



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM**

VALBERTO HONORATO DA SILVA

**POTENCIALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A COVID-19 EM
PAÍSES COM SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE: O QUE O BRASIL PODE
APRENDER COM A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL?**

**CAMPINA GRANDE
2021**

VALBERTO HONORATO DA SILVA

**POTENCIALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A COVID-19 EM
PAÍSES COM SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE: O QUE O BRASIL PODE
APRENDER COM A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL?**

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a Coordenação
/Departamento do Curso de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa

**CAMPINA GRANDE
2021**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586p Silva, Valberto Honorato da.
Potencialidade da atenção primária à saúde frente a Covid-19 em países com sistemas nacionais de saúde [manuscrito] : o que o Brasil pode aprender com a experiência internacional? / Valberto Honorato da Silva. - 2021.
29 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2021.

"Orientação : Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa, Coordenação do Curso de Enfermagem - CCBS."

1. Atenção primária à saúde. 2. Sistemas nacionais. 3. Saúde pública. 4. Covid-19. I. Título

21. ed. CDD 362.1

VALBERTO HONORATO DA SILVA

POTENCIALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A COVID-19 EM
PAÍSES COM SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE: O QUE O BRASIL PODE
APRENDER COM A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL?

Trabalho de Conclusão de Curso (Artigo)
apresentado a Coordenação
/Departamento do Curso de Enfermagem
da Universidade Estadual da Paraíba,
como requisito parcial à obtenção do título
de bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 08/10/2021.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Cláudia Santos Martiniano Sousa (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dra. Ardigleusa Alves Coêlho
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Me. Cícera Renata Diniz Vieira Silva
Escola Técnica de Saúde. Centro de Formação de Professores da Universidade
Federal de Campina Grande (UFCG)

Dedico a Deus, minha família e a todos aqueles que acreditaram e continuam acreditando no meu potencial. Minha eterna gratidão!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
EAD	Educação à Distância
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
HCQ	Hidroxicloroquina
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
LAM	Linha de Apoio ao Médico
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCR	Reação em Cadeia da Polimerase
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBI	Sociedade Brasileira de Infectologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	8
3	METODOLOGIA	11
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	11
	Artigo - Potencialidade da Atenção Primária à Saúde frente a COVID-19 em países com sistemas nacionais de saúde: O que o Brasil pode aprender com a experiência internacional?	
5	CONCLUSÃO	21
	REFERÊNCIAS	21

POTENCIALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE FRENTE A COVID-19 EM PAÍSES COM SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE: O QUE O BRASIL PODE APRENDER COM A EXPERIÊNCIA INTERNACIONAL?

Valberto Honorato da Silva*

RESUMO

Mundialmente, tem se observado melhor desempenho dos sistemas de saúde quando são organizados a partir dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Estudos brasileiros e internacionais reconhecem a importância da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, causador da COVID-19. O objetivo desse artigo é refletir sobre o potencial de utilização da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19, a partir das diferentes formas como se organizam os sistemas nacionais de saúde. Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo sobre as experiências exitosas do Reino Unido, Espanha, Portugal, Itália e o Brasil. Inicialmente apresentam-se como estes países se organizaram com base na atenção primária para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e a seguir caminhos potenciais de saída da crise no Brasil, à luz da experiência internacional. Conclui-se que é preciso mais que estrutura, é preciso compreensão e vontade política para mobilizar todo o potencial existente no nosso Sistema Único de Saúde para mitigar os problemas da crise da saúde. Pode-se dizer que a pandemia da COVID-19 aponta para uma necessidade urgente de planejamento, organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde analisados, especialmente para a sua atuação no efeito sobre a saúde da população pós-pandemia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Sistemas Nacionais. COVID-19.

POTENTIALITY OF PRIMARY HEALTH CARE FACING COVID-19 IN COUNTRIES WITH NATIONAL HEALTH SYSTEMS: WHAT CAN BRAZIL LEARN FROM THE INTERNATIONAL EXPERIENCE?

ABSTRACT

Worldwide, better performance of health systems has been observed when they are organized from Primary Health Care services. Brazilian and international studies recognize the importance of Primary Health Care in facing the new coronavirus pandemic, which causes COVID-19. The objective of this article is to reflect on the potential use of Primary Health Care in fighting the COVID-19 pandemic, based on the different ways in which national health systems are organized. This is a theoretical-reflective essay on the successful experiences of the United Kingdom, Spain, Portugal, Italy and Brazil. Initially, it is presented how these countries were organized based on primary care to face the COVID-19 pandemic and then following potential ways out of the crisis in Brazil, in the light of international experience. It is

*Graduando em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba; valberto2009@gmail.com.

concluded that it takes more than structure, it takes understanding and political will to mobilize all the potential that exists in our Unified Health System to mitigate the problems of the health crisis. It can be said that the COVID-19 pandemic points to an urgent need for planning and organization of Primary Health Care services in the health systems analyzed, especially for their role in the effect on the health of the post-pandemic population.

Keywords: Primary Health Care. National Health Systems. COVID-19.

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19, considerando o seu aspecto global de disseminação, caracteriza-se como uma pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 – novo subtipo do coronavírus. Possui uma alta transmissibilidade e seu início, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se deu na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, no fim de 2019. Nos meses seguintes o vírus se espalhou rapidamente após um período de latência, gerando notificações da doença em uma centena de países e, se inicialmente creditava-se que sua incidência se dava pelas viagens ao país de origem, posteriormente diversos casos sem associação com viagens à China foram sinalizados (BRASIL, 2021; WESTON; FRIEMAN, 2020).

Diante do cenário mundial pandêmico a OMS alertou acerca da necessidade de os países elevarem os limiares de preparação, necessitando de planos nacionais robustos e pressupondo não haver abordagem singular para os casos da COVID-19, ou seja, há várias formas de manejo para a mesma doença. Dessa forma, os países levaram em consideração uma visão macro dos riscos individuais e, relacionando aos possíveis impactos nos âmbitos econômico, sociais e públicos; desenvolveram mecanismos de contenção, objetivando a remissão da transmissibilidade do vírus (WHO, 2020).

Fundamentada no objetivo de controlar o expansionismo do vírus, a OMS – que até o momento não disponibilizava nenhum tratamento ou vacina para a doença – instituiu diversas orientações aos países afetados pela COVID, entre elas está o distanciamento social; *Lockdown*, ou seja, restrição da circulação de pessoas, em nações específicas; estímulo à testagem; medidas de higiene; providenciar leitos nos hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs); e proteção dos profissionais de saúde (ORTEGA; BEHAGUE, 2020).

No Brasil, discursando com o suposto objetivo de defesa do trabalho e emprego, o atual Governo Federal se opõe invariavelmente à ciência e ao procedimento adotado pelos países: o isolamento social. Tal medida se mostrou eficaz em diversos outros países, diminuindo exponencialmente as taxas de contágio. Não bastasse isso, ainda há empecilhos instituídos pelo Governo Federal dificultando inúmeras vezes o combate a COVID-19 (CAMPOS, 2020; SILVA, 2021).

Embora haja um modelo hospitalocêntrico de resposta ao Novo Coronavírus - especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) -, diversos países conduzem a assistência a esta crise utilizando o potencial da APS, embora tenha sofrido realocação massiva de recursos que compromete a atenção do serviço primário, bem como busca a garantia do acesso aos serviços básicos ofertados por este nível de atenção (RAWAF, *et al.*, 2020). É necessária a consonância entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e o serviço hospitalar, sendo essenciais para a homeostase dos serviços de saúde, não só pela redução exacerbada dos leitos hospitalares, mas

também pela agudização das doenças crônicas que se tornaram demandas cada vez mais comuns aos profissionais da atenção primária (JULIA, *et al.*, 2020).

Observa-se que o enfrentamento da COVID-19 no Brasil tem relação direta com os serviços da APS, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, devendo atuar em articulação com a vigilância em saúde e objetivando a diminuição dos encaminhamentos desnecessários para os serviços de maior densidade tecnológica, como prontos-socorros e hospitais. Portanto, como alertam Medina *et al.* (2020), há muito a ser feito nesse nível de atenção nesse contexto. Além disso, implementação e disseminação das Tecnologias de Informação (TICs) que auxiliam o contato entre usuário e profissional são indispensáveis no combate à pandemia, visto que há cerca de 50 milhões de pessoas sem vínculos e/ou não cadastradas nos serviços de APS, tornando-se um desafio importante a ser superado (LEAL, *et al.*, 2020).

