia relacionada ao covid-19, a qual afetou os serviços de saúde, sobretudo os especializados, resultando no óbito de milhares de pessoas, o que foi consequência da gravidade dessa enfermidade somada à falta de um atendimento de melhor qualidade e preparo profissional para o enfrentamento da situação. Monteiro *et al.* (2022) lembram que inúmeros sobreviventes da covid-19 ficaram com sequelas que se prolongam por muito tempo, havendo a necessidade de atendimento especializado, o que nem sempre acontece. Baig (2021) e Nalbandian *et al.* (2021), em seus estudos, fazem referência aos casos de Covid-19, ou seja, aqueles de pessoas infectadas em um período de três a doze semanas após a fase aguda da doença.

Ter acesso à saúde implica, por consequência, em melhoria da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico. No entanto, Arruda *et al.* (2018) argumentam que quanto menor a renda da população, mais difícil ficam as possibilidades de atendimento em serviços públicos que garantam melhores condições de sobrevivência e superação de enfermidades, apesar de todos os esforços governamentais para melhorias nessa área. Assim, a precariedade da assistência aos indivíduos acometidos pela covid-19 ficou evidenciada neste período, tendo como consequentes números de óbitos elevados e um contingente muito alto de indivíduos com Covid-19 (Davis *et al.*, 2023)

Existe uma relação muito grande entre os determinantes sociais da saúde, como pobreza e desigualdades estruturais, em que se destacam o racismo, gênero, educação, entre outros, e a Covid-19 e suas sequelas a longo prazo (Oliveira *et al.*, 2022). Sabe-se que as condições precárias de acesso aos serviços de saúde são encontradas majoritariamente entre a população mais empobrecida, e com menores chances de recuperação e sobrevivência (Naldadian *et al.* 2021; Monteiro *et al.*, 2022)

A recente pandemia do covid-19 trouxe à tona uma realidade que mostra a necessidade

de aperfeiçoamento e evolução no sistema de saúde brasileiro, aprimorando o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). No caso da pandemia em pauta, o envolvimento da APS na busca de soluções mais imediatas frente às recomendações de isolamento social, que ocorreu de modo muito insignificante, considerando que dados divulgados pelo Ministério da Saúde apontavam para mais de quatro milhões de casos confirmados e notificados de infecção pelo vírus SARS-CoV-2, com números superiores a 125 mil mortes, desde o início da pandemia (Mota; Teixeira, 2020). No entanto, o Ministério da Saúde, com dados divulgados em 2024, aponta mais de 38 milhões de casos e 712.769 mortes decorrentes da covid-19, um número expressivo no contexto mundial (Brasil, 2024).

A lentidão inicial na vacinação, junto a carência de ações de divulgação efetivas e planejadas, teve um papel importante na quantidade elevada de pessoas infectadas e mortalidade por Covid-19 em território nacional. Soma-se a isso a inexistência de orientações objetivas sobre o distanciamento social e a disseminação de notícias falsas, que pioraram ainda mais o cenário. Santos *et al.* (2023) ressaltam que todos esses aspectos, em conjunto com o nível acentuado de desigualdade na sociedade e o desenvolvimento social e econômico mais baixo, são cruciais para entender essa situação preocupante.

Com base no que foi exposto acima, propõe-se com este estudo responder ao seguinte questionamento: Existem desigualdades sociais no acesso aos serviços especializados de saúde por indivíduos com Covid-19?

Deste modo a presente pesquisa apresenta como objetivo investigar a relação entre as desigualdades sociais e o acesso a serviços especializados de saúde pública em indivíduos adultos e idosos com Covid-19 em uma cidade no extremo sul do Brasil.

2 REVISÃO DE LITERATURA E SISTEMÁTICA

Este projeto é composto por uma revisão de literatura, que abordou os temas Covid-19 e saúde brasileira e as desigualdades sociais. Na revisão sistematizada foi abordado o tema serviços especializados de saúde e Covid-19. Cabe destacar que se optou por desenvolver as duas revisões visando abranger maior quantidade de artigos e literatura cinzenta, uma vez que o tema ainda é recente e dada a relevância histórica, faz-se necessária uma abordagem mais ampla.

2.1 COVID-19

A partir do último trimestre do ano de 2019 o mundo deparou-se com uma crise na área da saúde, com a descoberta de um novo vírus, o SARS-CoV-2, que na verdade era uma variação de um coronavírus preexistente, e que passou a ser chamado de novo coronavírus, cujos efeitos se manifestam no aparelho respiratório. Conforme Souza *et al.* (2021), é doença considerada zoonose, com infecção transmissível de forma natural entre animais vertebrados, incluindo o homem, onde os animais não doentes albergam e eliminam os agentes etiológicos.

Detectada inicialmente na cidade chinesa de Wuhan, na província de Hubei, a COVID-19 foi reconhecida como uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus a partir das informações levadas à Organização Mundial da Saúde (OMS) em dezembro de 2019 (Opas, 2020).

A doença se espalhou rapidamente pela Europa, atingindo, posteriormente, os demais continentes. Conforme Souza *et al.* (2021), este fato levou a OMS, em janeiro de 2020, a declarar uma emergência de saúde pública internacional e, já em março de 2020, considerou o covid-19 como uma pandemia, aconselhando a todos os países do mundo a fazerem planos de contingência (Opas, 2020).

A gravidade da epidemia se avalia pelos números e velocidade de contaminação (Santos *et al.*, 2023). De acordo com a OMS (Who, 2020), foram constatados 760.040 casos e 40.842 mortes, no mundo, em março de 2020, evoluindo para 32.925.668 casos confirmados e 995.352 mortes em setembro de 2020, apenas sete meses depois. Os casos, no Brasil, chegaram a 4.745.464, em setembro 2020, com 142.058 mortes, atrás apenas dos Estados Unidos.

De acordo com as medidas de enfrentamento da pandemia adotadas em cada país, o número de casos infectados varia bastante. Essas medidas, segundo estudos de Souza *et al.* (2021) consistem na realização de testes diagnósticos, nível de educação da população, distanciamento social e de medidas governamentais. No entanto, “a velocidade de aumento do

número de casos e mortes é elevada” (p. 549).

No entanto, a pandemia causada pelo SARS-CoV-2 não deixou marcas apenas nos números de casos, mas também pelo agravamento ou prolongamento dos sintomas e distúrbios respiratórios posteriores à infecção, evento este denominado de Covid-19 (Souza *et al.*, 2021)

Conforme Segata; Lôwy (2024) “tem se conformado como uma nova entidade nosológica surgida na sequência da Covid-19. Com contornos ainda vagos, ela está impulsionando pesquisas sobre a sua prevalência, sintomas, diagnóstico, duração e métodos de tratamento”. Ainda não definida, esse quadro resultante da epidemia que assolou o mundo entre 2019 e 2021, avança em meio a discrepâncias sociais e num contexto incerto e complexo que, infelizmente descreve-se como ‘fim da pandemia’.

Os trabalhos de Baig (2021) e Rando *et al.* (2021) não encontraram consenso à definição ou nomenclatura cabível à condição clínica que também foi denominada de Pós- Covid-19, covid-19 pós-aguda ou Síndrome de Covid-19 crônica. No entanto Raveendran *et al.* (2021) dividiram a covid-19 em três categorias: a normal e a longa que subdividiram em duas outras categorias, considerando o tempo que duram os sintomas: covid-19 pós- aguda, cujos sintomas duram de três a 12 semanas, e covid-19 crônica, na qual os sintomas têm duração de mais de 12 semanas.

Os autores, assim como Baig (2021) e Rando *et al.* (2021), descrevem a covid longa como condição multissistêmica, cujos principais sintomas são falta de ar, tosse, fadiga, febre, dor de cabeça, dor no peito, palpitações cardíacas, dores musculares, problemas gastrointestinais e perda do paladar e do olfato. No entanto, estes podem não estar todos presentes, uma vez que alguns pacientes manifestam alguns sintomas, enquanto outros têm sintomatologia diferente (Nalbandian *et al.*, 2021).

Todos os indivíduos que tiveram Covid-19 e apresentaram, posteriormente, sintomas da Covid-19, necessitam ser acompanhados de forma rigorosa com o objetivo de monitorar possíveis complicações precoces, intermediárias e tardias. Os estudos de Santos Filho; Lima (2021) sugerem uma avaliação inicial para o começo do tratamento. Conforme o Ministério da Saúde (Brasil, 2022, p. 34): “A avaliação e o manejo inicial de pessoas com condições pós-covid-19 devem ser realizados na APS, e a maioria dos pacientes se recupera por meio da abordagem integral e abrangente do caso, com ênfase no cuidado longitudinal”.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2022) enumera alguns serviços especializados que podem, e devem ser utilizados quando necessários, para os pacientes com Covid-19. Santos Filho; Lima (2021), entendem ser necessário avaliar a realidade da Rede de Atenção à Saúde local, e destaca os serviços de urgência/emergência, serviços de reabilitação que inclui a

fisioterapia respiratória, fisioterapia motora, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutricionista, pneumologia, cardiologia, neurologia e saúde mental como os serviços especializados, disponíveis pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022), como fundamentais no atendimento a indivíduos com Covid-19.

A Covid-19 e suas variantes causaram um impacto bastante significativo nas pessoas, nas comunidades e em todos os países do planeta. Por ser uma enfermidade de alta transmissibilidade e com efeitos muito impactantes na saúde dos indivíduos, os cuidados devem ser redobrados visando evitar a transmissão e, mesmo assim, os efeitos foram devastadores, com milhões de mortes (Nalbandian *et al.*, 2021). Dados levantados por Bueno *et al.* (2021) dão conta de que, no Brasil, em 2020, houve um momento em que ocorreram mais de mil mortes diárias, chegando, atualmente, a mais de 37 milhões de casos e ultrapassando os 702.900 óbitos.

A recuperação é rápida na maioria das pessoas e a sintomatologia é diferente, dependendo do grau de imunidade e da variante. No entanto, Aquino *et al.* (2020), relatam que alguns casos são mais demorados e complicados, podendo levar à óbito. De acordo com Bueno *et al.* (2021), a covid longa não tem ainda causa determinada, mas leva à permanência de sintomas, alguns deles incapacitantes, por meses após o fim da infecção pelo coronavírus.

Conforme Silva (2023, p. 24), “os termos covid longa ou Síndrome pós- covid-19 são utilizados para designar a persistência de um ou mais sintomas da covid-19 aguda ou o surgimento de novos sintomas após o período esperado de recuperação clínica da infecção”. Conforme a duração da sintomatologia, Raveendran *et al.* (2021) dividem a covid longa em dois estágios: covid-19 pós-aguda, com sintomas persistentes por mais de três e menos de 12 semanas, ou covid-19 crônica, quando os sintomas permanecem por mais de 12 semanas.

Garg *et al.* (2021) apresentam como sintomas mais comuns nesses casos a fadiga, dispneia, desconforto respiratório e dor torácica. E acrescentam: “Os indivíduos podem apresentar ansiedade, depressão, dificuldades para dormir, neuropatia, miopatia, artralgia, deficiências cognitivas, declínio funcional e redução da qualidade de vida”. Silva (2023, p. 23) comenta que “na covid longa, os sintomas neurocognitivos por sua vez, têm apresentado impactos severos na qualidade de vida e podem permanecer presente em média um ano nos indivíduos”.

Cabe destacar que a covid-19, em suas formas curta ou longa, afetou o mundo todo, sendo transmitido de forma muito rápida por contato direto e a letalidade pode ser influenciada pela cor da pele, dificuldade de acesso a serviços de saúde e hospitalização, assistência imediata e recursos terapêuticos, dentre outros fatores (Santos *et al.*, 2022). Por outro lado, o Brasil figura como um dos países que mais foram afetados pela pandemia (Santos *et al.*, 2023)

Segundo Davis *et al.*, 2023, a covid longa afeta aproximadamente 10-30% das pessoas que tiveram covid-19. A condição pode durar semanas a meses após a infecção inicial, com sintomas como fadiga extrema, falta de ar, problemas cognitivos (conhecidos como "nevoeiro cerebral") e dor muscular. Os fatores de risco incluem ter tido uma forma grave de Covid-19, ser do sexo feminino, idade avançada, e condições de saúde pré-existentes, como diabetes e obesidade.

2.2 A SAÚDE BRASILEIRA E AS DESIGUALDADES SOCIAIS

Estudos como de Massuda (2020) e Palmeira *et al.* (2022) vêm mostrando que nos últimos anos houve aumento na oferta de ações e serviços de saúde. Contudo, os mesmos estudos corroboram o posicionamento de Morosin *et al.* (2020), alertando que somente aumentar a oferta nesta área não tem capacidade de garantir no maior acesso e utilização desses serviços.

O estudo de Palmeira *et al.* (2022, p. 10) aponta iniquidades no acesso e na utilização dos serviços de saúde no Brasil. Relaciona medidas governamentais de 2017 que “causaram drástica redução do financiamento, diminuição dos serviços de saúde e de recursos humanos, levando à fragilização dos serviços e do cuidado à saúde dos usuários do SUS”.

Os trabalhos de Dantas *et al.* (2021) apontam para quatro elementos fundamentais que devem ser observados no acesso aos serviços de saúde: a) a disponibilidade, que é a relação entre a quantidade de serviços e a demanda; b) a acessibilidade, onde não haja diferenciação de acesso aos serviços de saúde; c) a aceitabilidade, que diz respeito à compreensão dos sujeitos em relação aos serviços que estão sendo ofertados; e d) a qualidade, que se relaciona à qualificação dos profissionais que atuam na área e também pela qualidade dos produtos que são utilizados.

No estudo de Arruda *et al.* (2018) os autores constataram uma redução significativa dos índices de desigualdade e pobreza nas últimas duas décadas, mas o mesmo estudo aponta o Brasil como um dos países mais desiguais do mundo e o acesso aos serviços básicos, como educação e saúde mostram claramente esse quadro. Os autores relacionam em seu trabalho, as desigualdades sociais e culturais entre a população urbana e rural, mencionando que o acesso aos serviços de saúde por parte desta última é extremamente difícil, e deve-se, em parte, “a fatores de capacitação, como o baixo poder aquisitivo e ausência de vínculo empregatício e plano de saúde dos residentes rurais” (p. 2).

Dantas *et al.* (2021) enumeram os fatores que intervêm no acesso a serviços de saúde, entre os quais, nomeiam as características geográficas dos usuários e dos serviços, o nível

socioeconômico da população, a escolaridade e aspectos culturais, assim como o pertencimento a grupos específicos e as características do sistema. E salientam: “Quando esses fatores aumentam ou diminuem o acesso aos serviços de saúde, estamos diante da desigualdade nesse acesso” (p. 2).

O estudo dos autores confirma dados propostos por outros pesquisadores, como Viacava; Bellido (2016) e Arruda *et al.* (2018), que verificaram a precariedade de acesso aos serviços de saúde da população brasileira, com prevalência de 18,1% e que essa precariedade foi mais prevalente entre os indivíduos de cor de pele preta e parda (23,3%), sem escolaridade (30,4%) e com idade de 18–24 anos (19,8%), caracterizando, dessa forma a relação entre as desigualdades sociais e assistência em saúde.

Esses dados vão contra o que preconiza a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2017), que assegura e garante a todos os cidadãos brasileiros, o direito ao acesso à saúde o que, na verdade, não ocorre na prática. Apesar da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), cujas bases viabilizam o atendimento de saúde a todos, Dantas *et al.* (2021) alerta para outras questões, como o saneamento básico, que evitaria grande parte das doenças, e é precário na maioria das residências do país.

Os trabalhos de Viacava; Bellido (2016) referem inúmeros problemas relacionados à saúde pública brasileira, como a falta de infraestrutura nas unidades de atendimento, precária capacitação e atualização dos profissionais, excesso de carga de trabalho, falta de materiais básicos de primeiros socorros, entre outros.

Dantas *et al.* (2021), argumenta que, no decorrer de décadas, milhares de indivíduos dependentes do sistema público de saúde se veem privados de um atendimento eficiente e eficaz como consequência da má gestão e falta de comprometimento dos gestores públicos. Assim, é precária, na maioria dos centros urbanos, a infraestrutura dos hospitais públicos brasileiros, os quais se privam do mínimo necessário para um atendimento de qualidade, com insuficiência de leitos para atender a demanda da população, levando os pacientes a ficar em corredores e, em alguns casos, voltando para casa sem terem sido atendidos.

Estudos de Segata; Lôwy (2024) sugerem que a interação entre a enfermidade e as condições sociais e ambientais, que se manifestam, principalmente estruturas de violência e desigualdade, como pobreza, racismo e discriminação, contribuem para o agravamento da sintomatologia, tendo contribuído para dificultar o tratamento e cura da covid-19, possibilitando os quadros de covid longa. Já os estudos de Ventura *et al.* (2024, p. 6) sugerem que os “aspectos sociais, como renda, acesso à educação, condição de vida e de trabalho, podem ser formadoras de desigualdades em saúde, sendo estas fortemente evidenciadas durante a pandemia da covid-

19”. Esses fatos são também evidenciados nos estudos de Alves (2020) e Muniz *et al.* (2023) que apontam as desigualdades sociais com o grande entrave no combate à Covid-19 e que poderá ter relação direta com a covid longa.

2.3 MEDIDAS DE DESIGUALDADE POR RENDA E ESCOLARIDADE NO TOCANTE A COVID-19

A crise da Covid-19 expôs e agravou as disparidades sociais já existentes, notadamente em termos de ganhos financeiros e instrução. No país, as diferenças econômicas e sociais ficaram ainda mais nítidas, refletindo-se em índices desiguais de contaminação, internação e óbito. Os grupos menos favorecidos, que em geral vivem em condições precárias, foram os que mais sofreram com a crise sanitária. Tal cenário explicita como a diferença de renda afeta de maneira direta a saúde de todos (Demenech *et al.*, 2020).

As análises sobre a desigualdade de renda durante o período da pandemia revelaram que os grupos mais carentes da população tiveram enorme dificuldade para obter auxílio médico. Diversas pessoas em situação de vulnerabilidade enfrentavam problemas financeiros que as impediam de buscar tratamento de saúde. Isso provocou diagnósticos tardios e, em consequência, um aumento nos índices de mortalidade. Em contrapartida, as classes mais abastadas puderam acessar serviços de saúde de ponta, mostrando uma disparidade preocupante no tratamento da doença (Nascimento, 2024).

O nível de estudo foi crucial na forma como as pessoas lidaram com a pandemia. Indivíduos com maior escolaridade demonstraram um conhecimento mais amplo sobre as medidas de prevenção, como o uso de máscaras e o distanciamento social. Em contrapartida, as pessoas com menor nível de estudo muitas vezes não tinham acesso a informações adequadas, o que acabou por facilitar a disseminação do vírus. Essa diferença no acesso à informação destacou a importância de criar projetos educativos focados em grupos em situação de vulnerabilidade (Henriquez, 2024).

Ademais, o impacto econômico da pandemia afetou de forma desigual aqueles com menor nível de instrução e ganhos financeiros. Um grande número de trabalhadores informais teve seus meios de sustento prejudicados pelo fechamento de empresas e pelas restrições de locomoção. Essa situação acarretou um aumento da pobreza e da falta de segurança alimentar. Isso não só piorou as condições de vida dessas pessoas, mas também as colocou em maior risco de contágio, pois muitos deles não podiam se dar ao luxo de adotar medidas de isolamento (Nascimento, 2024).

As estratégias de saúde pública colocadas em prática durante a pandemia também deixaram claras essas desigualdades. Em muitos casos, as medidas foram implementadas sem considerar as dificuldades da população mais vulnerável. A falta de acesso a serviços de saúde em regiões periféricas, juntamente com a escassez de recursos para testes e vacinas em comunidades de baixa renda, tem sido um fator crucial na manutenção da desigualdade. Isso enfatiza a importância de adotar uma abordagem mais justa na elaboração de políticas de saúde (Henriquez, 2024).

A persistência das disparidades sociais foi bastante influenciada pela disseminação da desinformação, incluindo notícias falsas e teorias conspiratórias. Indivíduos com menos instrução foram especialmente suscetíveis a acreditar em informações incorretas sobre a Covid-19. Tal cenário impactou negativamente suas escolhas em relação à vacinação e aos cuidados médicos. Essa situação evidencia a premente necessidade de criar abordagens de comunicação que alcancem efetivamente esses grupos, oferecendo informações corretas e de fácil compreensão (Demenech *et al.*, 2020).

