

# Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP

Challenges of primary care in the COVID-19 context: the experience of Diadema, SP

*Desafíos de la atención primaria en el contexto de COVID-19: la experiencia de Diadema, SP*

Ferla Maria Simas Bastos Cirino<sup>1</sup>, Jussara Balbino Aragão<sup>2</sup>, Guilherme Meyer<sup>2</sup>, Daniela Silva Campos<sup>2</sup>, Anna Luiza De Fátima Pinho Lins Gryscek<sup>3</sup>, Lucia Yasuko Izumi Nichiata<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Prefeitura Municipal de Diadema, Secretaria de Saúde

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Diadema

<sup>3</sup> Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

## Resumo

**Problema:** A emergência da pandemia de Covid-19 desafiou a Atenção Primária à Saúde a modificar seus processos de trabalho para mitigar sua ocorrência, sem abandonar as ações programáticas que já vinham desenvolvendo. **Método:** Trata-se de um relato de experiência sobre a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) para enfrentamento da pandemia da Covid-19, por meio da descrição das ações e estratégias adotadas pelo município de Diadema (SP). **Resultados:** Apresenta: rotinas e linhas de cuidados prioritárias; visitas domiciliares e ações no território; atendimento à demanda espontânea; fluxo de atendimento para usuários com Síndrome Gripal; imunização e campanha de vacinação da gripe; vigilância dos casos; Saúde Bucal; ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e os procedimentos de enfermagem. Sintetiza o eixo operacional, as ações para o enfrentamento do Covid-19 e os desafios enfrentados. Desde o início da pandemia até janeiro de 2021, a APS foi o maior notificador municipal, responsável por 58% das notificações de casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. **Conclusão:** A pandemia reforça a necessidade de defesa do protagonismo da APS para a alocação de recursos financeiros, otimizando gastos e organizando fluxos para reduzir gastos desnecessários com internações hospitalares, tanto pela Covid-19, quanto pelas demais causas sensíveis à APS.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus; Pandemia.

### Autor correspondente:

Ferla Maria Simas Bastos Cirino.

E-mail: ferlacirino@hotmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

não se aplica

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 06/08/2020.

Aprovado em: 15/04/2021.

Editora Associada: Luciana Tricai Cavalini

**Como citar:** Cirino FMSB, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Gryscek ALFPL, Nichiata LYI. Desafios Da Atenção Primária No Contexto Da Covid-19: A Experiência De Diadema, SP. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2021;16(43):2665. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665)



## Abstract

**Problem:** The emergence of Covid-19 pandemic challenged Primary Health Care to modify its work processes to mitigate its occurrence, without abandoning the programmatic actions that were already being developed. **Method:** This is an experience report on the reorganization of Primary Health Care (PHC) to face the Covid-19 pandemic, by describing the actions and strategies adopted by the municipality of Diadema (SP). **Results:** Shows: priority care routines and lines; home visits and actions in the territory; meeting spontaneous demand; care flow for users with Flu Syndrome; influenza immunization and vaccination campaign; surveillance of cases; Oral Health; actions of the Extended Nucleus of Family Health and Primary Care and nursing procedures. It synthesizes the operational axis, the actions to face Covid-19 and the challenges faced. From the beginning of the pandemic until January 2021, PHC was the largest municipal notifier, responsible for 58% of Covid-19's suspected or confirmed case reports. **Conclusion:** The pandemic reinforces the need to defend the role of PHC for the allocation of financial resources, optimizing spending and organizing flows to reduce unnecessary spending on hospital admissions, both by Covid-19 and by other causes sensitive to PHC.

**Keywords:** Primary Health Care, Coronavirus Infections; Pandemics.

## Resumen

**Problema:** El surgimiento de la pandemia Covid-19 desafió a la Atención Primaria de Salud a modificar sus procesos de trabajo para mitigar su ocurrencia, sin abandonar las acciones programáticas que ya se estaban desarrollando. **Método:** Se trata de un informe de experiencia sobre la reorganización de la Atención Primaria de Salud (APS) para enfrentar la pandemia Covid-19, describiendo las acciones y estrategias adoptadas por el municipio de Diadema (SP). **Resultados:** Presenta: rutinas y líneas de atención prioritaria; visitas domiciliarias y acciones en el territorio; satisfacer la demanda espontánea; flujo de atención para usuarios con síndrome de influenza; campaña de inmunización y vacunación contra la influenza; vigilancia de casos; Salud bucal; acciones del Núcleo Extendido de Salud de la Familia y Atención Primaria y procedimientos de enfermería. Sintetiza el eje operativo, las acciones para enfrentar el Covid-19 y los desafíos enfrentados. Desde el comienzo de la pandemia hasta enero de 2021, PHC fue el notificador municipal más grande, responsable del 58% de los informes de casos sospechosos o confirmados de Covid-19. **Conclusión:** La pandemia refuerza la necesidad de defender el papel de la APS para la asignación de recursos económicos, optimizando el gasto y organizando los flujos para reducir el gasto innecesario en ingresos hospitalarios, tanto por Covid-19 como por otras causas sensibles a la APS.

**Palabras clave:** Atención Primaria de Salud, COVID-19; Pandemias

---

## Introdução

Inicia-se o ano de 2020 com a ameaça de uma nova doença causada pelo SARS-CoV-2. Identificado inicialmente em Wuhan, China, o SARS-CoV-2 espalhou-se rapidamente para outras cidades, em cerca de 30 dias, e depois de forma global. Em 11 de março de 2020 foi reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia e, em janeiro de 2021, o Brasil ocupava o terceiro lugar entre os países com maior número de casos e óbitos<sup>1,2</sup>.

A evolução da pandemia mostrou disseminação do vírus de forma exponencial e evolução rápida para o agravamento, resultando em uma extrema pressão sobre os sistemas de saúde de todos os países. A preparação prévia dos sistemas de saúde em todos os países, para a prevenção de infecções graves e para a identificação e suporte precoce dos casos se faz necessária e urgente<sup>3,4,5,6</sup>.

É reconhecido que um dos pontos cruciais no enfrentamento da Covid-19 é o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como protagonista na mitigação dessa pandemia, fortalecendo seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, especialmente, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária<sup>7,8,9,10,11,12</sup>.

