

ARTIGO ORIGINAL

**Covid-19 em usuários da atenção primária à saúde de um município do sudeste de Mato Grosso: um estudo transversal**

*Covid-19 in primary health care users in a city at the southeast of Mato Grosso: a cross-sectional study*

*Covid-19 en usuarios de la atención primaria de salud en un municipio del sureste de Mato Grosso: un estudio transversal*

Letícia Silveira Goulart<sup>1</sup> ORCID 0000-0003-1452-4908  
Ingyrd Rodrigues Xavier Docusse<sup>1</sup> ORCID 0000-0002-3677-3115  
Giulia Elena Tessaro<sup>1</sup> ORCID 0000-0001-5916-5326  
Ricardo Alves Olinda<sup>2</sup> ORCID 0000-0002-0509-8428  
Magda de Mattos<sup>1</sup> ORCID 0000-0001-8330-1084

<sup>1</sup>Universidade Federal de Rondonópolis, Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Endereço: Av. dos Estudantes, 5055 - Cidade Universitária, Rondonópolis, Mato Grosso, Brasil.

E-mail: leticia@ufr.edu.br

Submetido: 01/11/2024

Aceite: 10/03/2025

RESUMO

**Justificativa e Objetivos:** A Covid-19 representa um problema de saúde mundial com elevados índices de morbimortalidade e impacto nos sistemas de saúde. O objetivo desta pesquisa foi analisar o perfil e os fatores associados ao autorrelato de Covid-19 no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, observacional, realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Rondonópolis-MT. Os dados foram coletados nas unidades de saúde por meio de um questionário semiestruturado. **Resultados:** Dos 400 participantes da pesquisa, 77 (19,25%) relataram diagnóstico de Covid-19. As variáveis associadas ao autorrelato da doença foram: maior renda, ter plano de saúde e estar inserido no mercado de trabalho. Os principais sintomas clínicos foram: mialgia, febre e cefaleia. Predominaram os casos leves da doença, e a unidade sentinela foi o principal serviço de saúde utilizado. **Conclusão:** Os dados apontam para o impacto das variáveis sociais no diagnóstico da Covid-19 e revelam a importância dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da pandemia.

**Descritores:** Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Epidemiologia. Fatores associados.

ABSTRACT

**Background and Objectives:** Covid-19 represents a global health problem with high rates of morbidity and mortality and impact on health systems. The objective was to analyze the profile and factors associated with Covid-19 self-report in the context of Primary Health Care. **Methods:** This is a cross-sectional, observational study carried out with users of the Family Health Strategy in the city of Rondonópolis-MT. Data were collected at health units through a semi-structured questionnaire. **Results:** Among the 400 survey participants, 77 (19.25%) reported a diagnosis of Covid-19. The variables associated with the disease self-report were higher income, having health insurance and being in the labor market. The main clinical

symptoms were myalgia, fever and headache. Mild cases of the disease predominated and the sentinel unit was the main health service used. **Conclusion:** The data point to the impact of social variables on the diagnosis of Covid-19 and reveal the importance of the services offered by the SUS in the context of the pandemic.

**Keywords:** *Covid-19. Primary Health Care. Epidemiology. Associated factors.*

## RESUMEN

**Justificación y Objetivos:** El Covid-19 representa un problema de salud mundial con altas tasas de morbimortalidad e impacto en los sistemas de salud. El objetivo fue analizar el perfil y los factores asociados con lo autoinforme de Covid-19 en el contexto de la Atención Primaria de Salud. **Métodos:** Se trata de un estudio transversal, observacional, realizado con usuarias de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Rondonópolis-MT. Los datos fueron recolectados en las unidades de salud a través de un cuestionario semiestructurado. **Resultados:** Entre los 400 participantes de la encuesta, 77 (19,25%) informaron un diagnóstico de Covid-19. Las variables asociadas con lo autoinforme enfermedad fueron mayores ingresos, tener seguro de salud y estar en el mercado laboral. Los principales síntomas clínicos fueron mialgias, fiebre y cefalea. Predominaron los casos leves de la enfermedad y la unidad centinela fue el principal servicio de salud utilizado. **Conclusión:** Los datos apuntan al impacto de las variables sociales en el diagnóstico de la Covid-19 y revelan la importancia de los servicios ofrecidos por el SUS en el contexto de la pandemia.