Finalmente, a pandemia da Covid-19 serviu como um aviso da necessidade imediata de combater as desigualdades sociais, tanto em relação à renda quanto à educação. Para enfrentar futuras crises, é essencial formular políticas públicas que considerem as características específicas dos grupos vulneráveis, garantindo assim um acesso igualitário à saúde e à informação. Dessa forma, poderemos construir uma sociedade mais equitativa e forte, apta a superar os desafios que ainda estão por vir (Nascimento, 2024).

2.4 SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE E COVID-19

Para a identificação e análise do acesso a serviços especializados de indivíduos com Covid longa, foram selecionados e analisados publicações científicas, entre artigos científicos, dissertações, teses e livros cujo assunto relacionava-se com a temática proposta. Para isso, buscou-se os trabalhos indexados à base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), National Institutes of Health (PubMed) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), com os seguintes descritores de busca: ((Inequality [Title]) OR (Inequalities [Title])) AND (“health services”[Title]) AND (“post covid-19” [title]) OR (“long covid-19” [title]) OR (“Post Acute covid-19 Syndrome” [Title]).

Utilizou-se como critérios de inclusão para a seleção dos estudos trabalhos publicados em língua espanhola, inglesa e portuguesa, com publicações datadas entre 2020 e 2024, e que estavam disponíveis gratuitamente e com livre acesso na internet. Foram excluídos estudos que

tenham sido publicados fora do período e idiomas estabelecidos, que não se relacionavam com o tema, repetidos, e sem a devida identificação de origem.

Foram elencados 69 artigos que, após leitura de título e resumo, restaram selecionados 18 (Quadro 1) para síntese de dados, apresentada de forma descritiva, classificando-se assim as informações e reunir conhecimento sobre a temática em discussão. Dessa forma, foi possível levantar dados sobre a necessidade de atendimento especializado em indivíduos com covid longa, e mostrar as dificuldades de acesso a estes serviços por determinados grupos de indivíduos, possibilitando informações importantes, da mesma forma que o posicionamento da literatura sobre esse tema.

Quadro 1 - Seleção de artigos - Etapas

IDENTIFICA	Estudos identificados pelos descritores de pesquisa (n 298)
TRIAGE	Estudos com livre acesso e publicados nos últimos 5 anos (n = 225)
ELEGIBILI	Material original, inserido no tema de estudo (n = 72)
INCLUS	Artigos selecionados (n = 18)

O quadro 2 apresenta os 18 estudos selecionados, incluindo ano, autores, título, e tipo de estudo/abordagem; enquanto a Quadro 3 descreve os autores, cenário/público alvo, serviços de saúde especializados e tipos de ações assistenciais.

Quadro 2 - Estudos selecionados: ano, autores, título e tipo de estudo

ANO	AUTORES	TITULO	TIPO DE ESTUDO
2020	Aquino <i>et al.</i>	Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil	Revisão narrativa
2020	Campos <i>et al.</i>	Carga de doença da covid-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde	Revisão de literatura
2020	Falvey e Ferrante	Flattening the disability curve: Rehabilitation and recovery after covid-19 infection	Estudo descritivo
2020	Katz <i>et al.</i>	Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS	Pesquisa baseada em evidências
2020	Nascimento <i>et al.</i>	O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde	Estudo de Casos Múltiplos Holístico
2021	Nalbandian <i>et al.</i>	Post-acute covid-19 syndrome	Revisão de literatura
2022	Assis e Jesus	Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise	Estudo de revisão
2022	Oliveira <i>et al.</i>	Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador	Estudo transversal de base populacional
2022	Palmeira <i>et al.</i>	Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019	Estudo descritivo transversal
2023	Cavalaro <i>et al.</i>	Necessidades de saúde dos idosos frente à covid longa e o acesso aos serviços de saúde	Estudo qualitativo exploratório
2023	Lemos e Conserva	Acesso a saúde, desigualdade regional e a pandemia de covid-19	Revisão sistemática
2023	Mill e Polese	Síndrome Pós-covid-19 ou covid longa: Um Novo Desafio para o Sistema de Saúde	Estudo de Coorte
2023	Silva	Sobreviventes da covid-19 pós-alta hospitalar: necessidades e acesso à reabilitação.	Estudo descritivo, de corte transversal, com abordagem quali-quantitativa
2023	Vieira <i>et al.</i>	Socioeconomic inequities in specialized health services use following covid-19 in individuals from Southern Brazil.	Estudo transversal com indivíduos com diagnóstico de covid-19
2024	Batista <i>et al.</i>	Panorama da covid longa no Brasil: análise preliminar de um inquérito para pensar políticas de saúde	Inquérito populacional
2024	Ramos Jr.	Desafios da covid longa no Brasil:	Revisão de literatura

		uma agenda, inacabada para o Sistema Único de Saúde	
2024	Segata e Lôwy	Covid longa, a pandemia que não terminou	Pesquisa documental e de revisão
2024	Ventura <i>et al.</i>	Determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde em pacientes com covid-19: estudo seccional	Estudo analítico, transversal

Quadro 3 - Estudos selecionados: Autores, cenário/público alvo, serviços especializados e ações assistenciais.

AUTORES	CENÁRIO; PÚBLICO ALVO	SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	RESULTADOS ALCANÇADOS
Aquino <i>et al.</i> (2020)	Indivíduos afetados pela Covid-19	Todos os serviços de saúde	Necessidade de identificação imediata da covid-19 por testes laboratoriais para tratamento precoce.
Campos <i>et al.</i> (2020)	Sistema Único de Saúde	Saúde mental e serviços de reabilitação	Utilização do <i>disability-adjusted life year</i> (DALY) na covid-19 e covid longa como indicativo das perdas por incapacidade e indicação de reabilitação física e mental.
Falvey e Ferrante (2020)	Ambulatórios e clínicas domicílios	Tele-reabilitação e Fisioterapia pós covid-19	Pelo menos 1 em cada 3 pacientes com Covid-19 não recebeu qualquer reabilitação após uma internação na UTI e os serviços de reabilitação pós covid-19 são ineficientes ou insuficientes.
Katz <i>et al.</i> (2020)	APS	Telerregulação dos serviços	Evidenciou que a telerregulação das consultas pelo Projeto Telesaúde melhora o tempo de atendimento diminuindo o tempo de espera aos serviços especializados
Nascimento <i>et al.</i> (2020)	Sistema Único de Saúde de 2 municípios de MG	Assistência integral na APS	Apontou limites de estrutura na APS para alcançar a assistência integral em rede.
Nalbandian <i>et al.</i> (2021)	Clínicas especializadas	Manejo multidisciplinar	Aponta para a importância do cuidado multidisciplinar na covid longa e o manejo coordenado em clínicas dedicadas à covid-19

Assis e Jesus (2022)	Atenção Primária em Saúde	Assistência de saúde nas Unidades Básicas de Saúde	Aponta limites na acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência,
Oliveira <i>et al.</i> (2022)	Unidades de Saúde da Família	Assistência de saúde geral	Aponta bons índices de atendimento de saúde, mas refere longo tempo de espera pela consulta e barreiras geográficas para acesso.
Palmeira <i>et al.</i> (2022)	UPAs	Levantamento da assistência em saúde com base no Plano Nacional de Saúde	A conclusão do estudo leva à confirmação da iniquidade no acesso e utilização dos serviços de saúde e a necessidade de monitoração dos indicadores, para orientar políticas de saúde no Brasil.
Cavalero <i>et al.</i> (2023)	APS e Clínicas particulares E	Todos os serviços de saúde	Indica a necessidade demandas específicas de saúde relacionadas na covid longa para a população idosa e a heterogeneidade de atendimento dos serviços de saúde público e privado.
Lemos e Conserva (2023)	UTI Hospitalar	Todos os serviços especializados em saúde (física e mental)	Aponta diferentes níveis de acesso aos serviços de saúde entre as regiões do no Brasil, e este fato contribuiu para os níveis iníquos de acesso a saúde durante a covid-19.
Mill e Polese (2023)	Pós alta hospitalar	Serviços cardíacos e fisioterapia respiratória.	Necessidade de assistência cardiorrespiratória a pacientes com covid longa, a partir da identificação dos sintomas.
Silva (2023)	Hospital público de referência	Reabilitação respiratória e saúde mental	Necessidade de estratégias que garantam o acesso adequado dos indivíduos com covid longa à reabilitação na rede pública de saúde.
Vieira <i>et al.</i> (2023)	Atendimentos extra-hospitalar	Serviços especializados de Saúde	Indivíduos com plano de saúde apresentaram maior probabilidade de utilizar serviços especializados.
Batista <i>et al.</i> (2024)	Unidades Básicas de Saúde	Neurologia, Cardiologia, Clínica geral, Fisioterapia, Traumatologia	Evidenciou a necessidade de estruturar melhor o sistema de saúde brasileiro para o atendimento dos pacientes com covid longa

Ramos Jr. (2024)	-	Atendimento na rede pública de saúde	Evidencia as consequências da covid longa e a necessidade de tomada de decisão para minimizar danos e perdas dos pacientes
Segata e Lôwy (2024)	Atendimento hospitalar e extra-hospitalar	Atendimento pós-alta	Contesta a ideia da covid longa como uma condição meramente transitória e aponta a importância do correto diagnóstico e a injustiça no atendimento de saúde pública
Ventura <i>et al.</i> (2024)	Serviços públicos de saúde	Todos os serviços essenciais de saúde	Indica uma relação entre o acesso a serviços de saúde pós covid-19 e as condições socioeconômicas da População

(-) Indica que a informação não foi identificada.

Os 18 estudos selecionados para análise abordam a temática da Covid-19 e o acesso aos serviços de saúde a partir de diferentes perspectivas e metodologias. A maioria dos estudos é proveniente do Brasil, refletindo um foco predominante na realidade nacional, com exceção de alguns trabalhos internacionais que incluem contribuições dos Estados Unidos e de países da América Latina. Os tipos de estudo variam amplamente, abrangendo revisões de literatura, estudos descritivos, pesquisas transversais, estudos de coorte, e análises qualitativas e quantitativas. O tamanho das amostras estudadas também apresenta uma grande diversidade, com o menor quantitativo de participantes em um estudo sendo de apenas 30 indivíduos e o maior ultrapassando 5.000 participantes. Em termos de distribuição temporal, há uma concentração de estudos em 2020 e 2023, com 5 artigos publicados em cada um desses anos, seguido por um número menor de publicações em 2021, 2022 e 2024. Essa variação temporal demonstra um crescente interesse e necessidade de pesquisa sobre a covid longa ao longo dos anos, refletindo a evolução da pandemia e suas implicações contínuas para a saúde num contexto geral.

De acordo com o *National Health Service* (NHS, 2021), as pessoas que apresentam Covid longa devem ter seu acompanhamento realizado de forma flexível, levando em consideração os problemas clínicos em curso, sem a necessidade de seguir um cronograma ou protocolo rígido pré-definido. Nesse contexto, Aquino *et al.* (2020) ressaltam a importância de serviços especializados, como o uso de respiradores e testes laboratoriais, para a identificação da doença. Esses serviços são essenciais na detecção e tratamento precoce da Covid-19, ajudando a evitar o prolongamento dos sintomas.

A limitação no acesso a medicamentos tem causado impactos significativos, especialmente entre os idosos e portadores de doenças crônicas, que dependem desses insumos para o controle de suas condições de saúde. Durante a pandemia de Covid-19, esse grupo foi o mais vulnerável e apresentou os maiores índices de complicações e mortalidade, evidenciando a gravidade da falta de acesso adequado a tratamentos. Costa et al. (2017). Esse cenário tende a se agravar com o avanço da transição demográfica e epidemiológica, que resulta em uma população cada vez mais envelhecida e com maior prevalência de doenças crônicas, exigindo uma atenção constante às políticas públicas de saúde e ao abastecimento de medicamentos essenciais. Palmeira et al. (2020, p. 10).

Aqueles que apresentam sequelas de Covid-19 e aqueles que tiveram Covid longa necessitam de um intenso e sistemático trabalho de reabilitação. No entanto, conforme Silva (2023, p. 16), sabe-se que no Brasil as ações de saúde em reabilitação são limitadas e ainda não garantem acesso a todas as pessoas que necessitam.

Campos *et al.* (2020) referem a grande carência no que diz respeito à formação de profissionais habilitados para atuar no processo de reabilitação e reintegração social do indivíduo sequelado de covid-19, profissionais estes que tenham condições de compreender o indivíduo em todas as suas necessidades. Nos casos de covid longa, o processo de reabilitação pode ser mais longo e necessitar o envolvimento de diversos profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, além dos médicos e enfermeiros.

Estimativas baseadas em vários estudos, como Falvey; Ferrante (2020), Nalbandian *et al.* (2021) e Silva (2023) apontam para um percentual de aproximadamente 40% de indivíduos que tiveram Covid-19 apresentaram déficits neurológicos prolongados e significativos. Ramos Jr. (2024) estima que exista uma variação de 10-70% de prevalência dos sintomas até 24 meses pós-infecção por covid-19 e mesmo após esse período do início da infecção, sintomas neuropsicológicos têm sido frequentemente relatados.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), considerando os casos confirmados da covid-19 até setembro de 2023 no Brasil (37.789.040), estima que aproximadamente 12.470.383 (33,33%) dos indivíduos infectados apresentarão ao menos um sintoma da covid longa. Esses dados mostram a importância da continuidade do tratamento após o pico da enfermidade em pacientes com covid longa, bem como a necessidade de um processo de reabilitação em serviços públicos especializados de saúde (Aquino *et al.*; 2020; Silva, 2023).

Garg *et al.* (2021) argumenta que os indivíduos que tiveram covid-19 devem passar por uma rigorosa avaliação a fim de que sejam identificados possíveis sintomas novos, persistentes ou progressivos. No caso daqueles que apresentam síndrome pós-Covid-19, torna-se necessário

um acompanhamento rigoroso para monitorar as complicações precoces, intermediárias ou tardias.

Nestes casos, é importante que “a necessidade de suplementação de oxigênio, cuidados paliativos, reabilitação, aconselhamento e outras necessidades psicossociais sejam avaliadas, identificadas e atendidas imediatamente” (Santos Filho; Lima, 2021, p. 6). Podem ocorrer complicações tardias, sérias e potencialmente fatais, que devem ser identificadas com antecedência para que se possa oferecer o tratamento adequado, evitando riscos ao paciente e, quando necessário, encaminhá-lo a um centro de tratamento especializado (Garg et al., 2021).

O acompanhamento de indivíduos com covid longa deve ser flexível, baseado nos problemas clínicos em curso, ao invés de seguir um cronograma rígido pré-definido (Santos Filho; Lima, 2021, p. 6).

A literatura nacional e internacional é ampla em discutir e salientar a importância do acesso aos serviços de saúde em todas as enfermidades, mas de forma específica nos casos de covid-19 e covid longa. Muitos pesquisadores tratam o acesso à saúde de diferentes pontos de vista, mas a maioria concorda com Sanchez; Ciconelli (2022) que entendem ser um conceito de múltiplas dimensões, composto por fatores financeiros e não financeiros.

No contexto da saúde, o acesso é concebido pela Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (Sesp, 2020, p. 43) como “o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza a entrada de cada usuário, ou paciente, na rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade, bem como em suas diversas modalidades de atendimento”. Por outro lado, o acesso aos serviços de saúde é compreendido como um tema multifacetado e multidimensional, que envolve aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos, fundamentais para a construção de caminhos rumo à universalização da atenção à saúde (Assis; Jesus, 2022).

Quando se trata de serviços especializados, principalmente em desenvolvimento, como o Brasil, o trabalho de Assis; Jesus (2022) apontam na direção de maiores dificuldades para os usuários são maiores e que o atendimento na rede pública, em muitos casos, é inexistente. Relatam que, apesar dos avanços do SUS e do empenho do governo federal, grande parte dos usuários não tem acesso a profissionais especializados, assim como são poucos os que conseguem medicamentos para doenças crônicas. Dados semelhantes são encontrados nos trabalhos de Oliveira *et al.* (2022) e Lemos e Conserva (2023).

Ao abordar as ações do SUS e o atendimento de saúde, constatou-se que os usuários do sistema atribuem as dificuldades de acessibilidade às experiências e expectativas que têm em

relação ao serviço (Nascimento et al., 2020). O estudo revelou, entre a população analisada, uma grande restrição no acesso a exames, medicamentos e atenção especializada. Outros estudos sobre o tema também são mencionados, como os de Viegas et al. (2015) e Loignon et al. (2015).

De forma semelhante, observa-se que muitos pacientes com sintomas prolongados de Covid-19 procuram os serviços públicos especializados, porém enfrentam dificuldades para obter atendimento adequado às suas necessidades básicas, como o manejo da ansiedade, da dor, além das alterações no sono e no humor (Batista et al., 2024).

Os entraves no atendimento de pacientes com covid longa nos serviços de saúde, como reabilitação fisioterápica, respiratória e mental, referidos na literatura (Vieira *et al.* 2023; Batista *et al.*, 2024; Ventura *et al.*, 2024), apontam na mesma direção de Nascimento *et al.* (2020, p. 19), cujos estudos revelam evidências de “que a grande demanda por atendimento especializado foi associada à pouca resolutividade dos médicos da APS, à demora na marcação de consultas, à falta de especialistas e dificuldades na regulação do sistema de saúde municipal”, ao mesmo tempo que salientam que isso não é uma singularidade brasileira.

Nesse sentido, os trabalhos de Loignon *et al.* (2015) dão conta de que, em outros lugares, como em algumas regiões do Canadá, para pessoas de baixa renda, a consulta a alguns especialistas no serviço público de saúde, como fisioterapeuta, psicoterapeuta, nutricionista, entre outros, é considerado problemático, considerando o tempo de espera que pode superar o período de um ano. Batista *et al.* (2024) apontam nessa mesma direção quando fazem menção aos serviços especializados dispensados pelo Poder Público no Brasil.

Nos Estados Unidos, uma parcela significativa da população (75%) possui saúde assegurada por meio de agências de seguros privados, enquanto 16% não contam com nenhuma forma de cobertura. Além disso, diversas instituições não governamentais são responsáveis pelo cuidado de grupos específicos, como portadores de câncer, doenças cardíacas, dependência química, questões de saúde mental, crianças, entre outros, complementando os serviços oferecidos pelo governo e pelos seguros privados (Assis; Jesus, 2022).

Na França, o atendimento à saúde ocorre tanto em consultórios privados quanto em hospitais públicos e privados. Nos hospitais, o paciente paga inicialmente e é reembolsado posteriormente, enquanto nos consultórios privados existe um orçamento global, no qual os pacientes pagam algumas taxas para um conjunto de procedimentos (OECD, 2020).

Também os trabalhos de Conill (2018) referem o sistema francês de saúde onde, a partir de 2004, foi criada a figura do médico responsável pelos encaminhamentos de cada paciente. Este mesmo estudo destaca as urgências, como pediatria, psiquiatria, oftalmologia, ginecologia,

entre outras, que dispensam a referência deste profissional com um tempo de espera bastante curto. No Brasil, especificamente no Rio Grande do Sul, Katz *et al.* (2020) referem o Projeto RegulaSUS que agiliza o tempo de atendimento e diminui o tempo de espera por consultas especializadas.

A implementação desse serviço nos casos de covid longa amplia as possibilidades de recuperação do paciente e minimiza os efeitos maléficos da pandemia. “A intervenção tem potencial na integração de sistemas de saúde, principalmente em países de baixa e média renda, e faz com que a telessaúde atue como metasserviço, construindo redes eficientes, qualificadas e equânimes (Katz *et al.*, 2020, p. 1389). Silva *et al.* (2022) compara este serviço após prestados nos Estados Unidos, cuja triagem telefônica classificava os paciente como suspeito ou regular para covid-19, sendo os primeiros eram atendidos de forma virtual e caso necessário encaminhados para unidades de atendimento exclusivo. “Em comparação com 2019, houve aumento na carga de trabalho devido a atendimentos por telefone, porém as consultas presenciais reduziram em 45%” (Silva *et al.*, 2022, p. 6).