O papel da APS na resposta à pandemia inclui: identificar e gerenciar casos suspeitos e confirmados precocemente; prevenir a transmissão do vírus entre os trabalhadores da saúde e contatos; reforçar a vigilância do território; promover a disseminação da informação acerca das medidas de prevenção, envolvendo a comunidade; e manter os serviços essenciais à população<sup>13</sup>.

No Brasil, a APS tem sido decisiva na ordenação do cuidado, no sentido de identificar precocemente os casos, com monitoramento e encaminhamento dos casos graves aos demais pontos de assistência.

O Protocolo de Manejo Clínico do Covid-19 na Atenção Primária<sup>14</sup> sugere a metodologia *fast-track*, que tem por base a triagem e a agilidade no atendimento aos casos suspeitos, estabelece um fluxograma de atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS), desde a porta até o atendimento, evitando a circulação desnecessária deste usuário em outros ambientes do serviço. No âmbito dos Estados foram organizados comitês de enfrentamento e elaborados planos de contingência, como os de São Paulo<sup>15</sup> e de Santa Catarina<sup>16</sup>. Os municípios, responsáveis pela gestão da APS, responderam reorganizando suas redes de atenção à saúde com base no conhecimento de seu território e da vigilância epidemiológica.

O desafio de responder à emergência de uma nova pandemia colocou em xeque atributos essenciais da APS como acesso ao primeiro contato e longitudinalidade do cuidado. Exigiu reorganização dos processos de trabalho que, além de garantir o cuidado e a vigilância dos casos de Covid-19, possa, também, assegurar a continuidade das ações prioritárias da APS. Esse artigo tem como objetivo descrever os desafios enfrentados para reorganização da APS no contexto da Covid-19, no município de Diadema, São Paulo.

## Método

Trata-se de um relato de experiência sobre os desafios enfrentados para reorganização da APS no contexto da pandemia da Covid-19, por meio da descrição das ações e estratégias adotadas pela APS de Diadema, São Paulo, a partir da perspectiva da coordenadora da APS, da enfermeira da equipe técnica e apoiadora institucional da APS, de uma gerente de UBS e do coordenador de projetos da Secretaria Municipal de Saúde, coautores no presente artigo.

Diadema possui população estimada pelo IBGE, em 2019, de 423.884 habitantes, distribuídos em uma área de 30,7 km<sup>2</sup>, 100% urbanizada. Está inserida na microrregião do Grande ABC, apresentando a segunda maior densidade demográfica do país, com 12.536,99 hab/km<sup>2</sup>. Tem pirâmide etária de base mais larga, com índice de envelhecimento - proporção de pessoas de 60 anos e mais por 100 indivíduos de 0 a 14 anos - de 56,47%, inferior ao da Região Metropolitana de São Paulo (73,67%) e ao do Estado de São Paulo (81,11%). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) demonstra que a qualidade de vida e o desenvolvimento econômico da população de Diadema estão entre os menores da microrregião do Grande ABC. De acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), mais de 20% da população apresenta vulnerabilidade social alta ou muito alta e 10,5% vive em aglomerados urbanos subnormais<sup>17</sup>. Em janeiro de 2021 o município apresentava uma rede de APS composta por 20 UBS, capilarizada nos 30,7 km<sup>2</sup> de extensão do município, todas atuando sob o modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e sob administração direta. Nas 20 UBS distribuíam-se, de acordo com critérios de territorialização, 96 equipes de Saúde da Família (eSF), cada uma responsável por cerca de 4.300 pessoas. Além das eSF, 67 equipes de Saúde Bucal (proporção de 0,7:1) e 11 equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) também atuavam nas UBS. A ESF cobria 100% da população do município. Estimava-se que cerca de 80% da população utiliza intensivamente o SUS<sup>17</sup>. Um percentual considerável das equipes apresentava média de população adscrita superior à recomendação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e esse problema vem sendo amplamente discutido, sendo apontado como prioridade no Plano Municipal de Saúde vigente no quadriênio 2017-2021.

Entre os anos de 2017 e 2020, a coordenação da APS recompôs as equipes e fez grandes contratações de médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para manter as eSF e NASF-AB o mais completas possível. Durante a pandemia, as equipes sofreram com os afastamentos e adoecimentos,

além de dificuldade de reposição imediata das demissões, aposentadorias e exonerações que totalizaram percentuais inferiores a 5% de todos os profissionais de saúde da APS do município.

Desde 2018, a rede de APS está informatizada, utilizando o Prontuário Eletrônico do Cidadão, da estratégia e-SUS APS, com instalação única, que permite a leitura e registro em prontuário único do usuário, com acesso em todas as 20 UBS.

Desde 2017, o município vem implantando o Acesso Avançado. Atualmente, onze das 20 UBS adotam este modelo de organização da agenda. O Acesso Avançado tem como única regra: “Faça o trabalho de hoje, hoje!”. É uma forma de organização do serviço que permite que pessoas busquem a unidade por quaisquer problemas de saúde, seja ele urgente, de rotina ou prevenção, tendo sua demanda atendida no mesmo dia ou em até 48 horas. Em artigo anterior, descrevendo a influência da implantação do Acesso Avançado sobre o atendimento de usuários numa Unidade de Saúde da Família no município de Diadema, mostrou-se que esta estratégia foi efetiva na ampliação do acesso ao serviço de saúde, gerando também efeitos positivos na organização da agenda e dos processos de trabalho das equipes<sup>18</sup>.

A coordenação da APS em Diadema era formada por equipe multiprofissional composta pela coordenadora (enfermeira), uma assistente social e um profissional da Tecnologia da Informação (equipe técnica) e por três enfermeiras, uma médica, uma nutricionista, duas cirurgiãs-dentistas e uma psicóloga que, além de comporem a equipe técnica, realizam o apoio institucional das 20 UBS. Cada profissional – apoiador – assumia a atribuição de apoio a um conjunto de duas a quatro UBS. A gestão tomou como referência conceitual a cogestão, tendo por método de apoio a Paideia, desenvolvido por Campos<sup>19</sup> e que trata de efetivar a gestão democrática e ampliar a capacidade dos sujeitos para analisar, tomar decisões e reconhecer a realidade como mutável, buscando transformá-la.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Diadema contava, ainda, com um hospital porta aberta, um pronto socorro e dois prontos atendimentos. O Hospital Municipal (HM) foi transformado em hospital de referência municipal para internações Covid-19, com a conversão de leitos gerais em leitos exclusivos, sendo 20 leitos de UTI e 61 leitos de enfermaria, no pico da pandemia. A RAS contava, também, com um Pronto Socorro na região central e dois Prontos Atendimentos: um na região norte e outro na região sul da cidade, que juntos com o SAMU, compunham a Rede de Urgência e Emergência (RUE) do município.

