

A Atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil

Primary Health Care in the COVID-19 pandemic: an analysis of response plans to the health crisis in Brazil

Atención Primaria a la Salud en la pandemia de COVID-19: un análisis de los planes de respuesta a la crisis sanitaria en Brasil

Michelle Fernandez¹ , Luisa da Matta Machado Fernandes² , Adriano Massuda³ 

¹Universidade de Brasília – Brasília, (DF), Brasil.

²Instituto Rene Rachou, Fiocruz Minas – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Fundação Getulio Vargas – São Paulo (SP), Brasil.

Resumo

Introdução: A pandemia da COVID-19 afetou o mundo desigualmente. Países com ausência de coordenação nacional e/ou que resistiram a implementar as ações não farmacológicas de saúde pública tiveram suas populações impactadas pelo alto número de casos e pelas mortes por COVID-19, além de grandes impactos socioeconômicos, como o Brasil e os EUA. No caso brasileiro, especial atenção deve ser dada ao papel da Atenção Primária à Saúde (APS), considerando sua função de coordenadora e ordenadora do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** Este artigo tem como objetivo discutir as ações da APS no primeiro ano da emergência sanitária no Brasil. **Métodos:** Para realizar a análise proposta, consideramos os planos propostos por diversas organizações: Organização Mundial da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Os documentos foram contrapostos ao conjunto de documentos publicados pelo Ministério da Saúde relacionados à APS. **Resultados:** A estratégia de combate à pandemia do Brasil falhou em subestimar o papel da APS. Mesmo diante do apelo e dos parâmetros estabelecidos por entidades nacionais e internacionais, a ação foi descoordenada e pouco do previsto em notas técnicas foi implementado. **Conclusões:** Entendendo que a pandemia ainda está em curso no Brasil, há a necessidade de retomar a centralidade da APS.

Palavras-chave: Pandemias; Infecções por coronavírus; COVID-19; Atenção primária à saúde; Modelos de assistência à saúde; Políticas públicas de saúde.

Autor correspondente:

Luisa da Matta Machado Fernandes

E-mail: luisa@mattamachado.org

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 09/01/2022.

Aprovado em: 27/06/2022.

Editora Associada:

Monique Bourget

Como citar: Fernandez M, Fernandes LMM, Massuda A. A Atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3336. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3336](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3336)



Abstract

Introduction: The pandemic caused by COVID-19 has unevenly affected the world. Countries with lack of national coordination and/or which resisted implementing non-pharmacological public health actions had their populations impacted by the high number of cases, deaths from COVID-19, and suffered significant socioeconomic impacts. In the case of Brazil, special attention should be given to the role played by Primary Health Care in the prevention and control of COVID-19, considering its function as coordinator and organizer of the Brazilian Unified Health System. **Objective:** We aim to discuss the actions of Primary Health Care during the first year of the health emergency in Brazil. **Methods:** To do so, plans proposed by several organizations were considered: World Health Organization, National Council of State Health Secretaries and National Council of Local Health Secretaries, Brazilian Association of Collective Health, and the Brazilian Society of Family and Community Medicine. The plans were compared with the set of documents related to Primary Health Care published by the Brazilian Ministry of Health. **Results:** The strategy to combat the pandemic in Brazil, from the perspective of the Brazilian Ministry of Health coordination, failed in underestimating the role of Primary Health Care. Despite the appeal and parameters established by national and international entities, the action was uncoordinated, and little of what was recommended in technical notes was implemented. **Conclusions:** Considering that the pandemic is still ongoing in Brazil, the centrality of Primary Health Care must be resumed.

Keywords: Pandemics; Coronavirus infections; COVID-19; Primary health care; Healthcare models; Public health policy.