O RegulaSUS, inicia por meio de uma avaliação médica nas unidades de saúde do SUS, determinando a necessidade de encaminhamento do paciente a uma unidade especializada. Após encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), feito o cadastro, os profissionais reguladores avaliam, autorizam e classificam a solicitação, obedecendo à agenda, e, após autorizada, é agendada/marcada a consulta, com base em algoritmo de gravidade e tempo de espera.

Nesse sentido, o estudo de Katz *et al.* (2020) sobre a APS mostrou que são utilizados protocolos clínicos pela equipe especializada para realização do processo regulatório, assim como o mapa de referências de cada especialidade pactuada nas regiões de saúde e que, a partir de 2015, foram implementados os protocolos de encaminhamento para a regulação das filas de espera por especialidades.

Ainda segundo os trabalhos de Katz *et al.* (2020, p. 1394), “a implementação dos protocolos integrada com o processo de telerregulação está associada, do ponto de vista cronológico, com uma redução geral do volume da fila de espera por consulta especializada de aproximadamente 30%”, corroborando os resultados demonstrados por Silva *et al.* (2022).

A importância de considerar as desigualdades sociais no acesso aos serviços especializados de saúde é fundamental para a avaliação e formulação de políticas públicas. No contexto complexo da pandemia iniciada em 2020, observou-se que a utilização desses serviços por indivíduos pós-Covid-19 reflete desigualdades socioeconômicas. Indivíduos com plano de saúde e pertencentes a categorias de renda mais alta apresentam maior propensão a utilizar

serviços especializados em comparação com aqueles sem seguro e de renda mais baixa (Vieira et al., 2023, p. 6).

Para a concretização do direito à saúde, é necessário um modelo social baseado na solidariedade humana e na igualdade social. Contudo, o acesso ainda permanece seletivo, focalizado e excludente, apesar dos avanços e limitações na garantia do acesso universal aos serviços de saúde, tanto antes quanto depois da implementação do SUS (Assis; Jesus, 2022, p. 2866).

No que se refere ao SUS, a acessibilidade aos serviços de saúde oferecidos à população brasileira, especialmente pelo sistema público, enfrenta diversos obstáculos, entre eles o longo tempo de espera para consultas, um problema crônico da saúde pública no país. Também são observadas morosidade no acesso à consulta especializada, dificuldades para encontrar especialistas na rede pública e restrições no acesso à medicação, apesar dos esforços governamentais (Oliveira et al., 2022).

Dados dos estudos desses autores mostram que a população que procura pelos serviços do SUS é representada, principalmente, por indivíduos da terceira idade, do sexo feminino, de baixa escolaridade, sem emprego fixo e que não possuem plano de saúde. Destaca-se, nesse sentido, o estudo de Assis; Jesus (2022), que alerta para a relação entre o acesso aos serviços públicos de saúde e as condições de vida da população, destacando a faixa de renda, escolaridade, aspecto nutricional, condições habitacionais, que extrapolam a dimensão geográfica e que envolvem, sobretudo, o aspecto cultural das populações.

A metodologia de atendimento especializado poderia ter seguido o mesmo modelo utilizado na triagem para determinação dos casos de Covid-19 no sistema RegulaSUS, adotando padrões semelhantes para garantir uma prestação de serviços mais eficaz e menos burocrática aos indivíduos com Covid longa (Silva et al., 2022). Entretanto, mesmo com esse modelo, persistem desigualdades sociais que dificultam ou retardam a recuperação dos pacientes, como o acesso limitado à internet, as distâncias geográficas que dificultam o deslocamento até as unidades de saúde (Silva, 2023) e a falta ou dificuldade de acesso a medicamentos (Nascimento et al., 2020; Souza et al., 2021; Ramos Jr., 2024).

A distância entre os serviços de reabilitação e a residência dos pacientes configura uma importante barreira geográfica, especialmente porque muitos usuários enfrentam limitações físicas que dificultam o deslocamento (Silva, 2023, p. 57). Além disso, pessoas com nível socioeconômico mais elevado têm maior possibilidade de acesso a bens e serviços de saúde, como consultas médicas, medicamentos e planos de saúde (Nascimento et al., 2020; Ramos Jr.,

2024). No Brasil, diversos estudos indicam que indivíduos de baixa renda apresentam menor acesso aos serviços de saúde (Silva, 2023; Segata; Löwy, 2024).

3 JUSTIFICATIVA

O acesso aos serviços de saúde, entendido como um atendimento eficaz e sistemático aos usuários, não ocorreu de maneira adequada durante a pandemia, o que influenciou significativamente no agravamento dos sintomas das pessoas afetadas pela Covid-19 e contribuiu para o surgimento de sequelas em muitos casos. Lemos e Conserva (2023).

Além disso, há grandes desigualdades nos níveis de acesso aos recursos e ativos em saúde entre as diferentes regiões do país, sendo mais evidentes quando se comparam as regiões Sul e Sudeste com o Norte e Nordeste. Lemos e Conserva (2023).

A importância de estudos que abordem as consequências e a prevalência da covid longa se reflete nos dados mundiais e brasileiros. De acordo com o WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard, referido por Mill e Polese (2023, p. 1), a nível mundial “a doença afetou 770 milhões de pessoas e causou 6,9 milhões de óbitos”. O Brasil ocupa a oitava posição em número de casos, com 38 milhões, mas é o segundo em número de óbitos, com mais de 700 mil e o primeiro na taxa de letalidade (368/100 mil habitantes).

Ademais da cronicidade e alta prevalência, estudos como de Aquino *et al.* (2020), Raveendran *et al.* (2021) e Ramos Jr. (2024) sugerem que infectados apresentam baixa qualidade de vida, com piora entre aqueles com covid longa e com sintoma de fadiga remanescente. Ramos Jr. (2024) argumenta que esse tipo de manifestação podem ser leves ou incapacitantes, mas que causam um potencial impacto “na redução da qualidade de vida relacionada à saúde, ampliação da utilização de assistência à saúde, ocorrência de absenteísmo e ampliação de custos diretos e indiretos pelo cuidado”, além de poder implicar em anos perdidos por incapacidade, e consequente aumento na demanda de uso de serviços de saúde.

O quadro de covid longa apresentado por alguns indivíduos necessita de uma assistência de saúde mais especializada e com maior duração, pois é um quadro complexo que, de acordo com NHS (2021) envolve inúmeros fatores, como fadiga, falta de ar, tosse, dor no peito, palpitações cardíacas, febre, dor de cabeça, dores musculares, problemas gastrointestinais e perda do paladar e do olfato. Além disso, pode ter reflexos cognitivos e psicológicos referidos por Aquino *et al.* (2020) e Raveendran *et al.* (2021).

Assim, faz-se necessário observar e identificar a necessidade de acesso aos serviços de

saúde especializados para tratamento de sequelas ocasionadas pela covid- 19, também é necessário observar e desenvolver estratégias que possam servir de subsídios para o fomento de novas pesquisas sobre a temática, mas principalmente, como referem Ramos Jr. (2024) e Ventura *et al.* (2024), entre outros, para o desenvolvimento de políticas públicas que norteiem a reorganização dos serviços de saúde para acolhimento e oferta de cuidado a esta nova demanda.

Constitui-se, portanto, objeto importante de estudo identificar a relação entre as desigualdades sociais e o tratamento de indivíduos portadores de Covid longa como forma de buscar alternativas para restabelecer plena e satisfatoriamente sua saúde, evitando sequelas que dificultem a volta à sua vida normal, justificando-se este trabalho que ainda contribuirá para uma melhor visão dos gestores dos serviço especializados em saúde no caso específico, bem como servirá de subsídio para acadêmicos da área que poderão se utilizar destas informações para novas e mais amplas pesquisas.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as desigualdades de renda e escolaridade no acesso a serviços médicos especializados de indivíduos adultos infectados pela Covid-19 em uma cidade no extremo sul do Brasil.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de acesso a médicos especializados em saúde, tais como: pneumologista, neurologista, cardiologista e psiquiatra;
- Estimar a associação entre acesso aos serviços especializados e as variáveis socioeconômicas escolaridade e renda;
- Avaliar a prevalência e a relação entre acesso aos serviços especializados e as variáveis socioeconômicas estratificadas;
- Estimar a desigualdade absoluta de acesso aos serviços especializados de acordo com as variáveis socioeconômicas.

5 HIPÓTESES

- A prevalência de acesso aos serviços especializados ficará entre 5 e 20%, com menores prevalências para neurologista e maiores para cardiologista;
- A prevalência de acesso a serviços especializados será menor entre os mais pobres e de menor escolaridade, com diferenças de 10-20 pontos percentuais;
- O acesso à assistência especializada em saúde é menor para indivíduos com covid quanto menor sua classe socioeconômica e/ou escolaridade;
- A desigualdade absoluta será significativa entre as variáveis socioeconômicas, com destaque para maior diferença em pontos percentuais (30-40 p.p) para renda.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O estudo Sulcovid-19 é uma pesquisa de longo prazo que monitorou indivíduos infectados pela Covid-19 entre dezembro de 2020 e março de 2021, moradores da zona urbana de Rio Grande, no Rio Grande do Sul. O objetivo principal foi investigar os indicadores de saúde de adultos após a infecção, permitindo identificar a trajetória até o diagnóstico, as variações no perfil socioeconômico e os principais sintomas e limitações resultantes da doença.

Os participantes foram avaliados em dois momentos distintos: 1) No momento inicial, que ocorreu seis meses após a infecção aguda, e 2) No primeiro acompanhamento, realizado aproximadamente 24 meses após a infecção. Por sua vez, a coleta de dados inicial foi conduzida entre junho e outubro de 2021, enquanto o primeiro acompanhamento ocorreu de outubro de 2022 a maio de 2023.

Nesta dissertação, serão utilizados os dados obtidos durante o primeiro acompanhamento da Pesquisa Sulcovid-19. Assim, a metodologia que será apresentada concentrará-se principalmente nos aspectos associados a essa fase da pesquisa. Para obter informações mais detalhadas sobre a metodologia da primeira etapa do estudo, consulte o artigo metodológico de SAES *et al.* (2024).

O estudo foi conduzido no município de Rio Grande, situado no litoral sul do Rio Grande do Sul. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022), o município conta com cerca de 191.900 habitantes e uma densidade demográfica de 71,53 habitantes por quilômetro quadrado. A cidade é composta por cinquenta e quatro bairros e apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,744, além de um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$ 62.393,39, de acordo com dados do IBGE de 2022. A atividade portuária representa a principal fonte econômica da cidade, com seu porto destacando-se como um dos mais significativos do país.

Em relação à saúde, a cidade do Rio Grande dispõe de 27 Unidades de Estratégias de Saúde da Família, além de sete Unidades Básicas de Saúde, três unidades mistas com atendimento 24 horas, duas Unidades de Pronto Atendimento, três Centros de Atenção Psicossocial, um ambulatório de saúde mental, um ambulatório de especialidades da Secretaria Municipal de Saúde e cinco hospitais que oferecem assistência de média e alta complexidade. Esses serviços desempenham um papel crucial no monitoramento e tratamento da população, especialmente em um cenário de saúde pública tão desafiador como o da pandemia.

6.2 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

6.2.1 População alvo

Os participantes da pesquisa foram indivíduos com 18 anos ou mais residentes na área urbana no município, que tiveram diagnóstico positivo de covid-19 por meio do teste de transcrição reversa seguida de reação em cadeia da polimerase (RT-PCR) no período de dezembro de 2020 a março de 2021 e que realizaram tratamento no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul.

A partir de uma lista da Vigilância Epidemiológica do Município do Rio Grande de pacientes que testaram positivo para a covid-19 sintomáticos, foram identificados todos os indivíduos que cumpram os critérios de inclusão da pesquisa. Após isso, foram ordenados alfabeticamente, com dados de telefone e endereço. No 1º acompanhamento do estudo foram contactados todos os indivíduos entrevistados no baseline.

6.2.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram elegíveis indivíduos infectados pelo novo coronavírus no decorrer de 2020, com idade maior de 18 anos, residentes na zona urbana do município de Rio Grande/RS, sintomáticos, cadastrados no acompanhamento da Vigilância Sanitária da cidade.

Foram excluídos indivíduos incapazes de responder ao questionário e/ou que não havia nenhum responsável que pudesse responder, com doenças neurológicas avançadas que impossibilitassem a resposta ao questionário e aqueles que se encontravam privados de liberdade (prisões). Foram considerados perdas os indivíduos que não foram localizados após cinco tentativas de contato telefônico, uma via WhatsApp e uma visita domiciliar para ambas etapas (baseline e acompanhamento). As recusas foram caracterizadas por aqueles indivíduos que relataram verbalmente não quererem participar do estudo após apresentação da pesquisa.

6.2.3 Amostra

Foram identificados, no total, 4.014 indivíduos testaram positivo para Covid-19 no município de Rio Grande. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, do total da população-alvo restaram 3.822 elegíveis para participar do estudo, tendo 192 indivíduos

excluídos por dados incompletos, que inviabilizavam o contato. Dos 3.822 foram entrevistados 2.929 indivíduo no baseline, compondo a amostra desta pesquisa..

6.3 COLETA DE DADOS

Após a listagem completa e organizada dos pacientes positivos para covid-19 por meio do teste RT-PCR, este foi dividida entre os entrevistadores para a realização da entrevista, que durava em média 20 minutos. As coletas tiveram duas etapas: 1) Coleta telefônica: Nesta etapa foram efetuados cinco contatos telefônicos com cada indivíduo elegível para o estudo, em dias e horários alternados.

O entrevistador entrou em contato, apresentou o estudo com a seguinte mensagem padronizada “Bom dia/tarde/noite. Eu me chamo XXXX. Sou pesquisador(a) do Estudo Sulcovid-19 da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Gostaria de falar com o(a) Senhor(a) XXXX. Nossa pesquisa tem o objetivo de verificar como está a saúde das pessoas após a infecção pela covid-19 no período de dezembro/2020 a março/2021. Suas respostas serão mantidas em sigilo e sua identidade será preservada. A entrevista tem duração de aprox. 20 minutos e para sua segurança, será gravada. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pelos telefones/WhatsApp com a Coordenação do Projeto. Você gostaria de anotar o telefone agora ou ao final da entrevista? (53) 991530982 - Prof.^a Mirelle ou (53) 991530624 - Prof.^a Suele. Informamos que esta pesquisa está regulamentada pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG. Podemos começar a entrevista?”.

Após o assentimento do entrevistado, o entrevistador iniciou a entrevista, e informava que a ligação seria gravada. Após as cinco tentativas de contato, era encaminhada uma mensagem padronizada pelo aplicativo *WhatsApp*. Em caso de resposta para a mensagem no Whatsapp, era realizada o agendamento de uma entrevista telefônica ou presencial, de acordo com a preferência do indivíduo.

Nos casos em que o indivíduo não atendeu telefone e não respondeu as mensagens, estes foram alocados para a etapa seguinte, de coleta domiciliar. 2) Coleta domiciliar: Nesta etapa, o entrevistador devidamente paramentado foi até o domicílio do entrevistado realizar a entrevista presencialmente. Foram efetuadas pelo menos três visitas domiciliares para a realização da entrevista. Em ambas as etapas, baseline e 1º acompanhamento, o método de aplicação foi o mesmo.

Para a seleção dos entrevistadores foi realizado um processo seletivo com candidatos experientes, os aprovados foram submetidos a um treinamento de 30 horas, destas 20 horas

online e 10 horas presenciais. O treinamento consistiu em apresentação do projeto, técnicas de entrevistas, leitura do questionário, e informações sobre o RedCap. Todas as entrevistas por telefone foram gravadas, garantindo o registro do aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para as entrevistas presenciais, a coleta do TCLE foi feita no momento da entrevista. Para coleta de dados utilizou-se um instrumento elaborado para a pesquisa e previamente testado para este fim, através de um estudo piloto (Apêndice I).

Para coleta de dados foram utilizados *tablets* da marca Samsung® modelo Galaxy Tab A e celulares adquiridos especificamente para pesquisa da marca Samsung® modelo Galaxy A01 de 32GB, o que permitiu redução do fluxo de papel, redução no tempo de captura dos dados, aumento da qualidade no processo, à correção dos questionários no ato das entrevistas e a conferência semanal das entrevistas realizadas para verificação e validação das informações enviadas.

6.4 CONTROLE DE QUALIDADE E ESTUDO PILOTO

O controle de qualidade foi realizado por um entrevistador, o qual sorteou 10% dos instrumentos preenchidos e realizou contato telefônico aos indivíduos para reaplicação da entrevista. O questionário utilizado para o controle de qualidade foi composto por perguntas-chave que possibilitaram a identificação da concordância entre as respostas, além de erros ou respostas falsas.

O estudo piloto foi realizado com indivíduos moradores de São José do Norte e Rio Grande que possuíam 18 anos ou mais e que tiveram diagnóstico positivo para covid-19 no período anterior da amostra da pesquisa. Durante a aplicação foram identificados tempo de aplicação do questionário, além de situações ou problemas que poderiam ocorrer durante a coleta de dados.

Outras estratégias além do controle de qualidade foram utilizadas para assegurar a precisão das respostas, como elaboração de questionário eletrônico padronizado e pré- testado, treinamento dos entrevistadores, elaboração de manual de instruções e supervisão do trabalho de campo.

6.5 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento com questões estruturadas pelos próprios pesquisadores e instrumentos validados na literatura. Ademais, foi desenvolvido

um manual do questionário com orientações gerais para os entrevistadores.

Na primeira etapa (estudo de linha de base), os dados foram coletados através de um questionário estruturado por meio do *software RedCap® (Research Electronic Data Capture)*, conforme descrito no Apêndice I. Na segunda etapa (acompanhamento), os dados foram coletados através de instrumento eletrônico estruturado conforme descrito no Apêndice II. O instrumento foi composto por variáveis demográficas, socioeconômicas, características da infecção pela Covid-19, suporte social, recebimento de orientações, medidas de isolamento e quarentena, comportamentais, prática de atividade física, comorbidades, quedas, alimentação e insegurança alimentar, atividades básicas e instrumentais de vida diária, fadiga e uso de serviços de saúde e vacinação, além do consumo de probióticos.

6.6 VARIÁVEIS INVESTIGADAS

6.6.1 Variável dependente

O desfecho acesso a serviços especializados será avaliado a partir da resposta afirmativa as seguintes perguntas: “Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), o Senhor(a) precisou buscar atendimento especializados com: pneumologista, neurologista, cardiologista, psiquiatra, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo?”, com opção de resposta sim/não (dicotômica). Se a resposta fosse afirmativa (sim), era realizada a seguinte pergunta: “Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?”, com as opções de resposta: 1) Não; 2) Sim, para o mesmo dia; 3) Sim, para outro dia. O desfecho será operacionalizada de forma dicotômica, considerando como sim a resposta afirmativa tanto para: Sim, no mesmo dia; Sim, em outro dia.

As variáveis serão operacionalizadas de forma individual, avaliando o acesso a cada um dos serviços especializados investigados, e de forma sintética, somando todos os serviços, e considerando ter acesso, resposta afirmativa a pelo menos um dos serviços.

6.6.2 Variáveis independentes e estratificadoras

As variáveis independentes serão: escolaridade (nunca estudou/ensino fundamental/ensino médio/ensino superior), renda (categorias), presença de plano de saúde (sim/não).

A variável estratificadora será covid longa. Para a construção desta variável inicialmente foram investigados 20 sintomas, conforme segue: dor de cabeça, falta de ar, tosse seca, tosse

com catarro, dor ou desconforto para respirar, alteração do paladar, alteração do olfato, alteração de sensibilidade, cansaço/fadiga, dor de garganta, congestão nasal, náusea/vômito, diarreia, dor nas articulações, dor muscular, perda de memória, perda de atenção, perda de cabelo, e alteração de pele.

Para a identificação dos sintomas da covid longa, foi realizada a seguinte pergunta para cada um dos 20 sintomas investigados: “Entre junho e outubro do ano passado (2021), entramos em contato e questionamos quais sintomas você teve durante sua infecção pela Covid-19 que ocorreu entre dez/2020 e mar/2021 e quais sintomas você ainda apresentava. Destes sintomas, hoje, você ainda sente”. Cada sintomas foi questionado individualmente, com opção de resposta dicotômica (sim/não).

Por sua vez, considerando que a covid longa será definida pela persistência de pelo menos um sintoma residual, esta também será operacionalizada de maneira dicotômica (não/sim).