Starfield (2002) caracteriza a Atenção Primária à Saúde (APS) como peça fundamental de um sistema de saúde, atuando como alicerce para a oferta de assistência dos outros níveis de atenção, sendo o contato preferencial dos usuários e responsável por conhecer as particularidades, havendo uma aproximação em relação ao território e/ou comunidade em que os pacientes estão inseridos e conhecendo os fatores determinantes e que interagem diretamente no processo saúde-doença.

Nesse sentido, fica clara a importância da APS no contexto atual de crise na saúde pública mundial, corroborando a afirmação de que é necessário articular os diferentes níveis de atenção com intuito de alcançar a remissão e/ou contenção do vírus. Mediante o exposto, interessa-nos refletir como a APS brasileira organizou sua assistência a COVID 19, à luz de outros sistemas de saúde internacionais.

Dessa forma, o artigo tem como objetivo refletir acerca do potencial de utilização da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19, considerando os vários mecanismos de organização dos sistemas nacionais de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Por meio do Comitê de Emergência da OMS, em janeiro de 2020 foi declarado estado de emergência global em decorrência da propagação do SARS-CoV-2, um novo coronavírus que teve sua primeira manifestação em Hubei, na China. O vírus em questão caracteriza-se por RNA de fita simples, que além dos seres humanos, afetam uma gama de animais e, considerando apenas os pacientes que apresentam sintomas, as manifestações mais comuns da doença – sendo o período de incubação em média 5 dias – são a tosse, febre, congestão nasal, fadiga e condições semelhantes a pneumonia; os exames de imagem também identificam alterações e comprometimento pulmonar (VELAVAN; MEYER, 2020).

Devido seu potencial de transmissibilidade, mediante gotículas do trato respiratório e o contato físico, uma série de medidas preventivas foram estabelecidas objetivando a diminuição do contágio pelo SARS-CoV-2, destacando-se: higienização das mãos (especialmente pelo uso de álcool entre 60-80%); equipamento de proteção individual (EPI), como as luvas, máscaras, aventais, proteção para sapatos, *Face Shields*; uso de máscaras específicas – sendo as máscaras PFF2 ou semelhantes – utilizadas em procedimentos realizados por profissionais de saúde e que geram aerossóis (CHATTERJEE, *et al.*, 2020).

Apesar do alerta emitido pela OMS de medidas de isolamento, rápida detecção e tratamento, bem como a capacidade de rastreamento através de algum sistema, o mundo esteve longe de experimentar uma uniformidade no combate à pandemia e os países enfrentam a crise de saúde mundial a partir dos dados e conhecimento da doença até o momento (HOUVÈSSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021; GENNARO, *et al.*, 2020). É indiscutível que o mundo não estava preparado para combater uma pandemia como a da COVID-19, impactando os diversos âmbitos que regem uma sociedade, especialmente os serviços de saúde; considerando os hospitais, uma das implicações mais urgentes está relacionada a aquisição de EPIs que supram as necessidades dos profissionais de saúde; garantir adequada capacitação e o aumento de leitos nos setores de terapia intensiva (SANTOS, *et al.*, 2020).

É possível observar condições positivas relacionadas aos sistemas nacionais de saúde quando estes possuem um direcionamento proveniente das ações e serviços de saúde da atenção primária (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Estudos revelam uma associação entre o nível primário de atenção forte e a melhoria dos indicadores de saúde na população, sobretudo para pessoas portadoras de doenças crônicas, com importantes resultados na diminuição das taxas de hospitalizações, na redução das desigualdades socioeconômicas na saúde. Esse quadro tem indicado uma maior necessidade de investimento neste nível de atenção (KRINGOS, *et al.*, 2013; HANSEN, *et al.*, 2015; KRUK, *et al.*, 2010).

A APS se organiza por meio dos atributos essenciais, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Além das estratégias relacionadas a orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, que são os atributos derivados, como condição para garantir a abordagem populacional dentro do território, com ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção de doenças, além do cuidado clínico, caracterizando uma APS forte (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Décadas após a Declaração de Alma-Ata, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, em Astana, traz uma proposta de mudança ao caráter integral da APS e ao direito à saúde, propondo a Cobertura Universal em Saúde, ofertando um pacote de serviços restrito a serem contratados e que redesenham a APS para um modelo seletivo e excludente, uma vez que os serviços necessitariam de contratos financeiros para serem utilizados, diferentemente dos Sistemas Universais de Saúde que garantem acesso baseado nas necessidades subjetivas de cada indivíduo e demonstra sua superioridade quando possui como base uma APS integral e o papel do Estado na garantia desse acesso (GIOVANELLA, *et al.*, 2019).

Apesar das características indispensáveis, há discrepâncias na organização deste nível de atenção em âmbito mundial. Nos países europeus, corresponde aos serviços ambulatoriais integrados a um sistema universal de saúde, tendo o médico como profissional de primeiro contato. Nos países periféricos, esse nível de atenção corresponde a programas seletivos e de pouca resolutividade. No Brasil, o sistema de saúde é universal, se organiza com equipe multiprofissional e as ações são ofertadas com base na territorialidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Em alguns países europeus, observa-se o “cuidado de proximidade”, ou seja, assistência ofertada o mais próximo das pessoas. Esse termo é utilizado pra definir não apenas a aproximação física geográfica, mas também os vários mecanismos utilizados com intuito de participar diretamente dos problemas de saúde enfrentados pela comunidade, possibilitando uma melhor compreensão do território (SEIXAS, *et al.*, 2021).

Nas situações de crise financeira na saúde, a articulação de ações tendo o protagonismo da APS no sistema de saúde não deve ser diferente, uma vez que quanto mais eficiente for a APS, melhor será a resposta da atenção especializada (APS REDES, 2020). Também o oposto é verdadeiro, visto que sistemas de saúde fracos, ou seja, aqueles que não são capazes de dar resolutividade às necessidades de saúde das pessoas em tempos normais, nem diante de epidemias ou outras emergências de saúde. Nesse sentido, uma estratégia válida seriam as pesquisas em diversas áreas temáticas e, a partir dos seus resultados obtidos, submeter os sistemas de saúde a condições semelhantes aos problemas de saúde e por meio dessas condições exprimirem os déficits e dificuldades de mecanismos resolutivos, objetivando o seu fortalecimento (OPAS, 2016; 2007).

Desse modo, partindo do aprendizado das crises de saúde pública mais recentes da saúde mundial, pode-se afirmar que a resposta às emergências só é possível na presença de sistemas de saúde bem estruturados, como no caso da Síndrome Congênita do Zika Vírus, em que a existência do Sistema Único de Saúde (SUS) foi determinante na detecção, contenção e tratamento da doença (VENTURA, *et al.*, 2020). Como componente indispensável da RAS, a APS possuiu um papel fundamental durante o combate ao Zika Vírus, com uma mobilização superior a 30 mil equipes de atenção primária, em consonância com mais de 60 e 40 universidades federais e instituições federais e ensino superior e tecnológico, respectivamente; bem como as Forças Armadas brasileiras e a disponibilização de mais de 200 mil militares em campanha e todo esse empenho foi possível por meio da APS ordenadora das Redes de Atenção do SUS. Recomenda-se, para momentos de crises epidêmicas como a Zika, o enfoque na APS, com assistência no território com apoio dos ACS, mantendo o funcionamento articulado com as RAS (OPAS, 2018).

A organização da APS no Brasil se dá por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo a ESF definida como reorientadora do modelo de atenção à saúde no país (BRASIL, 2016a). A atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reafirma a AB como um espaço para o desenvolvimento das ações de saúde para o indivíduo, a família e a comunidade, por meio da prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

A nova PNAB, no entanto, implica no desmantelamento da APS ao propor a flexibilização das modalidades de equipes, a desconfiguração da ESF como ordenadora do cuidado, o não reconhecimento das vulnerabilidades da população para adscrição dos usuários no território, a indefinição do quantitativo de agentes comunitários de saúde por equipe e a cesta básica de serviços sem a definição dos padrões essenciais para garantia da universalidade e integralidade das ações de saúde (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Faz-se necessário que a APS resgate não somente suas características basilares que envolvem a comunidade, família, trabalho em equipe, mas também a integralidade, objetivando a resolutividade das demandas comuns desse nível de atenção e dos problemas trazidos pela COVID-19.