Resumen

Introducción: La pandemia de COVID-19 ha afectado al mundo de manera desigual. Los países con falta de coordinación nacional y/o que se resistieron a implementar acciones de salud pública no farmacológicas vieron su población impactada por el alto número de casos, muertes por COVID-19, así como por importantes impactos socioeconómicos, como Brasil y Estados Unidos. En el caso brasileño, se debe poner especial atención al rol de la APS, considerando su función de coordinador y ordenante del SUS. **Objetivo:** Este artículo discute cuáles son las acciones de la APS durante el primer año de la emergencia de salud en Brasil. **Métodos:** Para eso, consideramos los planes propuestos por varias organizaciones: OMS, Consejo Nacional de Secretarios de Salud y Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud, Asociación Brasileña de Salud Colectiva y Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad. Los documentos se contrastaron con el conjunto de documentos publicados por el Ministerio de Salud relacionados con la APS. Se concluye que la estrategia brasileña de lucha contra la pandemia subestimó el papel de la APS. **Resultados:** A pesar del llamamiento y parámetros establecidos por entidades nacionales e internacionales, la acción fue descoordinada y poco de lo previsto en notas técnicas se implementó. **Conclusiones:** Entendiendo que la pandemia todavía está en curso en Brasil, es necesario retomar la centralidad de la APS.

Palabras clave: Pandemias; Infecciones por coronavirus; COVID-19; Atención primaria a la salud; Modelos de atención de salud; Políticas públicas de salud.

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo coronavírus, SARS-Cov-2 (COVID-19), que provocou mais de 6 milhões de óbitos até março de 2022, afetou o mundo desigualmente. Países que foram capazes de coordenar ações nacionais para bloquear a transmissão comunitária do vírus tiveram populações menos afetadas pela doença.¹ Por outro lado, países com ausência de coordenação nacional e/ou que resistiram a implementar as ações não farmacológicas de saúde pública tiveram suas populações impactadas por alto número de casos e mortes por COVID-19, além de grandes impactos socioeconômicos, a exemplo do Brasil e dos EUA.^{2,3}

Assim, com mais de dois anos decorridos do início da pandemia e um número ainda crescente de novos casos, torna-se necessário identificar erros cometidos no enfrentamento desta emergência sanitária para aprimorar a capacidade de resposta a futuras crises e fortalecer os sistemas de saúde. No caso brasileiro, especial atenção deve ser dada à análise do papel desempenhado pela Atenção Primária à Saúde (APS) na prevenção e controle da COVID-19, considerando sua função de coordenadora do cuidado e ordenadora da porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

A APS pode ter um papel decisivo no enfrentamento de crises sanitárias. Em epidemias anteriores, como nos casos da dengue, da zika e do ebola, experiências relatam o importante auxílio da APS na

prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes.^{4,5} Além disso, o rastreamento e tratamento de contatos é atividade de rotina na APS para o controle de doenças transmissíveis como tuberculose e meningite. O potencial da APS para lidar com emergências de saúde pública está relacionado ao atributo da orientação comunitária, que possibilita reconhecer as necessidades de saúde coletiva em um território por meio da análise epidemiológica combinada ao contato direto com a população.⁶

Entretanto, o papel da APS foi explorado aquém de suas potencialidades no enfrentamento da COVID-19. Apesar do engajamento comunitário ter sido demonstrado como crucial para o controle da epidemia em nível local,⁷⁻⁹ mesmo países com APS consolidada não orientaram seus serviços para a realização de ações de prevenção e controle da transmissão do vírus, restringindo as orientações para o tratamento clínico presencial ou remoto dos pacientes.¹⁰ O Brasil, que dispõe de ampla cobertura de APS alcançada por meio da Estratégia Saúde da Família, no decorrer do primeiro ano de pandemia, teve orientações do Ministério da Saúde limitadas a protocolos clínicos para o manejo de pacientes com sintomas respiratórios.