6.6.3 Variáveis de controle

As variáveis de ajuste consideradas no estudo incluíram gênero (feminino/masculino), faixa etária (18-59 anos/60 anos ou mais), estado civil (casado, convivendo com companheiro/solteiro, separado, divorciado, viúvo), nível de escolaridade (nunca estudou/ensino fundamental/ensino médio/ensino superior), presença de condições médicas (hipertensão/ diabetes/problemas cardíacos - insuficiência cardíaca, cardiomegalia, entre outros/problemas psiquiátricos - ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou transtorno obsessivo-compulsivo/problemas respiratórios - asma, bronquite, enfisema ou doença pulmonar obstrutiva crônica/osteoporose - artrite, artrose ou reumatismo/histórico de internação em UTI ou Enfermaria (não/sim), tabagismo (sim/não), uso de bebidas alcoólicas (sim/não), prática de atividades físicas (<150 min/semana/> ou igual).

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com a resolução 510/2016, este protocolo de pesquisa foi submetido ao CEPAS da FURG através do parecer n. 4.375.6, CAAE:39081120.0.0000.5324 e ao Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC - da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande, sendo aprovado pelo parecer 029/2020, respectivamente (Anexo A, Anexo B). Para as entrevistas telefônicas, todos os participantes concordaram verbalmente com a participação, e este consentimento foi gravado. Para as entrevistas presenciais todos os

participantes assinaram o TCLE antes do instrumento ser aplicado.

6.8 ANÁLISE DE DADOS

Os dados serão analisados por meio do pacote estatístico Stata® 15.0. Primeiramente, serão descritas a frequência absoluta e relativa por meio da análise univariada. A análise bivariada será utilizada para o cálculo da prevalência do desfecho e das variáveis independentes, através do teste Qui-quadrado de Pearson com apresentação das prevalências e respectivos intervalos de confiança (IC95%) e valor p. Para as variáveis numéricas, será apresentada a média e o desvio-padrão. Será realizada a Regressão de Poisson com ajuste robusto para variância, para analisar a relação entre o desfecho e as variáveis de exposição. Para realização das análises de desigualdade será utilizado o índice Slope Index of Inequality (SII). O SII quantifica a desigualdade absoluta entre os grupos mais ricos e mais pobres em termos de uso de serviços de saúde. Ele é calculado como a diferença na prevalência do uso de serviços de saúde entre o grupo socioeconômico mais favorecido e o mais desfavorecido. Todas as associações com IC95% sem sobreposição entre as categorias serão consideradas estatisticamente significativas.

7 CRONOGRAMA

Quadro 4- Cronograma das atividades.

ATIVIDADES	2023		2024							2025			
	Out	Nov	Abr	Mai	Jun	Ago	Set	Out	Nov	Abr	Mai	Jul	Ago
Elaboração do Projeto	■	■											
Revisão da Literatura		■											
Ajustes do Projeto			■	■	■								
Qualificação						■							
Análise dos Dados							■	■	■				
Redação do Artigo								■	■	■	■	■	
Redação da Dissertação								■	■	■	■	■	
Defesa													■

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

8 ORÇAMENTO

O presente estudo faz parte do grande projeto “Monitoramento de indicadores de saúde em adultos e idosos após infecção pela covid-19 residentes em Rio Grande, RS” que recebeu financiamento da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) através do edital 08/2020 – Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.

Tabela 1- Orçamento

Descrição	Valor (R\$)
300 Folhas de ofício	22,00
5 Canetas	10,00
3 Lápis	4,50
Gasolina (45 litros)	265,95
Internet*	45,00
Outras despesas (margem de segurança)	450,00
Software Stata 15.0	750,00
TOTAL**	1547,45

* Taxa de uso de telefonia móvel

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

REFERÊNCIAS

ALVES, M. T. G. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de covid-19. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 1-5, jan./dez. 2020. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2496>. Acesso em 20 junho. 2024.

AQUINO, Estela M. L.; SILVEIRA, Ismael H.; PESCARINI, Julia M. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 25, Supl. 1, p. 2423-46, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 junho. 2024.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvhHQzMQQHjqFt3D534x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 junho. 2024

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2865-75, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QLYL8v4VLzqP6s5fpR8mLgP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 20 junho. 2024.

BAIG, Abdul M. Chronic covid-19 syndrome: Need for an appropriate medical terminology for long-covid-19 and covid-19 long-haulers. **Journal of Medical Virology**. New York, v. 93, n. 5, p. 2555-56, may 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33095459>. Acesso em 20 junho. 2024.

BATISTA, Karina B. C.; FERNANDEZ, Michelle V.; BARBERIA, Lorena G. et al. Panorama da covid longa no Brasil: análise preliminar de um inquérito para pensar políticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 1-7, 2024. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8580/19295>. Acesso em 13 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel coronavírus**. Brasília: Ministério da /saúde, 2024. Disponível em: <https://covid-19.saude.gov.br>. Acesso em 13 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 45. ed. Brasília: Saraiva, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para avaliação e manejo de condições pós- covid-19 na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid-](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid-19.pdf)

[19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_manejo_condicoes_covid-19.pdf). Acesso em 25 junho. 2024

_____. **Painel coronavírus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://covid-19.saude.gov.br>. Acesso em 13 jun. 2024.

_____. **Nota Técnica N° 11/2022** - CGCTAB/DEPROS/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2022a. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20220223_I_NotaTecnica11-Poscovid-19-SEIMS0025421775_5849594599373249080.pdf. Acesso em 25 junho. 2024.

BUENO, F. T. C.; SOUTO, E. P.; MATTA, G. C. Notas sobre a trajetória da covid-19 no Brasil. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P. et al. (Eds.). **Os impactos sociais da covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório covid-19/FIOCRUZ, 2021, p. 27-39.

CAMPOS, M. R.; SCHRAMM, J. M. A.; EMERICK, I. C. M. et al. Carga de doença da covid-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.36. n. 11, e00148920, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/bHbdPzJBQxfwkwKWYnhccNH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 25 junho. 2024.

CAVALARO, J. C.; GALLO, A. M.; DERHUN, F. M et al. Necessidades de saúde dos idosos frente à covid longa e o acesso aos serviços de saúde. **Texto Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 32, e202300882023, p. 1-15, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/3QjL4ssd5j3Gy4mqkhh5z8M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 nov. 2023.

CONILL, E. M. Sistemas universais para América Latina. Jovens e antigas inovações em serviços de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Florianópolis, v. 31, n. 4, p. 1-13, out./dez. 2018 Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8779/pdf>. Acesso em 25 junho. 2024.

COSTA, E. A.; ARAÚJO, P. S.; PENAFORTE, T. R. et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 51, supl 2, p. 1-11, 2017. Disponível em: www.scielo.br/j/rsp/a/nxjSDGDZRjqnsChScmsz57v/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 25 junho. 2024

COSTA, J. S.; SILVA, J. C. F.; BRANDÃO, E. S. c. et al. covid-19 no sistema prisional brasileiro: da indiferença como política à política de morte. **Psicologia & Sociedade**. Porto Alegre, v. 32, supl. e020013, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf>. Acesso em 28 junho. 2024

DANTAS, M. N. P.; SOUZA, A. M. G.; SOUZA, D. L. B. et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 24, supl. e:210004, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Z4sYgLBvFbJqhXGgQ7Cdkbc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 28 junho. 2024.

DEMENECH, L. M. et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200095, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>. Acesso em: 26 Julh. 2025.

Davis, H.E., McCorkell, L., Vogel, J.M. *et al.* Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations. *Nat Rev Microbiol* **21**, 133–146 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41579-022-00846-2>

FALVEY, J. R.; FERRANTE, L. E. Flattening the disability curve: rehabilitation and recovery after covid-19 infection. *Heart & Lung*. Oslo, v. 49, n. 5, p. 440–41, sep./oct. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7211743.pdf>. Acesso em 28 junho. 2024.

GARG, M.; MARALAKUNTE, M.; GARG, S. *et al.* The conundrum of Long-covid-19: a narrative review. *International Journal of General Medicine*. New Deli, v. 14, n. 14, p. 2491–2506, jun. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8214209/pdf/ijgm-14-2491.pdf>. Acesso em 28 junho. 2024

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados. Brasília: IBGE, 2022. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/rio-grande.html>. Acesso em 28 junho. 2024.

KATZ, N.; ROMAN, R.; RADOS, D. V. *et al.* Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1389-99, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YNYc4k7g438VF7YqXcr8vyn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 junho. 2024.

HERIQUEZ, M. L. Y.; ANDRADE, J. M. M.; BOMTEMPO, P. W. B.; CORREIA, S. F.; CARVALHO, A. V. P.; LISBOA, M. C. M.; PEREIRA, E. M.; COSTA, J. L. A experiência do adoecer por pessoas infectadas pela Covid-19. *REVISA, [S. l.]*, v. 13, n. 3, p. 741–751, 2024. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/285>. Acesso em: 30 jul. 2025.

LEMOS, J.; CONSERVA, M. Acesso a saúde, desigualdade regional e a pandemia de covid-19. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL. 9., Vitória, jun. 2023 *Anais*. v. 1, n. 1, p. 1-3, jun. 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/einps/article/view/41558>. Acesso em 30 junho. 2024.

LOIGNON, C. *et al.* Perceived barriers to healthcare for persons living in poverty in Quebec, Canada: The EQUIhealthY project. *International Journal for Equity in Health*. Bethesda, v. 14, n. 1, p. 14-19, jan. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25596816.pdf>. Acesso em 30 junho. 2024

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-88, mar./abr. 2020. Disponível em: www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n4/1181-1188/pt. Acesso em 30 junho. 2024.

MILL, José Geraldo; POLESE, Jéssica. Síndrome pós-covid-19 ou covid longa: um novo desafio para o Sistema de Saúde. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Rio de Janeiro, v. 120, n. 11, e20230750, p. 1-2, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/wVrM7TyMhLTgskrTGv49CsB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 30 junho. 2024.

MONTEIRO, S.; RENTE, D.; CUNHA, M. V. et al. Discrimination and surveillance of infectious severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2 in wastewater using cell culture and RT-qPCR. **Science of the Total Environment**. Riverside, v. 815, p. 1-8, apr. 2022. Disponível em:

<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/53612/1/Monteiro%20et%20al%202022.pdf>. Acesso em 30 junho. 2024.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-20, 2020. Disponível em:

www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 30 junho. 2024

MOTA, Eduardo; TEIXEIRA, Maria Glória. Vigilância epidemiológica e a pandemia da covid-19 no Brasil: elementos para entender a resposta brasileira e a explosão de casos e mortes. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 4, p. 130-45, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.pt/j/sdeb/a/pwjbk?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 12 maio 2024.

MUNIZ, B.; SCOFIELD, L.; OLIVEIRA, R. A falta de tratamento no SUS para quem tem covid longa e sequelas. **Nexo Jornal**. Niterói, 10 mar. 2023. Seção Externo. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/externo/2023/03/10/A-falta-de-tratamento-no-SUS>. Acesso em 30 junho. 2024.

NALBANDIAN, A.; SEHGAL, K.; GUPTA, A. et al. Post-acute covid-19 syndrome. **Nature Medicina**. Houston, v. 27, p. 601–615, apr. 2021. Disponível em: www.nature.com/articles/s41591-021-0183z.pdf. Acesso em 30 junho. 2024.

NASCIMENTO DOS SANTOS, J. H.; ALENCAR, C. H.; HEUKELBACH, J. *SARS-CoV-2 Pandemic in a Small-Sized Municipality in Ceará State, Brazil: Temporal and Spatial Evolution*. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, v. 9, n. 5, p. 97, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2414-6366/9/5/97>. Acesso em 15 Julh. 2025.

NHS - National Health Service. **Long covid-19: the NHSplan for 2021-22**. Genebra, NHS, 2021. Disponível em: <https://www.nhs.uk/conditions/covid-19/long-term-effects-of-covid-19-long-covid-19>. Acesso em 13 jul. 2024.

NASCIMENTO, L. C.; VIEGAS, S. M. F.; MENEZES, C. et al. O SUS na vida dos brasileiros: assistência, acessibilidade e equidade no cotidiano de usuários da Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1- 17, nov. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/physis/2020.v30n3/e300330/pt>. Acesso em 05 jul. 2024.

OLIVEIRA, L. S.; ALMEIDA, L. G. N.; OLIVEIRA, M. A. S. et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, 3047-56, nov. 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bQzMpnPMsBqp6K36QGzyTgS/pt>. Acesso em 05 jul. 2024.

PALMEIRA, N. C.; MORO, J. P. GETULINO, F. A. et al. Análise do acesso a serviços de saúde no Brasil segundo perfil sociodemográfico: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 31, n. 3, e2022966, p. 1-15, 2022. Disponível

em: scielo.br/j/ress/a/jhSpt69k9S4WNspF7Pj5pbP/?format=pdf&lang=pt. Acesso em 05 jul. 2024.

RAMOS JR., Alberto N. Desafios da covid longa no Brasil: uma agenda inacabada para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, e00008724, p. 1-6, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2024.v40n2/e00008724/pt>. Acesso em 05 jul. 2024

RANDO, Halie M.; BENNETT, Tellen D.; BYRD, James B. et al. Challenges in defining Long covid-19: Striking differences across literature, Electronic Health Records, and patient-reported information. **MedRxiv**, v. 03, n. 20, p. 1-33, mar. 2021. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.20.21253896v1>. Acesso em 05 jul. 2024

RAVEENDRAN, Arkiath V. JAYADEVAN, Rajeev; SASHIDHARAN, Sashi. Long covid-19: An overview. **Diabetes & Metabolic Syndrome**, v. 15, p. 866-75, jan. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8056514/pdf/main.pdf>. Acesso em 05 jul. 2024.

SAES, Mirelle; VIEIRA, Y. P.; ROCHA, J. Q. S.; SILVA, C. N.; SOARES JUNIOR, Abelardo de Oliveira; NEVES, Rosália Garcia; GONCALVES, C. S.; DURO, S. M. S. Long covid-19 and associated factors in individuals from southern Brazil: a population-based study Sulcovid-19-191. **Hygeia. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 20, p. 1-14, 2024

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Washington, v. 41, n. 3, p. 260-68, 2022. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2022.v41n3/260-268/pt>. Acesso em 07 jul. 2024.

SANTOS, Amanda C. N.; ARAÚJO, Maiara R. R.; PONTES, Ana Rosa B. et al. Socio-epidemiologia de casos e óbitos por covid-19-2019, em hospitais, no período de 2020- 2022, na região norte do Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**. Curitiba, v. 6, n. 3, p. 11438-66, mai./jun. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60357/43619>. Acesso em 13 jun. 2024.

SANTOS, Jonata L.; TOMES, Caroline R.; MENDES, Elisama O. et al. O papel da saliva na pandemia por covid-19: alternativa diagnóstica para um problema de saúde pública global. **Revista Fluminense de Odontologia**. Niterói, v. 3, n. 59, p. 22-36, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/ijosd/article/view/5156>. /acesso em 31 maio 2024.

SANTOS FILHO, Airton; LIMA, Alessandra covid longa e pós-covid-19. **Boletim informativo**. Goiania, Subsecretaria de Saúde, Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS, jul. 2021. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1284115/covid-19-covid-19-longa-e-pos-covid-19.pdf>. Acesso em 07 jul. 2024

SEGATA, Jean; LÔWY, Ilana. covid longa, a pandemia que não terminou. **Horizonte Antropológico**. Porto Alegre, a. 30, n. 70, e700601, p. 1-71, set./dez. 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/nvbMkWCWBZ9sh5QHWcpjJjc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 jul. 2024

SESP – Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. **Plano Estadual de Saúde 2020 a 2023**. Teresina: SESP, 2020. Disponível em: <https://www.saude.pi.gov.br/2023.pdf>. Acesso em 07

jul. 2024.

SILVA, Breno R. G.; CORRÊA, Ana Paula V.; SILVA, Sílvia Carla et al. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 56, n. 94, p. 1-15, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4kVw4hwwN97j7CczQ5mHCrF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 11 jan. 2024.

SILVA, V. P. O. **Sobreviventes da covid-19 pós-alta hospitalar: necessidades e acesso à reabilitação**. João Pessoa, UFPA, 2023. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde). Centro de Ciências Exatas e da Natureza, Universidade Federal da Paraíba, 2023. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/26862/1/VitóriaPollianyDeOliveiraSilva_Dissert.pdf. Acesso em 07 jul. 2024.

SOUZA, Alex Sandro R.; AMORIM, Melania Maria R.; MELO, Adriana Suely O. et al. Aspectos gerais da pandemia de covid-19. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 21, supl. 1, S47-S64, fev. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/8phGbzmbSsynCQRWjpXJL9m/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 jul. 2024.

VENTURA, Maria W. S.; LIMA, Francisca Elisangela T.; BRITO, Paula S. et al. Determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde em pacientes com covid-19: estudo seccional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 58, e20230324, p. 1-8, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/xBqq8F8q6srXXrqs47FDRRx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 07 jul. 2024

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 351-70, fev. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/N5ff8vjSGdM36HJC34tggNt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 10 jul. 2024.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; DA LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde & Sociedade**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J9LSP5w9SXvH5K8W6YFTLfC/?format=pdf=pt>. Acesso em 11 jan. 2023.

VIEIRA, Y. P.; ROCHA, J. Q. S.; DUTRA, R. P. et al. Socioeconomic inequities in specialized health services use following covid-19 in individuals from Southern Brazil. **Health Services Research**. Lyon, v. 23, n. 542, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-09476-7>. Acesso em 12 dez. 2023.

WHO - World Health Organization. **Coronavirus disease (covid-19)**. Genebra; WHO, 2020. Published 2020. Disponível em: <https://covid-1919.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>. Acesso em 20 abr. 2024.

ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO ORIGINAL

Primeiramente houve modificação do título do projeto devido a mudança nos objetivos propostos. O artigo foi revisado de acordo com as principais sugestões da banca, resultando em mudanças pertinentes ao seu desenvolvimento, principalmente na busca por maior precisão. Uma das principais alterações foi a reformulação dos objetivos, que antes se concentravam especialmente na Covid longa. Essa mudança foi necessária para alinhar o escopo da pesquisa às evidências emergentes sobre as consequências da infecção aguda por Covid-19, abrangendo não apenas a Covid longa, mas refletindo a totalidade dos desfechos observados.

Além das alterações nos objetivos, o texto do artigo foi ajustado para eliminar todas as ocorrências do termo Covid longa, que poderia causar confusão e desviar a atenção dos principais achados do estudo. O foco foi, então, direcionado a todas as pessoas infectadas com Covid-19, analisando a desigualdade de renda e escolaridade no acesso aos serviços especializados, permitindo uma discussão detalhada sobre as barreiras enfrentadas por esses grupos socioeconômicos. Tal mudança contribui para um maior entendimento das implicações da Covid-19 na saúde pública.

Buscando atender às recomendações da banca, as alterações serviram para fortalecer a argumentação do artigo, proporcionando uma visão mais incisiva sobre as desigualdades no acesso à saúde durante o período estipulado para o público em questão. Com esses ajustes, o trabalho se torna mais relevante e alinhado com as necessidades atuais da pesquisa em saúde pública, refletindo um compromisso com a qualidade e a rigorosidade acadêmica.

NORMAS DA REVISTA A QUAL SERÁ SUBMETIDO O ARTIGO

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA – CSP

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/*Reports in Public Health* (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

Todos os artigos submetidos a CSP são criteriosamente avaliados pelo Conselho Editorial, composto pelas Editoras-Chefes e pelos Editores Associados, respeitando a diversidade de abordagens, objetos e métodos de distintas perspectivas disciplinares que caracterizam o campo. O sistema de avaliação de artigos praticado por CSP é composto por duas etapas. Na primeira, os artigos são avaliados de acordo com sua pertinência ao escopo de CSP, originalidade, rigor metodológico e relevância do tema. Essa primeira avaliação é realizada pelo Conselho Editorial. Como resultado, os artigos podem ser recusados nessa etapa ou seguir em seu processo avaliativo.

Na segunda etapa, os artigos são encaminhados para avaliação por pares (sistema duplo-cego). Preferencialmente, os artigos são avaliados por três revisores, especialistas em suas áreas de atuação. A segunda etapa pode ter diversas rodadas de reformulação do artigo. Como resultado final, os artigos podem ser recomendados, pelo(a) Editor(a) Associado(a), para publicação ou recusa. A decisão final cabe às Editoras-Chefes. Os autores podem recorrer de qualquer decisão e, caso o recurso seja aceito, nova avaliação do artigo é realizada.