### **Reorganização do processo de trabalho na APS para o enfrentamento da Covid-19**

De forma imediata e antecipando-se à maioria dos municípios brasileiros, Diadema instituiu o Comitê de Contingência do Novo Coronavírus, em 06 de fevereiro de 2020 (sessenta dias antes do primeiro caso de Covid-19 confirmado no município). O comitê foi composto por membros de todos os serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em reuniões semanais, foram estabelecidos fluxos e realizadas pactuações entre os entes da RAS, realizados cálculos para a provisão de insumos e Equipamentos de Proteção Individual (EPI), revistos contratos de fornecimento e discutido o plano de contingência de leitos hospitalares.

Numa ação conjunta envolvendo o Comitê, os equipamentos da RAS e os serviços privados de saúde do município, realizou-se, em 06 de março de 2020, o lançamento do Plano Municipal de Enfrentamento à Covid-19, com diretrizes voltadas ao manejo clínico dos casos suspeitos, vigilância e biossegurança.

A capilaridade das equipes de ESF é uma vantagem brasileira no enfrentamento contra a Covid-19<sup>20</sup>. Diante dessa premissa, Diadema decidiu descentralizar as ações de enfrentamento e mitigação desta pandemia, mantendo suas 20 UBS com acesso aberto e facilitado para os sintomáticos respiratórios e

reorganizando seus processos de trabalho. Reforçou-se a necessidade do fortalecimento da APS, sendo ela porta de entrada prioritária do sistema e provedora de atenção ao primeiro contato como a principal estratégia para atender os casos leves e referenciar os casos de maior gravidade, com vistas a reduzir a sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade.

A coordenação da APS de Diadema elaborou documento técnico para orientar a reorganização do processo de trabalho local, no sentido de responder às seguintes demandas de atenção: linhas de cuidado prioritárias (hipertensão e diabetes, sobrepeso e obesidade, materno infantil e saúde mental); demandas espontâneas por queixas agudas ou doenças crônicas agudizadas; casos suspeitos de Covid-19; e ações preventivas de mitigação internas à unidade de saúde e no território. Apresenta-se, no Quadro 1, uma síntese das principais ações implementadas.

**Quadro 1.** Eixo operacional, ação e detalhamento da ação implementada na rede da APS para o enfrentamento da Covid-19. Diadema, São Paulo, 2020.

Eixo operacional	Ação	Detalhamento da ação
Estrutura, Ambiência e Organização	Atendimento às rotinas e linhas de cuidados prioritárias	Suspensa grande parte das rotinas das UBS. Mantidos os atendimentos às linhas de cuidado prioritárias, com acesso aberto e facilitado, em demanda espontânea.
	Atendimento à demanda espontânea	Implantado o acesso aberto para atendimento às demais queixas agudas ou crônicas agudizadas, com escuta qualificada e maior resolutividade na resposta às demandas e necessidades da população, evitando encaminhamentos desnecessários para outros pontos da atenção.
	Implantação do fluxo de atendimento para usuários com SG	Estabelecido <i>fast track</i> com fluxo direcionado para atendimento pela “Equipe Covid”, composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, reduzindo a circulação dos sintomáticos na UBS e agilizando atendimento. As escalas eram diárias e a “Equipe Covid”, no dia da sua escala, prestava assistência apenas a casos suspeitos. Separação de fluxo, distanciamento e biossegurança reforçados para proteção de usuários e profissionais. Cada UBS separou uma área específica de atendimento dos sintomáticos e, grande parte organizou uma entrada específica para casos suspeitos.
	Imunização	Mantidas as imunizações de rotina, com recomendações de distanciamento entre os usuários em fila e medidas de prevenção.
	Campanha da gripe	Realizada nas escolas municipais do território, evitando a exposição dos grupos com maior vulnerabilidade e mantendo a capilaridade da rede. Acamados e restritos foram vacinados nos domicílios.
Organização da Agenda	Visita Domiciliares da eSF	Realizadas VD aos usuários mais vulneráveis, discutindo-se com a equipe os benefícios da VD e riscos de exposição do paciente. Ações de prevenção no território foram planejadas em conjunto com a comunidade e conselhos gestores.
	Atendimento em Saúde Bucal	Realizados apenas os atendimentos dos casos de urgência, sem procedimentos geradores de aerossóis, encaminhando-se para o Centro de Especialidades Odontológicas os casos mais complexos. As consultas e tratamentos programáticos eletivos foram suspensos.
	Atendimento pelo NASF-AB	Mantidos os atendimentos (presenciais ou por teleatendimento) dos casos complexos já acompanhados pelos NASF-AB. Os casos eram discutidos entre NASF-AB, eSF e equipes de apoio matricial para construção de planos terapêuticos que definiam a melhor modalidade (presencial ou a distância) para acompanhamento desses casos. Profissionais da saúde mental ofereciam apoio aos profissionais de saúde, localmente, através de práticas de relaxamento; e à distância, teleatendimento aos profissionais afastados.
	Renovação de Receitas de Uso Contínuo	Mantidas as renovações de receitas de uso contínuo, de forma facilitada, para o familiar do usuário ou presencial por demanda espontânea. As receitas de hipertensão e diabetes tiveram suas validades aumentadas.
	Procedimentos de Enfermagem	Realizados curativos complexos; suturas e retirada de pontos; cateterismo vesical de demora; administração de medicamentos. Inalações realizadas apenas quando a prescrição não pudesse ser dispensada e com biossegurança.
	Coleta de Exames Laboratoriais	Mantida a rotina de exames de pré-natal, casos descompensados e exames solicitados pela especialidade para evitar atrasos nos retornos dos pacientes referenciados e acompanhados em outros serviços especializados.