Por fim, é indiscutível a necessidade de conhecer a potencialidade da APS, sob a ótica do enfrentamento da COVID-19 por este nível de atenção em alguns países que se assemelham ao nosso Sistema Único de Saúde quanto a universalidade do acesso e, a partir disso, observar como nosso país reagiu à pandemia.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado entre maio e outubro de 2021. No desenvolvimento do trabalho, respeitou-se o que dispõe a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016, que trata das “normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana [...]” (BRASIL, 2016b, p. 44).

Trata-se de um ensaio teórico-reflexivo que se caracteriza por sua essência dotada de reflexão e interpretação em contraponto à ciência e seu mecanismo de classificar. Além disso, norteia-se pelas indagações que levam às reflexões, em detrimento das explicações absolutas e, para tal, necessita de elementos aptos a entenderem que há outras maneiras de assimilar a realidade (MENEGETTI, 2011).

Para Adorno (2003), o ensaio permanece em sua essência como a forma final de crítica, sendo a crítica da ideologia; possui lógica, obediência à critérios conforme o escopo de suas frases esteja disposto de forma coerente e, nesse sentido, acaba por ser mais dinâmico se comparado ao pensamento comum. O ensaísta deverá pautar seu raciocínio ao caráter flexibilizador, uma vez que necessitará ir além do pensamento discursivo.

Do ponto de vista do procedimento científico, o ensaio teórico não se constitui uma tarefa mais fácil do que as outras formas de produção do conhecimento. Primeiro porque o ensaio exige maturidade do pesquisador, o que por si só, se constitui um desafio; segundo porque um bom ensaio apresenta reflexões profundas e pormenorizadas do objeto de estudo, exigindo do sujeito um alto grau de “envolvimento, reflexão e capacidade analítica e crítica no pensar e repensar em relação ao ensaio proposto” (MENEGETTI, 2011, p. 4).

Nesse sentido, esse estudo reflete sobre 1) as experiências exitosas da APS no combate à COVID-19, em países selecionados que tem em comum o Sistema de Saúde pautado pela universalidade do acesso aos serviços de saúde (países do Reino Unido, Espanha, Portugal, Itália e o Brasil) e 2) como esses países se organizaram para o enfrentamento à COVID-19 para lançar luzes sobre a experiência da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Em seguida, 3) discute-se o enfrentamento da COVID -19 no Brasil, na perspectiva dos atributos derivados da APS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este estudo encontra-se estruturado, de forma a atender aos objetivos propostos, em duas seções. No primeiro tópico, apresentam-se como os países se organizaram para o enfrentamento à COVID-19 no cenário internacional e a experiência da Atenção Primária à Saúde no Brasil. No segundo tópico, discute-se o enfrentamento da COVID -19 no Brasil, na perspectiva dos atributos derivados da APS.

Enfrentamento da COVID-19 no cenário internacional no contexto da Atenção Primária à Saúde

Podemos entender a Atenção Primária à Saúde como o nível de atenção pautado pela integralidade do cuidado, bem como a porta de entrada dos serviços de saúde e, nesse sentido, caracteriza-se como o alicerce para as práticas

assistenciais dos outros níveis de atenção. Além disso, atua na estruturação e controle dos recursos necessários para a assistência e que visam a manutenção da saúde (STARFIELD, 2002).

A organização dos serviços de saúde é um desafio, principalmente em países que tem uma superlotação do sistema de saúde. O ordenamento da vigilância e dos serviços que compõem o sistema de saúde maximiza as ações e minimiza a propagação da doença (HEYMANN; SHINDO, 2020; SOHRABI, *et al.*, 2020).

No Reino Unido, o governo divulgou um plano de ação para o novo coronavírus, estabelecendo ações prioritárias, à medida que a infecção avançasse no país. As ações foram estruturadas em quatro fases prioritárias para a minimização do contágio: Fase de contenção, Atraso, Pesquisa e de Mitigação. As ações destas fases estão associadas a experiências de surtos respiratórios graves de origem viral, já vivenciados no país, às recomendações da OMS, às evidências científicas e nos especialistas do órgão de saúde nacional (REINO UNIDO, 2020a). Uma estratégia importante para avaliação da efetividade das ações adotadas por países do Reino Unido é a análise das ações de saúde sobre os indicadores epidemiológicos (HEYMANN; SHINDO, 2020; REMUZZI; REMUZZI, 2020).

Na fase de contenção, no início da pandemia, países do Reino Unido estabeleceram medidas restritivas na proibição da circulação de indivíduos diagnosticados com a COVID-19 e de casos suspeitos. O Serviço Nacional de Saúde estava operante em todas as instâncias, trabalhando com medidas preventivas e curativas objetivando a contenção do vírus (REINO UNIDO, 2020a). A APS, por sua vez, tem atuado na prevenção da COVID-19, com triagem da infecção na população com suspeita, acompanhamento dos casos diagnosticados e em isolamento. A prioridade é a rápida detecção e o devido acompanhamento dos casos confirmados, a fim de reduzir a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência. Assistindo os usuários, por exemplo, por meio de visitas domiciliares para situações clínicas indispensáveis e exames preventivos, quando necessários. Houve a capacitação de profissionais de saúde e fornecimento de EPI's (REINO UNIDO, 2020a; 2020b; INGLATERRA, 2020).

Na fase de atraso, ocorrendo também no período inicial, muito do que já estava sendo realizado na fase anterior de contenção, continua em vigor e objetivava retardar o início iminente da pandemia. Nesse sentido, quanto mais lentificado o início da pandemia, poderá ocorrer em meses com o clima mais quente, diminuindo as chances de acontecer concomitantemente à problemas de saúde típicos dos meses frios, bem como o retardamento ganhará tempo para o descobrimento/teste de fármacos, terapias e a fabricação de uma vacina (REINO UNIDO, 2020b).

Como estratégia para manter o isolamento social entre as pessoas idosas, o Reino Unido estava oportunizando que jovens e adultos com idades entre 18 a 30 anos ingressem no programa de trabalhadores comunitários de saúde, para minimizar o número de demissões e permitir que os idosos sejam avaliados quanto às suas condições de saúde. Esses trabalhadores fazem um curso de capacitação e então, podem avaliar os sinais vitais, alterações biológicas e psicológicas, disponibilidade de medicações e de alimentos. Esta estratégia é baseada na experiência de alguns países como o Brasil, Paquistão e Etiópia, que dispõe deste serviço e de trabalhadores na APS (HAINES, *et al.*, 2020).

Na fase de pesquisa, após instalada a pandemia, o governo estava incentivando os institutos de pesquisa para aprimoramento dos testes de

diagnóstico, conhecimento sobre a transmissão, patogênese, criação de vacinas e de medicações eficazes (REINO UNIDO, 2020a; REINO UNIDO, 2020b).

Por último, na fase de mitigação, ocorrida em todo o curso da doença, tinha como principal objetivo propiciar à população um atendimento de qualidade, suporte as unidades de assistência terciária visando a manutenção das ações e serviços de saúde essenciais e assegurar o auxílio aos usuários doentes num determinado território, com intuito de diminuir o reflexo da pandemia nos âmbitos sociais, nos serviços prestadores de assistência à saúde e na economia (REINO UNIDO, 2020b).

Na Espanha, de maneira geral, os casos confirmados de Covid 19 foram confinados em áreas de isolamento, bem como um processo de vigilância ativo e passiva desses casos, processos caracterizados pela presencialidade do acompanhamento ou a assistência por meio da telemedicina, respectivamente. Nesse sentido, ficou assegurado o vínculo entre o paciente e seu círculo social com os profissionais de saúde responsáveis pela assistência, garantindo uma perspectiva integral (PRADO, *et al.*, 2020).