Para informações adicionais sobre os critérios de avaliação editorial dos artigos estão disponíveis os seguintes Editoriais: 29(1), 29(9), 29(11), 30(5), 31(7), 32(3).

A revista online é de acesso aberto e gratuito.

Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

CSP utiliza, via SciELO, o sistema CLOCKSS de arquivamento e preservação de acervos digitais.

CSP adota sistema informatizado para a identificação de plágio.

CSP é filiado ao COPE (*Committee on Publication Ethics*) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre

integridade em pesquisa podem ser lidas no Editorial 34(1).

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação CSP, o direito de primeira publicação.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2 Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6 Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10 Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o Editorial 37(10).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: Editorial 29(11), Editorial 32(1) e Editorial 32(3).

2 Normas para envio de artigos

2.1 CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.12.

2.6 Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição

para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7 Serão aceitos artigos depositados em servidor de *preprint*, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de *preprint* de artigo já aprovado.

3 Publicação de ensaios clínicos

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)*
- ClinicalTrials.gov*
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)*
- Netherlands Trial Register (NTR)*
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)*
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)*

4. Fontes de financiamento

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados;
2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual;
3. Aprovação final da versão a ser publicada.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença *Creative Commons* do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5 Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem

em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 CSP é filiado ao COPE (*Committee on Publication Ethics*) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações

adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS).

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha?”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC ou DOCX (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (*Open Document Text*) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.13 Equações e Fórmulas. As equações e fórmulas matemáticas devem ser desenvolvidas diretamente nos editores (*Math*, *Equation*, *Mathtype* ou outros que sejam equivalentes). Não serão aceitas equações e fórmulas em forma de imagem.

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em “Transferir”.

12.15 Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.17 Quadros. Destinam-se a apresentar as informações de conteúdo qualitativo, textual do artigo, dispostas em linhas e/ou colunas. Devem ser submetidos em arquivo texto:

DOC ou DOCX (*Microsoft Word*), RTF (*Rich Text Format*) ou ODT (*Open Document Text*). Os Quadros devem ser numerados (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e citadas no corpo do mesmo. Cada dado do Quadro deve ser inserido em uma célula separadamente, ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula. Os Quadros podem ter até 17cm de largura, com fonte Times New Roman tamanho 9.

12.18 Tabelas. Destinam-se a apresentar as informações quantitativas do artigo. As Tabelas podem ter até 17cm de largura, com fonte Times New Roman tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC ou DOCX (*Microsoft Word*), RTF (*Rich Text Format*) ou ODT (*Open Document Text*). As Tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto e citadas no corpo do mesmo. Cada dado da Tabela deve ser inserido em uma célula separadamente e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula.

12.19 Figuras. Os seguintes tipos de Figuras serão aceitos por CSP: mapas, gráficos, imagens de satélite, fotografias, organogramas e fluxogramas.

12.19.1 As Figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

□ Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (*Windows MetaFile*), EPS (*Encapsuled PostScript*) ou SVG (*Scalable Vectorial Graphics*).

□ Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (*Microsoft Excel*), ODS (*Open Document Spreadsheet*), WMF (*Windows MetaFile*), EPS (*Encapsuled PostScript*) ou SVG (*Scalable Vectorial Graphics*). Os gráficos de linhas, dispersão (XY), histograma (Pareto), radar e outros similares, que contenham elementos gráficos (círculo, quadrado, triângulo, losango etc), devem optar por apenas um elemento gráfico, diferenciado somente por cores.

Os gráficos de linhas, de dispersão (XY), de histograma (Pareto), de radar e outros similares; que contenham elementos gráficos (círculo, quadrado, triângulo, losango etc); devem optar por apenas um elemento gráfico, diferenciado somente por cores.

□ As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (*Tagged Image File Format*) ou BMP (*Bitmap*). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

□ Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em

formato vetorial, e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC ou DOCX (*Microsoft Word*), RTF (*Rich Text Format*), ODT (*Open Document Text*), WMF (*Windows MetaFile*), EPS (*Encapsuled PostScript*) ou SVG (*Scalable Vectorial Graphics*).

Observações:

O desenho vetorial é originado com base em descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

Mapas e gráficos gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

O tamanho máximo para quadros e tabelas deve permitir o enquadramento em página de tamanho A4, com margens laterais direita e esquerda de 2cm, com fonte de tamanho 9 ou maior.

As Figuras devem permitir o enquadramento em página de tamanho A4, com margens laterais direita e esquerda de 2cm.

O arquivo de cada Figura deve ter o tamanho máximo de 10Mb para ser submetido.

12.20 CSP permite a publicação de até cinco ilustrações (figuras e/ou quadros e/ou tabelas) por artigo. Ultrapassando esse limite os autores deverão arcar com os custos extras. Figuras compostas são contabilizadas separadamente; cada ilustração é considerada uma Figura.

12.21 Material Suplementar: CSP aceita a submissão de material suplementar – textos, figuras, imagens e vídeos – como complemento às informações apresentadas no texto, que será avaliado em conjunto com todo o material submetido. Para a publicação, todo o conteúdo do material suplementar é de responsabilidade dos autores. Não será formatado e nem feita revisão de idioma e/ou tradução.

12.22 Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.23 Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link “Submeter nova versão”.

15. Prova de prelo

15.1 A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site.

15.2 Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba “Documentos”. Seguindo o passo a passo:

15.2.1 Na aba “Documentos”, baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba “Autores”, pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 As correções deverão ser listadas na aba “Conversas”, indicando o número da

linha e a correção a ser feita.

15.3 As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema no prazo de 72 horas.

ARTIGO

DESIGUALDADES DE RENDA E ESCOLARIDADE NO USO DE SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS DOIS ANOS APÓS A INFECÇÃO AGUDA POR COVID-19: EVIDÊNCIAS DO ESTUDO LONGITUDINAL SULCOVID

RESUMO

Objetivo: Analisar as desigualdades de renda e escolaridade no uso de serviços especializados por indivíduos diagnosticados com Covid-19 no sul do Brasil. **Método:** Estudo longitudinal prospectivo realizado entre junho e outubro de 2021, com 2.919 participantes, utilizando Regressão de Poisson para análise. Para avaliar desigualdades relacionadas à renda e escolaridade, foram usados o Slope Index of Inequality (SII) e o Relative Index of Inequality (RII). A renda foi transformada em variável contínua e a escolaridade em escores para modelos logísticos que analisaram o uso de serviços médicos especializados. **Resultados:** Os serviços mais utilizados foram cardiologia, psiquiatria, pneumologia e neurologia. Indivíduos com renda igual ou superior a R\$ 4.000 tiveram maior uso geral de serviços especializados, especialmente pneumologia e cardiologia, em comparação com aqueles com renda inferior a R\$ 1.000. Também houve maior uso entre os que recebem entre R\$ 2.001 e R\$ 4.000. Em relação à escolaridade, os com 12 anos ou mais de estudo utilizaram mais serviços especializados, principalmente cardiologia. As medidas de desigualdade indicaram maior uso de cardiologia entre os mais ricos e maior uso de psiquiatria entre os de menor renda, sem desigualdades estatisticamente significativas quanto à escolaridade. **Conclusão:** Foram identificadas desigualdades no uso de serviços especializados por indivíduos com Covid-19, com maior acesso entre os de maior renda e menor utilização entre os mais escolarizados, demonstrando complexidade das desigualdades e a importância da renda e escolaridade para os serviços especializados.

Palavras-chave: Covid-19, renda, escolaridade, desigualdades, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze income and education inequalities in the use of specialized health services by individuals diagnosed with Covid-19 in southern Brazil. **Method:** A longitudinal study conducted between June and October 2021 with 2,919 participants, using Poisson regression for analysis. To assess inequalities related to income and education, the Slope Index of Inequality (SII) and the Relative Index of Inequality (RII) were used. Income was transformed into a continuous variable, and education into scores for logistic models analyzing the use of specialized medical services. **Results:** The most utilized services were cardiology, psychiatry, pulmonology, and neurology. Individuals with an income equal to or greater than R\$ 4,000 showed higher overall use of specialized services, especially pulmonology and cardiology, compared to those with income below R\$ 1,000. Higher usage was also observed among those earning between R\$ 2,001 and R\$ 4,000. Regarding education, those with 12 years or more of schooling used specialized services more frequently, particularly cardiology. Inequality measures indicated greater use of cardiology among higher-income individuals and greater use of psychiatry among lower-income groups, with no statistically significant inequalities related to education. **Conclusion:** Inequalities were identified in the use of specialized services by individuals with Covid-19, with greater access among those with higher income and lower use among the more educated, highlighting the complexity of inequalities

and the importance of income and education for access to these services.

Keywords: Covid-19, income, education, inequalities, Brazil.

INTRODUÇÃO

O uso de serviços médicos especializados no Brasil é um contínuo gargalo do sistema de saúde nacional. Observa-se um desequilíbrio entre a possibilidade de uma oferta adequada de serviços de saúde e o crescente aumento da população, comprometendo, desse modo, o acesso equitativo aos serviços médicos especializados e, por sua vez, fragilizando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (Silva *et al.*, 2020). Isso favorece a intensificação da judicialização da saúde, revelando falhas estruturais na acessibilidade aos serviços especializados (Chávez, 2020).

A falta de acesso a cuidados médicos especializados é evidenciada não apenas pelo prolongado tempo de espera por consulta ou em hospitais, mas também pelo agravamento das doenças (Chiaravallotti Neto *et al.*, 2023). Dados de pesquisa indicam que, em 2023, a espera média por uma consulta médica no SUS alcançou recordes históricos: cerca de 57 dias, superando o pico da pandemia em 2020, que era de 50 dias. Aproximadamente 5,7 milhões de pessoas aguardavam por consultas no início de 2025, enquanto mais de 600 mil aguardavam por cirurgias, segundo o Sistema Nacional de Regulação (SISREG) (Swarcwald *et al.*, 2024; De Andrade Guerra, 2023).

De acordo com Ribeiro *et al.* (2021), escolaridade e a renda, enquanto marcadores de desigualdade, impactam diretamente o uso do sistema médico especializado no Brasil, uma vez que a disparidade no acesso aos serviços de saúde é acentuada pela falta de profissionais especializados, sobrecarregando assim o SUS, que, diante do aumento populacional, enfrenta problemas significativos na oferta de atendimento à população. Compreende-se que aqueles com maior escolaridade e renda possuem mais recursos e informações para utilizar o sistema de saúde. Por sua vez, os menos favorecidos enfrentam longas esperas e diversas dificuldades no acesso à saúde, agravando suas condições (Ribeiro *et al.*, 2021).

A pandemia de Covid-19 exacerbou a necessidade de uso de serviços médicos especializados no Brasil, uma vez que muitos sobreviventes enfrentam sequelas que demandam atenção médica prolongada e especializada (Vieira *et al.*, 2023). Esse cenário já crítico se agravou, aumentando a pressão sobre um sistema de saúde que já lutava contra a escassez de profissionais e a sobrecarga de demanda. Com um tempo médio de espera para consultas atingindo recordes históricos, aqueles com menor escolaridade e renda tornam-se os mais

afetados, pois frequentemente carecem de informações e recursos para buscar alternativas de atendimento. Enquanto indivíduos de maior poder aquisitivo podem acessar serviços privados ou obter informações que facilitam o tratamento, os mais vulneráveis se veem em um ciclo de iniquidade, aguardando longos períodos e enfrentando o agravamento de suas condições de saúde. Assim, a combinação dos efeitos da Covid-19 com as desigualdades sociais reforça a urgência de uma reestruturação no SUS, visando garantir um acesso mais equitativo e eficaz aos serviços médicos especializados (Swarcwald *et al.*, 2024; Nascimento *et al.*, 2024).

Embora a literatura informe de uma forma mais ampla acerca da escolaridade e renda no contexto do sistema de saúde brasileiro, ainda existem lacunas significativas quando se busca analisar de forma específica os serviços médicos especializados. Estudos como os de Ribeiro *et al.* (2021) e Silva *et al.* (2020) discutem questões de escolaridade e renda dentro do sistema de saúde, mas deixam de analisar de forma detalhada os serviços especializados, embora tragam considerações pertinentes ao estudo no que compete aos marcadores de desigualdade no sistema de saúde. A escassez de profissionais e o longo tempo de espera, além da judicialização da saúde, se configuram como elementos cruciais para esses problemas, necessitando de investigações mais detalhadas sobre esses fatores e como os mesmos afetam os diferentes grupos socioeconômicos na busca por serviços especializados, que possam vir a subsidiar as poucas que já existem sobre o assunto.

Desse modo, o objetivo deste estudo é analisar as desigualdades de renda e escolaridade no uso de serviços especializados por indivíduos diagnosticados com Covid-19 no sul do Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo longitudinal com dados da pesquisa SulCovid-19 que realizou o monitoramento de indicadores de saúde em indivíduos residentes na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul/ Brasil, infectados pela Covid-19 no período de 6 e 24 meses após a infecção aguda. A coleta das informações no estudo de linha de base (ELB) ocorreu entre os meses de junho e outubro de 2021 e no estudo de acompanhamento a coleta ocorreu entre os meses de outubro de 2022 a maio de 2023. Maiores informações sobre a metodologia da primeira etapa do estudo podem ser acessadas no artigo metodológico. (SAES *et al.*, 2024)

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 39081120.0.0000.5324).

Participaram do ELB indivíduos com 18 anos ou mais, diagnosticados com SARS-CoV-2 por meio do exame RT-PCR entre dezembro de 2020 e março de 2021, sintomáticos na fase aguda da infecção e residentes no município. Foram excluídos indivíduos que residiam em outras cidades, indivíduos do sistema prisional e com limitações cognitivas.

Para identificação da população alvo do estudo, contatou-se o serviço de vigilância epidemiológica do município, o qual forneceu uma lista dos indivíduos com RT-PCR positivo para Covid-19 e seus respectivos dados (nome, endereço, telefone e presença de sintomas), totalizando 4.014 indivíduos. Foram excluídos desta listagem aqueles com dados incompletos, permanecendo 3.822 elegíveis para o ELB.

A coleta de dados foi iniciada através de ligações telefônicas. Considerando perdas e recusas, foram investigadas 2.919 pessoas no ELB. Para o acompanhamento, foi realizado contato telefônico ou domiciliar com todos os indivíduos participantes do ELB, realizando a mesma logística do ELB. Foram considerados perdas, tanto no ELB quanto no acompanhamento, indivíduos que não foram encontrados após cinco tentativas de contato telefônico, uma via *WhatsApp* e três visitas domiciliares.

Assim como no ELB, no acompanhamento foram utilizados questionários eletrônicos estruturados, por meio do aplicativo REDCap. Os questionários foram aplicados por entrevistadores, que passaram por seleção, treinamento e capacitação. Foram realizadas visitas domiciliares para coleta de dados presencialmente para aqueles que tiveram medo/receio de responder o questionário por telefone e para os casos em que cinco tentativas telefônicas não tiveram sucesso.

Os desfechos uso de serviços de saúde especializados foram coletados através das seguintes perguntas: “Após sua infecção pela Covid-19, o(a) senhor(a) precisou buscar atendimento especializado com XX (pode marcar quantas opções quiser)?”. Foram questionados sobre a realização de consultas com pneumologista, cardiologista, psiquiatra e neurologista.”. Estas variáveis foram utilizadas de forma separada para cada tipo de especialista, todas elas categorizadas em (sim/não). Também foi construída uma variável que englobava quaisquer especialidades, a partir da soma de todos os especialistas, categorizada (sim/não).

As variáveis independentes foram: 1) renda coletada a partir da seguinte pergunta “*No último mês, o(a) Senhor(a) trabalhou sendo pago(a)?*” - categorizada em <1.000, 1.001 a 2.000, 2.001 a 4.000, > 4.000 em reais; escolaridade coletada a partir da seguinte pergunta “*Qual é o grau de instrução do(a) chefe da família? Considere como chefe da família, a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio*” – categorizada em: sem escolaridade,

Ensino fundamental, Ensino médio e Ensino superior.

As variáveis intervenientes para fins de controle de confusão foram: sexo (masculino, feminino); idade (18-59, 60 anos ou mais); cor da pele (branca, preta/parda/indígena); e internação hospitalar (não, sim); atividade física (Não/Sim).

As análises foram realizadas utilizando o *software Stata*® versão 15.0. (StataCorp LLC, College Station, TX, EUA). Inicialmente, conduziram-se análises descritivas para caracterizar a amostra do estudo, apresentando as frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas. Foi realizado o modelo de análise por regressão de Poisson com variância robusta bruta e ajustada com os respectivos IC95%, considerando-se significativo o valor $p < 0,005$.

Para verificar a presença de desigualdade sistemática em toda a distribuição, e não somente entre as categorias de renda e escolaridade, foram estimadas medidas complexas de desigualdade: o *Slope Index of Inequality* (SII), que expressa a desigualdade absoluta, e o *Relative Index of Inequality* (RII), que representa a desigualdade relativa. Para o cálculo do SII e do RII, foram construídas variáveis contínuas de posição relativa com base na distribuição cumulativa da renda e da escolaridade. A renda foi transformada em uma variável contínua com valores de 0,125; 0,375; 0,625; e 0,875, correspondentes às medianas acumuladas de cada estrato. Da mesma forma, a escolaridade foi transformada em uma variável contínua com escores de 0,0; 0,5; e 1,0. Essas variáveis de posição relativa foram utilizadas como preditoras em modelos logísticos, tendo como desfecho o uso de serviços médicos especializados em geral, bem como o uso específico dos serviços de pneumologia, neurologia, cardiologia e psiquiatria, entre indivíduos com sintomas persistentes de Covid-19. As análises permitiram estimar simultaneamente os coeficientes do SII e do RII, fornecendo medidas da diferença absoluta e da razão entre os extremos da distribuição socioeconômica de renda e escolaridade. As estimativas foram apresentadas com intervalos de confiança de 95%, considerando-se estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

O cálculo da interação entre escolaridade e renda familiar sobre a probabilidade de uso de serviços especializados em saúde foi realizado por meio de modelo de regressão logística múltipla, com inclusão do termo de interação entre as duas variáveis. Os efeitos dessa interação foram avaliados com base nos coeficientes do modelo e nas probabilidades marginais ajustadas estimadas para cada combinação dos níveis de escolaridade e renda. Esses valores permitiram comparar o uso previsto de serviços especializados entre diferentes estratos socioeconômicos, considerando a possível modificação do efeito de uma variável em função da outra. A figura foi construída a partir dessas probabilidades, permitindo a visualização gráfica da interação.