**Palabras Clave:** *Covid-19. Atención Primaria de Salud. Epidemiología. Factores asociados.*

## INTRODUÇÃO

A doença causada pelo novo coronavírus, conhecida como Covid-19, foi notificada pela primeira vez, no Brasil, em fevereiro de 2020. Em setembro desse ano, iniciou-se a segunda fase da pandemia, porém, foi na terceira fase, com início em fevereiro de 2021, que se observou o maior pico de casos e de óbitos por dia. A partir de julho de 2021, com a expansão da vacinação, pôde-se perceber a redução do número de infecção e de mortes decorrentes da doença, o que marcou a quarta fase, que perdurou até novembro de 2021, quando, novamente, ocorreu uma elevação nas taxas de contaminação por Covid-19, caracterizando a quinta fase da pandemia.<sup>1</sup>

O município de Rondonópolis, localizado no sudeste do estado de Mato Grosso, apresentou um perfil de distribuição dos casos de Covid-19 ao longo da pandemia semelhante ao padrão epidemiológico nacional.<sup>2</sup> Para o promover o controle da doença, foram adotadas medidas restritivas de distanciamento social, a obrigatoriedade do uso de máscaras e a vacinação contra a doença, iniciada em janeiro de 2021.<sup>3,4</sup>

A Covid-19 apresenta diversas características clínicas, podendo variar desde uma forma assintomática a quadros leves, moderados ou graves. Os sintomas mais comuns são febre, tosse, dispneia, mialgia e fadiga.<sup>5,6</sup> São fatores associados à infecção pelo coronavírus, segundo

a literatura: ter idade avançada, ser do sexo masculino, ser negro, ser trabalhador da área da saúde, ter comorbidades pré-existentes, etc.<sup>7-9</sup>

É importante considerar que a dinâmica da doença varia entre as diferentes regiões do país, a depender de questões intraurbanas, como infraestrutura, densidade populacional e padrões de deslocamento e adesão às medidas de prevenção. Dessa forma, os aspectos demográficos e socioeconômicos urbanos podem aumentar a vulnerabilidade de cidades e regiões a pandemias.<sup>10</sup> Além disso, também devem ser consideradas questões como estrutura, ações e rotinas dos serviços de saúde locais.<sup>11</sup> A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenhou um papel fundamental na assistência à saúde durante a pandemia, a partir do conhecimento do território, do acesso, do vínculo entre o usuários e a equipe de saúde, da integralidade da assistência, do monitoramento das famílias vulneráveis e do acompanhamento de casos suspeitos e leves. Para garantir um atendimento de qualidade nesse nível de atenção, são necessários planejamento baseado em dados, reorganização dos serviços, realocação de recursos financeiros e adoção de estratégias específicas para o enfrentamento da pandemia.<sup>12</sup>

O Brasil, por ser um país com dimensões continentais e realidades locais muito diversas, torna esse enfrentamento mais desafiador. Sendo assim, é necessário conhecer e avaliar os dados epidemiológicos locais, para subsidiar a tomada de decisão.<sup>11</sup> Compreender a dinâmica da pandemia de Covid-19 nos territórios da APS é fundamental para a proposição de medidas e políticas que busquem reduzir os agravos em situações emergenciais de saúde. Nesse sentido, este trabalho teve por objetivo analisar o perfil e os fatores associados ao autorrelato de diagnóstico por Covid-19 no âmbito da APS.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo transversal realizado com usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Rondonópolis, Mato Grosso, no período de janeiro a setembro de 2021. De acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Rondonópolis, município localizado na região sudeste do estado Mato Grosso, tem, aproximadamente, 138.326 habitantes com idade de 18 anos ou mais, correspondendo 70,76% da população do município.<sup>13</sup> O local tem 72,75% de seu território coberto pela APS.

A partir do número de pessoas residentes no município com idade acima de 18 anos informado pelo IBGE, foi realizado o cálculo amostral. Os pressupostos para o cálculo foram: nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e proporção esperada de 0,50. O erro amostral ou margem de erro é o índice que estima a máxima de erro dos resultados da pesquisa com base na amostra selecionada. O intervalo de confiança representa a probabilidade de uma pesquisa

ter os mesmos resultados se for aplicada com outro grupo de pessoas, dentro do mesmo perfil de amostra e com a mesma margem de erro. Isso resultou em 384 usuários; a fim de se evitar possíveis perdas, optou-se por incluir 400 indivíduos no estudo. A amostragem foi por conveniência e foram selecionados os usuários que compareceram nas unidades básicas de saúde no momento da coleta de dados. Apesar da amostragem por conveniência poder gerar um viés no estudo, esse tipo de amostragem foi escolhido por ser um método acessível para os pesquisadores entrarem em contato com os usuários da ESF. Como a coleta de dados compreendeu o período pandêmico, buscar os participantes em seus domicílios, após seleção aleatória, poderia gerar insegurança e muitas recusas por parte dos pesquisados.