Educação em Saúde	Manejo clínico da Covid-19	Disponibilizadas diretrizes norteadoras e documentos técnicos de apoio para os profissionais da assistência, discutindo cada atualização no manejo dos casos. Implantada a abordagem sindrômica, conforme orientação do MS.
	Ações de mitigação no território	Desenvolvidas inúmeras ações de mitigação no território. Essas ações contaram com o protagonismo dos ACS, que desempenharam papel de suma importância no território, como: orientações das medidas de prevenção da Covid-19, distribuição de cerca de 100 mil máscaras de tecido nos domicílios, em locais de aglomeração, em feiras livres e outros pontos estratégicos do território. As ações contavam com a participação popular e conselho gestor, discutindo estratégias de isolamento domiciliar e abordagem deste tema com a comunidade.
Educação permanente	RT-PCR, Testagens	Realizados treinamentos de mais de 70% dos enfermeiros da eSF para coleta do swab de naso e orofaringe, além do teste rápido imunológico.
	Uso correto de EPI	Realizados treinamentos <i>in loco</i> de profissionais da saúde, para uso correto do EPI (paramentação e desparamentação), além de oficinas de biossegurança.
Vigilância	Monitoramento dos casos de Síndrome Gripal (SG) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG)	Monitoramento dos casos a cada 24 horas, por meio remoto ou VD, reforçando orientações de medidas preventivas no domicílio e isolamento domiciliar. Estabelecido fluxo de informação diário onde cada UBS recebia informação dos casos de SG e SRAG de residentes atendidos em outros pontos de atenção ou outros municípios, por meio de uma planilha de casos enviada pela Vigilância Epidemiológica municipal.

A atualização dos fluxos, em resposta à emergência em saúde pública, foi discutida entre os apoiadores institucionais, elencando-se potencialidades e fragilidades do processo em cada UBS, de modo a promover implantações personalizadas de acordo com a realidade de cada serviço e território. Por fim, a reorganização do processo de trabalho local foi monitorada e acompanhada pelo apoiador de cada unidade.

## Resultados

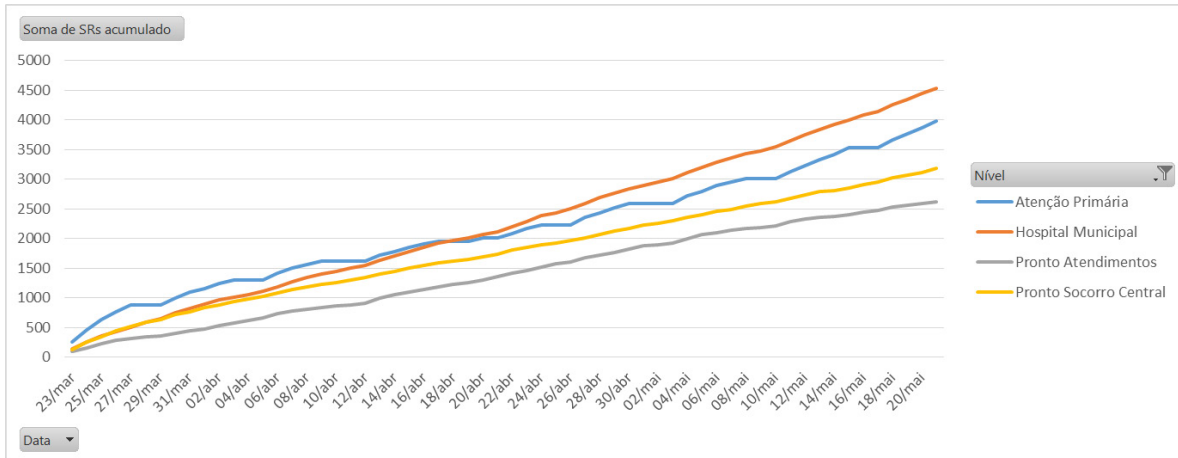
Diadema teve seu primeiro caso confirmado em 06 de abril de 2020 e, até 20 de janeiro de 2021, apresentou 13.053 casos confirmados, 517 óbitos e 4,0% de letalidade. Dos óbitos por Covid-19, 82% tinham doenças preexistentes e 76% apresentavam idade superior 60 anos. A taxa de incidência acumulada de 3.320 casos por 100 mil habitantes está abaixo das taxas do Brasil e do Estado de São Paulo, com 4.079 e 3.580 casos por 100 mil habitantes, respectivamente, porém a taxa de letalidade encontra-se superior as taxas do Brasil e do Estado de São Paulo, com 2,4 e 3,0% respectivamente <sup>21</sup>

Durante o período de pandemia, os estabelecimentos da rede municipal de saúde realizaram o controle diário do número de sintomáticos respiratórios atendidos. Foram considerados todos os atendimentos de usuários que apresentassem sintomas respiratórios quaisquer, independente da gravidade, tendo ou não critério de notificação. Os dados foram coletados no período de 23 de março a 21 de maio de 2020, correspondendo a 60 dias de atendimento.

O município de Diadema atendeu, neste período, um total acumulado de 9.424 usuários com sintomas respiratórios, dos quais 2.841 no Hospital Municipal, 2.594 no conjunto das 20 UBS, 2.172 no Pronto Socorro Central e 1.817 nos dois Prontos Atendimentos (PA Paineiras e PA Eldorado) (Gráfico 1).

Avaliando os atendimentos da APS, neste período, pôde-se observar que o número de atendimentos de sintomáticos representou 10,2% do total de atendimentos realizados.

AAPS apresenta o maior número de atendimentos de sintomáticos respiratórios do município entre os dias 23 de março e 17 de abril de 2020, quando o Hospital Municipal a ultrapassou em número de atendimentos acumulados, como pode ser visto no Gráfico 1.

**Gráfico 1.** Série temporal cumulativa do número de atendimentos de sintomáticos respiratórios, Diadema, 2020.

Até 20 de janeiro de 2021, o município tinha registrado 30.816 notificações de residentes atendidos no município, sendo 58,1% notificados pelas UBS, 10,2% pelos serviços de urgência e emergência municipais e 6,9% pelo Hospital Municipal.