RESULTADOS

Um total de 1.927 indivíduos foram entrevistados 24 meses após a infecção por Covid-19, mas, para este desfecho com informações completas totalizou 1.821 indivíduos. Dentre estes, a maioria era do sexo feminino (61,6%), com idades entre 18 e 59 anos (82,4%), cor de pele branca (78,0%), com ensino médio (43,3%), renda entre 1.001 a 2.000 (39,9%) e casados (61,3%). Sobre as características de saúde, pouco mais da metade eram inativos fisicamente, 4,1% tiveram internação hospitalar e quase metade (49,8%) tiveram Covid-19. Sobre os serviços de saúde especializados, o mais procurado foi o cardiologista (21,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da amostra de adultos e idosos infectados pela Covid-19 residentes no sul do Brasil (n=1821)

Variáveis	N (%)
Sexo	
Masculino	699 (38,4)
Feminino	1.120 (61,6)
Idade	
18 a 59 anos	1.493 (82,4)
60 ou mais	320 (17,6)
Cor da pele	
Branca	1.411 (78,0)
Preta, amarela, parda, indígena	396 (22,0)
Escolaridade	
Sem escolaridade	9 (0,5)
Ensino fundamental	444 (24,8)
Ensino médio	773 (43,3)
Ensino superior	561 (31,4)
Renda	
<1.000	429 (26,1)
1.001 a 2.000	657 (39,9)
2.001 a 4.000	378 (23,0)
> 4.000	181 (11,0)
Situação conjugal	
Casados	1.109 (61,3)
Solteiro, divorciado ou viúvo	699 (38,7)
Atividade Física	
Não	1.061 (58,7)
Sim	748 (41,3)
Internação hospitalar	
Não	1.416 (95,9)
Sim	60 (4,1)
Covid longa	
Não	905 (50,2)
Sim	896 (49,8)

Uso de serviços de saúde especializados	578 (31,9)
Pneumologista	129 (7,1)
Neurologista	114 (6,3)
Cardiologista	390 (21,4)
Psiquiatra	145 (8,0)

Tabela 2 – Modelo de análise de regressão de Poisson bruta e ajustada sobre o uso de serviços especializados em saúde em indivíduos infectados pela Covid-19 de acordo com a renda e escolaridade (n=1.821)

Desfecho	Análise bruta (IC 95%)	Valor p	Análise Ajustada* (IC 95%)	Valor p
Exposição: Renda				
Uso de Serviços Especializados				
<1000	1		1	
1001-2000	1,10 (0,91;1,32)	0,321	1,15 (0,91;1,46)	0,251
2001-4000	1,11 (0,90;1,36)	0,329	1,37 (1,06;1,79)	0,018
4000 ou +	1,28 (1,01;1,62)	0,045	1,58 (1,17;2,14)	0,003
Pneumologista				
<1000	1		1	
1001-2000	0,86 (0,54;1,37)	0,515	1,38 (0,66;2,87)	0,293
2001-4000	1,21 (0,74;1,97)	0,449	2,03 (0,92;2,87)	0,081
4000 ou +	1,63 (0,95;2,81)	0,077	2,60 (1,10;6,13)	0,030
Neurologista				
<1000	1		1	
1001-2000	1,15 (0,72;1,84)	0,546	1,63 (0,86;3,09)	0,132
2001-4000	1,04 (0,61;1,78)	0,887	1,62 (0,81;3,24)	0,173
4000 ou +	0,73 (0,34;1,58)	0,420	0,64 (0,19;2,19)	0,477
Cardiologista				
<1000	1		1	
1001-2000	1,37 (1,06;1,77)	0,016	1,18 (0,85;1,63)	0,326
2001-4000	1,38 (1,04;1,83)	0,027	1,44 (1,01;2,06)	0,042
4000 ou +	1,83 (1,34;2,49)	<0,001	1,93 (1,30;2,86)	0,001
Psiquiatra				
<1000	1		1	
1001-2000	0,61 (0,42;0,90)	0,013	0,76 (0,47;1,24)	0,280
2001-4000	0,65 (0,41;1,01)	0,053	1,10 (0,64;1,90)	0,725
4000 ou +	0,68 (0,38;1,20)	0,179	1,29 (0,65;2,60)	0,467
Exposição: Escolaridade				
Uso de Serviços Especializados				
0 a 8 anos	1		1	
9 a 11 anos	0,80 (0,68;0,95)	0,009	1,11 (0,90;1,37)	0,322
12 anos ou mais	0,93 (0,78;1,10)	0,381	1,42 (1,14;1,77)	0,002
Pneumologista				
0 a 8 anos	1		1	
9 a 11 anos	0,84 (0,56;1,27)	0,418	1,30 (0,70;2,43)	0,401
12 anos ou mais	0,90 (0,58;1,38)	0,616	1,25 (0,64;2,44)	0,516
Neurologista				

0 a 8 anos	1		1	
9 a 11 anos	0,84 (0,55;1,30)	0,444	1,29 (0,73;2,28)	0,387
12 anos ou mais	0,76 (0,47;1,22)	0,255	1,15 (0,61;2,17)	0,664
Cardiologista				
0 a 8 anos	1		1	
9 a 11 anos	0,67 (0,54;0,84)	<0,001	1,09 (0,84;1,42)	0,515
12 anos ou mais	0,85 (0,68;1,05)	0,137	1,64 (1,24;2,16)	<0,001
Psiquiatra				
0 a 8 anos	1		1	
9 a 11 anos	1,37 (0,88;2,11)	0,161	1,30 (0,74;2,29)	0,361
12 anos ou mais	1,61 (1,03;2,52)	0,036	1,63 (0,91;2,91)	0,100

*Ajustado para: sexo, cor da pele, situação conjugal, internação e atividade física.

Há diferenças no uso de serviços especializados entre os grupos de renda e escolaridade. Após o ajuste por variáveis de confusão, observou-se que indivíduos com renda mensal igual ou superior a R\$4.000 apresentaram maior probabilidade de utilizar serviços especializados em geral (RP = 1,58; IC95%: 1,17–2,14; $p = 0,003$), pneumologista (RP = 2,60; IC95%: 1,10–6,13; $p = 0,030$) e cardiologista (RP = 1,93; IC95%: 1,30–2,86; $p = 0,001$), em comparação àqueles com renda inferior a R\$1.000. A análise ajustada revelou que indivíduos com renda entre R\$ 2001 e R\$ 4000 apresentaram maior chance de utilizar serviços especializados (OR = 1,37; IC 95%: 1,06–1,79; $p = 0,018$) e atendimento com cardiologista (OR = 1,44; IC 95%: 1,01–2,06; $p = 0,042$), em comparação ao grupo com renda inferior a R\$ 1000. Esses resultados indicam que a renda está associada positivamente ao acesso a cuidados especializados, refletindo desigualdades no sistema de saúde, especialmente no contexto pós-Covid-19.

Em relação à escolaridade, indivíduos com 12 anos ou mais de estudo apresentaram maior probabilidade de utilizar serviços especializados (RP = 1,42; IC95%: 1,14–1,77; $p = 0,002$) e cardiologista (RP = 1,64; IC95%: 1,24–2,16; $p < 0,001$), quando comparados aos com até 8 anos de escolaridade. Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre renda ou escolaridade e o uso de serviços de neurologia ou psiquiatria, após o ajuste (Tabela 2).

Tabela 3 – Desigualdade do uso de serviços especializados em saúde em indivíduos com infecção por COVID de acordo com a renda (n=1.821)

Desfecho	RII (IC 95%)	SII (IC 95%)
Uso de Serviços Especializados	1,12 (0,86;1,38)	0,04 (-0,04; 0,11)
Pneumologista	1,41 (0,66;2,16)	0,03 (-0,01;0,07)
Neurologista	0,85 (0,40;1,30)	-0,01 (-0,05;0,03)
Cardiologista	1,48 (1,05;1,92)	0,09 (0,02;0,15)

Psiquiatra 0,51 (0,24;0,77) -0,06 (-0,11;-0,01)

As análises mostraram desigualdades no uso de serviços especializados de saúde segundo a renda, com maior magnitude para alguns desfechos. Foi observada desigualdade absoluta e relativa estatisticamente significativa no uso de serviços de cardiologia, com maior utilização entre os indivíduos de maior renda (RII = 1,48; IC95%: 1,05–1,92; SII = 0,09; IC95%: 0,02–0,15). Por outro lado, identificou-se uma desigualdade inversa no uso de serviços psiquiátricos, com maior utilização entre os indivíduos de menor renda (RII = 0,51; IC95%: 0,24–0,77; SII = –0,06; IC95%: –0,11; –0,01).

Tabela 4 – Desigualdade do uso de serviços especializados em saúde em indivíduos com infecção de COVID de acordo com a escolaridade (n=1.821)

Desfecho	RII (IC 95%)	SII (IC 95%)
Uso de Serviços Especializados	0,91 (0,69;1,14)	-0,03 (-0,11;0,05)
Pneumologista	0,84 (0,38;1,29)	-0,01 (-0,06;0,03)
Neurologista	0,90 (0,37;1,43)	-0,01 (-0,05;0,03)
Cardiologista	0,81 (0,55;1,08)	-0,04 (-0,12;0,03)
Psiquiatra	1,60 (0,81;2,40)	0,05 (-0,003;0,09)

As análises indicaram que não houve desigualdade estatisticamente significativa no uso de serviços especializados de saúde segundo a escolaridade entre indivíduos com infecção por Covid-19 (Tabela 4).

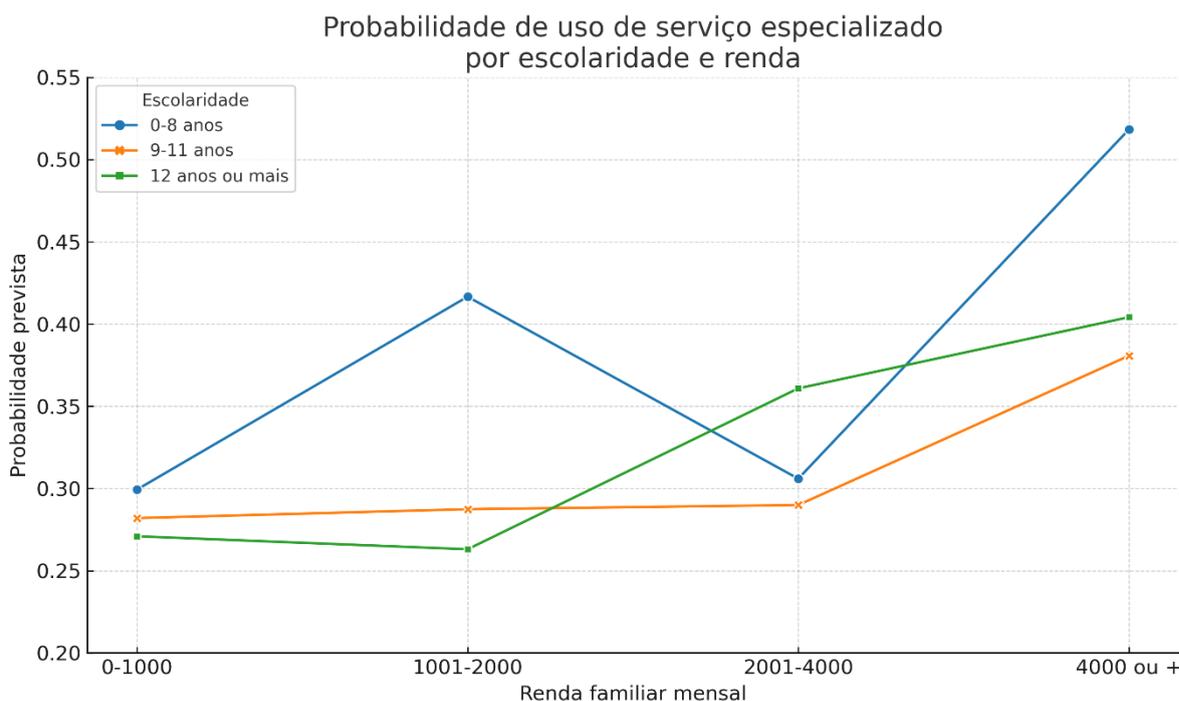


Figura 1 – Probabilidade ajustada do uso de serviços médicos especializados segundo interação

entre escolaridade e renda entre indivíduos com Covid-19 (n=1.821).

A análise da probabilidade evidenciou uma interação entre escolaridade e renda no uso de serviços médicos especializados entre indivíduos com Covid-19. Entre aqueles com baixa escolaridade (0–8 anos), observou-se um incremento expressivo na probabilidade de uso à medida que a renda aumentava, especialmente no grupo com renda \geq R\$ 4.000,00. No grupo com escolaridade intermediária (9–11 anos), verificou-se uma variação mais discreta na probabilidade conforme as faixas de renda, com tendência positiva. Já os indivíduos com maior escolaridade (\geq 12 anos) apresentaram probabilidades menos elevadas de uso desde os níveis mais baixos de renda, com crescimento gradual conforme a renda aumenta. A interação revela uma heterogeneidade no padrão de acesso, indicando que os efeitos da escolaridade e da renda sobre o uso dos serviços especializados não atuam de forma isolada, mas se combinam de forma interdependente e não linear (Figura 1).

DISCUSSÃO

Esses resultados sugerem que níveis mais elevados de renda estão associados a maiores probabilidades de uso de serviços especializados, mesmo em faixas de menor escolaridade, demonstrando uma maior dependência da renda para acessar tais serviços. Os achados deste estudo revelaram diferenças na associação entre os grupos de renda e escolaridade com uso de serviços de saúde entre indivíduos infectados pela Covid-19 na análise ajustada.

Aqueles com maior renda procuraram mais serviços especializados em geral, pneumologistas e cardiologistas, enquanto, os mais escolarizados utilizaram serviços de saúde em geral e cardiologistas. Essas associações podem refletir apenas diferença entre grupos específicos de renda e escolaridade, e não uma desigualdade sistemática em toda a distribuição, uma vez que ao realizar as análises de desigualdade relativa e absoluta, verificou-se desigualdades em prol daqueles com maior renda no que tange o uso de serviço de cardiologista, e para aqueles de menor renda no uso de psiquiatra. Ainda, observou-se que indivíduos com menor escolaridade são mais propensos a buscar atendimentos médicos especializados, e que seu uso aumenta com o incremento da renda, demonstrando o efeito da renda no uso destes serviços.

A relação entre educação e renda é um fator importante na avaliação do uso de serviços de saúde especializados. Indivíduos com maior nível de educação não apenas têm mais acesso a informações importantes, mas também costumam ter recursos financeiros que lhes

possibilitam procurar ajuda sem as restrições enfrentadas por aqueles com menor escolaridade e rendimento. Esse processo estabelece um ciclo em que a educação e a renda se suportam reciprocamente, levando a uma população que não apenas possui maior acesso a serviços de saúde, mas também está mais habilitada para utilizá-los de forma eficiente. Assim, compreender essa intersecção é essencial para criar estratégias que favoreçam um acesso mais justo e que tratem as desigualdades presentes no sistema de saúde.

Os resultados indicam que a renda é um fator fundamental para a efetivação da utilização desses serviços, onde aqueles com maior poder financeiro têm um acesso mais frequente aos cuidados especializados. A maior probabilidade de utilização de serviços especializados entre aqueles que possuem uma maior renda corrobora com estudos anteriores, como o de Batista *et al.* (2020), que destacam como as condições socioeconômicas influenciam fortemente o acesso à saúde e determinam os serviços que são utilizados.

De acordo com Demenech *et al.* (2020), há indícios preocupantes e crescentes de complicações cardiovasculares associadas à Covid-19, evidenciando a relação entre a infecção e a saúde cardiovascular. A associação, neste estudo, para as principais consultas, a saber, com pneumologistas e cardiologistas, apresentou informações sobre como as condições respiratórias e cardiovasculares frequentemente estão associadas a problemas sociais, em que se prioriza a utilização de serviços para aqueles grupos com maior renda, também refletidos nas análises de Devit (2021), que relaciona o acesso aos cuidados médicos particulares com a melhor gestão de doenças crônicas entre populações mais favorecidas.

Tais achados demonstram complexidade na procura em saúde quando relacionadas à renda, uma vez que esta é um determinante crucial para a utilização de inúmeros serviços especializados. O estudo de Henriquez *et al.* (2024) apresenta dados gerais atualizados que informam como a Covid-19 trouxe à tona a importância dos serviços especializados em saúde mental, principalmente para aqueles infectados pelo vírus, onde houve relatos de um aumento significativo de ansiedade e depressão, principalmente nos períodos de isolamento social, ou ainda, por meio de estresse pós-traumático devido aos efeitos físicos da doença, assim como o impacto emocional das restrições e incertezas.

No tocante aos serviços psiquiátricos, quando discutida a escolaridade, houve um padrão inverso, com a predominância de atendimentos entre aqueles com maior escolaridade. O que foi encontrado na pesquisa é intrigante, uma vez que sugere que aqueles com maior escolaridade podem limitar-se ao acesso a alguns serviços especializados; porém, podem buscar maiores cuidados em nível mental, refletindo uma maior conscientização sobre a importância da saúde mental e um acesso mais facilitado aos serviços de saúde. O estudo de De Sousa Loiola *et al.*

(2024), considerar que, no período pós-pandêmico, a escolaridade foi um fator dominante para a procura de médicos especializados para os atendimentos psicológicos, explicando uma maior consciência sobre a saúde mental e o bem-estar emocional da população mundial

Os achados desta investigação ressaltam, de maneira significativa, tanto as limitações quanto os aspectos robustos da pesquisa. Dentre as limitações observadas, destaca-se que os dados foram obtidos por meio de autorrelato, o que pode introduzir viés de informação, especialmente em relação ao uso de serviços de saúde e à classificação da renda e escolaridade. Além disso, apesar de se tratar de um estudo longitudinal, a análise de desigualdade foi realizada com base em medidas de uso de serviços ao longo do tempo, o que pode estar sujeito a perdas de seguimento e variabilidade na exposição, como mudanças na renda ou escolaridade ao longo do período.

Em contrapartida, os pontos positivos deste estudo residem na abrangência da amostra, composta por 1.927 participantes entrevistados, bem como na metodologia que enfatiza as inter-relações entre renda e escolaridade, o que proporciona uma compreensão mais aprofundada das desigualdades no acesso aos serviços de saúde. A aplicação de análises ajustadas confere uma maior robustez à fidedignidade dos resultados, possibilitando uma avaliação mais acurada das variáveis em discussão. O uso simultâneo dos índices de desigualdade relativa (RII) e absoluta (SII) permitiu uma compreensão mais ampla das disparidades no uso de serviços especializados, considerando tanto proporções quanto diferenças reais entre os extremos socioeconômicos.

Nota-se, com os resultados encontrados nessa pesquisa, que a escolaridade e a renda são fatores determinantes para a procura por serviços especializados em saúde. Esse resultado é multifacetado, uma vez que nuances distintas podem surgir para responder às suas principais hipóteses. A renda, por exemplo, pode ser um forte fator para a criação de barreiras financeiras que limitam o acesso aos serviços especializados, resultando em uma menor procura dos serviços especializados por aqueles com menor poder aquisitivo. Em contrapartida, aqueles que possuem um maior nível de escolaridade têm uma melhor compreensão de todos os sinais de alerta, assim como possíveis recomendações médicas, o que favorece a busca por atendimentos especializados, onde há uma maior conscientização sobre a importância de procuras distintas para tratamentos da saúde.

Ainda pode ser discutida a intersecção entre escolaridade e renda em seus padrões mais complexos, como no estudo, a preferência por especialistas em saúde mental pelos mais escolarizados, sugerindo, desse modo, que renda e escolaridade são fatores predominantes para uma priorização dos cuidados psicológicos em resposta aos desafios emocionais exacerbados

pelo período pandêmico. Assim, sugere-se uma dinâmica relacionada aos fatores socioeconômicos e educacionais como influenciadores de decisões sobre cuidados especializados em saúde.

É inegável a urgência de realizar novas investigações acerca das disparidades de renda e escolaridade no que compete ao acesso a serviços de saúde especializados para indivíduos infectados com Covid-19. Apesar dos avanços realizados até então, persiste uma lacuna considerável nas investigações que buscam examinar de maneira mais aprofundada como essas desigualdades se expressam de maneira particular no âmbito dos serviços especializados, tanto durante quanto no período posterior à pandemia. Futuras investigações deverão levar em conta variáveis suplementares, incluindo a localização geográfica e a natureza do plano de saúde, além de explorar as vivências de grupos demográficos sub-representados, com o objetivo de elucidar, de maneira abrangente, as dificuldades enfrentadas por diversas populações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa investigou a relação entre renda e escolaridade no uso de serviços especializados por indivíduos infectados pela Covid-19 no Sul do Brasil, revelando padrões significativos de desigualdade no acesso e nos cuidados de saúde. Constatou-se que pessoas com maior renda têm maior probabilidade de utilizar esses serviços, enquanto a escolaridade também influencia a procura, especialmente por cardiologistas e profissionais de saúde mental. As evidências sugerem que as desigualdades socioeconômicas alimentam um sistema de saúde que beneficia determinados grupos em detrimento de outros, agravando as disparidades no enfrentamento das sequelas da Covid-19.

Destacam-se a importância de fatores sociais, como renda e escolaridade, no acesso a serviços de saúde especializados. Indivíduos com maior escolaridade e recursos financeiros têm acesso facilitado à informação e aos seus direitos, enquanto aqueles em situações socioeconômicas mais precárias enfrentam barreiras que comprometem o acesso a esses serviços, perpetuando um ciclo de desigualdade. É essencial que políticas públicas sejam implementadas para abordar essas disparidades e garantir um acesso equitativo à saúde. Além disso, futuras pesquisas devem investigar outros fatores que influenciam o acesso a serviços de saúde, como localização geográfica e características demográficas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, A. et al. Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. **Nota técnica** 11. Rio de Janeiro: NOIS, 27 maio 2020. Disponível em: <https://sites.google.com/view/nois-pucrio>. Acesso em: 27 Julh. 2025.