Neste ensaio, discutimos os possíveis papéis da APS na resposta à COVID-19 e conduzimos uma análise documental com base na compilação dos planos de ação produzidos no Brasil no decorrer do primeiro ano da pandemia, entre fevereiro de 2020 e fevereiro de 2021. Para isso, consultamos a literatura internacional e examinamos documentos oficiais com recomendações sobre a atuação da APS perante a COVID-19 publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por órgãos governamentais, como Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além de notas técnicas publicadas por sociedades científicas como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

O papel da Atenção Primária à Saúde no primeiro ano da pandemia da COVID-19 no Brasil

Em sistemas de saúde bem estruturados e organizados, a APS é preferencialmente o primeiro local de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, o que se espera que ocorra também durante epidemias.^{11,12} Equipes da APS, por meio do vínculo estabelecido com a comunidade local, estão posicionadas de forma estratégica para realizar o diagnóstico precoce dos infectados, tratar casos leves, colaborar com ações de vigilância epidemiológica e implementar medidas de prevenção e educação em saúde.^{13,14}

Na resposta à COVID-19, a APS também pode desempenhar um papel significativo na gestão de respostas, diferenciando pacientes com sintomas respiratórios daqueles com COVID-19, identificando contatos de pacientes com diagnóstico de COVID-19, promovendo acesso para o diagnóstico precoce, ajudando pessoas vulneráveis a lidar com sua ansiedade pelo vírus e a permanecer em isolamento social, bem como reduzindo a demanda por serviços hospitalares.^{1,15} Tais funções podem ser aprimoradas em um sistema de saúde integrado, com comunicação clara e participação ativa em comitês de crise.¹⁴

O guia interino do papel da APS em resposta à COVID-19, publicado pela OMS duas semanas após a declaração de pandemia, ofereceu aos países orientações sucintas e claras para a atuação da APS durante a crise de emergência sanitária que se iniciava.¹⁵ Cinco eixos dessa atuação foram destacados:

1. Identificar e gerenciar os casos potenciais de COVID-19 o mais rápido possível;
2. Evitar o risco de transmissão de infecção a contatos e profissionais de saúde;

3. Manter a prestação de serviços essenciais de saúde;
4. Melhorar a vigilância em saúde existente, incluindo o monitoramento das infecções respiratórias agudas graves; e
5. Fortalecer a comunicação em saúde quanto aos riscos da doença, promovendo o engajamento da comunidade no território adscrito.

Além de ser essencial para o gerenciamento eficaz de uma resposta a emergências de saúde, a APS também tem papel central na continuidade dos cuidados à população que necessite acessar um serviço de saúde por outros motivos que não estejam relacionados à pandemia.^{12,16} É evidente que, apesar da necessidade de respeito às recomendações sanitárias de não aglomeração e garantia de atendimento aos casos suspeitos de COVID-19, há uma demanda de continuidade de cuidado não adiável na APS, como o atendimento a pacientes crônicos, de pré-natal, entre outros.

No contexto da pandemia de COVID-19, a APS também exerce papel fundamental na proteção da população vulnerável. Sabe-se que a COVID-19 atinge a população de forma desigual. Estudos internacionais rapidamente identificaram os idosos e pessoas com condições crônicas preexistentes como as mais suscetíveis a desenvolver a forma grave da doença.¹⁷ Além disso, os territórios mais atingidos e mais suscetíveis à pandemia de COVID-19 são aqueles com maior vulnerabilidade social, seja nas grandes cidades, seja na interiorização da crise sanitária no Brasil — entendendo vulnerabilidade social como condição de indivíduos em situação de fragilidade, que os expõe a maiores riscos.^{2,18,19} Assim sendo, a vulnerabilidade social de uma parcela da população indica posição de fragilidade mediante a pandemia.

Nesse contexto, o cuidado continuado oferecido pela APS, incluindo o acompanhamento dos grupos vulneráveis, pode reduzir as hospitalizações decorrentes de condições sensíveis e crônicas. Melhorar a qualidade da atenção primária pode minimizar o impacto da pobreza sobre grupos populacionais vulneráveis.^{20,21} Nesse sentido, na atual crise sanitária, as instalações da APS, por sua distribuição capilarizada no território, podem potencialmente alcançar populações marginalizadas pela pobreza, pessoas com deficiência, doentes crônicos, idosos, crianças e mulheres grávidas.