Em junho de 2020, no auge da pandemia, na Espanha, o Governo apresentou diversas recomendações no âmbito da APS, estratégias implementadas objetivando a diminuição do fluxo de usuários do serviço, bem como ampliar o distanciamento entre os indivíduos. Nessa perspectiva, evidenciou-se alguns mecanismos assistenciais: 1) a necessidade da melhoria das consultas por meios de comunicação como o telefone e, através dessa comunicação inicial à distância, o profissional de saúde responsável pelo atendimento avaliaria a necessidade de uma consulta presencial; 2) as avaliações presenciais devem possuir espaço maior de tempo entre elas, garantindo uma diminuição de pacientes na sala de espera. Além disso, a colocação de informes visuais em pontos estratégicos da APS com as orientações de medidas preventivas foi amplamente difundida (ESPANHA, 2020a).

De forma quase imediata, já no primeiro semestre de 2020, o Governo da Espanha iniciou a testagem em massa através de testes rápidos - mais de 5 milhões de testes foram adquiridos - que visam o diagnóstico precoce, otimizando o uso da Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), cujo teste é referência. Dessa forma, facilitaria a investigação de possíveis surtos e a detecção precoce dos casos nos centros de saúde, lares de idosos e instituições penitenciárias, por exemplo (ESPANHA, 2020b).

A Itália foi um dos primeiros países afetados pela COVID-19. Possui Serviço Nacional de Saúde universal às necessidades de saúde e ficou à beira de colapsar em algumas regiões do país. Nesse sentido, diversas medidas emergenciais foram difundidas, como: 1) coordenação nacional fortalecida; 2) houve uma flexibilização no processo de capacitação e de financiamento dos sistemas de saúde a fim de comportar emergências; 3) setor público e privado se uniram à fim de conter as emergências. Aliado a isso, a telemedicina foi ampliada para alcançar aqueles indivíduos mais remotos e isolados, garantindo assistência, bem como as farmácias se atrelaram à telemedicina objetivando diminuir a indispensabilidade da amostragem do receituário na aquisição das medicações no período da pandemia. Especificamente na APS, também foram tomadas como medidas de enfrentamento da COVID-19 por meio da descentralização dos serviços e maior atenção à população afetada; profissionais recrutados para as regiões mais sensíveis; uso exponencial da teleconsulta e parcerias das instituições privadas e públicas (PRADO, *et al.*, 2020).

Corroborando à importância dos serviços sistematizados e informatizados, o Instituto Superior de Saúde da Itália, avaliou como extremamente importante no

período inicial e emergencial da infecção pelo novo coronavírus, a transmissão de informações de forma rotineira à população por meio de um serviço telefônico, utilização de plataforma de coleta de dados informatizadas e, com protocolos operacionais, software específico e maiores recursos humanos, houve uma facilitação nas gestões emergenciais (ITÁLIA, 2020).

Apesar das ações de contenção no país, as medidas foram tomadas tardiamente e como resposta, os índices epidemiológicos relativos à COVID-19 cresceram de maneira exponencial. Aproximadamente 9% a 11% dos casos diagnosticados com COVID-19 necessitariam de cuidados intensivos, e em todo o país, no início da pandemia, contava apenas com 5.200 leitos de terapia intensiva, para uma população de 60,4 milhões pessoas, ou seja, nos piores cenários mais de 6 milhões de italianos necessitariam de leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aproximadamente 1.260 vezes o número de leitos de UTI disponíveis (REMUZZI; REMUZZI, 2020).

Em Portugal, cujo sistema de saúde é de acesso gratuito e universal, houve uma redução dos casos novos da COVID-19, havendo uma prévia preparação em específico para a fase de mitigação, atrelada à mecanismos físicos de contenção, objetivando a redução à exposição ao vírus e mantendo o fluxo de usuários. Além disso, foram criadas em cada unidade da APS ao menos um local específico para os atendimentos a pacientes com COVID-19, cuja assistência se daria com agendamento à distância através da telemedicina, selecionando os que necessitariam de avaliação presencial na unidade de saúde (PRADO, *et al.*, 2020).

Nesse sentido, Portugal criou um modelo com níveis de alerta e respostas específicas para cada contexto, sendo elas: 1) fase de preparação; 2) fases de resposta (contenção, contenção alargada e mitigação) e 3) fase de recuperação. Em cada fase há diversos mecanismos de suporte, tais como: SNS 24, caracterizada como um serviço telefônico do sistema de saúde português com objetivo de triagem, aconselhamento e encaminhamento; a Linha de Apoio ao Médico (LAM), atuando como serviço que valida os casos suspeitos através da telecomunicação por qualquer médico clínico de todo o país; o transporte de doentes, garantidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), dotados de recursos humanos e materiais específicos no combate a COVID-19 e operando em consonância com a LAM, mostrando a interação entre os mecanismos de enfrentamento à pandemia. Além disso, houve a criação de uma *Taskforce* onde diversos especialistas da área da saúde atuam em conjunto no contexto da pandemia, baseado nos diferentes níveis de alerta e de pareceres provenientes da Organização Mundial de Saúde e do Centro Europeu de Prevenção e Controle de Doenças (ECDC) (PORTUGAL, 2020).

Com o descobrimento e aprovação das vacinas contra a COVID-19, o mundo começou a experimentar um sentimento de esperança em meio ao caos instaurado pela pandemia. Num levantamento sobre a vacinação a nível global, em 19 de outubro de 2021, dados mostram que 47,9% da população em todo o mundo recebeu ao menos uma dose da vacina contra COVID-19, isto equivale a aproximadamente 7 bilhões de doses administrada e, pelo menos, 19 milhões são aplicadas diariamente. Em relação aos países do estudo em questão, temos o Brasil com 107,09 milhões de pessoas totalmente vacinadas e 49,44 milhões parcialmente vacinadas contra a COVID-19; Reino Unido com 45,4 milhões totalmente vacinadas e 4,06 milhões parcialmente; Itália com 42,42 milhões totalmente vacinadas e 3,90 milhões apenas parcialmente; Espanha com 37,09 milhões totalmente vacinadas e pouco mais de 810 mil parcialmente; e Portugal com 8,78 milhões de pessoas

vacinadas totalmente e cerca de 192 mil parcialmente vacinadas (NOSSO MUNDO EM DADOS, 2021).

A forma como os sistemas de saúde estão organizados torna-se determinante no modo como estes responderão às situações de pandemias, como é o caso da COVID-19. Nesse sentido, a partir da análise destes países, observamos a indispensabilidade da utilização potencial da APS no combate a pandemia do novo Coronavírus, atuando independentemente do estágio da doença, seja no monitoramento, assistindo direta ou indiretamente os indivíduos e referenciando, conforme necessidade, para outros níveis de atenção, sem suprimir as demandas próprias da APS, uma vez que isto fragmentaria o cuidado e descaracterizaria a APS integral.

Enfrentamento da COVID-19 no Brasil: responsabilidade sanitária a partir da coordenação do cuidado

No cenário brasileiro, foram identificadas publicações focalizando a APS no contexto da COVID-19, como os seguintes enfoques: 1) A importância de fortalecer o que constitui a “alma” da APS, como o acesso, vínculo, integralidade do cuidado, o conhecimento de território, o monitoramento dos vulneráveis (NEDEL, 2020; SARTI, *et al.*, 2020). 2) O protagonismo das estratégias de atendimento remoto, como as teleconsultas, teleorientações e telemonitoramento, como alternativas para o cuidado que permitem o monitoramento dos pacientes em isolamento domiciliar, com manifestações da COVID-19 contribuindo para a redução da sobrecarga da APS e outros níveis de atenção (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020; SANTOS; FRANÇA; SANTOS, 2020; BARRA, *et al.*, 2020). 3) A necessidade premente de garantir condições seguras para usuários e profissionais nas unidades de saúde.

Nesse sentido, a estratégia para minimizar a propagação da infecção se divide em duas fases: A fase de contenção e a fase de mitigação. Nas duas fases, a população foi orientada quanto à higienização correta das mãos e antissepsia com álcool em gel a 70% e o uso de máscaras. Houve a orientação da suspensão da vacinação de rotina, o que aumenta a vulnerabilidade para o retorno de doenças imunopreveníveis. Esta medida restringe as ações do Programa Nacional de Imunização (PNI), que caracterizam os serviços de promoção e prevenção à saúde da APS no Brasil, reconhecido mundialmente (BRASIL, 2020a).