Foram incluídas todas as unidades de ESF localizadas na zona urbana do município, e foram excluídas aquelas transformadas em Unidades Sentinela ou que não estivessem com atendimento ao público devido a reformas, o que totalizou 40 ESFs. No período da pandemia, muitas unidades de saúde de Rondonópolis foram transformadas em unidades sentinelas que tinham como objetivo realizar o diagnóstico dos casos de síndromes gripais, assim, não atendiam somente à população da área adscrita da ESF. A amostragem foi por conveniência, sendo selecionados dez usuários por unidade de ESF, o que totalizou 400 participantes.

Foram incluídos os usuários com 18 anos ou mais. Foram excluídos os indivíduos com incapacidade de compreensão ou com problemas de saúde que impedissem a aplicação do instrumento de coleta de dados. Os usuários que atendiam aos critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa e informados sobre os objetivos do estudo; em caso de aceite, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados no período de janeiro a setembro de 2021, em ambiente reservado, nas unidades básicas de saúde. Para garantir a padronização na coleta de dados, os pesquisadores receberam treinamento de como abordar os participantes e de como registrar as informações no formulário. Foi realizado um estudo piloto para ajustes no instrumento de coleta com indivíduos não amostrados para o estudo. Utilizou-se um questionário semiestruturado elaborado na ferramenta digital *Google Forms*, formado por três blocos de informações relacionadas aos aspectos sociodemográficos, clínicos e ao uso de serviços de saúde. As respostas eram registradas pelos entrevistadores na plataforma digital, e, após, foi gerada automaticamente uma planilha no programa Microsoft Excel.

Para determinar os fatores associados ao autorrelato de Covid-19, considerou-se como variável dependente do estudo o autorrelato de diagnóstico qualquer exame laboratorial positivo para SARS-CoV-2, e a resposta foi dicotomizada em sim e não. Para tal, foi realizada a seguinte pergunta: *Você realizou exame laboratorial que confirmou o diagnóstico de Covid-19?*

Foram consideradas como independentes as seguintes variáveis:

- a) Características demográficas: sexo, idade em anos, cor autodeclarada, situação conjugal.
- b) Características socioeconômicas: escolaridade em anos, renda familiar, número de pessoas da residência, situação de trabalho, trabalhou em atividade essencial durante a pandemia, número de pessoas da residência que saíram de casa para trabalhar, plano de saúde.
- c) Características clínicas: comorbidades e número de comorbidades.

Construíram-se modelos de regressão logística bivariados, ou seja, modelo de regressão logística, que leva em consideração uma única variável independente com relação à variável de desfecho (variável dependente). Por fim, foram estimadas as Razões de Chances (RC) ajustadas ao modelo logístico bivariado com seus respectivos intervalos de confiança (IC95%). O teste da razão de verossimilhança foi utilizado para verificar a significância do modelo estimado. Ademais, o teste de Wald foi utilizado para determinar a significância dos coeficientes do modelo ajustados aos dados. Por fim, para avaliar a adequação do modelo estatístico proposto para descrever as observações, foram verificadas a normalidade e a independência dos erros. Com esse procedimento, são buscadas condições teóricas para a realização das análises estatísticas via técnicas univariadas. As análises foram realizadas usando o software R© versão 3.4.3, e o nível de significância foi estabelecido em 5%.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Júlio Muller, Universidade Federal Mato Grosso CAEE 39427420.1.0000.5541, número do parecer: 4.418.798, aprovado em 24 de novembro de 2020. Foram respeitados todos os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução n. 466/2012.

## **RESULTADOS**

Dos participantes do estudo, 77 relataram diagnóstico laboratorial de Covid-19, o que correspondeu a 19,25% da população estudada. A média de idade dos usuários com histórico de infecção por SARS-Cov-2 foi de 41,78 anos. No grupo de usuários com autorrelato de Covid-19, observou-se uma maior proporção de homens, indivíduos entre 18 e 39 anos, da cor parda, com companheiro, que estudaram por um período de cinco a oito anos, com renda de 2 ou mais salários mínimos e com até três residentes em casa. Uma maior probabilidade de autorrelato de diagnóstico laboratorial para Covid-19 também foi identificada em indivíduos que realizaram trabalho formal ou informal; naqueles que trabalharam em serviço essencial

durante a pandemia; em indivíduos que moravam em residências nas quais duas ou mais pessoas precisaram sair para trabalhar; e naqueles que tinham plano de saúde (Tabela 1).