Assim, após a análise das recomendações internacionais, da literatura especializada e das especificidades do Brasil, identificamos cinco possíveis eixos de atuação da APS durante a pandemia de COVID-19, apresentados no Quadro 1.

Os cinco eixos que compõem o modelo de atuação proposto estão descritos nas linhas a seguir:

1. Atuação na vigilância e prevenção do contágio. Caberia à APS identificar casos positivos, localizar seus contatos e orientar sobre o isolamento para reduzir a propagação da doença nos territórios;
2. Disseminação de informações sobre prevenção e cuidados para as comunidades, utilizando linguagem e tecnologias apropriadas a cada local;
3. Suporte aos grupos mais vulneráveis à crise, tanto por condições de saúde quanto por vulnerabilidade social. A proximidade da APS com as comunidades permite rápida identificação das situações de risco;
4. Continuação da realização das atividades prioritárias da APS, como acompanhamento de gestantes, portadores de doenças crônicas, prevenção de arboviroses, entre outros; e
5. Atendimento e monitoramento dos casos leves de COVID-19, dadas a importância do reconhecimento precoce do agravamento da doença e a necessidade de não sobrecarregar os serviços hospitalares e de urgência e emergência.

Quadro 1. Eixos de atuação da Atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19.

| Eixos | Ações |
|--------------------------------------|---|
| Vigilância em Saúde | Rastreamento de suspeitos e contatos Diagnóstico/teste precoce |
| Gerenciamento de casos leves | Monitoramento de pacientes com sintomas leves Monitoramento das altas hospitalares |
| Informação sobre prevenção e cuidado | Medidas de prevenção Educação em saúde |
| Manutenção dos princípios da APS | Continuidade do atendimento Coordenação de cuidados Cuidados integrais Acesso |
| Priorização de grupos vulneráveis | Gestantes Idosos População de rua Indígenas Quilombolas Pessoas com necessidades especiais |

APS: Atenção Primária à Saúde.

A Atenção Primária à Saúde no Brasil e a resposta à COVID-19

A resposta à COVID-19 no Brasil tem-se mostrado bastante diferenciada entre as regiões do País, dependendo da estrutura e da atuação de governos estaduais e municipais. Em geral, observou-se forte ampliação de leitos hospitalares e uma corrida pela compra de respiradores. Pouca ênfase, entretanto, foi dada a envolver a APS em ações de controle da transmissão do vírus. Além disso, observou-se que o Governo Federal não assumiu seu papel de autoridade sanitária para a coordenação da resposta nacional à epidemia.²² Essa dinâmica influenciou o papel da APS durante a pandemia de COVID-19.

Apresentaremos a seguir as diferentes perspectivas de atuação da APS no Brasil durante a pandemia. Os eixos apresentados anteriormente foram utilizados para analisar a abrangência das propostas de atuação da APS durante a pandemia em documentos de entidades internacionais e nacionais, bem como o conjunto de documentos, portarias e manuais direcionados à APS publicados pelo MS entre fevereiro e dezembro de 2020. Os documentos analisados encontram-se descritos no Quadro 2.

Os documentos publicados pelo MS, que incluem portarias, manuais, guias e protocolos, reúnem informações sobre sintomas, forma de transmissão, manejo clínico e orientações para a prevenção do contágio por COVID-19. A maioria dos documentos trata do manejo clínico da COVID-19 na APS. A maior parte das publicações do MS inicia-se com a definição geral da doença, sintomas, formas de contágio e métodos de prevenção. Dadas essas informações básicas, cada documento desenvolve-se em suas especificidades, a exemplo daqueles sobre o acompanhamento de grupos específicos, como gestantes, puérperas, idosos, doentes crônicos, e outros.