## Discussão

A APS de Diadema mostrou seu protagonismo no enfrentamento da pandemia da Covid-19, superando o número de notificações de todos os serviços de saúde do município. O monitoramento dos casos e de seus contatos, tanto dos atendidos na APS quanto nos outros pontos da RAS e em outros municípios, de forma sistemática e contínua, também, mostrou-se como uma importante estratégia do município no combate à pandemia, isolando precocemente os sintomáticos e seus contatos, monitorando-os e orientando quanto às medidas de prevenção.

A participação dos ACS e dos líderes comunitários nas ações de prevenção no território, também, se mostrou uma importante estratégia de mitigação. A opção municipal de capilarizar o atendimento dos sintomáticos, fortalecendo as UBS como porta de entrada dos casos suspeitos e ordenadora do cuidado, reduziu a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência que estavam preparados para o atendimento dos casos mais graves. Essas estratégias corroboram com estudos que apontam que as fortalezas da APS se encontram na capilaridade, na responsabilidade territorial e na orientação comunitária<sup>20,22</sup>.

Garantir o acesso aos cuidados primários à saúde, em tempo oportuno, é um dos maiores desafios dos sistemas públicos de saúde, tanto no Brasil quanto em outros países<sup>23</sup>. A pandemia por Covid-19 exigiu da APS de Diadema rápida organização, de forma a ser resolutiva, facilitando o acesso ao sistema, a fim de garantir o atendimento do usuário pela equipe de referência e em tempo oportuno.

Neste sentido, a ampliação do acesso que, desde 2017, vinha sendo desenvolvida no município foi oportuna para dar agilidade à reorganização dos processos locais e ambiência das UBS. Onze UBS já mantinham cerca de 70% das suas agendas livres para atendimento da demanda espontânea<sup>18</sup>. Para estas, poucas foram as alterações para os novos fluxos propostos para o enfrentamento da Covid-19. As demais tiveram pouco tempo para adaptações e mudanças na organização de seus processos de trabalho, para prestar assistência com agendas abertas e acesso facilitado para todas as demandas e necessidades da população.

As UBS tiveram que adequar seus fluxos de modo a garantir que a APS mantivesse a capilaridade da rede, ampliando o acesso à população. Com receio de que a demanda dos sintomáticos fosse avassaladora,

houve suspensão inicial de algumas rotinas da UBS, o que resultou em perda nos seguimentos de rotina dos pacientes crônicos. Essa população mais vulnerável ao vírus passou a não procurar o serviço, talvez por medo de contrair a doença.

O empenho em amenizar a ansiedade e o temor das equipes e da comunidade frente ao desconhecimento sobre o processo de adoecimento e transmissibilidade do vírus, também, foi um desafio. Por parte dos profissionais, houve recusa no atendimento de sintomáticos, sinalizando que uma parcela deles não entendia a responsabilidade da APS na estratégia de enfrentamento e sentia medo da contaminação de si e seus familiares. Houve, também, muita resistência dos ACS na manutenção de suas atribuições no território e as resistências foram amplamente discutidas com a gestão na tentativa de minimizá-las e reforçar a importância deste profissional na mitigação da pandemia. Estudo nacional apontou baixa permanência do ACS atuando no território, nas diferentes regiões brasileiras, tendo suas atividades suspensas ou se concentrando em atividades internas<sup>24</sup>.

Ainda em março de 2020, muitos profissionais de saúde portadores de comorbidades e gestantes foram afastados mediante decreto municipal, seguindo as recomendações da OMS. Tal iniciativa, por um lado, tranquilizou os trabalhadores com maior vulnerabilidade, enquanto, por outro, fragilizou a oferta de serviços e sobrecarregou as equipes pela redução do número de profissionais disponíveis para dividir as escalas, a exemplo da equipe de enfermagem que, segundo o COFEN (Conselho Federal de Enfermagem), contabilizou 660% de aumento de afastamentos na segunda quinzena abril de 2020<sup>25</sup>.

Aos profissionais que permaneceram na assistência, manteve-se a atenção quanto à possível manifestação de sintomas, com afastamento e realização de exame RT-PCR sempre que indicado. Os afastamentos de curta e longa duração, por Covid-19 ou devidos a outras causas, se fizeram sentir nas UBS, sobretudo naquelas onde a incompletude de equipes já se apresentava como fator limitante à produção de serviços. Estudos realizados com profissionais de todo país apontaram que 72% referiram ter tido, na UBS, algum trabalhador afastado por suspeita ou confirmação de Covid-19<sup>24</sup>.

Diante da escassez de recursos humanos e da pressão da demanda de atendimentos, a suspensão de parte das ações de rotina foi importante para a garantia do atendimento prioritário dos sintomáticos respiratórios e manutenção do acolhimento às demais demandas espontâneas, sem a contratação ou remanejamento de profissionais para as UBS. Talvez tenha sido essa a decisão mais difícil da gestão por saber do possível impacto negativo desta sobre os indicadores de saúde da população. Essa, também, foi uma preocupação apontada pelos pesquisadores do inquérito nacional sobre o enfrentamento da pandemia na APS brasileira<sup>24</sup>.

No que diz respeito à população, houve os que se manifestaram contrários à postergação dos atendimentos de rotina e outros que manifestaram medo da contaminação nos serviços de saúde, com receio em relação à visita do ACS, cuja forma de atuação também foi revista. As visitas domiciliares, com ingresso na residência dos munícipes, foram interrompidas, compensadas pelo aumento de seu protagonismo no monitoramento dos casos, sobretudo, quando este não podia ser feito à distância. A presença dos mais de 400 ACS junto à comunidade viabilizou a atuação de uma rede de investigação de casos de residentes, além da condução de ações de educação em saúde, distribuição de máscaras nas residências, comércios locais e outros pontos de referência do território.

Quanto à adequação da ambiência das unidades para operacionalização do *fast track*, foi necessária alguma dose de improviso, diante das diversas estruturas físicas das UBS, muitas sem espaços externos



para espera, ou mesmo espaços internos com entrada e saída distintas que garantissem a circulação mínima do usuário. Algumas UBS contaram com apoio de outros setores da administração municipal na montagem de tendas para triagem dos sintomáticos, enquanto outras adaptaram salas próximas à entrada para servirem como consultório exclusivo dos sintomáticos. Em estudo de base nacional, 80% dos gestores apontaram ter feito adaptações nas UBS para separar fluxos de atendimento, dentro ou fora dos serviços<sup>24</sup>.