Quanto às características clínicas, uma maior prevalência de autorrelato de Covid-19 foi observada no grupo com comorbidades e naqueles com duas ou mais comorbidades. Verificou-se diferença estatística para as variáveis “realizar trabalho formal ou informal” ( $p=0,02$ ) e “ter plano de saúde” ( $p < 0,01$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil dos participantes do estudo, de acordo com autorrelato de diagnóstico laboratorial de Covid-19. Rondonópolis, MT. 2021. n=400

Variáveis	Autorrelato de Covid-19		Valor de p
	Não N (%)	Sim N (%)	
<b>Total</b>	<b>323 (80,75)</b>	<b>77 (19,25)</b>	
<b>Sexo</b>			
Feminino	231 (81,9)	51 (18,1)	0,43
Masculino	92 (78,0)	26 (22,0)	
<b>Idade em anos</b>			
18-39	142 (78,5)	39 (21,5)	0,50
40-59	129 (81,1)	30 (18,9)	
60 ou mais	49 (86,0)	8 (14,0)	
<b>Cor autodeclarada</b>			
Branca	79 (79,8)	20 (20,2)	0,61
Parda	177 (79,4)	46 (20,6)	
Preta, Indígena e Amarela	66 (85,7)	11 (14,3)	
<b>Situação conjugal</b>			
Sem companheiro(a)	168 (82,4)	36 (17,6)	0,48
Com companheiro(a)	155 (79,1)	41 (20,9)	
<b>Escolaridade em anos</b>			
≤ 5	102 (85,7)	17 (14,3)	0,26
6 a 8	18 (78,3)	5 (21,7)	
≥ 9	203 (78,7)	55 (21,3)	
<b>Renda familiar</b>			
Até 1 salário mínimo	136 (86,1)	22 (13,9)	0,06
2 ou mais salários mínimos	185 (77,1)	55 (22,9)	
<b>Número de pessoas da residência</b>			
Até três	215 (80,2)	53 (19,8)	0,80
Quatro ou mais	108 (81,8)	24 (18,2)	
<b>Situação de Trabalho</b>			
Aposentado	41 (83,7)	8 (16,3)	
Não trabalha	140 (86,4)	22 (13,6)	<b>0,02</b>
Trabalho formal ou informal	142 (75,1)	47 (24,9)	
<b>Trabalhou em atividade essencial durante a pandemia</b>			
Não	281 (81,2)	65 (18,8)	0,68
Sim	42 (77,8)	12 (22,2)	
<b>Número de pessoas da residência que saíram de casa para trabalhar</b>			
Até uma	199 (83,3)	40 (16,7)	0,15
Duas ou mais	124 (77,0)	37 (23,0)	
<b>Plano de saúde</b>			
Não	282 (83,4)	56 (16,6)	<b>&lt;0,01</b>
Sim	41 (66,1)	21 (33,9)	
<b>Comorbidade</b>			
Sim	113 (79,6)	29 (20,4)	0,75
Não	210 (81,4)	48 (18,6)	

**Número de comorbidades**

Uma	87 (80,6)	21 (19,4)	
Duas ou mais	26 (76,5)	8 (23,5)	0,78
Nenhuma	210 (81,4)	48 (18,6)	

Os resultados evidenciaram que autorrelato de diagnóstico laboratorial de Covid-19 em usuários da ESF foi associado à renda (RC: 0,54; IC95%: 0,32 – 0,94), situação de trabalho (RC: 2,11 (1,21 – 3,68) e plano de saúde (RC: 0,39; IC: 0,21 – 0,71). As características sociodemográficas “apresentar menor renda” e “não ter plano de saúde” mostraram-se como fatores protetores para autorrelato de diagnóstico laboratorial de Covid-19, todavia, os indivíduos que realizaram trabalho formal ou informal durante a pandemia apresentaram 2,11 vezes mais chances de relatar histórico de Covid-19 (Tabela 2).

