



Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19

Elizabeth Regina de Melo Cabral¹
Márcio Cristiano de Melo²
Ivana Daniela Cesar¹
Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira²
Tássia Fraga Bastos¹
Luiza Oliveira Machado¹
Ana Carine Arruda Rolim³
Diego Bonfada³
Ana Cristina Wiziack Zago⁴
Zeliete Linhares Leite Zambon¹

A situação de pandemia causada pela Corona Virus Disease 2019 tem fomentado discussões sobre as formas de organização das práticas de saúde, sob a égide de um debate intenso envolvendo as áreas acadêmicas, política e econômica. Onde há uma disputa sobre os conceitos de modelos de atenção que devem ser adotados para cumprir as características que atendam as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como aquilo que é disposto nas Leis Orgânicas da Saúde n. 8080 e 8142, de 1990 [1].

O SUS, um dos maiores e complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrange diversos níveis de atenção, garantindo assim acesso integral, universal e gratuito para toda a população, naturalizada ou não no Brasil. Um dos componentes que ganha destaque deste sistema, é o de fornecer atenção integral à saúde, abrangendo não somente os cuidados assistenciais, mas também a oferta de serviços de prevenção de agravos e doenças e promoção da saúde, na perspectiva de atender as demandas da população e melhorar a qualidade de vida no âmbito individual e coletivo [2].

E para suprir esta demanda, a Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada como ordenadora da saúde, atenção à saúde, inserida em um modelo poliárquico, inserida em um modelo poliárquico, juntamente com a rede secundária e terciária de serviços. Este nível de atenção tem a capacidade

de responder de forma contínua, sistematizada e equânime, à maior parte das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo, além de abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, proporcionando assim uma atenção integral [3,4].

A APS é revelada como o componente mais abrangente, tendo em vista a sua centralidade para o cuidado e para a garantia da saúde da população [5,6]. Suas praticabilidades são articuladas com diversos níveis de atenção e oferecem o maior e mais eficiente acesso a esses setores, minimizando os procedimentos mais especializados, que por vezes são desnecessários e potencialmente danosos, ampliando o enfoque na prevenção e promoção da saúde, reduzindo a mortalidade, e oferecendo a maior eficácia no atendimento à saúde da população [7].

Um dos pontos centrais dessa construção é que a Atenção Primária se orienta por eixos estruturantes que, nos estudos internacionais, intitulam-se de atributos essenciais: longitudinalidade, atenção ao primeiro contato integralidade e coordenação; e seus atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural [6,8].

Em seu contexto histórico, diversos avanços consistentes foram feitos em direção à cobertura universal em

¹ Faculdade São Leopoldo Mandic, Curso de Medicina. Rua José Rocha Junqueira, 13, Swift, 13045-755, Campinas, SP, Brasil Correspondência para / Correspondence to: ERM CABRAL. E-mail: <elizabeth.cabral@slmandic.edu.br>.

² Faculdade São Leopoldo Mandic de Araras, Curso de Medicina. Araras, SP, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas. Natal, RN, Brasil.

⁴ Secretaria de Saúde do Município de Araras. Araras, SP, Brasil.

Como citar este artigo / How to cite this article

Cabral ERM, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, Machado LO, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. InterAm J Med Health 2020;3:e202003012.



saúde, principalmente no que se diz respeito a estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto política nacional reordenação e fortalecimento da APS [9].

A ESF, que no começo dos anos 90 era denominada Programa Saúde da Família (PSF), é o elemento prioritário para a organização e fortalecimento da APS no país. A base para a prestação de cuidado, sistematização das ações, estruturação e organização dos serviços por parte dos gestores e profissionais de saúde inseridos na APS é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) [1,10].

As diretrizes prescritas nas PNAB's dos anos 2006 e 2011, configuraram a ESF como principal meio de expansão do acesso e da garantia do direito à saúde, no qual as práticas deveriam ser orientadas pelas necessidades loco-regionais e pelos determinantes sociais em saúde, que impactava o processo saúde-doença, tanto no campo do indivíduo, quanto no seu contexto familiar e no contexto comunitário [1].

Essa estratégia é realizada por uma equipe multiprofissional, composta por no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal, como o cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico em Saúde Bucal; onde atuam de forma interdisciplinar e são responsáveis por um número específico de pessoas e por um território delimitado [11].

Atuando no contexto de valorização e qualificação da atenção básica foi criado o Programa Mais Médicos, em 2013, para suprir a demanda dessa categoria profissional que limitavam o desenvolvimento da APS, tais como: necessidade de ampliação e melhorar o acesso aos serviços de saúde; necessidade para melhorar as estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde (UBS); necessidade de qualificar e quantificar o número de profissionais para atuação na APS [12].

Mas, através da PNAB 2017, surgiram modificações que levaram a ESF e a APS para outras direções. Em especial a relativização das equipes de saúde e uma nova reorganização nas práticas de cuidado e de gestão. Onde o mínimo de ACS por equipe, que era de 4 na PNAB 2011, não está definido na atual, passando, assim, ser considerada de 1 ACS por equipe. Há também referência da atuação do ACS, onde devem cobrir 100% da população locais que tenham maior risco e vulnerabilidade e não mais 100% da

população, como eram destinados para todas as Equipes de Saúde da Família. Ficando evidente também que na atual PNAB a priorização e destaque de uma atenção à saúde tradicional centrada na doença, desfavorecendo, portanto, a ESF, enquanto espaço para educação, prevenção de agravos e promoção da saúde [11].

Em contraponto, segundo a Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS), em todo território nacional em dezembro de 2019, havia 43.755 ESF implantadas no Brasil, cobrindo uma população estimada de 134.427.430 pessoas, o que representa 64.47% de cobertura. O que em tese propicia o aumento da cobertura nacional, a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, queda na mortalidade infantil em todo território nacional e oferece a redução das iniquidades em populações mais vulneráveis [13].

Nesse cenário cabem as seguintes reflexões: Qual o papel da APS diante da epidemia de COVID-19 no Brasil? Existe capacidade instalada de serviços para o enfrentamento do agravo na APS? Os serviços dispõem de recursos humanos, materiais e técnicos para o enfrentamento efetivo da epidemia? Essas e outras questões são pertinentes em um cenário onde existem projeções de milhões de mortes e infectados em todo país.

Cenário da epidemia de COVID-19 no Brasil e orientações governamentais

Até o dia 25 de março, haviam sido notificados 414.179 casos confirmados e 18.440 mortes. O Brasil confirmou na mesma data 2.433 casos e 57 óbitos por COVID-19, e 84,2% dessas mortes ocorreram no estado de São Paulo. Registra-se então a transmissão comunitária presente em todos os estados brasileiros [14]. A Portaria nº 356 de 11 março de 2020 garante que a pessoa que apresente sinais e sintomas da doença, deve ficar em isolamento residencial, juntamente com todas as pessoas que residam na mesma casa, por 14 dias sob prescrição médica que garanta os direitos legais dessa (s) pessoa (s) [15].

O Brasil assume compromisso com uma nova proposta de vigilância epidemiológica voltada para a infecção humana pelo SARS-CoV-2 (CID 10: U07.1 - infecção respiratória pelo novo coronavírus), apoiada pela consolidação de informações da OMS e novas evidências técnicas e científicas. Partindo da premissa de que a doença se trata de uma infecção respiratória, os estados, DF e municípios iniciam suas linhas de controle, prevenção

e tratamento baseados nos planos para a pandemia de influenza e síndromes respiratórias, previstos no Guia de Vigilância Epidemiológica (VE) e manuais técnicos para enfrentamento de eventos epidemiológicos em massa, fundamentando a capacidade e experiência do SUS frente à resposta de combate ao novo coronavírus [16].

O Ministério da Saúde (MS) elaborou o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo coronavírus em caso de epidemia em todo território nacional, definindo os níveis de resposta em tempo real para objetivar a preparação e adaptação da rede nacional de atenção à saúde, bem como a estrutura de comando correspondente em cada um dos níveis de governo, nacional, estadual e municipal. Além disso, em reunião realizada no dia 06 de fevereiro de 2020 pelo Comitê Intergestores Tripartite, foram pactuados os Planos de Contingência estaduais baseados no Plano Nacional e validados pelo Ministério da Saúde [17].

Apostando em um Plano de Ações Não Farmacológicas (PANF), o MS visa reduzir a transmissibilidade viral na população e atrasar a progressão da epidemia [18]. Resultados positivos obtidos com PANF são observados na China, onde observou-se uma queda significativa nos casos novos. Entre as medidas utilizadas destaca-se: uso de cordão sanitário, suspensão de transportes públicos, taxi ou por aplicativo, restrição do tráfego aéreo, proibição de viagens dentro do país, fechamento de espaços públicos, cancelamento de eventos, uso obrigatório de máscaras em público e isolamento domiciliar para a população [19].

Um dos principais resultados diretos do PANF é o potencial de reduzir a demanda para os serviços de saúde, tanto na APS, como na atenção Secundária e Terciária em saúde. As medidas adotadas objetivam a diminuição do pico epidêmico, evidenciado por modelagem matemática, que estima que haja uma redução de 50% no contato entre pessoas, distribuindo melhor os casos positivos ao longo do período de observação epidêmica e nos serviços de saúde [19].

Tais dados demonstram a importância de agir com medidas preventivas no Brasil que possui tamanho continental, desigualdades sociais e pluralidade cultural, além de depender da realização das análises de dados em nível municipal, estadual e federal, articuladas para o planejamento das ações e disponibilizando para a população um retrato real da propagação da epidemia [20].

O grande desafio das autoridades sanitárias é reduzir ao máximo o número de casos, especialmente os mais graves, que requerem internação hospitalar com

manejo de ventilação mecânica invasiva. As experiências internacionais dos países acometidos pela epidemia do COVID-19 demonstram que, uma vez superada a capacidade instalada dos serviços de saúde, a doença pode elevar sua taxa de mortalidade para níveis preocupantes, podendo levar à morte de milhões de pessoas devido a total falta de assistência à saúde.

Limitações e contribuições da APS frente a pandemia de COVID-19

A rápida disseminação do vírus torna-se preocupante para os serviços da APS. Assim, propõe-se que as estratégias de enfrentamento ao COVID-19 abranjam os usuários e os profissionais. Os relatos internacionais exitosos mostraram que a telemedicina é uma ferramenta efetiva para a redução do contato presencial entre profissionais de saúde e usuários com síndrome respiratória aguda grave. Como também, uma importante ferramenta para a continuidade da assistência às pessoas com outras condições de saúde que necessitam de atendimento regular, como é o caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que diante da falta de manejo clínico apropriado, pode levar a quadros de agudização e uma demanda ainda maior pelos setores de alta complexidade, como as unidades de terapia intensiva [21,22].

Contudo, reconhece-se a baixa disponibilidade de computadores e de acesso à internet nas unidades da APS do país. Logo, a aquisição de instrumentos para o desenvolvimento deste trabalho, torna-se essencial e urgente, uma vez que, será possível garantir melhor atendimento à população.

Uma outra estratégia a ser priorizada na APS nesse momento é a educação em saúde, uma vez que, percebe-se elevada propagação de informações falsas (Fake news) acerca da doença, das formas de contágio, bem como do seu tratamento. Neste sentido, o contato da equipe de saúde com os usuários por meio de aplicativos de mensagens e telefone pode auxiliar na disseminação de orientações adequadas em conformidade com as autoridades sanitárias, pautada em protocolos científicos validados. Os agentes comunitários de saúde podem potencializar esta intervenção, pois, conhecem as necessidades da população local e têm um olhar diferenciado para aqueles que mais precisam de atenção neste momento [23].

Também é fundamental garantir a saúde dos trabalhadores da APS assegurando a disponibilidade dos equipamentos de proteção individual (EPI), bem como a

garantia de capacitação adequada para seu uso e descarte. Além de proteger as equipes, o uso adequado dos EPI's evita o contágio dos usuários quando os profissionais que estão na linha de frente no combate ao coronavírus estão contaminados ou assintomáticos. Reconhece-se que, nesta pandemia, a falta dos EPIs é relatada em diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde no Brasil. Desta forma, é imprescindível a realização de esforços gerenciais e financeiros para garantir máscaras tipo N95 ou PFF2, óculos ou face shield, luvas, gorro, capote impermeável, álcool gel 70%, bem como sabão para a assistência nas unidades de saúde [24].

É importante ainda pensar em estratégias conjuntas de enfrentamento da epidemia em curso, estabelecendo linhas de cuidado na rede local e intermunicipal de saúde, trabalho interprofissional, parcerias intersetoriais, melhoria da comunicação entre todos os níveis de atenção, fortalecimento do controle social, implementação de protocolos clínicos e de manejo de casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Essa rede de cooperação deve estar voltada ao cuidado longitudinal, com vistas a um enfrentamento eficaz da pandemia, com o achatamento da curva de infecção e de mortalidade.

Uma estratégia para pôr em prática essa lógica sistemática e racional da epidemia é a criação de planos estaduais para o enfrentamento da crise. Tais planos precisam ter em conta a capacidade instalada dos serviços de saúde, a possibilidade de ampliação da mesma, tendo em conta o monitoramento do comportamento constante da epidemia em nível local, a possibilidade de promover pactuações com universidades e serviços privados de saúde, estruturação de serviços de testagem diagnóstica, isolamento social e o estabelecimento de fluxos e linhas de cuidado articulados a uma central de regulação.

A APS precisa ser reconhecida enquanto protagonista para ter capacidade operacional de detectar e tratar casos leves e moderados em tempo hábil, bem como encaminhar os casos graves rapidamente para os hospitais de referência. Sob essa lógica, cada equipamento de saúde deve ter a clareza do seu papel em uma perspectiva sistematicamente distribuída de funções. Sem esse planejamento estratégico e dinâmico, o colapso do sistema de saúde pode ocorrer em questão de dias, dada a capacidade de infecção do vírus.

Outra questão relevante para essa discussão é que em cenário de isolamento, muitos trabalhadores estão enfrentando graves problemas financeiros, bem como existem situações exacerbadas de sofrimento psíquico e aumento de casos de violência doméstica. Os trabalhadores da ESF precisam estar vigilantes sobre essa realidade, por estarem

mais próximos da vida cotidiana das pessoas em seu território, são protagonistas na identificação de tais situações. Buscar medidas de apoio e enfrentamento dessas questões paralelas, porém decorrentes da epidemia de COVID-19, também está intimamente atrelado ao papel da APS no Brasil, tanto do ponto de vista estratégico como do dever ético dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Recentemente foram impostos novos desafios ao SUS, especialmente no que se refere à restrição orçamentária em todos os níveis de atenção. De maneira específica, o impacto da mudança no financiamento da APS, tem gerado ainda mais sobrecarga à rede de atenção à saúde, que já vive em um panorama marcado por instabilidade e precarização das relações de trabalho. Desta forma, é essencial defender que a APS seja o também foco de atenção para alocação eficiente e efetiva dos recursos de saúde, com objetivo de otimizar os gastos do sistema e organizar fluxos de pacientes entre distintos serviços de saúde, com vistas a redução das internações hospitalares decorrentes tanto da infecção por coronavírus, quanto das condições sensíveis à atenção primária em saúde [24,25,27].

No entanto, é preciso legitimar a importância da realização de um esforço coletivo para criação de um plano local de enfrentamento da epidemia, que leve em conta a capacidade instalada dos serviços, frente a possível demanda exacerbada e iminente por atenção à saúde. Com a APS e os demais níveis de atenção integrados em uma lógica de cuidado longitudinal e em rede o país e a população enfrentarão um menor impacto negativo decorrente da epidemia em curso.

Além disso, o reforço aos cuidados de prevenção e às medidas de isolamento social, por meio da educação em saúde, estão diretamente atrelados à responsabilidade dos profissionais lotados na APS. Portanto, somente com o engajamento coletivo da população, gestores, serviços, níveis de atenção e profissionais de saúde é possível vislumbrar um horizonte menos desastroso, tanto do ponto de vista humano como econômico. Portanto, diante da polarização da discussão acalorada entre salvar vidas e minimizar os impactos financeiros decorrente da epidemia do COVID-19 no Brasil, aumenta a probabilidade de uma crise humanitária e econômica nos anos que se seguem.

REFERÊNCIAS

1. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1869-1878. doi: 10.1590/1413-81232015206.13272014
2. Brasil. Lei n. 8.080, 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, 19 set. 1990a. Seção 1.*
3. MatlaGC, MorosiniMVG. Dicionário da Educação Profissional em Saúde: Atenção Primária à Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. 2009.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
5. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(esp):158-64.
6. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):52-66.
7. Starfield B, Shi L, Macincko J. Contribution of Primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
9. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. *PLoS Med*. 2014;11(9):e1001692.
10. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;v42(116):11-24. doi: 10.1590/0103-1104201811601
11. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. doi: 10.1590/0103-110420185103
12. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n. 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: Casa Civil; 2013.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Cobertura da Atenção Básica, Dezembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
14. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Folha Informativa - COVID-19: doença causada pelo novo coronavírus. 2020.
15. Brasil. Casa Civil da Presidência da República. Imprensa Nacional. Diário Oficial da União (DOU). Portaria n. 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). 2020.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus. Boletim Epidemiológico 02. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus. Boletim Epidemiológico 05. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.
19. Wang C, Liu L, Hao X, Guo H, Wang Q, Huang J, et al. Evolving Epidemiology and Impact of Non-pharmaceutical Interventions on the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *medRxiv*. 2020.
20. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Nota Técnica de pesquisadores da Universidade Federal do

Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade de São Paulo (USP) e Universidade de Brasília (UnB), 25 de março 2020.

21. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 2020;368:m1182.

22. Bai L, Yang D, Wang X, Tong L, Zhu X et al. Chinese experts' consensus on the Internet of Things-aided diagnosis and treatment of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Clin Health*. 2020;3:7-15.

23. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(5):1637-1646.

24. Sousa FF, Sousa IA, Oliveira LMN. A utilização de equipamentos de proteção individual e coletiva por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Rev Aten Saúde*. 2018;16(57):102-108.

25. Tucatto JA. A Solidariedade como um postulado da razão comunicativa e da ética do discurso. *Thaumazein*. 2010;3(6):50-68.

26. Reis JGD, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JCD, D'Ávila O, Hauser L et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24:3457-3462.

27. Lima LD. Reformas e desafios do financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2019.