Quanto aos suprimentos, apesar de não ter ocorrido desabastecimento dos EPI, houve uma corrida na compra desses insumos, trazendo estresse e incertezas para toda a equipe técnica da coordenação e para os gerentes que, pressionados pelos profissionais, sindicatos e Ministério Público do Trabalho, não sabiam se contariam com EPI suficientes para aguardar a próxima entrega. Tal dificuldade foi vivenciada por municípios em todo o país, como resultado da alta procura que desabasteceu o mercado e impôs restrições para aquisição. Em função do baixo consumo médio mensal histórico das UBS, notou-se que, provavelmente, antes da pandemia, os profissionais não fizessem uso adequado dos EPI preconizados. Mostrou-se, assim, urgente a necessidade de recalcular a estimativa de consumo de tais insumos e readequar a grade de abastecimento com vistas a garantir a biossegurança dos profissionais da rede. Estudo nacional realizado na APS explicitou a magnitude da escassez de EPI na pandemia, com piores situações de carência apontadas por profissionais das Regiões Norte e Nordeste do país<sup>24</sup>.

A análise dos dados de atendimento mostrou o protagonismo da APS no enfrentamento da Covid-19 no município de Diadema, com número de atendimento similar ao realizado no Hospital Municipal, que funciona 24 horas por dia nos sete dias na semana. Ao fortalecer a APS como porta de entrada no sistema municipal, reforçam-se a longitudinalidade e coordenação do cuidado e a capilaridade da rede de APS, além de reduzir a sobrecarga nos prontos atendimentos e hospital.

Os atendimentos da APS de Diadema foram realizados com base na abordagem sindrômica, protocolo indicado pelo Ministério da Saúde, que defende ser imprescindível que os serviços da APS trabalhem nesta lógica, focando na abordagem clínica da SG e da SRAG. Optou-se por esta estratégia por entender-se que, durante o outono e inverno, ocorre circulação de múltiplos agentes virais causadores das duas síndromes. A abordagem pragmática dos casos é de suma importância e a estratificação é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente na APS ou para referenciá-lo<sup>4</sup>.

Reconhece-se que a APS deve ter seu protagonismo reconhecido pela rede de atenção à saúde e apresentar capacidade operacional para detectar e tratar, em tempo hábil, casos leves e moderados, com grande potencial de identificar precocemente os casos graves que devem ser manejados em serviços especializados, mantendo a coordenação do cuidado e a longitudinalidade. Sob essa lógica, toda a rede de saúde deve ter a clareza do seu papel em uma perspectiva sistemática de suas funções. Sem esse planejamento estratégico e dinâmico, o colapso do sistema de saúde pode ocorrer rapidamente diante da capacidade de infecção do SARS-CoV-2<sup>26</sup>. No entanto, a pandemia por Covid-19 evidenciou vários desafios: garantir acesso seguro ao serviço com adequação de estrutura física e atendimento online; proteger os profissionais de saúde; garantir longitudinalidade do cuidado; fortalecer a abordagem familiar e comunitária<sup>27</sup>. Nesta experiência, foi possível identificar pontos nevrálgicos para adequação do processo de trabalho frente à necessidade urgente que se impôs. Esses desafios podem ser contextualizados em quatro macroprocessos: reorganização dos processos locais e ambiência, fornecimento de suprimentos, comunicação institucional e articulação com a RAS.

A comunicação entre a coordenação, apoiadores institucionais e gerentes é um desafio constante e ficou inicialmente bastante comprometida pelo decreto de quarentena que proibiu reuniões presenciais. Com a necessidade de implantação de fluxos que envolviam manejo clínico e normativas técnicas, os impasses de comunicação ficaram ainda mais evidentes. Utilizaram-se inúmeras ferramentas: comunicação por e-mail, reuniões em plataformas de videoconferência, grupos de WhatsApp, mas se percebia que a distância dificultava a discussão dos processos de mudanças e, em algumas ocasiões, foi necessário o encontro presencial.

As constantes mudanças das recomendações por parte do MS foram outro desafio aos processos de trabalho, dado que, em muitas vezes, não houve tempo suficiente entre a disseminação e assimilação de uma certa definição e sua já imediata alteração. Os esforços para amenizar os desdobramentos da comunicação inadequada couberam à equipe de apoiadores institucionais, que mantiveram rotina diária de comunicação com as UBS.

No que tange à rede de atenção à saúde, é importante destacar a articulação entre os serviços por meio do Comitê de Contingência do Novo Coronavírus, onde eram discutidos os fluxos e o papel de cada serviço no atendimento da população. No início, porém, foram observadas fragilidades na execução das mudanças, fluxos e propostas discutidas e pactuadas pelo Comitê, identificando-se informações conflitantes entre os serviços da rede. Destaca-se, ainda, que o município discutiu e pactuou com a RAS um protocolo sistematizado de referência e contrarreferência para acompanhar e tratar sequelas pós Covid-19, preenchendo a lacuna de assistência após hospitalização.

O papel da APS deve ir muito além de um espaço de triagem e de acompanhamento de casos leves. A promoção da saúde e a prevenção tem importância fundamental no controle da pandemia pelo novo coronavírus no Brasil, diante da falta de evidência científica robusta de tratamentos específicos para esta doença e do longo caminho para a produção de vacina em larga escala<sup>20</sup>. É importante trabalhar na perspectiva de fortalecer orientações à comunidade, discutindo estratégias de prevenção e de isolamento domiciliar. É a qualidade dessas orientações que pode frear o crescimento da doença. “Só a APS pode garantir a suficiência de leitos UTI”<sup>27</sup>.

Relatos exitosos nacionais e internacionais apresentam a telemedicina como estratégia para o enfrentamento desta pandemia, contudo esta não é uma realidade para grande parte dos municípios brasileiros que não tem acesso à informatização nos consultórios das equipes<sup>11,26</sup>. No Brasil, o Congresso Nacional aprovou a Lei nº 13.989/20, que autorizou a telemedicina sem a presença de um profissional ao lado do paciente, enquanto durar a pandemia, promovendo aceleração das discussões sobre essa ferramenta, oportunizando que serviços públicos e privados pudessem experimentar o atendimento médico a distância. Houve um crescente movimento das entidades de classe para regulamentar essa ferramenta que permitiu a aproximação de profissionais e pacientes e, rapidamente, as empresas, instituições e municípios exploraram a telemedicina para atender à demanda da população, vivenciando diferentes níveis de aceitação, benefícios e críticas à esta nova forma de atendimento em saúde<sup>28</sup>.