**Tabela 2.** Análise bivariada das características de usuários da Atenção Primária à Saúde, de acordo com autorrelato de diagnóstico laboratorial para Covid-19. Rondonópolis, MT. 2021. n=400

Variáveis	RC (IC 95%)	Valor de p
<b>Sexo</b>		
Masculino	1,28 (0,75- 2,18)	0,36
Feminino	1	
<b>Faixa etária em anos</b>		
18- 39	1	
40- 59 anos	0,85 (0,5- 1,44)	0,54
60 ou mais	0,59 (0,26- 1,36)	0,21
<b>Estado Civil</b>		
Sem companheiro(a)	1	
Com companheiro(a)	1,23 (0,75- 2,03)	0,40
<b>Escolaridade em anos</b>		
≤ 5	0,62 (0,34- 1,11)	0,10
6 a 8	1,03 (0,36- 2,89)	0,96
≥ 9	1	
<b>Renda Familiar Mensal</b>		
Até 1 salário mínimo	<b>0,54 (0,32-0,94)</b>	<b>0,02</b>
2 ou mais salários mínimos	1	
<b>Situação de Trabalho</b>		
Aposentado	1,24 (0,51-3,00)	0,63
Trabalho formal ou informal	<b>2,11 (1,21-3,68)</b>	<b>0,009</b>
Não trabalha	1	
<b>Trabalhou em atividade essencial durante a pandemia</b>		
Não	1	
Sim	1,24 (0,62- 2,48)	0,55
<b>Quantas pessoas saíram de casa para trabalhar</b>		
Até uma	1	
Duas ou mais	1,48 (0,9- 2,45)	0,12
<b>Plano de saúde</b>		
Não	0,39 (0,21- 0,71)	<0,01
Sim	1	
<b>Comorbidade</b>		
Sim	1,12 (0,67- 1,88)	0,65
Não	1	
<b>Número de comorbidades</b>		
Uma	1	
Duas ou mais	1,27 (0,51- 3,21)	0,60

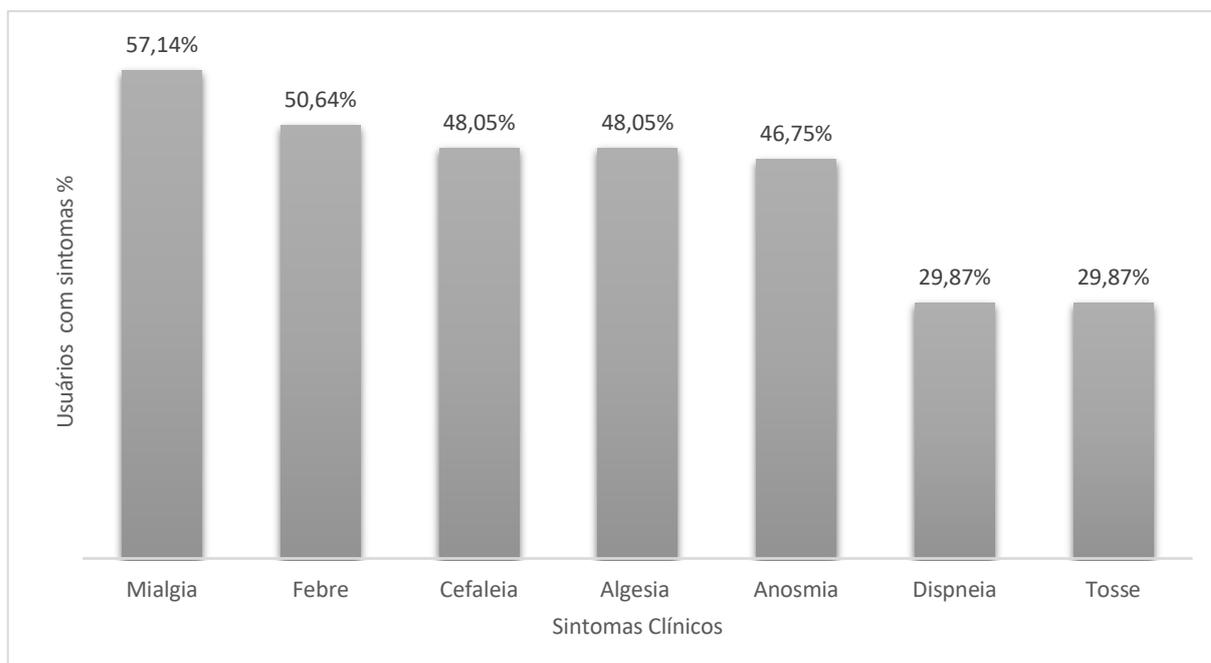
RC: Razões de Chances; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%

A maioria dos participantes da pesquisa que relataram ter recebido diagnóstico considerou seu estado de saúde bom (50,65%) e não apresentou comorbidade (62,34%). O método de diagnóstico mais utilizado foi RT-PCR (48,05%), realizado nas unidades sentinelas (59,74%). Mais da metade dos usuários (59,74%) não recebeu acompanhamento pela Unidade Básica de Saúde, 93,51% não realizaram internação hospitalar e nenhum paciente foi internado em Unidade de Terapia Intensiva (Tabela 3).