Muitas das potencialidades brasileiras sequer foram consideradas e acionadas pelos gestores federal e municipal para a linha de frente do combate à COVID-19, como é o caso dos Agentes Comunitários de Saúde; a prática da integração da vigilância em saúde em associação com a APS, como já se encontra previsto na PNAB; ou mesmo a manutenção do PNI. Todas essas ações estão presentes em outros países, guardadas as devidas particularidades, levando a crer que são estratégias que dão certo. O país experimentou a falta de articulação e padronização de mecanismos que objetivassem a prevenção e controle da doença, havendo um discurso dissonante entre cada ente federativo, quando se esperava a comunicação e trabalho em conjunto no desenvolvimento de ações, determinadas de forma tripartite, preconizando as determinações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, respectivamente. Ou ainda, que a gestão nacional desconhece todo esse potencial, uma vez que algumas dessas iniciativas foram a termo em alguns níveis locais.

Quanto aos idosos e os portadores de doenças crônicas, observa-se a falta de direcionamento federal, por meio do Ministério da Saúde, referentes às

estratégias de acompanhamento desta população pelas equipes da APS, como tem sido realizado em países do Reino Unido. A população fica mais vulnerável, pois deverá procurar atendimento e infringir o isolamento social. É importante ressaltar que as iniciativas do Ministério da Saúde (MS) de implantar o acesso digital aos usuários são pontuais e não alcançam toda extensão do país. Em relação à Educação à Distância (EAD), em sites oficiais como a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) foram disponibilizados cursos rápidos para profissionais de saúde e a população em geral (BRASIL, 2020b).

Na PNAB, vale ressaltar a integração entre a vigilância em saúde e Atenção Básica (AB), como condição essencial para o alcance de resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2017). Partindo de um único território, a vigilância e a atenção da APS têm sua lógica de trabalho centrada no território, que é um espaço privilegiado para a implementação das práticas de vigilância à saúde, analisando seus contextos, os mais vulneráveis, monitorando e avaliando rotineiramente as ações implantadas.

Mediante o quadro de emergência em saúde deflagrado no país, a partir da pandemia da COVID-19, tornou-se imperativo refletir sobre o não investimento, planejamento e organização dos gestores de saúde no aproveitamento das potencialidades da APS no enfrentamento da pandemia, ocasionando o enfraquecimento de seu papel na comunidade. Vale ressaltar que este estudo não desconsidera criação do protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020c), todavia ressalta-se que este instrumento, em muitos casos, não vem sendo adotado pelas Secretarias Municipais de Saúde e discutido com suas equipes; não considera a dinâmica das linhas de cuidado, da coordenação do cuidado, das necessidades do território que perpassam as questões de ter ou não a COVID-19 e assim, sua criação é um fato, todavia sua implantação, a nosso ver, não ocorreu em sua essência.

Os portadores sintomáticos ou não da COVID-19 estão no território, convivendo com outros usuários, com diferentes necessidades de saúde. Neste sentido, o plano de contingenciamento pensado pelos gestores, sobretudo, os gestores locais de saúde dos municípios, desconsideram este território como legítimo, inventivo, vivo – território-vivo pode ser compreendido como um local passível de adaptações, apto a novas construções e até mesmo desconstruir-se, ou seja, em constante mudança - tornando-o menos potente, convergindo para o aumento das iniquidades de saúde da população (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016).

A APS vem enfrentando uma realocação de recursos, especialmente com a adoção do novo formato de financiamento: previne Brasil. Todos os esforços dos gestores estaduais e municipais estão concentrados na abertura de leitos, compra de respiradores, hospitais de campanha, e ainda na compra de medicamentos de alto custo sem evidências científicas que comprovem a sua eficácia. Não se pretende desconsiderar essas ações como importantes dentro deste cenário pandêmico, mas questionar a subutilização da APS e a inexistência de um planejamento estratégico para manutenção das ações prioritárias em saúde.

Esse desabastecimento também se dá pelo gasto excessivo em medicações comprovadamente ineficazes no tratamento da COVID-19. Nesse sentido, vale ressaltar a formalização protocolada pelo Governo Federal do uso da hidroxiquina (HCQ) no tratamento da doença, embora as organizações de saúde mundiais fossem contra a utilização deste fármaco (PANZA; CATANI; RIBEIRO, 2020). A Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI), reiterou as

orientações transmitidas pela OMS em relação a HCQ e tornou público, em nota informativa, que é de caráter urgente o abandono da utilização da HCQ em toda e qualquer fase da doença, além de orientar os entes federativos acerca dos gastos desnecessários com tratamentos sem comprovação científica e o uso consciente desses recursos para angariar insumos necessários e comprovadamente eficazes para o enfrentamento do COVID-19 (SBI, 2020).

Considerando o que propõe os princípios do SUS, especialmente a integralidade e a equidade referentes às ações e serviços de saúde, direito garantido constitucionalmente, há um claro e intencional esvaziamento do papel Estado, corroborando para a desvalorização dos diversos níveis de atenção no contexto da pandemia, em particular a APS, em que suas principais atividades supracitadas são claramente alocadas em segundo plano para que haja uma atenção prioritariamente hospitalar aos casos da COVID-19.

Nesse sentido, no Brasil, as ações foram e continuam sendo, inexpressivas na fase de contenção da doença, em que a APS tem papel fundamental. Desarticulada da Rede de Atenção à saúde como um todo, ou seja, não atuando em conjunto com os outros níveis de atenção e, dessa forma, não exercendo sua essência como ordenadora da rede, a APS não foi convocada pelo governo federal, apesar da emissão de um protocolo, a fazer a sua parte na contenção da COVID-19, e ainda deixou descoberta a atenção às doenças crônicas que sofreram incremento devido as limitações trazidas pela própria pandemia para uma população desassistida que, no dizer de Mendes, significa a terceira onda ou o paciente invisível (MENDES, 2020).

Em lugar dessa quase ausência da APS, cabem algumas considerações acerca de ações potenciais que não foram empregadas adequadamente para fortalecer os atributos da APS, neste contexto pandêmico: comunicação de risco; vigilância em saúde; redimensionamento das visitas domiciliares; acompanhamento dos usuários portadores de doenças crônicas, vacinação de rotina por meio da reorganização do fluxo.

A comunicação das informações, quando se trata de um evento de saúde pública, tem a necessidade de não provocar uma sensação de insegurança na população, assim sendo, é preciso compreender como as informações chegam aos indivíduos, como são dialogadas, interpretadas e aderidas pela comunidade (VILLELA; ALMEIDA, 2012). Nesta perspectiva, percebe-se o quanto a APS foi se tornando invisível no combate à pandemia da COVID-19. Nesse sentido, devemos compreender o conceito de comunicação de risco como aquele que considera a troca de informações entre os especialistas e os leigos, levando em consideração o contexto social, econômico e cultural dos indivíduos (CASTIEL; VASCONCELLOS-SILVA; MORAES, 2017).

O conceito de comunicação de risco implica em ação territorial das comunidades adscritas às unidades de saúde. Neste contexto, pode se inferir que estratégias como distanciamento social, uso de máscaras, higienização das mãos, bem como o entendimento da transmissibilidade do vírus, pode não ter gerado os resultados almejados pelas autoridades, por uma questão estritamente prática, os gestores não consideram o vínculo como uma possibilidade de cuidado.

No que concerne à vigilância em saúde, a atual PNAB ressalta a sua importância na APS, visto que este serviço se encontra próximo à população, corroborando para tomadas de decisões (BRASIL, 2017). O Plano de Contingência Nacional afirma a importância de as vigilâncias acompanharem as novas evidências científicas no combate a COVID-19, de articular com os serviços da RAS e estimular

a detecção, notificação, investigação e acompanhamento dos casos suspeitos (BRASIL, 2020d).

A Resolução 588/2018, que institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde, também destaca a articulação entre as vigilâncias, para que o trabalho integralizado esteja além de divulgação de dados verificados, mas que a análise propicie o planejamento e medidas eficazes para a saúde pública (BRASIL, 2018). Todavia, no contexto do enfrentamento da COVID 19, a vigilância tem apresentado falhas na articulação com a APS, e no seu papel de identificar nos territórios, as pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, para nortear as ações implementadas a partir dos mesmos.