É importante salientar que, para além da produção de normativas com capacidade de condução de ações locais, a coordenação do MS teria sido determinante para uma ação mais estruturada da APS e, por conseguinte, para melhor resultado no enfrentamento da pandemia pelo Brasil. Entretanto, os

Quadro 2. Visão de diferentes entidades sobre a atuação da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19.

| Instituição | Nome do documento | Data |
|--|--|------------|
| Ministério da Saúde | Orientações para manejo de pacientes com COVID-19 | Sem data |
| Ministério da Saúde | <i>Fast-track</i> para a atenção primária em locais com transmissão comunitária fluxo rápido | 2020 |
| Ministério da Saúde | Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica. Referente ao COVID-19 | 03/2020 |
| Ministério da Saúde | Articulação da rede de atenção à saúde no atendimento dos casos de COVID-19 | 03/2020 |
| Conselho Nacional de Secretários de Saúde | Guia orientador para o enfrentamento da pandemia na rede de atenção à saúde | 01/05/2020 |
| Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade | Recomendações da SBMFC para a APS durante a pandemia de COVID-19 | 16/05/2020 |
| Ministério da Saúde | Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde | 05/2020 |
| Ministério da Saúde | Portaria MS nº 1.444 | 29/05/2020 |
| Ministério da Saúde | Nota técnica nº 18/2020-DESF/SAPS/MS | 18/06/2020 |
| Frente pela Vida | Plano nacional de enfrentamento à pandemia da COVID-19 | 15/07/2020 |
| Ministério da Saúde | Nota técnica nº 14/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS | 05/08/2020 |
| Ministério da Saúde | Manual: como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia | 03/11/2020 |
| Ministério da Saúde | Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19 | 2020 |

SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; APS: Atenção Primária à Saúde; MS: Ministério da Saúde.

documentos publicados pelo MS centraram-se em protocolos para o manejo clínico de sintomáticos respiratórios, principalmente os primeiros deles.

Além disso, apesar de o MS ter anunciado uma iniciativa de testagem em massa, o Brasil é um dos países com a menor proporção de testagem *per capita* mundialmente e, em todos os Estados brasileiros, há fortes indícios de subnotificação da COVID-19, com aumento exponencial de Síndrome Respiratória Grave ou Aguda.²³ A análise documental revela que o MS estabeleceu um protocolo rígido de testagem apenas dos casos sintomáticos e orientou os Estados e municípios a classificarem todos os casos suspeitos de COVID-19 como síndrome gripal inespecífica. Dessa forma, no lugar de dar condições para que a APS coordenasse as testagens no território e estabelecesse a busca ativa dos suspeitos de COVID-19, passou a limitar a ação dos trabalhadores e a induzir fluxos que levavam à concentração da testagem no nível hospitalar.

Diante do cenário descrito, marcado pela ausência de coordenação do MS em vários aspectos e pela lentidão em oferecer orientações nacionais que pudessem ser implementadas de forma ágil, considerando os diferentes momentos da pandemia no País, outras entidades nacionais, importantes no debate de políticas públicas em saúde, defenderam publicamente a necessidade de fortalecer a APS e de posicioná-la de forma estratégica no combate à pandemia.

O seminário virtual da ABRASCO em abril de 2020 foi enfático na necessidade de considerar a APS como ator estratégico para o enfrentamento da pandemia.²⁴ A SBMFC destacou recomendações para a continuidade do cuidado. As recomendações, de maio de 2020, reforçam o papel dos agentes comunitários de saúde na abordagem e proteção de mulheres e crianças em risco de violência intrafamiliar.

Outra preocupação central foi a de considerar como serviço essencial a ser mantido durante a pandemia o atendimento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, destacando-se o papel da APS na identificação dos grupos mais vulneráveis, conseqüentemente mais expostos ao adoecimento e à violência.