**Tabela 3.** Características clínicas dos usuários da Atenção Primária à Saúde com autorrelato de diagnóstico laboratorial para Covid-19. Rondonópolis, MT, 2021. N=77

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Como considera o estado de saúde</b>	
Bom	39 (50,65)
Muito bom	04 (05,19)
Regular	31 (40,26)
Ruim	03 (03,90)
<b>Apresenta comorbidade</b>	
Sim	29 (37,66)
Não	48 (62,34)
<b>Método de diagnóstico</b>	
RT-PCR	37 (48,05)
Teste rápido (antígeno ou anticorpos)	25 (32,47)
Sorologia	15 (19,48)
<b>Local de realização do exame</b>	
Unidade sentinela	46 (59,74)
Laboratório particular	21 (27,28)
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	05 (06,49)
Outros	05 (06,49)
<b>Recebeu acompanhamento da UBS</b>	
Não	46 (59,74)
Sim	31 (40,26)
<b>Internação hospitalar</b>	
Sim	05 (06,49)
Não	72 (93,51)

Os sintomas clínicos mais frequentes na população estudada foram: mialgia (n:44; 57,14%), febre (n:39; 50,64%) e cefaleia (n:37; 48,05%) (Figura 1).



**Figura 1.** Sintomas clínicos apresentados por usuários da Atenção Primária à Saúde com relato de diagnóstico laboratorial para Covid-19. Rondonópolis, MT, 2021.

## DISCUSSÃO

Este estudo foi conduzido ao longo do segundo ano da pandemia de Covid-19 e aponta para a associação entre questões sociais e o relato de diagnóstico de Covid-19 em usuários da APS do município de Rondonópolis, MT. Nesta pesquisa, observou-se que realizar trabalho formal e informal foi associado a autorrelato de Covid-19. No Brasil, 8 a 9 milhões de indivíduos foram transferidos para o trabalho remoto, todavia, mais de 24 milhões não puderam realizar o teletrabalho em suas casas, tanto por serem informais quanto por trabalharem por conta própria.<sup>14</sup> Outro estudo pontuou que a grande maioria dos indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2 são trabalhadores, migrantes, com acesso limitado aos serviços de saúde ou sem proteção social em seu trabalho.<sup>15</sup>

Os indivíduos que realizaram trabalho formal ou informal podem apresentar maiores chances de serem contaminados pela Covid-19, uma vez que a exposição ao ambiente laboral pode favorecer a circulação do vírus causador da doença. No Brasil, a pressão econômica para evitar o isolamento social, as más condições sanitárias no ambiente de trabalho, as falhas na adoção de medidas preventivas e a morosidade na imunização impactaram negativamente na saúde dos trabalhadores.<sup>16</sup> Deve-se intensificar a adesão às medidas de biossegurança pela classe trabalhadora, além disso, é essencial que sejam promovidas ações de educação em saúde

nos territórios da APS, buscando instruir essa parcela da população e prevenir sua contaminação diante da maior probabilidade de exposição ao vírus.

Entre os usuários da APS estudados, aqueles com maior renda familiar mensal e que tinham plano de saúde apresentaram uma maior probabilidade de diagnóstico laboratorial para Covid-19. Provavelmente, esses fatores podem garantir um maior acesso aos serviços de saúde e de diagnóstico de Covid-19. A Sala de Situação Fiocruz Covid nas Favelas realizou o monitoramento epidemiológico e social da Covid-19 em favelas da região metropolitana do Rio de Janeiro e verificou que tanto o número de casos como de óbitos apresentou ocorrência maior em áreas sem favelas e naquelas com baixa concentração de favelas. Acredita-se que o padrão encontrado esteve relacionado ao contexto de baixa testagem, em que moradores de bairros mais ricos da cidade teriam maior possibilidade de pagar pelos testes diagnósticos.<sup>17</sup>