CHÁVEZ, G. M.; VIEGAS, S. M. F.; ROQUINI, G. R.; SANTOS, T. R.. Acesso, acessibilidade e demanda na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. e20190331, 2020. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/rLPKRPYbWkRJfWPPBTWftGj/>. Acesso em: 18 Julh. 2025.

CHIARAVALLI NETO, F. et al. *Covid-19 hospital mortality using spatial hierarchical models: cohort design with 74,994 registers*. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, n. Supl.1, p. 2, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/d4SVzdZgBd7Vbb5MwMvsvCn/>. Acesso em: 16 Julh. 2025.

DEMENECH, L. M. et al. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, p. e200095, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200095>. Acesso em: 26 Julh. 2025.

DEVIT, T. V.; CÁ, V. I. V.; MENDES, J. M. R. A importância da defesa do SUS em tempos de pandemia: a experiência do Rio Grande do Sul. **Humanidades & Inovação**, v. 3, n. 35, p. 129-142, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/5343>. Acesso em: 25 Julh. 2025.

FLEURY, S. Contradições, resistências e insurgências: perspectivas da democracia e do SUS. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**. Rio de Janeiro, 03 out. 2019. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1053>. Acesso em: 25 Julh. 2025.

HERIQUEZ, M. L. Y.; ANDRADE, J. M. M.; BOMTEMPO, P. W. B.; CORREIA, S. F.; CARVALHO, A. V. P.; LISBOA, M. C. M.; PEREIRA, E. M.; COSTA, J. L. A experiência do adoecer por pessoas infectadas pela Covid-19. **REVISA**, [S. l.], v. 13, n. 3, p. 741–751, 2024. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/285>. Acesso em: 30 jul. 2025.

NASCIMENTO DOS SANTOS, J. H.; ALENCAR, C. H.; HEUKELBACH, J. *SARS-CoV-2 Pandemic in a Small-Sized Municipality in Ceará State, Brazil: Temporal and Spatial Evolution*. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, v. 9, n. 5, p. 97, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2414-6366/9/5/97>. Acesso em 15 Julh. 2025.

DE ANDRADE GUEDES, T.; DA SILVA, F.S. Gestão de Saúde Pública no Brasil à luz da teoria da burocracia: escassez de médicos especialistas e desigualdade regional de acesso. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 13, n. 37, p. 111-129, 2023. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/830>. Acesso em: 18 Julh. 2025.

DE SOUSA LOIOLA, L.; SANTOS OLIVEIRA, A.; PINHEIRO SOARES, R. G.; OLIVEIRA BOMFIM, B.; MENDES ARAÚJO MIRANDA, C. V.; SILVA MARIANO, L.; TOLENTINO, G.; ARINO CORRÊA, V. A.; HORTA PEREIRA PIRES, P.; ARINO CORRÊA, V. A.; MARIANO RODRIGUES, K.; CARVALHO RODRIGUES, J. Os impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental da população mundial. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 2360–2367, 2024. DOI: 10.36557/2674-8169.2024v6n11p2360-2367. Disponível em:

<https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/4331>. Acesso em: 30 jul. 2025.

SAES, Mirelle de Oliveira ; VIEIRA, Y. P.; ROCHA, J. Q. S.; SILVA, C. N.; SOARES JUNIOR, Abelardo de Oliveira; NEVES, Rosália Garcia; GONCALVES, C. S.; DURO, S. M. S. Long covid-19 and associated factors in individuals from southern Brazil: a population-based study Sulcovid-19-191. **Hygeia. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 20, p. 1-14, 2024

SILVA, F. S.; VIEIRA, M. R.; GUEDES, E. M.; FIGUEIREDO, A. C. M. G.; CRUZ, S. S. Acesso e utilização dos serviços de saúde e raça/cor/etnia entre mulheres: uma metanálise. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 2023, v. 47, n. 2, p. 264-282. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3908>. Acesso em: 28 Julh. 2025.

SILVA, A. L. O.; SANTOS, M. A.; PEREIRA, J. C. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DZnVqGqSYkbnXQ93D4tbZYN/?lang=pt>. Acesso em: 18 Julh. 2025.

VIEIRA, Y. P.; ROCHA, J. Q. S.; DUTRA, R. P.; NUNES, L. S.; DURO, S. M. S.; SAES, M. O. *Socioeconomic inequities in specialized health services use following COVID-19 in individuals from Southern Brazil*. **BMC HEALTH SERVICES RESEARCH**, v. 23, p. 542, 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37231427/>. Acesso em: 25 Julh. 2025.

ANEXOS

APÊNDICE I

Instrumento de pesquisa.

Questionário SULCOVID-19		
Código entrevista:	codigo _ _ _ _ _	
BLOCO A - DADOS GERAIS		
<p>Bom dia/tarde/noite. Me chamo XXXX. Sou pesquisador(a) do estudo SulCOVID da FURG. Gostaria de falar com o(a) Senhor(a) XXXX.</p> <p>Nossa pesquisa tem o objetivo de verificar como está a saúde das pessoas após a infecção pela COVID-19 no período de dezembro/2020 a março/2021.</p> <p>Suas respostas serão mantidas em sigilo e sua identidade será preservada. A entrevista tem duração de aprox. 20 minutos e para sua segurança, será gravada.</p> <p>Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pelos telefones/WhatsApp com a Coordenação do Projeto. Você gostaria de anotar o telefone agora ou ao final da entrevista?</p> <p>(53) 991530982 - Prof.ª Mirelle ou (53) 991530624 - Prof.ª Suele.</p> <p>Informamos que esta pesquisa está regulamentada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURG.</p> <p>Podemos começar a entrevista?</p>		
Podemos iniciar a entrevista?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	entre
	Se Não <input type="checkbox"/> Podemos entrar em contato em outro momento?	acontrato
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se Sim <input type="checkbox"/> Qual o melhor dia da semana e período para telefonarmos? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Segunda (manhã) <input type="checkbox"/> Segunda (tarde) <input type="checkbox"/> Segunda (noite) <input type="checkbox"/> Terça (manhã) <input type="checkbox"/> Terça (tarde) <input type="checkbox"/> Terça (noite) <input type="checkbox"/> Quarta (manhã) <input type="checkbox"/> Quarta (tarde) <input type="checkbox"/> Quarta (noite) <input type="checkbox"/> Quinta (manhã) <input type="checkbox"/> Quinta (tarde) <input type="checkbox"/> Quinta (noite) <input type="checkbox"/> Sexta (manhã) <input type="checkbox"/> Sexta (tarde) <input type="checkbox"/> Sexta (noite) <input type="checkbox"/> Sábado (manhã) <input type="checkbox"/> Sábado (tarde) <input type="checkbox"/> Sábado (noite) <input type="checkbox"/> Domingo (manhã) <input type="checkbox"/> Domingo (tarde) <input type="checkbox"/> Domingo (noite) 	aentre2
	Se Não <input type="checkbox"/> o(a) Senhor(a) autoriza uma visita em seu domicílio para realizarmos a entrevista?	aentre3
	Se Sim <input type="checkbox"/> Pode confirmar seu endereço?	aentre4
	Se Não <input type="checkbox"/> Encerra o questionário	
BLOCO A - DADOS GERAIS		
Qual o seu nome completo?		anome
O (a) senhor(a) tem algum outro telefone para contato?		atel
Qual seu Whatsapp para contato?	(0) Não tenho (1) Mesmo número (2) Outro número	awhats
Qual o número?		awhatsn
Sexo	(0) Masculino (1) Feminino (888) não sabe ou não quis responder	asexo
Qual sua idade (em anos)?		aidade
Qual sua data de nascimento?	_ _ / _ _ / _ _ _ _	adn
Qual sua situação conjugal?	(0) Casado/vive com companheiro (1) Solteiro (2) Separado/divorciado (3) Viúvo (888) Não sabe ou não quis responder	acivil

Qual seu peso?	kg Ex: 74,6 kg = 74.6 (888) não sabe ou não quis responder	acapeso
BLOCO B – AGORA IREMOS FALAR SOBRE SEUS SINTOMAS REMANESCENTES DA INFECÇÃO POR COVID-19		
Entre junho e outubro do ano passado (2021), entramos em contato e questionamos quais sintomas você teve durante sua infecção pela Covid que ocorreu entre dezembro/2020 e março/2021 e quais sintomas você ainda apresentava. Destes sintomas, hoje, você ainda sente:		
Dor de cabeça?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbdorc
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a dor que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bdorci
Falta de ar	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbfalta
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a falta de ar que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bfaltai
Tosse seca	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbtosse
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a tosse seca que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	btossei
Tosse com catarro	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbcatarro
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a tosse com catarro que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bcatarroi
Dor/desconforto para respirar	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbdorresp
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a dor para respirar que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bdorrespi
Perda do paladar	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbpaladar
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a perda do paladar que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bpaladari
Perda do olfato	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbolfato
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a perda do olfato que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bolfato
Alteração de sensibilidade (sensações de adormecimento, formigamento, agulhadas, pressão, frio/calor)	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbsensi
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a alteração de sensibilidade que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bsensii
Fadiga ou cansaço	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbcansaco
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a fadiga/cansaço que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bcansacoi
Dor de garganta	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbdorgar
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a dor de garganta que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bdorgari
Coriza (nariz escorrendo, explicar com nome popular)	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acboriza
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a coriza que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bcorizai
Congestão nasal (nariz entupido)	(0) Não (1) Sim	acbnasal

	(888) Não sabe ou não quis responder	
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a congestão nasal que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bnasali
Náusea ou vômitos	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbnausea
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a náusea/vômitos que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bnauseai
Diarreia	(0) Não (1) Sim (888) não sabe ou não quis responder	acbdiarreia
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a diarreia que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bdiarreiai
Dores nas articulações (juntas)	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbdorart
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a dor nas articulações que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bdroarti
Dores musculares	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbdormusc
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a dor muscular que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bdormusci
Perda de memória	(0) Não (1) Sim (888) não sabe ou não quis responder	acbmemb
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a perda de memória que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bmemi
Perda de atenção	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbaten
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a perda de atenção que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bateni
Alterações cutâneas (na pele)	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbpele
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a alteração na pele que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bpelei
Perda de cabelo	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbcab
Em uma nota de 1 a 10, como classifica a perda de cabelo que sente? Onde 1 é muito leve e 10 é muito grave.	1-10	bcabi
Pensar na possibilidade de reinfecção pela COVID-19 lhe causa sensação de medo?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbmedo
O Sr(a) recebeu novamente resultado positivo para covid-19, através de teste?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbrein
Se sim, quantas vezes?	Número de vezes __ (888) Não sabe ou não quis responder	acbreinq
Nestas infecções, na maioria das vezes, o Sr(a) ficou em isolamento?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbreins
Nestas infecções, o Sr(a) apresentou algum sintoma?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbreinss

Destes novos sintomas, hoje o Sr(a) permanece com algum deles?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acbreinssl
BLOCO C - SUPORTE SOCIAL E RECEBIMENTO DE ORIENTAÇÕES		
"Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), o(a) senhor(a) recebeu ajuda financeira do governo (auxílio emergencial, auxílio moradia, auxílio cesta básica/alimentação, seguro-desemprego, entre outras)? IMPORTANTE1: favor considerar governos à nível federal, estadual e municipal. IMPORTANTE2: se o(a) entrevistado(a) se recusar a responder alguma destas questões, educadamente, diga a ele(a) que é muito importante que ele(a) responda à todas as questões. Tente reverter a situação para obter a resposta."	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	accapoilog
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), o(a) senhor(a) recebeu alguma informação ou recomendação de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, agentes comunitários, dentistas, entre outros) sobre:		
Prática de atividade física?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	accoaf
A importância de manter uma alimentação saudável (reduzindo o consumo de sal, doces e gorduras)?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	accoalim
A importância da vacina contra COVID-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	accovac
BLOCO D - AGORA IREMOS FALAR SOBRE SEUS HÁBITOS DE VIDA		
Em geral, como o(a) Senhor(a) avalia sua saúde?	(0) Muito ruim (1) Ruim (2) Moderada (3) Boa (4) Muito boa (888) Não sabe / não quis responder	acesaude
O(a) Senhor(a) acha que a infecção pela COVID-19 provocou mudanças no seu estado de saúde?	(0) Piorou muito (1) Piorou um pouco (2) Ficou igual (3) Melhorou um pouco (4) Melhorou muito (888) Não sabe / não quis responder	acesaudep
O(a) Senhor(a) fuma?	(0) Não (1) Sim, mais de um cigarro por mês nos últimos 30 dias (2) Ex-fumante (888) Não sabe ou não quis responder	acefuma
Como o(a) Senhor(a) considera a qualidade do seu sono atualmente?	(0) Muito ruim (1) Ruim (2) Regular (3) Bom (4) Muito bom (888) Não sabe / não quis responder	acesono
BLOCO E - AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO		
Em média, quantos dias por semana você pratica exercício físico ou esporte?	(0) Nenhum dia (1) 1 dia (2) 2 dias (3) 3 dias (4) 4 dias (5) 5 dias (6) 6 dias (7) 7 dias (888) Não sabe ou não quis responder	aceefp

SE DE 1 A 7 DIAS > Em média, quantos minutos dura esta atividade em cada dia?	____ minutos (888) Não sabe ou não quis responder	aceeftp
Em média, quantas horas por dia você costuma ficar assistindo televisão?	____ horas (888) Não sabe ou não quis responder	acetvp
Em média, quantas horas por dia você costuma ficar no celular, tablet, notebook/computador ?	____ horas (888) Não sabe ou não quis responder	acsend
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021) , você percebeu alguma mudança na quantidade de prática de atividade física?	(0) Não, permaneceu igual (1) Sim, comecei a fazer mais atividade física (2) Sim, comecei a fazer menos atividade física (3) Sim, parei de praticar atividade física (888) Não sabe ou não quis responder	aceafp
BLOCO F – AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE		
Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) senhor(a) tem depressão?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgdepre
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgdeprep
Se SIM para a primeira e Não para segunda (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgdepem
Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) senhor(a) tem outra doença mental ou emocional, como ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC (transtorno obsessivo compulsivo)?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgansi
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgansip
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgansim
Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) senhor(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?	(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias (888) não sabe ou não quis responder	acgsui
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Problemas respiratórios (Asma, Bronquite, Enfisema ou DPOC) ?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgresp
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgrespp
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgrespm
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Osteoporose ou ossos fracos ?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgost
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgostp
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgostm
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Artrite, artrose ou reumatismo ?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgreu

Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgreup
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgreum
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Hipertensão (pressão alta), mesmo que controlada?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acghas
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acghasp
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acghasm
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Diabetes (açúcar no sangue), mesmo que controlada?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgdia
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgdia p
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgdiam
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Problema do coração? (insuficiência cardíaca, coração fraco, coração grande)?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgcor
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgcorp
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgcorn
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Problemas nos olhos (glaucoma, catarata, retinopatia)?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgolhos
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgolhosp
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgolhosm
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Câncer?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgcancer
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgcancer p
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Incontinência urinária ou fecal?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgincont
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgincont p
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação	acgincont m

	(888) Não sabe ou não quis responder	
Algum médico já lhe disse que o(a) senhor(a) tem Doenças neurológicas (AVC, derrame, isquemia, Parkinson, Alzheimer, esclerose)?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgneuro
Se sim, o diagnóstico foi após sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acgneurop
Se não (diagnóstico antes da infecção), você precisou ajustar a medicação após a infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim, precisei aumentar (2) Sim, precisei reduzir (3) Sim, precisei modificar a medicação (888) Não sabe ou não quis responder	acgneurom
Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) teve algum problema de saúde, ou complicação, em decorrência da sua infecção pela covid-19?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	
BLOCO G- QUEDAS		
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), o(a) senhor(a) caiu alguma vez?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	achqueda
BLOCO H - Agora vamos conversar sobre sua ALIMENTAÇÃO desde sua última entrevista até agora		
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), você percebeu alguma mudança em seu peso corporal?	(0) Não, permaneceu igual (1) Sim, aumentou (2) Sim, diminuiu (888) Não sabe ou não quis responder	acipeso
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), você percebeu alguma mudança na quantidade de alimentos ingeridos em sua alimentação?	(0) Não, permaneceu igual (1) Sim, comecei a comer mais (2) Sim, comecei a comer menos (888) Não sabe ou não quis responder	acialim
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), você percebeu alguma mudança na qualidade de sua alimentação?	(0) Não, permaneceu igual (1) Sim, comecei a comer mais alimentos saudáveis (como frutas, verduras, grãos, farinhas integrais, entre outros) (2) Sim, comecei a comer mais alimentos não saudáveis (produtos industrializados, como bolachas e salgadinhos, refrigerantes e outras bebidas prontas, macarrão instantâneo, guloseimas, fast foods, entre outros) (888) Não sabe ou não quis responder	acialimq
ENTREVISTADOR: JÁ ESTAMOS NA METADE DO QUESTIONÁRIO, MAIS UM POUCO E JÁ IREMOS FINALIZAR!		
BLOCO I – AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUAS CONDIÇÕES ALIMENTARES (Insegurança alimentar)		
O(a) Senhor(a) é o(a) responsável pela compra dos alimentos na sua casa?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acjcompra
O(a) Senhor(a) é o(a) responsável pelo preparo dos alimentos na sua casa?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acjprep
Nos últimos 3 meses o(a) Senhor(a) teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acjcomida
Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o(a) Senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acjdinh
Nos últimos 3 meses, o(a) Senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acjalims
Nos últimos 3 meses, o(a) Senhor(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, por que não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acjdim
Nos últimos 3 meses, o(a) Senhor(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acjmenos
BLOCO J - AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE OSTEOMUSCULAR		
O Sr(a) sente dor/desconforto em alguma das regiões abaixo?		
Pescoço/Cervical	(0) Não	ackdorc

	(1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	
Membros superiores (Ombros/Cotovelos/Punhos/Mãos)	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	ackms
Região torácica	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	ackto
Região lombar	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acklom
Membros inferiores (Quadril/Ancas/Coxas/Joelhos/Tornozelos/Pés)	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	ackmi
Se SIM para algumas das anteriores - Você foi impedido(a) de realizar alguma atividade de vida devido essa(s) dor(es): (por exemplo: atividades domésticas e/ou de lazer):	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	ackdorot
BLOCO K – AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA MEMÓRIA E ATENÇÃO		
Que dia da semana é hoje? (Dia)	(0) Incorreto (1) Correto (888) Não quis responder	acsem
Qual a data de hoje? (Dia/Mês/Ano)	(0) Incorreto (1) Correto (888) Não quis responder	achj
Em que estação nós estamos?	(0) Incorreto (1) Correto (888) Não quis responder	acest
Qual sua idade?		acid
Qual seu número de telefone		
Eu vou ler uma lista de 10 palavras. Por favor ouça com atenção e tente gravar estas palavras na sua memória. Quando eu terminar, você tem que me dizer todas as palavras que você lembrar, não importa a ordem. Você está pronto (a)?	Cabana (0) Não (1) Sim Cachimbo (0) Não (1) Sim Elefante (0) Não (1) Sim Peito (0) Não (1) Sim Seda (0) Não (1) Sim Teatro (0) Não (1) Sim Relógio (0) Não (1) Sim Chicote (0) Não (1) Sim Travesseiro (0) Não (1) Sim Gigante (0) Não (1) Sim	acpal
Quanto é 100 menos 7? (93)	(0) Não (1) Sim	acconta
Agora continue diminuindo 7 do número que sobrar até que eu peça para você parar OBS: Se ele fizer a conta errada na pergunta anterior, mas continuar subtraindo corretamente, considerar sim. Opções de resposta – 86/ 79/ 72 / 65	(0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim	acmenos
Por favor, conte de 1 a 20, só que de trás para frente	(0) Não (1) Sim	acnums
O que as pessoas geralmente utilizam para cortar papel? (TESOURA)	(0) Não (1) Sim	actes
Qual a planta verde cheia de espinhos encontrada no deserto/ (CACTUS, MACAMBIRA, MANDACARU, PALMA ou SIMILAR)	(0) Não (1) Sim	accactus
Qual o atual presidente do Brasil?	(0) Não (1) Sim	acpres
Qual o atual governador do RS?	(0) Não (1) Sim	acgovr
Qual o oposto de leste? (OESTE)	(0) Não (1) Sim	acoest
Por favor repita isso: IGREJA PRESBITERIANA (Exatamente correto)	(0) Não (1) Sim	acigrej
Por favor, repita a lista de 10 palavras que eu li anteriormente	Cabana (0) Não (1) Sim Cachimbo (0) Não (1) Sim Elefante (0) Não (1) Sim Peito (0) Não (1) Sim Seda (0) Não (1) Sim Teatro (0) Não (1) Sim Relógio (0) Não (1) Sim Chicote (0) Não (1) Sim	acpals