Uma das ações que sofreu redução foi a visita domiciliar (VD) dos profissionais de saúde. A VD é considerada um instrumento que possibilita aos trabalhadores das equipes de saúde o conhecimento da realidade vivenciada pelos usuários no seu território, o modo de viver e de adoecer da comunidade, de se estabelecer vínculo, oportunidade para o desenvolvimento de uma relação horizontal entre equipe e usuários (CUNHA; SÁ, 2013). No entanto, houveram adaptações necessárias em relação a VD, determinadas pelo Ministério da Saúde no contexto da pandemia, mudanças que objetivaram a segurança do profissional e do usuário assistido, bem como a realização da ficha de VD e de cadastro individual, cujo não devem ser realizados através de tecnologias de comunicação, o que descaracterizaria a essência da visita domiciliar que é a presencialidade no levantamento de dados (BRASIL, 2020e).

O redimensionamento das visitas realizadas pelos agentes comunitários de saúde, com priorização para os grupos de riscos para a COVID-19, bem como a manutenção das visitas às gestantes, puérperas e crianças menores de 5 anos, e ainda a assistência domiciliar dos profissionais da equipe de saúde proporcionaria para os usuários a segurança, a valorização da autonomia dos sujeitos, a compreensão das informações recebidas acerca do atual contexto de saúde, potencializando estratégias de promoção, prevenção de saúde e comunicação efetiva (FILGUEIRAS; SILVA, 2011).

Outra lacuna observada no contexto da atual crise da saúde é a suspensão da atenção ao paciente com Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). Uma pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e OMS em mais de 150 países, revelou que a pandemia da COVID-19 atingiu diretamente a atenção voltada para as DCNTs no continente americano, por razões que vão desde as limitações do acesso aos serviços que prestariam assistência aos casos de doenças crônicas à realocação de recursos humanos para setores de enfrentamento da COVID-19 (OPAS, 2020a). No Brasil, as doenças que apresentam as maiores taxas de mortalidade são as crônicas. Aproximadamente 72% da taxa de mortalidade anual da população brasileira é por algum tipo de DCNT (MALTA, *et al.*, 2016).

Houve uma redução significativa na taxa de mortalidade prematura por DCNT. Uma análise realizada entre os anos de 2000 a 2013, identificou um declínio de 2,5% nesta taxa de mortalidade anual no país. Os autores ressaltam que este dado é resultado das ações de promoção e prevenção à saúde realizada na APS (MALTA, *et al.*, 2019).

Apesar da atenção as condições crônicas de saúde não acontecerem em sua plenitude, a OPAS/OMS identificou em sua pesquisa com mais de uma centena de países que foram adotados mecanismos singulares objetivando a continuidade da assistência às DCNTs, especialmente entre os usuários de maior vulnerabilidade.

Como exemplo, temos mais de 60% destes países adotando a telemedicina; 70% utilizando triagem para atendimento prioritário; mais de 55% com novos dispositivos de distribuição de medicamentos e mais de 50% realocam os usuários aos locais de terapias alternativas (OPAS, 2020a).

Em meio à crise da saúde, foi publicado um protocolo pelo Ministério da Saúde para manejo do COVID-19 na APS em maio de 2020, com identificação dos casos clínicos, diagnóstico, monitoramento, notificação imediata e esclarecimento sobre a articulação entre os serviços de saúde para manejo de clientes com COVID-19 (BRASIL, 2020f). Entretanto, este protocolo não esclarece sobre a manutenção dos serviços básicos, diferente do plano contingencial publicado pelos países do Reino Unido (REINO UNIDO, 2020a).

Apesar de se observar no âmbito nacional a não disponibilização dos mecanismos que poderiam ser adotados para a continuidade dos serviços básicos, algumas iniciativas locais diferiram nesse sentido. Um exemplo disso, em estudo realizado numa UBS de um município de Minas Gerais demonstra a preocupação da AB na manutenção da assistência remota, dotada de educação em saúde à distância e a ampla utilização do teleatendimento, garantindo assim um escopo de atividades que vão do monitoramento, orientação e acessibilidades à equipe multiprofissional não só para os sintomáticos gripais, expandindo essa atenção aos pacientes crônicos e demais usuários com outras necessidades de saúde, objetivando diminuir as chances de agudização dessas comorbidades (DIAS; RIBEIRO, 2020).

Vários países europeus têm adotado a consulta por vídeo para manutenção dos serviços na APS, sendo estes usados para a identificação das síndromes gripais, acompanhamento dos casos leves de COVID-19 e monitoramento dos clientes com DCNT (GREENHALGH; KOH; CAR, 2020).

A telemedicina no Brasil foi liberada temporariamente pela Portaria nº 467 de 2020, mas o seu intuito é a identificação e o manejo das síndromes gripais (BRASIL, 2020g). Contudo, deve-se ter um olhar cuidadoso para essa prática, uma vez que, segundo dados do Comitê Gestor da internet no Brasil, aproximadamente 75,9% da população brasileira tem acesso à internet e 79,3% da população tem acesso a linha telefônica móvel, sendo a mais utilizada no Brasil (COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL, 2018). Mediante isso, para alguns autores o uso da telemedicina pela APS, sem possibilidade de garantir acesso igualitário, feriria um dos princípios do SUS, a universalidade (BRASIL, 1990). Dessa forma, fica claro que o princípio da universalidade do acesso é afetado, uma vez que mais de 20% da população não seria assistido por essa modalidade de assistência.

Com a chegada da pandemia, a vacinação de rotina nos serviços da APS foi suspensa, sendo realizada apenas a vacinação de campanha contra Influenza, que inclusive teve seu início antecipado, utilizando como justificativa a não ocorrência de sobreposições de doenças, H1N1 e COVID-19.

Embora a manutenção da oferta de imunobiológicos requeira certo cuidado mediante a alta capacidade de contaminação da COVID-19, a suspensão, redução de horário, o não envio das vacinas para unidades de saúde compromete o direito universal de saúde do cidadão e se configura como uma ação que desvaloriza a vida (BRASIL, 2013). Além disso, contribui para o aumento da vulnerabilidade de grupos populacionais e o ressurgimento de doenças erradicadas.

Ao se observar um cenário de vulnerabilidade, devido à suspensão das vacinas nos países americanos, a OPAS reforça a importância da continuidade da vacinação nos grupos prioritários, como crianças, idosos e gestantes, e reforça que

a não vacinação, principalmente das crianças, suscitabiliza a ocorrência de epidemias de infecções imunopreveníveis, e esta situação, se não modificada, pode somar às dificuldades do enfrentamento da COVID-19 (OPAS, 2020b). Além disso, mesmo após o desenvolvimento e aprovação das vacinas para a COVID-19, observa-se pouco interesse do governo nessa estratégia, mesmo sendo o Brasil um país de referência com o Programa Nacional de Imunização.

As crises na saúde acabam por revelar as condições em que sistemas de saúde estão organizados. Todo esforço, direcionamento e investimento no setor terão maior ou menor impacto, a depender da capacidade instalada anteriormente à crise. A melhor capacidade organizativa é aquela que combina o combate à crise com a manutenção da garantia do acesso das pessoas a ações de complexidade baixa, como medicamentos, vacinas e consultas básicas. Assim, um sistema de saúde com uma APS forte, que tem como base ações de promoção e vigilância em saúde, sentirá menos o impacto das crises sanitárias.

A potencialidade da APS em exercer um papel crucial para produzir respostas a esta pandemia está ancorada na ocorrência dos seus atributos na prática (STARFIELD, 2002). O acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, devem ser considerados. Sobretudo, os atributos derivados, a saber, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária, têm uma importância ímpar para o sucesso das medidas de mitigação das consequências trazidas pela COVID-19.

No que se trata da competência cultural, neste contexto pandêmico, trata-se de um atributo importante para contribuir para a adoção de medidas de proteção e prevenção pelas famílias e comunidades em contextos e modos de vida diversos. Esta vai além da percepção de costumes e hábitos das pessoas, representando a eficácia da comunicação, acessando e compreendendo os sistemas de crenças e as práticas das comunidades, que são cenários de atuação das ações institucionalizadas da saúde (GOUVEIA; SILVA; PESSOA, 2020).

O trabalho na APS com orientação familiar e comunitária, realizado a partir do território e tendo este como eixo ordenador das ações, pode ter como efeitos positivos a diminuição da disseminação do vírus, o acompanhamento de casos leves da COVID-19 em isolamento no domicílio, o apoio às comunidades durante o período de restrição social, a identificação e condução de situações de vulnerabilidade no território, a garantia de acesso e continuidade de cuidados de saúde aos diversos grupos da população, prioritários ou não, com agravos de saúde prévios, ou não (DAUMAS, *et al.*, 2020).

Estudos evidenciam que cerca de 80% dos pacientes que foram infectados pela COVID-19 se recuperam sem complicações (casos leves ou moderados). Os demais 20%, evoluem com dispneia e hipoxemia decorrentes de pneumonia viral extensa, necessitando de internação (WU; GOOGAN, 2020; NEGRI, *et al.*, 2020). Deste modo, a APS, fortemente fundamentada no seu atributo de orientação familiar e comunitária, deve atuar de forma resolutiva frente às necessidades de saúde da comunidade, nos diversos níveis de gravidade, desde o monitoramento de casos leves restritos nos domicílios, até a admissão em nível hospitalar e após, na reabilitação posterior a alta hospitalar, já no domicílio (DAUMAS, *et al.*, 2020).

Observam-se, no entanto, fragilidades no que diz respeito ao estabelecimento e organização destas ações da APS. Como exemplo, os resultados de um estudo que analisou os Planos de Contingência para a COVID-19, elaborados pelos governos estaduais dos nove Estados que compõem a Região Nordeste do Brasil (MACHADO, *et al.*, 2020), mostrou que em alguns deles não havia menção a

pactuações com os municípios para as ações relacionadas à APS, bem como em alguns planos, não eram especificadas ações a serem desenvolvidas neste nível de atenção ou apenas se detinham à APS no manejo de casos leves.

5 CONCLUSÃO

Considerando os aspectos mundiais de assistência por meio dos serviços de saúde, a pandemia da COVID-19 colocou à prova a capacidade de enfrentamento dos sistemas de saúde ao redor do mundo, evidenciando seus déficits e potencializando a necessidade de articular os diversos níveis de atenção, em especial a APS que, no Brasil, coordena o cuidado e ordena a rede de atenção à saúde, sendo o pilar para qualidade e eficácia da assistência à saúde.

Embora tenhamos um dos melhores sistemas de saúde mundiais, foi notória a dificuldade de articulação dos serviços no contexto da pandemia, havendo uma descentralização no ordenamento do cuidado por parte da APS e dos demais níveis com maior densidade tecnológica – dificuldade advinda de uma falta de direção única, ocorrendo uma dissonância entre as três esferas de governo -, bem como a focalização do hospital no manejo da doença, em detrimento das atividades de prevenção primária que, por sua vez, sofreram com a escassez de recursos humanos e materiais que foram remanejados para os hospitais, gerando adversidades no acompanhamento das DCNTs e culminando na agudização destas doenças.

Nesse sentido, faz-se necessário mecanismos de articulação e resposta às emergências na saúde pública mundial, uma vez que essas situações geram impactos não só no âmbito da saúde, mas nos demais seguimentos econômicos e sociais.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W. **Notas de literatura I**. 34 ed. São Paulo: Duas Cidades; 2003.

APS REDES. Inovação na APS forte. **APS redes**, 2020. Disponível em: <https://apsredes.org/inovacao-na-aps-forte/>. Acesso em: 17 jul. 2020.

BARRA, R. P. et al. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 38-43, 2020.

BEHAGUE, D. P.; ORTEGA, F. O que a medicina social latino-americana pode contribuir para os debates globais sobre as políticas da Covid-19: lições do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 588/2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Ministério da Saúde**. Brasília (DF), 2018. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/resolucao-588-de-12-de-julho-de-2018-institui-a-politica-nacional-de-vigilancia-em-saude/. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 1990. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs&text=Art. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Imunizações: 40 anos. Brasília, (DF). **Ministério da Saúde**, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, (DF): Presidência da República, 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a Covid-19? Saiba quais são as características gerais da doença causada pelo novo coronavírus, a Covid-19**, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 22 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Diário Oficial da União**, Brasília, (DF), 2016b. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=24/05/2016&pagina=44>. Acesso em: 20 out 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, (DF), 2017. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Departamento de Imunização e doenças transmissíveis. Orientações sobre o funcionamento dos serviços de vacinação do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia da COVID-19. **Ministério da Saúde**, Brasília (DF), 2020a. Disponível em: <https://sei.saude.gov.br>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Rede da Universidade Aberta do SUS UNA-SUS. Universidade Aberta do SUS oferece cursos online gratuitos sobre a COVID-19. **Ministério da Saúde**, Brasília (DF), 2020b. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília (DF), 2020c. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. **Ministério da Saúde**, Brasília (DF), 2020d. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS. **Ministério da Saúde**, 2020e. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes_ACS_COVID_19.pdf. Acesso em: 29 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 9. Brasília (DF), **Ministério da Saúde**, 2020f. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 467 de 2020. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 2020g. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-467-de-20-de-marco-de-2020-249312996>. Acesso em: 19 jul. 2020.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvario. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

CASTIEL, L. D.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R.; MORAES, D. R. Micromortevida Severina? A comunicação preemptiva dos riscos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017.

CGI.br. COMITÊ GESTOR Da INTERNET NO BRASIL. TIC DOMICÍLIOS: Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação no Brasil – TIC Domicílios e TIC Empresas 2018. **CGI.br**. São Paulo, 2018. Disponível em: <https://cetic.br/tics/domicilios/2018/domicilios/A4/>. Acesso em: 21 jul. 2020.

CHATTERJEE, P. et al. The 2019 novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A review of the current evidence. **Indian Journal of Medical Research**, v. 151, n. 2-3, p. 147-159, 2020.

CUNHA, M. S.; SÁ, M. C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 44, p. 61-73, 2013

DAUMAS, R. P. et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 2020.

DIAS, E. G.; RIBEIRO, D. R. S. V. Manejo do cuidado e a educação em saúde na atenção básica na pandemia do Coronavírus. **Journal of Nursing and Health**, v. 10, n. 4, 2020.

ESPAÑA. Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID-19: Documento técnico. **Gobierno de España**, 2020a. Disponível em: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_primaria.pdf. Acesso em: 29 maio 2021.

ESPAÑA. Rapid tests to detect antibodies will increase possibilities of early diagnosis of COVID-19. **Gobierno de España**, 2020b. Disponível em: <https://www.lamoncloa.gob.es/lang/en/gobierno/news/paginas/2020/20200407covid19-tests.aspx>. Acesso em: 29 maio 2021.

FILGUEIRAS, A. S.; SILVA, A. L. A. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário de saúde do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 899-915, 2011.

GENNARO, F. D. et al. Coronavirus Diseases (COVID-19) Current Status and Future Perspectives: A Narrative Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 8, 2020.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 577-625.

GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **The BMJ**, v. 368, [S.n.], 2020.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. O.; PESSOA, B. H. S. Cultural Competence: an Answer Required to Overcome Barriers to Health Care Access for Minoritized Populations. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, [S.n.], p. 82-90, 2020.

HAINES, A. et al. National UK programme of community health workers for COVID-19 response. **The Lancet**, v. 395, n. 10231, p. 1173-1175, 2020.

HANSEN, J. et al. Living in a country with a strong Primary Care system is beneficial to people with chronic conditions. **Health Affairs (Millwood)**, v. 34, n. 9, p. 1531-1537, 2015.

HEYMANN, D. L.; SHINDO, N. COVID-19: what is next for public health? **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 542-545, 2020;

HOUVÈSSOU, G. M.; SOUZA, T. P.; SILVEIRA, M. F. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, 2021.

INGLATERRA. Important - for Action - Second Phase of NHS Response to Covid-19. **England, National Health Services**, 2020. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/04/second-phase-of-nhs-response-to-covid-19-letter-to-chief-execs-29-april-2020.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ITÁLIA. Le nuove sfide nella gestione del COVID-19: l'esperienza dei Servizi di prevenzione. **Istituto Superiore di Sanità**, 2020. Disponível em: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-esperienza-servizi-prevenzione>. Acesso em: 29 maio 2021.

JULIA, C. *et al.* Organising Community primary care in the age of COVID-19: challenges in disadvantaged areas. **The Lancet**, v. 5, n. 6, 2020.

KRINGOS, D. S. *et al.* Europe's strong Primary Care systems are linked to better population health but also to higher health spending. **Health Affairs (Millwood)**, v. 32, n. 4, p. 686-694, 2013.

KRUK, M. E. *et al.* The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. **Social Science & Medicine**, v. 70, n. 6, p. 904-911, 2010.

LEAL, M. H. *et al.* Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2493-2497, 2020

MACHADO, M. F. *et al.* Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à COVID-19: análise dos planos estaduais de contingência do Nordeste. **Revista Portal Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 1, p. 1286-1298, 2020.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, p. 18-37, 2018. Edição Especial.

MALTA, D. C. *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 373-390, 2016.

MALTA, D. C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, [S.n.], 2019.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível**. Ministério da Saúde; 2020. p. 92.

MEDINA, M. G. et al. Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020.

MENEGHETTI, F. K. O que é um Ensaio-Teórico? **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 2, p. 320-332, 2011.

MOROSINI, M. V. G.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NEDEL, F. B. Enfrentando a COVID-19: APS forte agora mais que nunca! **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 11-16, 2020.

NEGRI, E. M. et al. Heparin therapy improving hypoxia in COVID-19 patients – a case series. **Frontiers in Physiology**, v. 11, n. [S.n.], 2020.

NOSSO MUNDO EM DADOS. Vacinações contra Coronavírus (COVID-19). **NMD**, 2021. Disponível em: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL#citation. Acesso em: 20 out 2021.

OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2007. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965. Acesso em: 22 jul. 2020.

OPAS. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: **Organização Pan-Americana de Saúde**; 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663>. Acesso em: 10 set. 2021.

OPAS. Tornar sistemas de saúde resilientes às novas necessidades e ameaças deve ser prioridade máxima. **Organização Pan-Americana de Saúde**, 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5295:tornar-sistemas-de-saude-resilientes-as-novas-necessidades-e-ameacas-deve-ser-prioridade-maxima-afirma-diretora-da-opas&Itemid=843. Acesso em: 22 jul. 2020.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. COVID-19 afeta funcionamento de serviços de saúde para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. **OPAS**, 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2020-covid-19-afeta>

funcionamento-servicos-saude-para-doencas-cronicas-nao#:~:text=17%20de%20junho%20de%202020,Sa%C3%BAde%20(OPAS%2FOMS). Acesso em: 29 maio 2021.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. OPAS pede continuidade na vacinação para evitar risco de outros surtos durante pandemia de COVID-19. **OPAS**, 2020b. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6159:diret-ora-da-opas-pede-continuidade-na-vacinacao-para-evitar-risco-de-outros-surtos-durante-pandemia-de-covid-19&Itemid=812. Acesso em: 17 jul. 2020.

PANZA, L. O. M.; CATANI, G. S. A.; RIBEIRO, S. G. O eventual crime de responsabilidade pelo poder executivo brasileiro com a utilização da hidroxiquina no tratamento da covid-19. **Cadernos de direito actual**, v. 14, [S.n.], p. 238-255, 2020.

PORTUGAL. Plano Nacional de Preparação e Resposta à Doença por novo coronavírus (COVID-19). **República Portuguesa**, 2020. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-preparacao-e-resposta-para-a-doenca-por-novo-coronavirus-covid-19-pdf.aspx>. Acesso em: 29 maio 2021.

PRADO, N. M. B. L. et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020.

RAWAF, S. *et al.* Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **European Journal of General Practice**, v. 26, n. 1, p. 129-133, 2020.

REINO UNIDO. Our plan to rebuild: The UK Government's COVID-19 recovery strategy. **Gov. UK**, 2020a. Disponível em: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/884760/Our_plan_to_rebuild_The_UK_Government_s_COVID-19_recovery_strategy.pdf. Acesso em: 10 jul. 2020.

REINO UNIDO. Coronavirus action plan: a guide to what you can expect across the UK. **Gov. UK**, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-action-plan/coronavirus-action-plan-a-guide-to-what-you-can-expect-across-the-uk>. Acesso em: 29 maio 2021.

REMUZZI, A.; REMUZZI, G. COVID-19 and Italy: what next? **The Lancet**, v. 395, [S.n.], p. 1225-1228, 2020.

SANTOS, A. B. S.; FRANÇA, M. V. S.; SANTOS, J. L. F. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 169-176, 2020.

SANTOS, J. L. G. et al. Como os hospitais universitários estão enfrentando a pandemia de COVID-19 no Brasil? **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 33, [S.n.], 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002020000100469&script=sci_arttext#:~:text=Na%20Assist%C3%A4ncia%2C%20destacou%2Dse%20a,capacita%C3%A7%C3%A3o%20das%20equipes%20de%20sa%C3%BAde. Acesso em: 23 maio 2021.

SARTI, T. D. et al. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, 2020.

SBI. Sociedade Brasileira de Infectologia. Informe n° 16 da sociedade brasileira de infectologia sobre: atualização sobre a hidroxicloroquina no tratamento precoce da covid-19. **SBI**, 2020. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/sites/default/files/atoms/files/informe16-_hidroxicloroquinajul2020_1.pdf. Acesso em: 28 Jun 2021.

SEIXAS, C. T. et al. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/vdW9F3qVqwrwmbMNTTtmpxth/?lang=pt#:~:text=Buscamos%20mostrar%20o%20potencial%20dos,tamb%C3%A9m%20o%20do%20p%C3%B3s%2Dpandemia>. Acesso em: 24 maio 2021.

SILVA, C. R. D. V. et al. Comunicação de risco no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: uma análise retórica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 2, 2021.

SOHRABI, C. et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). **International Journal of Surgery**, v. 76, [S.n.], p. 71-76, 2020.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 726.

TETEMANN, E. C.; TRUGILHO, S. M.; SOGAME, L. C. M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes / Universality and Territorialization in SUS: contradictions and tensions inherent. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 15, n. 2, p. 356-369, 2016.

VELAVAN, T. P.; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine and International Health*, v. 25, n. 3, p. 278-280, 2020.

VENTURA, D. F. L. et al. Desafios da pandemia de COVID-19: por uma agenda brasileira de pesquisa em saúde global e sustentabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2020.v36n4/e00040620/pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

VILLELA, E. F. M.; ALMEIDA, M. A. Mediações da informação em Saúde Pública: um estudo sobre a dengue. **Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 1, p. 48-59, 2012.

WESTON, S.; FRIEMAN, M. B. COVID-19: Knowns, unknowns, and questions. **mSphere**, v. 5, n. 2, 2020.

WHO. World Health Organization. Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: Interim guidance. **WHO**, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>. Acesso em: 23 maio 2021.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por nunca me abandonar quando eu mais precisei, permitindo que eu alcançasse minhas metas não só espiritualmente, mas também na vida acadêmica, jornada esta que me acompanha há muito. Nenhum obstáculo poderia ser ultrapassado se não pelo poder e graça do Senhor.

A minha família, que me deu todo amparo e suporte para que tudo isto fosse possível e, ousou dizer que, sem eles, nada disto teria sido possível, uma vez que atuaram como mão de Deus na minha vida.

A todos os meus amigos próximos, minha eterna gratidão pela paciência e apoio, pessoas de imensurável importância ao longo dos últimos anos na graduação e na minha vida. Menciono, especialmente, pessoas íntimas e que, sem elas, diretamente ou indiretamente, essa caminhada teria sido mais árdua: Cinthia Sonaly, Adriana Magna, João Pedro e Guilherme Silva.

A minha orientadora e amiga Cláudia Martiniano, que me tornou um ser mais crítico, pautado não só sob a ótica da justiça com aqueles que sofrem iniquidades, mas também na jornada acadêmica (especialmente no âmbito da pesquisa), sendo espelho que reflete a imagem de um ser humano incrível. De conversas particulares aos encontros nas inúmeras reuniões, que aqui fique expresso sua parcela de importância no ser humano que me tornei e, apesar de falho, em constante amadurecimento.

Ao professor Alex Nascimento, que em sua imensidão de bondade, me tocou com palavras de apoio e conforto em diversas oportunidades, trazendo consigo a palavra de Deus e mantendo o discurso de que eu era/sou capaz.

A professora Gleicy Karine, ser humano imenso de coração e que me proporcionou momentos incríveis como preceptora e me agraciou com sua amizade, aprendi muito com você, serás eternamente lembrada.

“Eu vou vencer, mas vou vencer pelos estudos, ainda que demore. Vou entrar pela porta da frente para mudar a minha história e a história de quem eu amo.”