Os principais fatores condicionantes sociais que promovem iniquidade no acesso aos serviços de saúde são a renda e a escolaridade da população. Maior renda pode estar condicionada à maior reconhecimento das necessidades de saúde e facilitar a busca por serviços de saúde e o acesso aos serviços de saúde.<sup>18</sup> Um estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde identificou que não ter plano de saúde privado foi associado à precariedade no acesso aos serviços de saúde pela população brasileira de 19 anos ou mais.<sup>19</sup>

Uma pesquisa realizada em Wuhan, na China, constatou que os sintomas mais comuns nos primeiros dias de infecção por SARS-CoV-2 foram febre, tosse, dispneia e mialgia.<sup>6,20</sup> Esses dados são confirmados também em estudos brasileiros.<sup>21,22</sup> De modo similar, esses sinais clínicos também foram os mais prevalentes em usuários da APS de Rondonópolis, com histórico de diagnóstico laboratorial para Covid-19. Além disso, uma parcela significativa da população estudada apresentou a anosmia e ageusia. Na fase inicial da pandemia, essas manifestações clínicas foram consideradas marcadores para rastreamento da doença, uma vez que estão ausentes em outras doenças respiratórias.<sup>23</sup>

A unidade sentinela surgiu em Rondonópolis, com o aumento repentino dos casos de Covid-19 no município, com o intuito de minimizar a transmissão entre a população, realizar o diagnóstico e o tratamento da doença. Unidades de saúde em pontos estratégicos da cidade foram transformadas em sentinelas para atender à população. Nesta pesquisa, observou-se que a rede sentinela foi o serviço de saúde mais buscado para o diagnóstico de Covid-19. Nesse sentido, destaca-se a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da pandemia.

O modelo de atenção primária à saúde brasileiro, estruturado em equipes de saúde da família e com enfoque territorial, desempenhou importante papel na rede assistencial de

cuidados no contexto da pandemia. Apesar de sua inegável contribuição, esse sistema de saúde enfrentou muitas dificuldades, como baixa integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede, adoecimento dos profissionais de saúde, a perda de vínculo com os usuários e a insuficiente mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social.<sup>24</sup>

As limitações do estudo englobam a amostragem por conveniência, o que interfere na homogeneidade da amostra populacional, além do número limitado de usuários que informaram diagnóstico de Covid-19. Outro fator a ser citado é o diagnóstico autorrelatado, que pode sofrer viés de memória, bem como a descrição das manifestações clínicas que também foram relatadas, sem a validação dos dados clínicos. Desse modo, estudos futuros longitudinais devem ser realizados, incluindo uma amostragem mais representativa para melhor contribuir com a compreensão da epidemiologia da Covid-19 e de seus impactos no período pós-pandemia.

O estudo demonstra que os fatores associados ao diagnóstico positivo para Covid-19 foram: realizar trabalho formal ou informal, maior renda e utilização de plano de saúde. Predominaram os casos leves da doença, e a unidade sentinela foi o principal serviço de saúde utilizado pela população dos territórios da APS para o diagnóstico da Covid-19. Os resultados indicam o impacto das questões sociais na pandemia causada pelo coronavírus, além de apontar para a importância dos serviços ofertados pelo SUS nesse contexto. É essencial que sejam formuladas políticas públicas que busquem garantir o acesso à saúde para toda a população, a fim de que sejam minimizadas as desigualdades sociais, sobretudo no contexto de crises sanitárias.

## REFERÊNCIAS

1. Barcellos C, Xavier D R. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de Covid-19 no Brasil. Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde. 2022;16(2):221-6. <https://doi.org/10.29397/reciis.v16i2.3349>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (Covid-19) no Brasil [Internet]. <https://covid.saude.gov.br/>
3. Rondonópolis. Decreto nº 9.623, de 23 de julho de 2020. Dispõe Sobre a Adoção de Medidas Preventivas para a Contenção do Coronavírus no Município de Rondonópolis-MT. <https://leismunicipais.com.br/a/mt/r/rondonopolis/decreto/2020/962/9623/decreto-n-9623-2020-decreto-n-9623-de-23-de-julho-de-2020-dispoe-sobre-a-adocao-de-medidas-preventivas-para-a-contencao-do-coronavirus-no-municipio-de-rondonopolis-mt>
4. Rondonópolis. Prefeitura Municipal de Rondonópolis. Vacinação. <https://www.rondonopolis.mt.gov.br/Covid-19/vacinacao/?p=1>

5. Zhang J, Litvinova M, Liang Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of imported cases of Covid-19: a multicenter study. *BMC Infect Dis.* 2021;21(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06096-6>
6. Xavier AR, Silva JS, Almeida JPCL, et al. Covid-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. *J Bras Patol Med Lab.* 2020; 56:1-9. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049>.
7. Chadeau-Hyam M, Bodinier B, Elliott J, Whitaker MD, Tzoulaki I, Vermeulen R, Kelly-Irving M, Delpierre C, Elliott P. Risk factors for positive and negative Covid-19 tests: a cautious and in-depth analysis of UK biobank data. *Int J Epidemiol.* 2020 Oct 1;49(5):1454-1467. doi: <https://doi.org/10.1093/ije/dyaa134>.
8. Rozenfeld, Y., Beam, J., Maier, H. et al. A model of disparities: risk factors associated with Covid-19 infection. *Int J Equity Health* 19, 126 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01242-z>.
9. Jacob L, Koyanagi A, Smith L, Haro JM, Rohe AM, Kostev K. Prevalence of and factors associated with Covid-19 diagnosis in symptomatic patients followed in general practices in Germany between March 2020 and March 2021. *Int J Infect Dis.* 2021 Oct;111:37-42. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.08.010>
10. Sathler D, Leiva G. A cidade importa: urbanização, análise regional e segregação urbana em tempos de pandemia de Covid-19. *Rev bras estud popul [Internet].* 2022;39:e0205. <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0205>
11. Oliveira WK, Duarte E, França GVA, et al. Como o Brasil pode deter a Covid-19. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>
12. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19?. *Epidemiol Serv Saude.* 2020;29(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
13. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE [Internet]. <https://cidades.ibge.gov.br/>
14. Bridi MA. A pandemia Covid-19: crise e deterioração do mercado de trabalho no Brasil. *Estud Av.* 2020;34(100). <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.010>
15. Santos KOB. Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de Covid-19. *Cad Saude Publica.* 2020;36(12):1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178320>
16. Moreira MF, Silva WB, Santos Filho SB, et al. Covid-19 no ambiente de trabalho e suas consequências à saúde dos trabalhadores. *Saúde Debate.* 2021;45(2):107-22. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E208I>
17. Angelo JR, Machado CV, Lima LL, et al. Monitoramento da Covid-19 nas favelas cariocas: vigilância de base territorial e produção compartilhada de conhecimento. *Saúde Debate.* 2021;45(2):123-41. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021E209I>
18. Oliveira TS, Pereira AMM. Expressões das desigualdades no acesso aos serviços de saúde na América Latina: uma revisão de escopo. *Ciência e Saúde Coletiva* 2024;29(7):e04932024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.04932024>

19. Dantas MNP, et al. Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2021, 14(18): e210004. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210004>
20. Huang C, Wang Y, Li X, et al. Características clínicas de pacientes infectados com novo coronavírus de 2019 em Wuhan. Lancet. 2020;395(10223):497-506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
21. Teich VD, Klajner S, Almeida FAS, et al. Epidemiologic and clinical features of patients with Covid-19 in Brazil. Einstein (São Paulo). 2020;18: eAO6022. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2020AO6022](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022)
22. Neto FRGX, Barros EMC, Cavalcante FTS, et al. Descriptive study of the initial cases of Covid-19 in a city in the interior of Ceará, Brazil. Arch Med (Manizales). 2021;21(2):536-47. <https://doi.org/10.30554/archmed.21.2.3989.2021>
23. Pierron D, Pereda-Loth V, Mantel M, Moranges M, Bignon E, Alva O, et al. Smell and taste changes are early indicators of the Covid-19 pandemic and political decision effectiveness. Commun Nat. 2020; 11:5152. <https://doi.org/10.1038/s41467-020-18963-y>
24. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R,. Atenção primária à saúde em tempos de Covid-19: o que fazer?. Cadernos de Saúde Pública.2020;36(8):e00149720. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

#### **Contribuições dos autores:**

**Letícia Silveira Goulart** contribuiu para a concepção do manuscrito, análise dos dados, redação, revisão e correção do manuscrito. **Giulia Elena Tessaro** contribuiu para a coleta e análise dos dados, redação e revisão do manuscrito. **Ingyrd Rodrigues Xavier Docusse** contribuiu para a coleta e análise dos dados, redação e revisão do manuscrito. **Ricardo Alves Olinda** contribuiu para as análises estatísticas, revisão e correção do manuscrito. **Magda de Mattos** contribuiu para a concepção do manuscrito, análise dos dados, redação, revisão e correção do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.