Ainda em maio de 2020, o CONASEMS e o CONASS publicaram um guia orientador conjunto reforçando a organização em Redes de Atenção à Saúde e a importância de que todas as estratégias de combate à pandemia fossem tripartites. O documento aponta para o papel da APS de coordenar o cuidado em todas as Redes de Atenção à Saúde, sua responsabilidade pelo acompanhamento da população adscrita ao território, a necessidade da ampliação de horários de atendimento para casos de síndrome gripal, a garantia dos espaços de educação permanente para as equipes e a garantia de atendimento aos usuários com condições crônicas e outras condições agudas (por exemplo, dengue). Nas ações direcionadas à pandemia, o documento recomenda que as equipes organizem os fluxos nas unidades para a classificação e estratificação de risco entre os pacientes com sintomas de síndrome gripal e a realização de monitoramento via telefone dos casos leves a cada 48 horas.

Em julho de 2020, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) com outras nove entidades do campo da saúde coletiva lançaram o Plano Nacional de Enfrentamento à COVID-19 em uma coalizão denominada Frente Pela Vida. O documento, que em dezembro de 2020 ganhou sua terceira versão, é consistente em apontar que 80% dos casos de COVID-19 são de baixa gravidade, portanto podem ser gerenciados pela APS. Destaca que o momento não é de recuo da oferta de serviço e sim de expansão e fortalecimento das redes de cuidado, que têm a APS como ordenadora, exercendo não apenas o papel de cuidado direto, mas também de ações de promoção e prevenção que estão no cerne das medidas sanitárias não farmacológicas de enfrentamento da COVID-19. Assim, o documento sublinha que o enfrentamento eficaz da pandemia passa pela ampliação do acesso à Estratégia Saúde da Família, incluindo a saúde bucal e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), com base nos atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, competência cultural, orientação familiar e comunitária. Quatro eixos de atuação das equipes da APS durante a pandemia são apontados como ações integradas no território:

1. Vigilância em saúde nos territórios;
2. Cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de COVID-19;
3. Ação comunitária com apoio aos grupos vulneráveis no território;
4. Continuidade dos cuidados rotineiros da APS.

A Tabela 1 sintetiza os eixos de atuação da APS encontrados em cada um dos documentos das organizações analisadas, que foram resumidos anteriormente. As diretrizes do CONASS e do CONASEMS não abordam os aspectos de vigilância em saúde e a integração com outros serviços da APS. A Frente pela Vida discute a manutenção de ações comunitárias para grupos vulneráveis, mas não aborda especificamente cada um destes e suas peculiaridades. A SBMFC apresentou o documento mais enxuto, propondo-se a responder às principais dúvidas de médicos na APS. Assim, o documento não aborda aspectos do monitoramento de casos ou da vigilância em saúde, concentrando-se na manutenção dos princípios da APS e na discussão da vulnerabilidade das gestantes, diante também do aumento de casos de violência — ação que não aparece nos demais documentos. Por fim, o conjunto de documentos do MS termina por abordar todos os eixos e ações identificados como essenciais para a APS durante a pandemia, no entanto eles são realizados de forma descoordenada com Estados e municípios e ao longo do ano, seguindo muitas vezes a pressão aplicada pelos documentos internacionais e nacionais publicados ou pelo exemplo colocado em prática por muitos municípios.

Tabela 1. Análise das orientações à Atenção Primária à Saúde durante a pandemia conforme os eixos de atuação.

| Eixos | Ações | Organização Mundial da Saúde | Conselho Nacional de Secretários de Saúde | Frente pela Vida | Ministério da Saúde | SBMFC |
|---------------------------------------|--|------------------------------|---|------------------|---------------------|-------|
| Vigilância em saúde | Rastreamento de casos suspeitos | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| | Rastreamento de contatos | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | Testagem na UBS | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Monitoramento de casos | Monitoramento de casos leves | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | Monitoramento de altas hospitalares | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| Informação sobre cuidados e prevenção | Medidas de prevenção | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | Educação em saúde (disseminação de informação) | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 |
| Manter os princípios da APS | Continuação do cuidado (pacientes crônicos/gestantes/crianças) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| | Coordenação do cuidado (integração com outros serviços) | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| | Integralidade (acesso a outras queixas além de síndrome gripal: vacina etc.) | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| | Manutenção do acesso | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Atenção especial a grupos vulneráveis | Gestantes | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 |
| | Idosos | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | População em situação de rua | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| | Indígenas | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| | Quilombolas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Pessoa com deficiência | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Doentes crônicos | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |

SBMFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; UBS: Unidade Básica de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde. Legenda: 1 – Sim, está presente no documento; 0 – Não abordado no documento.

Esse conjunto de orientações que estabelece o papel da APS deveria ter sido de liderança do MS e colocado no âmbito do primeiro plano nacional de contingência ao enfrentamento da COVID-19, que jamais existiu. A ausência de coordenação do MS levou muitos municípios a fechar as portas da APS e a suspender o atendimento, deixando populações e territórios descobertos. A ausência da APS no cuidado dos casos leves de COVID-19 sobrecarregou o nível hospitalar, que chegou ao colapso em diversos Estados ao longo do primeiro ano da pandemia, mesmo com a expansão de leitos de enfermagem e de unidades de terapia intensiva exclusivos para a COVID-19.²⁵

CONCLUSÃO

A estratégia de combate à pandemia do Brasil, na perspectiva da coordenação do MS, falhou ao subestimar o papel da APS. Mesmo diante das recomendações de diversas entidades nacionais e

internacionais sobre a necessidade de foco na APS para o atendimento dos casos leves e a contenção da pandemia nos territórios, muito pouco foi feito; as orientações apresentadas foram fragmentadas, sem pactuação e de forma descoordenada. A análise documental mostra que pouco do que foi proposto pelo MS chegou a ser efetivamente implementado pelos municípios, potencialmente por questões relacionadas à falta de recursos financeiros, de orientação adequada, de recursos humanos, de acesso a insumos e de treinamento de forma coordenada. Se providas de recurso, as equipes de saúde da família poderiam ter feito a diferença na velocidade do controle da pandemia e salvado milhões de vidas no país.

Diante dessa situação, e entendendo que a pandemia ainda está em curso no Brasil, há a necessidade de retomar a centralidade da APS enquanto coordenadora do cuidado em nosso SUS, até para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Para além do monitoramento da atual pandemia, será necessário garantir o acesso aos cuidados nos pós-pandemia, das condições crônicas represadas,²⁶ das sequelas da COVID-19 e das questões de saúde mental causadas pelo isolamento social prolongado. Para que isso ocorra, o MS deve ocupar seu lugar de coordenação também nas ações da APS.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MF: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. LMMF: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia. AM: Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Metodologia.

REFERÊNCIAS

1. Sachs JD, Karim SA, Akinin L, Allen J, Brosbøl K, Barron GC, et al. Lancet COVID-19 Commission Statement on the occasion of the 75th session of the UN General Assembly. *Lancet* 2020;396(10257):1102-24. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31927-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31927-9)
2. Rocha R, Atun R, Massuda A, Rache B, Spinola P, Nunes L, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob Health* 2021;9(6):e782-e792. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4)
3. Lal A, Erondy NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet* 2021;397(10268):61-7. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)
4. Boyce MR, Katz R. Community health workers and pandemic preparedness: current and prospective roles. *Front Public Health* 2019;7:62. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00062>
5. Miller NP, Milsom P, Johnson G, Bedford J, Kapeu AS, Diallo AO, et al. Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *J Glob Health* 2018;8(2):020601. <https://doi.org/10.7189/jogh-08-020601>
6. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice* 2001;50(2):161-75.
7. World Health Organization. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). China: World Health Organization; 2020.
8. Lorenzo SM. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. *APS em Revista* 2020;2(1):28-32. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.66>
9. Tasca R, Massuda A. Estratégias para reorganização da Rede de Atenção à Saúde em resposta à pandemia COVID-19: a experiência do Sistema de Saúde Italiano na região de Lazio. *APS em Revista* 2020;2(1):20-7. <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.65>
10. OECD. Tackling Coronavirus (COVID-19): Contributing to a Global Effort. Beyond containment: health systems responses to covid-19 in the OECD [Internet]. 2020 [acessado em 01 jul. 2021]. Disponível em: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/beyond-containment-health-systems-responses-to-covid-19-in-the-oecd-6ab740c0/>