Em Diadema, mesmo na ausência de soluções formais para a telemedicina, outros recursos tecnológicos cotidianos, institucionais ou pessoais, como telefonia fixa, telefonia móvel, aplicativos de mensagens e plataformas de reuniões online foram utilizados no monitoramento de casos suspeitos e confirmados de Covid-19. O teleatendimento foi uma tecnologia incorporada na rotina da eSF, também,

para seguimento dos portadores de doenças crônicas, sobretudo àqueles acamados e, na equipe de saúde mental (NASF-AB), para seguimento de casos já acompanhados.

A mídia e os meios de comunicação vêm publicando inúmeros cálculos sobre leitos de unidade de terapia intensiva, porém não se tem divulgado o impacto desta pandemia na APS. Tendo em vista que, segundo o MS, 80% dos casos serão atendidos na APS, isso pode significar grande impacto na demanda por atendimento.<sup>27</sup>

Embora muitos países estejam mais aptos a gerenciar ameaças de doenças infecciosas do que no passado, essas melhorias geralmente têm sido pequenas em escala e de escopo limitado. Respostas rápidas de enfrentamento às ameaças de saúde pública somente se tornam possíveis, se houver motivação política, investimento adequado e conhecimento técnico<sup>29,30</sup>.

É evidente que os sistemas de saúde precisam fazer mudanças sistêmicas maiores, para responder de maneira mais eficiente e eficaz quando a próxima epidemia chegar. Ao fortalecer a APS, cria-se parte da infraestrutura capaz de combater epidemias e profissionais de saúde melhor preparados para monitorar os padrões de doenças e capazes de alertar ao mundo possíveis novos surtos<sup>31,32</sup>.

Ao longo dos 32 anos de sua existência, o SUS vem sofrendo com uma política de financiamento desfavorável ao seu aprimoramento e mais do que isso, em anos recentes deparando-se com um processo de subfinanciamento e desfinanciamento<sup>33</sup>. A política de financiamento da APS do Governo Federal, em legislação do final de 2019, segundo análises, prioriza o cuidado individual e o atendimento à demanda espontânea, descaracterizando o processo de trabalho e organização das ações, comprometendo atributos da APS. Análises vislumbram que as práticas na APS e na ESF, certamente, serão afetadas pelas ameaças ao trabalho multiprofissional das equipes, com prioridade ao pronto atendimento e o enfraquecimento do enfoque territorial comunitário. Além disso, ao considerar apenas a população cadastrada para o repasse de recursos federais, a chamada “Capitação Ponderada”, rompe com a universalidade e equidade do SUS, podendo significar perdas financeiras expressivas para muitos municípios, já sobrecarregados com investimentos próprios designados para a saúde<sup>34,35</sup>.

Esta epidemia evidencia que o sucesso do enfrentamento à Covid-19, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros dependem de uma política de Estado em torno de uma agenda que de fato coloque a importância da APS nas agendas dos governos.

## Conclusão

Muitos foram os desafios no enfrentamento da Covid-19, em Diadema, no contexto da APS. Ainda que houvesse uma rede que, nos três anos anteriores, construía um processo de trabalho em saúde pautado na ampliação do acesso, no fortalecimento da APS como porta de entrada e atenção ao primeiro contato, na resolubilidade da equipe frente às demandas da população e no enfoque no território, notou-se que não estava suficientemente fortalecida para o enfrentamento do novo coronavírus e suas consequências nos âmbitos profissional, social e econômico.

A pandemia reforça a necessidade de defesa do protagonismo da APS para a alocação de recursos financeiros, com objetivo de otimizar os gastos do sistema e organizar fluxos de pacientes, visando reduzir gastos desnecessários com internações hospitalares, tanto pela Covid-19, quanto pelas demais internações por causas sensíveis à APS.

Este relato descreveu as ações desenvolvidas pela APS de Diadema na resposta à pandemia da Covid-19, apontando as dificuldades e desafios enfrentados, mas não analisou o impacto dessas ações no controle e na mitigação da pandemia, sendo essa uma fragilidade do estudo.

Ainda são escassos os estudos nacionais sobre o papel da APS no enfrentamento dessa pandemia. Espera-se que este relato possa contribuir com as discussões acerca do enfrentamento da Covid-19 na APS brasileira e fomentar mudanças na política e nas práticas de saúde. Pretende-se contribuir para promover um movimento das equipes e municípios em estudar e publicar suas experiências no enfrentamento dessa e de outras pandemias.

## Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Contribuição dos autores

### Os autores contribuíram da seguinte forma na construção do artigo:

Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do trabalho, ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados: FMSBC, JBA, GM, DSC, ALFPLG e LYIN.

Elaboração do rascunho do trabalho, ou sua revisão crítica para conteúdo intelectual importante: FMSBC, JBA, GM, DSC, ALFPLG e LYIN.

Aprovação final da versão a ser publicada: FMSBC, JBA, GM, DSC, ALFPLG e LYIN.

Concordância em prestar contas de todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à acurácia ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas: FMSBC, JBA, GM, DSC, ALFPLG e LYIN.

## Referências

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) Situation Report – 153 [Internet]. 2020a. [2020 Jun 22]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200621-covid-19-sitrep-153.pdf?sfvrsn=c896464d\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200621-covid-19-sitrep-153.pdf?sfvrsn=c896464d_2)
2. Livingston E; Bucher K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*. 2020;323(14):1335. doi:10.1001/jama.2020.4344. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4344>
3. Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. *China CDC Weekly*. 2020 [2020 jun 20]. <http://weekly.chinacdc.cn/en/article/id/e53946e2-c6c4-41e9-9a9b-fea8db1a8f51> DOI: <https://doi.org/10.46234/ccdcw2020.032>
4. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet Journal*. 2020;395(10228):931-934. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5) DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
5. Heymann DL, Shindo N. COVID-19: o que vem a seguir para a saúde pública? *The Lancet Journal*. 2020;395(10224):542-545. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30374-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30374-3) DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30374-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30374-3)
6. World Health Organization. Coronavirus, overview, prevention, symptoms. [Internet]. 2020b. [2020 Jun 18]. Disponível em: [https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3)
7. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. Role of primary care in the COVID-19 response [Internet]. 2020c. [2020 Jun 18]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>.

8. Garg S, Basu S, Rustagi R, Borle A. Primary healthcare facility preparedness for outpatient service provision during the COVID-19 pandemic in India. *JMIR Public Health Surveill* [Internet]. 2020 [2020 Mai 26]; doi: 10.2196/19927. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32452819/?from\\_term=primary+care+COVID-19&from\\_filter=ds1.y\\_1&from\\_page=2&from\\_sort=date&from\\_pos=3](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32452819/?from_term=primary+care+COVID-19&from_filter=ds1.y_1&from_page=2&from_sort=date&from_pos=3) PMID: 32452819
9. Mash B. Primary care management of the coronavirus (COVID-19). *South African Family Practice*, 2020; 62(1): 4 pages. doi:<https://doi.org/10.4102/safp.v62i1.5115> DOI: <https://doi.org/10.4102/safp.v62i1.5115>
10. Duckett S. What should primary care look like after the COVID-19 pandemic?. *Australian Journal of Primary Health* [Internet]. 2020 [2020 Mai 27]. Available from: <https://www.publish.csiro.au/py/pdf/PY20095> DOI: <https://doi.org/10.1071/PY20095>
11. Dumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB et al. O papel da atenção primária no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública* 2020; 36(X):e00104120. doi: 10.1590/0102-311X00104120 DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=622019&indexSearch=ID> (acessado em 24/Abr/2020).
13. Cirino FMSB, Aragão JB, Figueiredo RM, Estequi JG, Pereira EG, Domingos CMH, et al. Organização das ações em emergências pandêmicas na Atenção Primária à Saúde: o caso da COVID 19. In: Alvarez AM, Lopes AC, Kalinowski CE, Caldas CP, Nascimento ERP, Tallo FS, et al, organizadores. *Especial Covid-19: Ciclo 1*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (Covid-19) na atenção primária à saúde: versão 9. Brasília. 2020 [2020 jun 22]. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>
15. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. Plano de Contingência do Estado de São Paulo para Infecção Humana pelo novo Coronavírus - 2019-nCoV. 2020. [2020 Jun 18]. Disponível em: [https://www.spsp.org.br/PDF/PlanoContingenciaEstadoSaoPaulo\\_Infec%CC%A7caoHumanaNovoCoronavirus%202019nCoV.pdf](https://www.spsp.org.br/PDF/PlanoContingenciaEstadoSaoPaulo_Infec%CC%A7caoHumanaNovoCoronavirus%202019nCoV.pdf)
16. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde Plano de Contingência para resposta às Emergências em Saúde Pública – Doença pelo Sars-Cov-2 Covid-19. 2020. [2020 Jun 18]. Disponível em: [https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Plano\\_contingencia\\_para\\_respostas\\_as\\_emergencias\\_em\\_saude\\_publica.pdf](https://www.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Plano_contingencia_para_respostas_as_emergencias_em_saude_publica.pdf)
17. Secretaria Municipal de Saúde de Diadema. Perfil epidemiológico do município de Diadema, São Paulo: Prefeitura de Diadema (SP); 2019.
18. Cirino FMSB, Schneider Filho DA, Nichiata LYI, Fracolli LA. O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2111. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(2\)2111](https://doi.org/10.5712/rbmf15(2)2111)
19. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
20. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020;15(42):2455. [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2455) DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmf15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmf15(42)2455)
21. São Paulo (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Boletim Coronavírus. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/coronavirus/>. Acessado em 31/01/2021.
22. Cirino FMSB, Aragão JB, Figueiredo RM, Estequi JG, Pereira EG, Domingos CMH, et al. Organização das ações em emergências pandêmicas na Atenção Primária à Saúde: o caso da COVID 19. In: Alvarez AM, Lopes AC, Kalinowski CE, Caldas CP, Nascimento ERP, Tallo FS, et al, organizadores. *Especial Covid-19: Ciclo 1*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2020. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 3).
23. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis*. 2016 Mar;26(1):87-111. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312016000100007>
24. Bousquat A, Giovanella L, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R, Nedel F, Lima JG, Mota PHS, Aquino R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. [2020 Set 18]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rioDesafiosABCovid19SUS.pdf>
25. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). COVID-19 faz vítimas entre profissionais da saúde no Brasil. [Internet]. 2020 [acesso em 28 abr 2020]. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/COVID-19-faz-vitimas-entre-profissionais-da-saude-no-brasil\\_78979.html](http://www.cofen.gov.br/COVID-19-faz-vitimas-entre-profissionais-da-saude-no-brasil_78979.html)

26. Cabral ERM, Bonfada D, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF et al. Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. *InterAmerican Journal of Medicine and Health*. 2020;3. doi: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87> DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>
27. Vitoria AM, Campos GWS. Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI. 2020 [2020 jun 20]. Disponível em <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>. Acessado em 08/05/2020
28. Santos, W. S., Sousa Júnior, J. H., Soares, J. C., Raasch, M. (2020, set./dez.). Reflexões acerca do uso da telemedicina no Brasil: Oportunidade ou ameaça. *Rev. gest. sist. saúde*, São Paulo, 9(3), 433-453. <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514>. DOI: <https://doi.org/10.5585/rgss.v9i3.17514>
29. Thomas R, Jordan WT, Scott FD, Nguyen TH, Florence DG, Jane RA. *The Lancet Journal*. 2020 [2020 jun 20]. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60189-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60189-6)
30. Leite IC, Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Brasil P, Greco DB, Grabois V, Campos GWS. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2020;36(6): e00104120. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00104120>
31. Gates B. Responding to Covid-19 - A Once-in-a-Century Pandemic? *N Engl J Med*, 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2003762> DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2003762>
32. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2020; 29(2): e2020166. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
33. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2018;42(spe1): 224-243. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s115>. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s115>
34. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2020; 25(4):1475-1482. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
35. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins-Filho PR, & Santos VS. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the COVID-19 pandemic. *Braz. oral res.* [online]. 2020; 34(e047). ISSN 1807-3107. <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>. PMID: 32401828 DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-3107bor-2020.vol34.0047>