	Travesseiro (0) Não (1) Sim Gigante (0) Não (1) Sim	
BLOCO L – AGORA VAMOS FALAR DAS ATIVIDADES QUE VOCÊ FAZ NO DIA A DIA (ABVD e AIVD)		
Atividades instrumentais de vida diária - Lawton e Brody		
Para usar o telefone, o(a) Senhor(a):	(0) Não tem qualquer dificuldade (1) Pode fazer com dificuldade (2) Não consegue usar sozinho (888) Não sabe ou não quis responder	acltel
Para ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi, o(a) Senhor(a):	(0) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (2) Não consegue ir sozinho (888) Não sabe ou não quis responder	aclonibus
Para fazer suas compras, o(a) Senhor(a):	(0) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (2) Não consegue fazer sozinho (3) Não sabe ou não quis responder	aclcompras
Para preparar suas próprias refeições, o(a) Senhor(a):	(0) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (2) Não consegue preparar sozinho (888) Não sabe ou não quis responder	aclpreparo
Para arrumar sua casa, o(a) Senhor(a):	(0) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (2) Não consegue arrumar sozinho (888) Não sabe ou não quis responder	aclcasa
Para lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave, ou fazer pequenos reparos ou trabalhos manuais domésticos o(a) Senhor(a):	(0) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (2) Não consegue fazer sozinho (888) Não sabe ou não quis responder	aclchave
Para tomar seus remédios na dose e horários certos o(a) Senhor(a)?	(0) Não recebe ajuda (1) Recebe ajuda parcial (2) Não consegue tomar sozinho (888) Não sabe ou não quis responder	aclremedio
BLOCO M – AGORA VAMOS FALAR SOBRE CANSAÇO (Escala de avaliação da fadiga)		
As dez afirmações que seguem referem-se a como se sente habitualmente. Por afirmação, pode escolher uma das cinco categorias de resposta, variando de NUNCA a SEMPRE. Por favor, assinale a resposta a cada questão mesmo que não tenha quaisquer queixas no momento.		
A fadiga incomoda-me	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmfad
Fico cansado(a) muito rapidamente	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmcansado
Não faço muito durante o dia	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmmuito
Tenho energia suficiente para a vida do dia a dia	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmenergia
Fisicamente, sinto-me exausto	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente	acmfisico

	(4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	
Tenho problemas em começar as tarefas	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmtarefa
Tenho problemas em pensar com clareza	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmpensar
Não tenho vontade de fazer nada	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmnada
Mentalmente, sinto-me exausto	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmmental
Quando estou a fazer algo, consigo concentrar-me bastante bem	(0) Nunca (1) Algumas vezes = mensalmente ou menos (2) Regularmente = algumas vezes por mês (3) Com frequência = semanalmente (4) Sempre = todos os dias (888) Não sabe ou não quis responder	acmbem
BLOCO N – AGORA VAMOS FALAR SOBRE O USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E VACINAÇÃO		
O Senhor(a) tem algum convênio ou plano de saúde?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnplano
Quando você adocece ou precisa de outros atendimentos sobre a sua saúde, você costuma ir na Unidade de Saúde do seu bairro?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnubs
SE NÃO > Você costuma ir a algum serviço de saúde / médico (a) / enfermeiro (a) regularmente caso adoça ou precise de orientações sobre a sua saúde?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnservico
SE NÃO > Qual serviço ou profissional de saúde o(a) Senhor(a) esteve em seu último atendimento médico ou de enfermagem?	(1) Unidade de Pronto - Atendimento (UPA); (1) Emergência Hospitalar; (2) Unidade de Saúde da Família; (3) Unidade de Saúde 24h; (4) Unidade de Saúde Tradicional; (5) Emergência do Plano de Saúde; (6) Consultório particular. (888) Não sabe ou não quis responder	acnultimo
SE SIM > Qual o modelo do serviço de saúde / médico(a) / enfermeiro(a) você costuma ir quando adocece ou precisa de outros atendimentos sobre sua saúde?	(0) SUS (1) Convênio ou plano de saúde (2) Particular (3) Não sabe ou não quis responder	acnmodelo
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), quantas vezes o Senhor(a) precisou ser atendido em UBS?	número de vezes _ _ _ _ Se 1 ou mais, abra a pergunta abaixo: (888) não sabe ou não quis responder	acnubs2
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnubsa
SE 1 ou mais vezes > Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), a quantidade de vezes que usou este serviço?	(0) Não mudou (1) Diminuiu (2) Aumentou (888) Não sabe ou não quis responder	acnubs2p

Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), quantas vezes o Senhor(a) precisou ser atendido em Consultório particular ou por convênio?	número de vezes _ _ _ _ (888) não sabe ou não quis responder	acnconsul
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnconsula
SE 1 ou mais vezes > Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), a quantidade de vezes que usou este serviço?	(0) Não mudou (1) Diminuiu (2) Aumentou (888) Não sabe ou não quis responder	acnconsulp
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), quantas vezes o Senhor(a) precisou ser atendido em Pronto socorro?	número de vezes _ _ _ _ (888) não sabe ou não quis responder	acnps
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnpsa
SE 1 ou mais vezes > Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), a quantidade de vezes que usou este serviço?	(0) Não mudou (1) Diminuiu (2) Aumentou (888) Não sabe ou não quis responder	acnpsp
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), quantas vezes o Senhor(a) precisou ser atendido em UPA?	número de vezes _ _ _ _ (888) não sabe ou não quis responder	acnupa
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnupa
SE 1 ou mais vezes > Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), a quantidade de vezes que usou este serviço?	(0) Não mudou (1) Diminuiu (2) Aumentou (888) Não sabe ou não quis responder	acnupap
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), quantas vezes o Senhor(a) precisou ser atendido em Pronto atendimento particular?	número de vezes _ _ _ _ (888) não sabe ou não quis responder	acnpap
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnpapa
SE 1 ou mais vezes > Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), a quantidade de vezes que usou este serviço?	(0) Não mudou (1) Diminuiu (2) Aumentou (888) Não sabe ou não quis responder	acnpapp
Desde a nossa última entrevista até agora (junho-outubro/2021), o Senhor(a) precisou buscar atendimento especializado com (pode marcar quantas opções quiser):		
Pneumologista	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnpneumo
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnpneumo
Neurologista	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnneuro
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnneuroa
Cardiologista	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acncardio
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acncardiaa

Psiquiatra	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnpsi
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnpsia
Fisioterapeuta	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnfisio
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnfisioa
Psicólogo	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnpsic
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnpsica
Fonoaudiólogo	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnfono
Nas vezes que precisou ser atendido, você conseguiu atendimento?	(0) Não (1) Sim, para o mesmo dia. (2) Sim, para outro dia. (888) Não sabe ou não quis responder.	acnfonoa
Quantas doses da vacina contra covid-19 o Sr(a) tomou?	(0) Nenhuma (1) Uma (2) Duas (3) Três (4) Quatro (888) Não sabe ou não quis responder	acnvacina
SE Uma ou mais> E teve efeitos colaterais? (Ex.: dor no corpo, febre, dor de cabeça, outros)	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe / não quis responder	acnvacina2
Se sim, os efeitos colaterais foram em qual dose?	(0) 1ª dose (1) 2ª dose (2) 3ª dose (3) 4ª dose (2) Não sabe / não quis responder	acnvacinad
Quais os efeitos colaterais o Sr(a) apresentou?	(0) Dor de cabeça (1) Febre (2) Dor no corpo/Dores articulares (3) Náusea (4) Diarreia (5) Calafrios	acnvacinae
O Sr(a) está com o esquema vacinal completo de acordo com sua idade?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acnvacinac
Se NÃO, vou ler alguns motivos, e o Sr(a) me informa qual o mais próximo da sua realidade:	1) Já tive covid-19 (0) Não (1) Sim 2) Tive reação e fiquei com medo (0) Não (1) Sim 3) Medo/Não gosta de agulha (0) Não (1) Sim 4) Parente/Amigo falou que faz mal(0) Não (1) Sim 5) Conhece alguém que teve reação (0) Não (1) Sim 6) Falta de orientação profissional (0) Não (1) Sim 7) Dificuldade de acesso a vacina (0) Não (1) Sim 8) Vacinas não servem para nada (0) Não (1) Sim 9) Uma dose já é o suficiente (0) Não (1) Sim 10) Não ficou sabendo/não sabe quando é a campanha (0) Não (1) Sim 11) Quando fui tomar não tinha e não voltei a procurar 12) Ví na TV ou rede social que a vacina não funciona ou faz mal. 13) (0) Não (1) Sim	acnvacina m

O Sr(a) tem filhos entre 3 e 17 anos?	(0) Não (1) Sim	acnvacinaf
Se sim, ele foi vacinado para covid-19?	(0) Não (1) Sim	acnvacinafv
Se não, vou ler alguns motivos, e o Sr(a) me informa qual a mais próxima da sua realidade:	1) Já teve covid-19 (0) Não (1) Sim 2) Tive reação e fiquei com medo dele também ter (0) Não (1) Sim 3) Ele tem medo/não gosta de agulha (0) Não (1) Sim 4) Parente/Amigo falou que faz mal (0) Não (1) Sim 5) Conhece alguém que o filho teve reação (0) Não (1) Sim 6) Falta de orientação profissional (0) Não (1) Sim 7) Dificuldade de acesso a vacina (0) Não (1) Sim 8) Vacinas não servem para nada (0) Não (1) Sim 9) Não ficou sabendo/não sabe quando é a campanha (0) Não (1) Sim 10) Quando fui tomar não tinha e não voltei a procurar 11) Vi na TV ou rede social que a vacina não funciona ou faz mal. 12) (0) Não (1) Sim	acnvacinafm
BLOCO O- AGORA VAMOS FALAR SOBRE CONSUMO DE PROBIÓTICOS		
O (A) sr(a) faz uso de leites fermentados (Activia, Actimel, Yakut, Chamyto, Bob esponja), Keffir ou queijo tipo coalhada?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	
O (A) sr(a) faz uso de Kombuchá, Pasta de Missô, picles ou conservas de vegetais feitas em casa (pepino, cebola, chucrute, brócolis, cenoura, couve flor...)?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	
SE SIM, para qualquer uma das perguntas acima: Por qual motivo o (a) sr(a) faz uso de alimentos que contêm probióticos? (Pode marcar uma ou mais alternativas.)	<input type="checkbox"/> Para regular meu intestino <input type="checkbox"/> Para diminuir problemas intestinais como prisão de ventre (constipação) ou fezes líquidas (diarreia) <input type="checkbox"/> Para ter uma alimentação saudável (diminuir o colesterol, emagrecer, absorver vitaminas, imunidade, intolerância à lactose, infecções urogenitais) <input type="checkbox"/> Para tratar doenças intestinais <input type="checkbox"/> Por indicação de um profissional de saúde (médico e/ou nutricionista) <input type="checkbox"/> Por indicação de propagandas na mídia (internet, televisão, jornais, rádio, etc.) <input type="checkbox"/> Por ser saboroso <input type="checkbox"/> Não sei	
Com qual frequência o (a) sr(a) costuma consumir esses alimentos?	(0) Quase todos os dias (5 ou mais dias) (1) Semanal (2) Mensal (888) não sabe ou não quis responder	
BLOCO P - DADOS SOCIOECONÔMICOS AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA SUA CASA – ESTE É O ÚLTIMO BLOCO DE PERGUNTAS		
Quantos banheiros ou sanitários de uso dos moradores há no domicílio?	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpbanho
Neste domicílio têm (pode marcar mais de uma opção):		
Geladeira	(0) Não possui (1) Um (2) Dois	acpgela

	(3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	
Freezer separado da geladeira ou parte da geladeira duplex	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpfre
DVD	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpviso
Máquina de lavar roupa (excluindo tanquinho)	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpmaq
Máquina de secar roupa (considerando lava e seca)	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpseca
Máquina de lavar louças	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acplouca
Microondas	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpmicro
Computador ou notebook	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpcomp
Carros	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpcarro
Motocicletas	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpmoto
Em seu domicílio, trabalha algum (a) empregado (a) doméstico (a) mensalista?	(0) Não possui (1) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (888) Não sabe / não quis responder	acpempre
A água utilizada neste domicílio é proveniente de:	(0) Rede geral de distribuição (1) Poço ou nascente (2) Outro meio (888) Não sabe / não quis responder	acpagua
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	(0) Asfaltada / pavimentada (1) Terra / cascalho (2) Não sabe / não quis responder	acprua

Qual é o grau de instrução do(a) chefe da família? Considere como chefe da família, a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.	(0) Analfabeto(a) / Primário ou Fundamental I incompleto (1) Fundamental I ou Primário completo / Fundamental II ou Ginásio incompleto (2) Fundamental II ou Ginásio completo / Colegial ou Médio incompleto (3) Médio ou Colegial completo / Superior incompleto (4) Superior completo (888) Não sabe / não quis responder	acpchefe
No último mês, o (a) Senhor(a) trabalhou sendo pago (a)?	(0) Não (1) Sim (3) Aposentado / Pensionista (888) Não sabe ou não quis responder	acppago
Quanto o(a) senhor(a) recebeu no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)?	(0) Não tem renda (1) Menos de R\$ 500,00 (2) De R\$ 500,00 a 1.000,00 (3) De R\$ 1.001,00 a 2.000,00 (4) De R\$ 2.001,00 a 4.000,00 (5) De R\$ 4.001,00 a 6.000,00 (6) De R\$ 6.001,00 a 8.000,00 (7) De R\$ 8.001,00 a 10.000,00 (8) De R\$ 10.001,00 a 20.000,00 (9) Mais de R\$ 20.000,00 (888) Não sabe ou não quis responder	acprenda
O (a) Senhor(a) tem dinheiro suficiente para pagar suas despesas este mês?	(0) Não (1) Sim (888) Não sabe ou não quis responder	acpdin
Qual a afirmativa se encaixa melhor na sua situação sobre seu trabalho/ocupação:	(0) Não estou trabalhando (1) Fiquei desempregado(a) (2) Fiquei desempregado(a) devido a pandemia (3) Estou trabalhando em home office (4) Estou trabalhando presencialmente (5) Comecei a trabalhar após o início da pandemia (888) Não sabe ou não quis responder	acptrabalho
Desde a nossa última entrevista até agora (junho - out de 2021), como está ocupação/trabalho?	(0) Piorou muito (1) Piorou um pouco (2) Ficou igual (3) Melhorou um pouco (4) Melhorou muito (888) Não sabe ou não quis responder	acptrabalhop
Desde a nossa última entrevista até agora (junho a out de 2021), como está Renda da família?	(0) Ficamos sem rendimentos (1) Diminuiu muito (2) Diminuiu um pouco (3) Foi mantida igual (4) Melhorou um pouco (5) Melhorou muito (888) não sabe ou não quis responder	acprendap
AGRADEÇA E ENCERRE O QUESTIONÁRIO		

ANEXO A



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO
GRANDE SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Rio Grande, 11 de dezembro de 2020. Parecer 029/2020

Projeto – AVALIAÇÃO DA SAÚDE DOS PACIENTES APÓS INFECÇÃO PELA COVID-19 EM 2020 RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE RIO GRANDE/RS.

Autores: Abelardo de Oliveira Soares Junior (FURG)- E-mail: junior_osoares@hotmail.com Telefone: – (53) 997126495

Orientadora: Mirelle de Oliveira Saes (FURG)- E-mail: mirelleosaes@gmail.com Telefone: (53) 981157575

Parecer:

Perante a análise do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva – NUMESC/SMS decidiu-se pelo **DEFERIMENTO** do projeto apresentado, visto o mesmo se mostrar adequado e de importância social atual. Informamos ainda aos pesquisadores que a Superintendência de Vigilância em Saúde já foi comunicada e consultada sobre a execução do mesmo, não referindo nenhuma objeção ao desenvolvimento do estudo no setor conforme metodologia e cronograma apresentados (início previsto para o segundo trimestre de 2021).

Após a conclusão do estudo, os resultados deverão ser enviados ao NUMESC, podendo ser solicitada a apresentação em evento organizado por este núcleo.

Enfª Dra. Carliuza Oriente Luna COREN 79431

Coordenadora do NUMESC – Rio Grande/RS Coordenadora da PMPICS – Rio Grande/RS Coordenadora do Telecovid19 – Rio Grande/RS Apoio da ESF através do NEPICC – Rio Grande/RS

ANEXO B

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde dos pacientes após Infecção pela COVID-19 em 2020 residentes no município de Rio Grande/RS

Pesquisador: Mirelle de Oliveira Saes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39081120.0.0000.5324

Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG

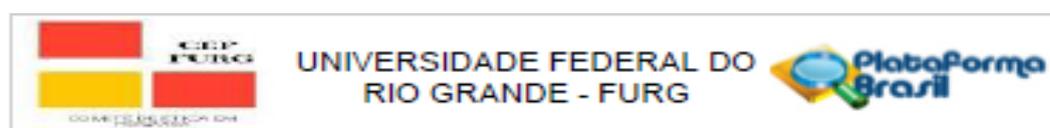
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.375.697

Apresentação do Projeto:

O ano de 2020 foi marcado mundialmente pela pandemia da COVID-19, causando prejuízos para a saúde física e mental da população. Cerca de 4.528.347 pessoas foram infectadas pelo vírus no Brasil, e em Rio Grande aproximadamente 4.000 indivíduos testaram positivo para COVID-19, dos quais 127 vieram a óbito. Sabe-se que o vírus ocasiona problemas cardiopulmonares graves. Entretanto, ainda não são conhecidos os efeitos da COVID-19 na saúde dos indivíduos internados após a alta hospitalar, e tampouco daqueles com RT-PCR positivo sem necessidade de internação. Considerando a lacuna existente na literatura sobre os efeitos do COVID-19 na saúde de indivíduos acometidos pela doença, este estudo tem como objetivo investigar os indicadores de saúde de adultos e idosos após contágio pela COVID-19 residentes na cidade de Rio Grande, RS, Brasil. Para tanto pretende-se realizar um censo, com todos os indivíduos adultos e idosos infectados com RT-PCR positivo, internados e residentes em Rio Grande, RS. Estima-se a avaliação de aproximadamente 4.000 pessoas. Serão investigados os seguintes desfechos de saúde: fatores de risco e de proteção, qualidade de vida, capacidade pulmonar, força muscular, peso, altura, circunferência da cintura, pressão arterial, composição corporal, capacidade funcional. Serão respeitados os aspectos éticos determinados pela resolução 510/2016, com encaminhamento do projeto ao comitê de pesquisa local e assinatura do termo de consentimento pelos investigados. Os resultados



Continuação do Parecer: 4.375.697

deste estudo serão apresentados à secretaria de saúde, na imprensa local, em congressos ou seminários e por meio de artigos científicos. Espera-se traçar um levantamento da saúde dos indivíduos acometidos pela COVID-19 para o planejamento de políticas públicas que visem organizar os serviços de saúde para o cuidado qualificado desta nova demanda.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar indicadores de saúde de adultos e idosos após infecção pela COVID-19 residentes em Rio Grande, RS, Brasil.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta risco mínimo, contudo destaca-se que a mesma pode suscitar desconforto por parte do entrevistado em alguma questão investigada ou até mesmo na aferição das medidas. A participação será voluntária e o entrevistado tem a possibilidade de deixar de responder o questionário ou de efetuar as medidas a qualquer momento. As informações coletadas são sigilosas. Almeja-se entregar os resultados de todos os indivíduos para acompanhamento da Unidade Básica de Saúde de referência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram abordadas pela autoria

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e final da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas no CEP, conforme Norma Operacional CNS nº 001/13, Item XI.2.d. O modelo encontra-se disponível no site do CEP-FURG (<https://proresp.furg.br/pt/comites/cep-furg>) e o seu prazo final é 15/02/2022.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados: