



A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa.

The reorganization and performance of Primary Health Care in the context of the COVID-19 pandemic: a narrative review.

Manami Murakami

E-mail: manami.nihomurakami@gmail.com

Resumo: A chegada de uma nova doença de alta taxa de transmissibilidade trouxe desafios ao sistema de saúde. Sem planos estratégicos prontos para serem aplicados, os serviços de saúde foram impelidos a formular estratégias para enfrentar uma pandemia de COVID-19. Frente a este contexto, o presente estudo buscou, através da revisão de literatura, do tipo revisão narrativa, descrever a atuação e organização da APS em contexto de pandemia de COVID-19 na adaptação à nova realidade sanitária vivida no país. Neste processo, as ações e serviços da APS foram redefinidos, com significativa redução de ofertas de ações em saúde para a contenção da transmissão do vírus, e inclusão de novas formas de trabalho. A partir da análise das experiências publicadas pode-se perceber que uma ação inicial desencadeou a identificação de outras ações necessárias, contando com o envolvimento dos profissionais de diversas categorias da APS. Em meio aos desafios que a APS tem enfrentado, apresentar o desenvolvimento de ações, fruto do esforço dos profissionais comprometidos, proporcionam evidências acerca da APS e do necessário investimento neste nível de atenção em saúde. Demonstra ainda possíveis caminhos a percorrer, com a incorporação de novas práticas em saúde e o fortalecimento dos serviços.

Palavras-chave: COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Organização.

Abstract: The arrival of a new disease with a high transmissibility rate has brought challenges to the health system. Without strategic plans ready to be applied, the health services were impelled to formulate strategies to face the COVID-19 pandemic. According to this new context, the present study sought, through a literature review, of narrative review type, to describe the performance and organization of PHC in the context of the COVID-19 pandemic and its adaptation to the new health reality experienced in the country. In this process, PHC actions and services were redefined, with a significant reduction in the number of health actions offered, in order to contain the transmission of the virus, with the inclusion of new forms of work. Based on the analysis of published experiences, it is evident that an initial action triggered the identification of other necessary actions, with the involvement of professionals from different PHC categories. In the midst of the challenges that PHC has faced, presenting the development of actions, resultant by the effort of committed professionals, can provide evidence about PHC and the necessary investment in this level of health care. It also demonstrates possible ways to go, with the incorporation of new health practices and the strengthening of services.

Keywords: Covid-19; PHC; Organization.

Introdução

Em dezembro de 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre o início do surto de uma nova doença de causa desconhecida, na China. Com características semelhantes a pneumonia, constatou-se que a transmissão de um novo coronavírus, denominado SARS-CoV-2, foi o responsável pela alta incidência de casos da doença respiratória aguda que veio a ser denominada COVID-19. ¹

A falta de conhecimentos sobre o novo coronavírus, a alta taxa de transmissibilidade, inclusive por indivíduos assintomáticos, e a ausência de tratamento específico contribuíram para a sua alta incidência, implicando desafios para o sistema de saúde. ²

Sem planos estratégicos prontos para serem aplicados, os serviços de saúde foram desafiados a buscar e formular estratégias para enfrentar uma pandemia, com a incerteza do tempo de sua duração. Inicialmente foram seguidas recomendações da OMS, Ministério da Saúde (MS) e outras organizações, além de notas técnicas das Secretarias de Saúde Municipal e Estadual (SMS e SES), que sugeriram aplicação de planos de contingência de influenza e suas ferramentas, devido à semelhança clínica e epidemiológica entre os vírus respiratórios. ³

Segundo a OMS os quadros leves representam 80% dos casos e são assintomáticos ou oligossintomáticos (poucos sintomas). Os casos detectados que necessitam de atendimento hospitalar por apresentarem dificuldades respiratórias, representam 20% dos casos ⁴. Isto posto, a recomendação do Ministério da Saúde para os casos suspeitos, com a presença de sintomas compatíveis com a COVID-19, que necessitem de suporte da equipe de saúde, foi a procura pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Nestes locais haverá o encaminhamento para consulta médica, solicitação de exames complementares, prescrição de medicamento ou outras recomendações de cuidado. ⁵

A APS é o nível do sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para os diversos problemas e necessidades dos indivíduos e prevendo a sua atenção no decorrer do tempo. Deve ser capaz de resolver a maioria das condições de saúde, com exceção daquelas menos comuns ou raras. Neste caso deve coordenar ou integrar a atenção fornecida em outro ponto do sistema de atenção. ⁶ Dentre as suas responsabilidades, destacam-se o acesso ao sistema de saúde, tratamento, reabilitação e trabalho em equipe. Sua abordagem forma a base e determina o trabalho em todos os demais níveis do sistema de atenção à saúde, realizando a integração quando há mais de um problema de saúde. A APS lida com o contexto em que a doença existe e busca respostas aos problemas de saúde da população, levando em conta o contexto social, econômico, ambiental em que estão inseridos os indivíduos. ⁶

Frente à pandemia foi necessário que a APS reorganizasse os processos de trabalho. Inicialmente houve a restrição da carteira de serviços ofertada, com a recomendação de redução de atendimentos de forma a evitar um grande fluxo de pessoas e aumentar o risco de exposição ao novo coronavírus. No entanto, não é possível manter a suspensão de todos os atendimentos a longo prazo, de forma a configurar barreiras de acesso ou ainda agravar as condições prévias de saúde existentes antes da pandemia.

Manter a atenção tanto dos casos agudos, quanto aos casos crônicos, é necessário para garantir a integralidade, a coordenação do cuidado e o acesso ao sistema de saúde, buscando minimizar a complicação dos casos crônicos e a procura por atendimento em outros pontos de atenção à saúde, como prontos-socorros e hospitais. Recomenda-se ainda que a APS atue de forma integrada às ações de vigilância em saúde nos territórios.⁷ Diante do exposto, o presente estudo buscou analisar quais foram os caminhos percorridos pela APS para se adaptar à nova realidade sanitária vivida no país.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, do tipo revisão narrativa. O trabalho foi desenvolvido através da revisão de literatura sobre a atuação e organização da APS em contexto de pandemia de COVID-19.

As revisões narrativas são caracterizadas como publicações amplas, para descrever e discutir o desenvolvimento de determinados assuntos, a partir de pontos de vista teóricos ou contextuais. Permitem a atualização do conhecimento sobre um determinado tema em um curto espaço de tempo, através da análise teórica na literatura publicada em artigos, revistas impressas ou eletrônicas, livros, contendo a análise crítica do autor.⁸

A busca na literatura foi realizada a partir das perguntas de pesquisa: Como a Atenção Primária à Saúde se organizou para o enfrentamento da pandemia? Quais as ações foram desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia de COVID-19?

Os artigos foram pesquisados no período de 2020 e 2021 através das bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed, Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Google Acadêmico. Os descritores utilizados foram: “Atenção Primária à Saúde” AND “Pandemia” AND “Organização” AND “COVID-19”. Como refinamento de busca, foi selecionado o período de 2020 a 2021 e utilizado os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis de forma online; pesquisas originais ou de revisão de literatura; sem restrição de idioma.

Os estudos de interesse foram aqueles que abordaram em seu conteúdo as ações desenvolvidas na APS em contexto de pandemia por COVID-19. Os artigos que não contemplaram os critérios de inclusão foram excluídos após a leitura do resumo e título.

As etapas de estudo foram divididas em: pesquisa de artigos nas bases de dados, leitura dos títulos e resumos para verificar a adequação do material ao tema de estudo; leitura dos artigos na íntegra; busca e leitura dos estudos originais referenciados no final dos artigos selecionados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No processo de reorganização no âmbito da APS, as ações e serviços foram redefinidos, com significativa redução do escopo de ofertas de ações em saúde, inicialmente necessárias para a contenção da transmissão do vírus. A partir da análise das experiências publicadas pode-se perceber que uma ação inicial desencadeou a identificação de outras ações necessárias, que contou com o envolvimento dos profissionais de diversas categorias da APS.

Esse processo mostrou novas possibilidades de atuação, assim como evidenciou desafios a serem enfrentados para garantir melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, de ofertas de cuidado. Numa visão geral, cada caminho percorrido na adaptação dos serviços mostrou um direcionamento comum: o cuidado integral do usuário, corroborando com os objetivos de atuação da APS. Foram encontrados nas diversas experiências pontos em comum de atuação da APS durante a pandemia, que serão descritos a seguir.

Planos de Contingência

Uma das primeiras medidas adotadas pela APS frente à pandemia foi a elaboração e aplicação de Planos de Contingência específicos para o enfrentamento da Infecção Humana pelo novo Coronavírus, que orientou os serviços e profissionais de saúde quanto ao controle dos processos epidêmicos, a comunicação de risco e a redução da morbimortalidade por Covid-19.

O Plano de Contingência é um instrumento de planejamento, elaborado para delinear ações, procedimentos e decisões a serem tomadas em situações de emergência em saúde pública, constituído por orientações segundo cada etapa da emergência em curso. A operacionalização, de fato, do plano ocorre na etapa de resposta. Nesta fase o planejamento realizado previamente é aplicado de acordo com o nível de risco vivenciado no momento. É recomendado que cada município estruture seu próprio plano de contingência de acordo com as especificidades, estrutura e realidade local para garantir que o nível de resposta seja correspondente e as medidas adotadas sejam condizentes com a realidade vivenciada.⁹

Neste âmbito, no Paraná, foi registrado uma experiência exitosa na aplicação do Plano de Contingência - Novo Coronavírus (2019-Ncov). O plano descreveu três níveis de resposta de acordo com o grau de evolução da COVID-19, sendo eles: atenção, ameaça e execução, que foi aplicado em suas três fases sucessivamente devido a rápida propagação e dinâmica da doença. A operacionalização do Plano de Contingência promoveu a identificação precoce de surtos e a adoção de medidas em tempo oportuno, contribuindo para a prevenção de casos e óbitos, assim como para a atenção para as outras condições que acometiam a saúde da população. Foi um instrumento orientador para os municípios na atuação territorial, capacitando os profissionais da saúde quanto às ações de enfrentamento da pandemia. Os autores destacam que elaborar, executar e revisar o plano de contingência fundamentou o estabelecimento de ações prioritárias, contribuindo para a garantia dos atributos da APS e conseqüentemente o seu fortalecimento, visando construir uma estratégia resolutiva, com capacidade de coordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS).¹⁰

Em um município de Belo Horizonte, a partir da veiculação nos meios de comunicação sobre a existência da nova doença respiratória, a Secretaria Municipal de Saúde identificou, antes mesmo de haver casos confirmados no Brasil, a necessidade de revisão dos seus planos de contingência municipais. Este foi o ponto de partida para a organização das ações subsequentes de enfrentamento à pandemia.¹¹ Por outro lado, esse processo não se mostrou padrão nas diferentes regiões do país. Em Belém foi relatado que não houve articulação entre município e estado na elaboração e execução de um plano de controle do coronavírus. As ações de enfrentamento à pandemia foram em ações hospitalocêntricas e medicamentosas, que somados a baixa cobertura da APS, podem ter contribuído para o agravamento epidemiológico da COVID-19 no estado.¹²

Educação em Saúde

A educação em saúde foi uma prática importante para o combate à pandemia nos cenários da APS. Diante da rápida chegada da COVID-19 e das dúvidas e inseguranças geradas por ela, foram discutidas através de reuniões de equipe, as medidas a serem tomadas na UBS e no território, com ênfase para as práticas de educação em saúde.

Em Caicó/RN os profissionais de saúde residentes desenvolveram ações de educação em saúde tanto na UBS, quanto no território. Na UBS, dentro das salas de espera, foram realizadas orientações com troca de saberes relacionadas a diversos tópicos como: medidas de prevenção da COVID-19; doação de sangue; cuidados rotineiros ao combate do *Aedes Aegypti*; alimentação equilibrada; entre outros. No território, com o auxílio dos Agentes Comunitários em Saúde, os

profissionais promoveram a educação em saúde através da abordagem de pessoas nas microáreas do território de abrangência. Na ocasião, os grupos conversavam com a comunidade sobre sua rotina e desafios vivenciados, e a partir disso os profissionais realizavam a orientação quanto aos cuidados necessários para a prevenção e controle da COVID-19, de acordo com a realidade vivida pela comunidade no território.¹³

Em outros estados foram desenvolvidas ações de educação em saúde através do telemonitoramento. Neste momento do teleatendimento eram oportunizadas a realização de orientações sobre prevenção e cuidados, práticas de saúde, e, quando identificado casos graves, havia o direcionamento para a unidade básica de saúde ou para os hospitais.^{14, 15}

O desenvolvimento de ações para enfrentamento da pandemia mostrou como as experiências em educação em saúde podem ser construtivas e exitosas tanto para os serviços e a organização da APS, quanto para o enriquecimento da formação profissional, contribuindo ainda com o fortalecimento de vínculo com a população e a promoção da saúde, principalmente em cenários fragilizados e de vulnerabilidades.

Integração entre vigilância à saúde e Atenção Primária à Saúde

A integração entre a Vigilância em Saúde e a APS é primordial para reduzir o risco de expansão da COVID-19.¹⁶ Por meio dessa integração busca-se detectar o maior número possível de casos e contatos, e realizar o direcionamento e adoção de medidas que minimizem o risco de disseminação da COVID-19, principalmente por se tratar de uma doença respiratória causada por vírus de rápida transmissão.¹⁷

As análises de experiências internacionais da vigilância em saúde no combate à pandemia mostram que podem ser empregadas diversas técnicas para realizar a vigilância em saúde, cada uma apresentando diferentes níveis tanto de eficácia quanto de fragilidades sobre a qualidade e consistência dos dados, por exemplo. Ressalta-se, no entanto, que independentemente do tipo de ação adotada, as vantagens se tornam evidentes principalmente quando há integração entre as ações de vigilância com a APS.¹⁸

No Brasil são relatadas experiências locais exitosas de integração da vigilância em saúde com a APS. Dentre as estratégias desenvolvidas quanto a reorganização da APS em um município no estado do Ceará, a vigilância em saúde foi uma das ações iniciais, sendo realizado através do monitoramento dos possíveis casos e contatos, até a divulgação do resultado, possibilitando a realização de orientações quanto ao isolamento e a identificação de sintomas sugestivos para a COVID-19. Para isso, foi implantado o Plantão Epidemiológico 24h, caracterizado por um canal de diálogo, por meio de mensagens, para atendimento e esclarecimento de dúvidas por profissionais

qualificados que, a partir deste contato realizavam o encaminhamento dos pacientes para os gerentes das UBS de referência prosseguirem com o monitoramento e demais medidas necessárias.¹⁹

Em Belo Horizonte houve a interação entre a assistência e a vigilância em todos os processos de trabalho, que culminou na criação de um Grupo de Trabalho (GT), composto pela equipe da Subsecretaria de Assistência à Saúde e Subsecretaria de Promoção e Vigilância à Saúde. Eram realizadas reuniões semanais, com suporte da área de epidemiologia, que discutiam e definiam ações necessárias, permitindo a elaboração conjunta de notas técnicas, protocolos, definição de programações e alinhamento de capacitação das equipes locais.¹¹

A integração da vigilância em saúde e a APS é importante frente ao conhecimento que as equipes multiprofissionais têm dos problemas que afetam a população local, possibilitando o monitoramento contínuo dos problemas de saúde, e o direcionamento em suas intervenções e orientações na comunidade. Pode apresentar resultados principalmente sob os grupos mais vulneráveis, contribuindo para o controle da transmissão na comunidade. Portanto, é uma estratégia efetiva tanto para o controle e monitoramento de doenças transmissíveis quanto para o apoio aos especialistas em saúde pública no processo de agregar e analisar os dados, e fornecer informações para o planejamento e organização dos sistemas e serviços de saúde. Contudo é fundamental fortalecer o modelo da APS, com articulação entre os sistemas de saúde, para que assim seja possível responder às emergências em saúde pública.¹⁸

Telemonitoramento

O telemonitoramento foi uma ferramenta que se mostrou fundamental para o cuidado e a longitudinalidade do cuidado dentre as medidas adotadas pelos profissionais da APS. O uso da telemedicina foi autorizado pela Lei 13989, de 15 de abril de 2020, que permitiu a realização de atendimentos para fins de assistência, pesquisa, prevenção de doenças, lesões e promoção de saúde mediados por tecnologia enquanto durar a pandemia causada pelo novo coronavírus.²⁰

Em Camaçari-BA, essa tecnologia auxiliou tanto no processo de trabalho, quanto na continuidade do cuidado dos pacientes. Através das ligações os usuários eram ouvidos, avaliados e orientados, oportunizando momentos de escuta qualificada das queixas com amenização dos medos e preocupação. A triagem realizada via telemonitoramento foi importante para avaliar o estado de saúde dos usuários à distância e também para controlar o fluxo de usuários na unidade de saúde, evitando o aumento de demandas não urgentes na unidade e a sobrecarga ao serviço de saúde. Os profissionais avaliaram a experiência positivamente ao propiciar a continuidade do cuidado, a minimização dos agravos, e promover a atenção integral ao usuário. No entanto

ressaltam a dificuldade quanto à existência de espaço físico adequado, disponibilidade de internet de qualidade e telefones para melhor utilização desta estratégia.¹⁴

A dificuldade quanto à estrutura para realizar o telemonitoramento foi identificada também em outros cenários. Em um município do Paraná, foi relatado que os profissionais da UBS tinham apenas um aparelho fixo na recepção para realizar os teleatendimentos, sem pontos telefônicos nas demais salas. Foi percebido ainda a baixa adesão dos usuários para atender chamadas de telefone fixo. A partir destas dificuldades, optou-se por operacionalizar o telemonitoramento por meio de mensagens em aplicativo de mensagens instantâneas, que foi possível após a doação de um celular por um membro da equipe. Participaram desta operacionalização: os enfermeiros, os agentes comunitários de saúde, um educador físico e um odontólogo, que se responsabilizaram de forma consensual. Esta forma de comunicação configurou um canal importante de troca de saberes e diálogo para os profissionais. Para os autores, a experiência resultou em ações para além de um mero monitoramento, pois foram realizadas orientações, esclarecimento de dúvidas e garantia de cuidado em saúde para outras condições, mesmo que o motivo inicial do contato tenha sido a COVID-19.²¹

Em Vitória-ES com a reorganização dos serviços foi identificada a importância da continuidade dos cuidados programados de grupos prioritários, tais como hipertensos, diabéticos, idosos, acamados, entre outros. Sendo assim, o NASF e ACS desenvolveram um projeto de atendimento via telefone, em que os usuários recebiam orientações quanto à prevenção, aos sinais e sintomas da COVID-19, assim como sobre os fluxos de funcionamento da unidade durante a pandemia. Outro ponto importante nessa ação foi a abordagem das arboviroses que estavam em curso no território, e acabaram perdendo a atenção.²²

O novo modelo de atendimento propiciou manter o elo entre usuários e a unidade de saúde, e a organização do fluxo de usuários. A identificação, delineamento das ações e garantia da longitudinalidade do cuidado dos grupos prioritários, principalmente os mais vulneráveis, foram os pontos-chaves que nortearam os profissionais a implantarem o telemonitoramento, visando a minimização de riscos não só do contágio da COVID-19, mas também de outras condições de saúde que poderiam estar acometendo a população.²²

O telemonitoramento como alternativa de acompanhamento das condições de saúde da população tem se mostrado um recurso importante para o fortalecimento de vínculo e continuidade do cuidado e otimização dos processos de trabalho. No entanto, podem ser identificados desafios para a implementação do uso de tecnologias de teleatendimento na APS. No interior do Amazonas, por exemplo, foram encontradas barreiras na utilização desta

ferramenta, agravada pela realidade das áreas remotas e suas dificuldades, tais como a indisponibilidade e/ou baixa qualidade de aparelhos, de linhas telefônicas, ausência de acesso à internet nas unidades e dos usuários, assim como a dificuldade dos usuários em dispor aparelhos móveis e internet.¹⁵

Estas realidades refletem a necessidade de estratégias e investimento em tecnologias e suporte tecnológico que viabilizem a aplicação do teleatendimento, com atenção para atender as especificidades e singularidades regionais. Visando, por fim, garantir a resolubilidade, integralidade, abrangência dos cuidados, qualificação do monitoramento dos usuários das unidades de saúde, e a otimização dos processos de trabalho diante da nova realidade vivenciada.

NASF e ACS

A atuação dos NASF e ACS foi percebida em vários estudos, com importante destaque na reorganização dos serviços para enfrentamento da pandemia. O NASF contribuiu nas ações de prevenção e educação em saúde; apoio relacionado aos casos de saúde mental, que apresentou agravamento com a pandemia; suporte na organização das unidades de saúde e das tendas de atendimento; matriciamento com as equipes para os casos mais complexos; e no monitoramento dos usuários sintomáticos e confirmados.^{15, 22, 19, 14}

De forma conjunta nas atividades de monitoramento, os ACS tiveram grande protagonismo nesse campo de atuação,²³ tendo em vista suas atribuições específicas: orientação familiar quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolvimento de atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, e por ser o elo entre a comunidade e a equipe de saúde da família, identificando principalmente questões a respeito das situações de risco.²²

Ressalta-se, no entanto, que a redefinição e remanejamento dos processos de trabalho dos ACS evidenciou a inclusão de atividades principalmente administrativas e burocráticas, que tendem a aumentar o tempo dos ACS dentro das UBS e distanciar a atuação mais próxima da comunidade. Esta nova conformação foi uma alternativa importante para o acompanhamento do cuidado em momentos críticos, de isolamento social, entretanto sinaliza cuidado para que esta rotina não seja predominante no futuro e descaracterize o trabalho do ACS no território.²² Situação semelhante foi encontrada no redirecionamento de atuação fora da APS, para o NASF do município da Zona da Mata de Pernambuco. Lá os gestores municipais remanejaram os profissionais para atuarem na fiscalização da barreira sanitária das estradas de acesso do município. Isso mostra que há pouca clareza por parte dos gestores para a garantia de ações mais eficazes na atenção à saúde dentro dos territórios.²⁴

No município de COARI-AM, os ACS atuaram nas ações relacionadas ao planejamento das equipes, e atendimento por telefone. As visitas domiciliares permaneceram para os usuários que apresentavam dificuldades de acesso à unidade, tais como os acamados, e os pacientes cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), para a entrega de receituários atualizados. Foi realizada ainda a busca ativa de usuários em situação de risco e vulnerabilidade quando não foi possível contato de forma remota, assim como a busca ativa e organização para atenção à população das áreas rurais e ribeirinhas, que têm nos ACS uma importante ligação para o acesso ao sistema de saúde, e que demandam atenção para além da COVID, tais como malária, tuberculose, diarreia e violências.¹⁵

Em Sobral-CE, os ACS desempenharam suas funções de monitoramento nos territórios, com orientações acerca do isolamento domiciliar, identificação precoce de sinais de gravidade da doença, sobre as medidas preventivas para evitar a disseminação do novo coronavírus, e com olhar atento a outras prováveis demandas de saúde da população. Estas ações no território ocorreram seguindo as orientações de uso do EPI, tendo adaptado a visita nos domicílios para serem realizados em espaço amplo, nas calçadas por exemplo.¹⁹

Mesmo diante dos desafios impostos na nova rotina de trabalho, com a reorganização e remanejamento de atividades, estes profissionais desempenham um papel chave no enfrentamento da pandemia, no apoio às ESF e na garantia da continuidade do cuidado, principalmente em territórios vulneráveis. Reconhecer o protagonismo dos ACS e profissionais do NASF, promovendo sua qualificação e consolidação é fundamental para a organização e funcionamento da APS, principalmente quando consideradas as condições de saúde da população num cenário agravado pelas consequências da pandemia. As novas estratégias de organização dos serviços devem, portanto, ser pensadas e aplicadas de forma a diminuir as consequências da pandemia na saúde da população assim como a da própria dinâmica de trabalho dentro dos moldes da APS.²³

REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A reorganização dos serviços foi caracterizada por mudanças no horário de atendimento, no fluxo de entrada dos usuários nas unidades e remanejamento de profissionais. Em municípios com modelo de APS prioritário, como aconteceu em SOBRAL-CE, que apresenta ampla cobertura da ESF, boa infraestrutura das unidades e da organização dos processos de trabalho com articulação entre os pontos da rede de atenção, a reorganização dos serviços não teve grandes empecilhos.

Como parte da estratégia, foi possível manter o funcionamento de todas as UBS, com ampliação do horário de atendimento em unidades selecionadas até o turno noturno, garantindo o acesso e o cuidado de pacientes suspeitos e confirmados para a COVID-19. A estrutura física das unidades permitiu a adaptação do fluxo de entrada, que foram separadas em duas entradas de forma a minimizar aglomerações e impedir possíveis contágios entre os usuários. O processo de trabalho da APS no município foi organizado em três sentidos: desenvolvimento de ações de territorialização e vigilância em saúde para bloquear e reduzir o risco de expansão da epidemia; a continuidade das ações próprias na sua rotina de promoção da saúde, prevenção de agravos e provisão de cuidados à população e o compartilhamento do cuidado em rede. ¹⁹

Tendo em vista que no município os profissionais da atenção especializada tiveram suas atividades suspensas por um período, estes foram realocados para a APS, formando novas equipes nas UBS e direcionando sua atuação para o acompanhamento e monitoramento dos grupos prioritários da aps, tais como: Cuidado à saúde da mulher e da criança, Imunização, Dispensação de medicamento, Atenção aos usuários com condições crônicas. ¹⁹

No município de Coari-AM, as mudanças adotadas foram: definição de duas UBS em área urbana para atendimento exclusivo de síndrome gripal ou sintomáticos respiratórios, com horário ampliado de 7h às 19h, de segunda à sexta e contratação de novos profissionais. Nestas unidades, foram feitas adaptações com barreira física, onde ficava um profissional que direcionava os usuários para o acolhimento e atendimento. Em caso de suspeitas de COVID-19, havia a indicação de teste rápido e medicação a ser retirada na unidade de referência. Nas demais unidades permaneceram os atendimentos presenciais considerados essenciais: pré-natal, puericultura, vacinação, acompanhamento de diabéticos e hipertensos, testes rápidos e telemonitoramento para os casos suspeitos e confirmados de COVID-19. Esta reorganização foi considerada pelos autores como positiva, pois possibilitou a oferta de atenção tanto para os casos relacionados à COVID, quanto para aqueles relacionados às demais demandas. No entanto, existem alguns pontos que podem comprometer essa estratégia, pois, o estabelecimento de unidades exclusivas de atendimento pode dificultar a locomoção e acesso daqueles que necessitam de atendimento no território de abrangência. A falta de recursos humanos e estrutura física adequada foram aspectos identificados de melhoria no município para que haja uma melhor oferta e assistência à saúde da população. ¹⁵

Ao contrário do vivenciado pelos municípios com boa cobertura e valorização da APS, podemos encontrar municípios em que as unidades de saúde são casas adaptadas, não sendo possível estabelecer a separação do fluxo dos casos suspeitos ou confirmados para a COVID-19 do

outro grupo de usuários. Como consequência, não é possível estratificar os casos, podendo causar aumento de demandas nos outros pontos de atenção, como UPAS e hospitais, devido a ausência de ordenação dos casos e sobrecarga na APS.²⁵

As experiências de reorganização e readaptação mostram como foi importante o investimento na APS que os municípios vinham recebendo, o que proporcionou condições favoráveis de adequação da estrutura física, de desenvolvimento do processo de trabalho, e de construção de trabalho colaborativo focados em interprofissionalidade e intersetorialidade. Em contraponto, em locais marcados pela baixa cobertura da APS e pouco investimento, os esforços para o enfrentamento da pandemia e para a continuidade do cuidado tornam-se ainda mais desafiadores. Sendo assim, essas experiências apontam para reflexões quanto aos avanços e desafios da APS como coordenadora do cuidado em rede, os aprendizados decorrentes da atuação em contexto de pandemia e as ações necessárias para a sua efetivação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas ressaltam a importância e potencial da APS no enfrentamento à pandemia. Seja através de ações mais amplas, ou pontuais, as experiências descritas demonstraram a atuação dos profissionais com base nos atributos essenciais da APS: acesso; longitudinalidade; integralidade e coordenação do cuidado, conforme descrito por Starfield⁶.

Em cenários fortalecidos, pode se constatar que a APS foi a porta de entrada para os casos sintomáticos respiratórios, cumprindo seu papel de acesso, foram desenvolvidas ações no território mostrando a importância do conhecimento territorial e das suas singularidades para atuar de forma efetiva, direcionando atenção àqueles que mais precisam. A partir da sua reorganização, foram desenvolvidas estratégias, ações diretas no enfrentamento à COVID-19, assim como de promoção e prevenção com olhar sobre as outras condições de saúde prevalentes, que reforçam o atributo da integralidade. O telemonitoramento dos casos suspeitos ou confirmados foi realizado, configurando a longitudinalidade do cuidado. O encaminhamento e cuidado dos casos mais graves para outros níveis de atenção apontam a necessidade da coordenação do cuidado entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.

No entanto, esse processo não aconteceu de maneira uniforme em todo o país. Devido às características próprias da pandemia somadas às diferenças regionais no que diz respeito às desigualdades sociais, à conformação e o acesso aos serviços de saúde pela população, à distribuição de profissionais e do investimento na APS. Portanto os modos de operação da APS foram adaptados de acordo com cada realidade vivida.

Tendo em vista que os impactos decorrentes da pandemia já são claros na saúde da população, incorporar os novos cuidados, com ações de prevenção e promoção se fazem urgentes. Para isso, é fundamental fortalecer a APS, com investimento financeiro, incentivo e qualificação profissional, dispondo de estrutura física adequada, assegurando o desenvolvimento de ações com integração dos níveis de atenção em saúde, e vigilância no território conduzida pela APS com os demais pontos de atenção do sistema de saúde, para que seja possível a incorporação e continuidade dos cuidados na nova realidade vivida no país.

Em meio aos desafios que a APS tem enfrentado, apresentar o desenvolvimento de ações, fruto do esforço dos profissionais comprometidos, proporcionam evidências acerca da APS e do necessário investimento neste nível de atenção em saúde. Demonstra ainda possíveis caminhos a percorrer, com a incorporação de novas práticas em saúde e o fortalecimento dos serviços.

REFERÊNCIAS

1. Croda JHR; Garcia LP. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 1, e2020002. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>>. Epub 23 Mar 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>.
2. Castro CCS, Holzgrefe Jr JV, Reis RB, Andrade BB, Quintanilha LF. Pandemia da COVID-19: cenário do sistema de saúde brasileiro para o enfrentamento da crise. *Research, Society and Development*, 9(7): 1-8, e516974383. Disponível em<<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41585>>
3. Freitas ARR, Napimoga M, Donalisio MR. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2020, v. 29, n. 2, e2020119. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200008>>. Epub 06 Abr 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200008>.
4. Organização Mundial da Saúde. Coronavirus Disease (COVID-19). Press Conference. Suíça, 2020. Disponível em <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-audio-emergencies-coronavirus-full-press-conference-17feb2020-final.pdf?sfvrsn=d033e2c4_0>
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19*. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública | COE COVID-19 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 26 p. : il. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/livreto-plano-de-contingencia-espin-coe-26-novembro-2020>> ISBN 978-85-xxx-xx 1.
6. Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* / Bárbara Starfield. - Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. ISBN: 85-87853-72-4
7. Harzheim E, Martins C, Wollmann L, Pedebos AL, Faller LA, Marques CM, Minei TSS, Cunha CRH, Telles LF, Moura LNJ, LEAL MH, Rodrigues AS, Rech MRA, D'Avila OP. Ações federais para apoio e fortalecimento local no combate ao COVID-19: a Atenção Primária à Saúde (APS) no assento do condutor. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2493-2497, Junho 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702493&lng=en&nrm=iso>
8. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2007, v. 20, n. 2, pp. v-vi. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>>. Epub 17 Jul 2007. ISSN 1982-0194.
9. Governo do Estado do Paraná. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA-PR). Roteiro para Elaboração do Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19. Disponível em:

<https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/roteiroplanodecontingenciaparamunicipios.pdf>

10. De Sousa DJ, Moura dos Santos CC, David Lopes MG, Svierdovski SM. Organização da Atenção Primária à Saúde no Paraná no enfrentamento da pandemia Covid-19. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, v. 3, n. Supl., 21 dez. 2020. Disponível em <<http://revista.escoladesaude.pr.gov.br/index.php/rspp/article/view/439>>

11. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da Pandemia Covid 19: relato de experiência. *APS EM REVISTA*, 2(2), 74–82. Disponível em <<https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>>.

12. Affonso MVG, Pereira CEA, Silva WB, Silva, MVS. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 31, n. 02, e310207. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/gTq4VnTfywHGX5gVQ5zWDJv/?lang=pt>>

13. Maia AG, Silva IG, Silva JCF, Medeiros AO. Ações de residentes em saúde em temas de pandemia da COVID-19 no Seridó Potiguar. In: Oliveira e Oliveira AL, Bastos RL, Bonfada D, Medeiros JFD, Costa MV, organizadores. *Vivência integrada na comunidade: experiências de uma escola médica durante a pandemia da covid-19*. 1. ed.-- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. 358 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v.21) E-book: 5,9 Mb; PDF. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/08/Livro-Vivencia-integrada-na-comunidade-experiencias-de-uma-escola-medica-durante-a-pandemia-da-Covid-19.pdf>>

14. Souza RA, Alencar ELA, Majima AA, Rosado LG, Fernandes ACA, Rocha PA. Uso de tecnologias para telemonitoramento na atenção primária à saúde na pandemia do Covid-19: relato de experiência. *Research, Society and Development*, v. 10, n.13, e 302101321153, 2021 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21153>.

15. Menezes da Mata M, Nascimento de Castro D, Araújo Gomes C, Alves de Macêdo J, Helena Ribeiro De Checchi M, Santiago Muri Gama A, Paulo Souza e Souza L. A experiência da reorganização da Atenção Primária à Saúde – APS e trabalho dos agentes comunitários de saúde frente à COVID-19 em um município no interior do Amazonas. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 28º de outubro de 2020;12:1-12. Disponível em <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1014>>

16. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*. ISSN 1678-4464. 36 nº.8 Rio de Janeiro, Agosto 2020. Disponível em <<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n8/e00149720/pt/#>>

17. Teixeira MG, Medina MG, Costa MCN, Barral-Netto M, Carreiro R, Aquino R. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 29, n. 4, e2020494. ISSN 2237-9622. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ress/a/P9w3DZSdrQGHDbjDxGnQ8HM/?lang=pt#>>

18. Prado NMBL, Biscarde DGS, Pinto Jr EP, Dos Santos HLPC, Mota SEC, Menezes ELC, Oliveira JS, Santos AM. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 07, pp. 2843-2857. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.00582021>>.

19. Ribeiro MA, Júnior DGA, Cavalcante ASP, Martins AF, de Sousa LA, Carvalho RC, Cunha ICKO. (2020). (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. *APS EM REVISTA*, 2(2), 177–188. Disponível em <<https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.125>>

20. Brasil, Lei nº 13.989 de 15 DE ABRIL DE 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). *Diário Oficial da União* 2021; 16 abr.

21. Menezes LG, Stefanello S, Yuri KJ, Aparecida BLJ, Queiroz da Silva G, Poli Neto P. A experiência de telemonitoramento por equipes de saúde da família em uma Unidade Básica de Saúde: breve relato. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 14º de dezembro de 2021; 13:e019. Disponível em <<https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1168>>

22. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, Costa LRO, Fernandes PF, Silva RPP, Fernandes RM, Lazarini WS. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS EM REVISTA*, 2(2), 189–196. Disponível em <<https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.100>>
23. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2021, v. 19, e00321153. Epub 21 Abr 2021. ISSN 1981-7746. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>>.
- 24- Silva, WRS, Duarte PO, Felipe DA, Sousa FOS. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2021, v. 19, e00330161. Epub 12 Nov 2021. ISSN 1981-7746. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>>.
- 25 - Affonso MG, Pereira CEA, Silva WB, Silva MVS. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, Pará. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 31, n. 02, e310207. Epub 16 Jul 2021. ISSN 1809-4481. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310207>>.