11. Ang KT, Rohani I, Look CH. Role of primary care providers in dengue prevention and control in the community. *Med J Malaysia*. 2010;65(1):58-62. PMID: 21265251
12. Wynn A, Moore KM. Integration of primary health care and public health during a public health emergency. *Am J Public Health* 2012;102(11):e9-e12. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300957>
13. Deckers JGM, Paget WJ, Schellevis FG, Fleming DM. European primary care surveillance networks: their structure and operation. *Fam Pract* 2006;23(2):151-8. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmi118>
14. Hogg W, Huston P, Martin C, Soto E. Enhancing public health response to respiratory epidemics: are family physicians ready and willing to help? *Can Fam Physician* 2006;52(10):1254-60. PMID: 17279185
15. World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific; 2020.
16. Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasters-the current state of the literature: what we know, gaps and next steps. *Prehosp Disaster Med* 2011;26(3):184-91. <https://doi.org/10.1017/S1049023X11006388>
17. Wyper GMA, Assunção R, Cuschieri S, Devleeschauwer B, Fletcher E, Haagsma JA, et al. Population vulnerability to COVID-19 in Europe: a burden of disease analysis. *Arch Public Health* 2020;78:47. <https://doi.org/10.1186/s13690-020-00433-y>
18. Câmara SF, Pinto FR, Silva FR, Gerhard F. Vulnerabilidade socioeconômica à COVID-19 em municípios do Ceará. *Rev Adm Pública* 2020;54(4):1037-51. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200133>
19. Santos JPC, Siqueira ASP, Praça HLF, Albuquerque HG. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2020;36(5):e00075720. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00075720>
20. Eugenio SJ, Ventura CAA. Estratégia saúde da família: iniciativa pública destinada a populações vulneráveis para garantia do direito à saúde – uma revisão crítica da literatura. *Cad Ibero Am Direito Sanit* 2017;6(3):129-43. <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i3.402>
21. Rosendo TMSS, Roncalli AG. Maternal near misses and health inequalities: an analysis of contextual determinants in the State of Rio Grande do Norte, Brazil. *Cienc Saude Colet* 2016;21(1):191-201. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20802014>
22. Fernandez MV, Pinto HA. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à covid-19. *Saúde em Redes* 2020;6(Supl. 2):7-21. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2%20Suplemp211-225>
23. Moraes EN, Viana LG, Resende LMH, Vasconcellos LS, Moura AS, Menezes A, et al. COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020;25(9):3445-58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20382020>
24. Vitória 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. Frente Estamira de CAPs [Internet]. 2020 [acessado em 10 jul. 2021]. Disponível em: <https://frenteestamira.org/wp-content/uploads/2020/04/A.Vit%C3%B3ria-Gast%C3%A3o-W.-S%C3%B3-APS-forte-assegura-achatar-a-curva-e-funcionamento-de-leitos-de-UTI.-mar%C3%A7o2020.pdf>
25. Boletim Observatório Covid-19. Boletim Extraordinário, 16 de março de 2021. [Internet]. 2021 [acessado em 10 jul. 2021]. Fiocruz. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf
26. Bigoni A, Malik AM, Tasca R, Carrera MBM, Schiesari LMC, Gambardella DD, et al. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: an analysis of resilience. *Lancet Reg Health Am* 2022;10:100222. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>