

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

FACULDADE DE MEDICINA

GABRIEL ALVERCA MEYAS

Monografia aprovada em 22/02/2022
Nota: 9,8

DESAFIOS E SOLUÇÕES NA PORTA DE ENTRADA: A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE NO COMBATE À COVID-19

Niterói

2021

GABRIEL ALVERCA MEYAS

**DESAFIOS E SOLUÇÕES NA PORTA DE ENTRADA: A ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE NO COMBATE À COVID-19**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção de grau de Médico.

Campo de Confluência: Saúde Coletiva.

Orientadora:
Profa. Dra. Moema Guimarães Motta

Niterói

2021

GABRIEL ALVERCA MEYAS

**DESAFIOS E SOLUÇÕES NA PORTA DE ENTRADA: A ATENÇÃO PRIMÁRIA
EM SAÚDE NO COMBATE À COVID-19**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção de grau de Médico.

Campo de Confluência: Saúde Coletiva.

Aprovada em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Amanda Ornela Hyppolito

Membro

Profa. Dra. Magda de Souza Chagas

Membro

Profa. Dra. Vanessa Maia Rangel

Membro

Niterói

2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela minha vida, por todas as oportunidades que surgiram e por me conduzir para um caminho de luz e esclarecimento.

Gratidão aos meus pais, Fernando e Carmen, por nunca deixarem de estar presentes em minha vida e me apoiarem em meus sonhos. Espelho-me neles e em suas trajetórias para evoluir cada vez mais e escrever minha própria história. Sem eles, nada disso seria possível. Obrigado por serem o meu lar.

Ao meu irmão, Filipe, o qual por ser onze anos mais velho também representou uma figura paterna para mim. Com seus conselhos e escuta ativa, auxiliou-me em minhas escolhas e foi meu confidente em diversas situações difíceis.

À minha família, que sempre acreditou no meu potencial e demonstra curiosidade sobre minha rotina e aprendizados.

À Sueli, que me acompanha desde os meus cinco anos de vida e auxiliou em minha criação, sempre cuidadosa e leal.

Aos meus amigos, com os quais compartilho momentos felizes e tristes. Foram essenciais para que os tempos de universidade se tornassem mais leves.

Aos meus professores, em especial à minha orientadora Moema, os quais com seus conhecimentos técnicos e experiências de vida contribuíram à figura de médico que pretendo ser no futuro.

Aos pacientes do Hospital Universitário Antônio Pedro e de todos os hospitais por onde passei em estágios, pela paciência e confiança em meus atos e palavras.

RESUMO

A COVID-19 foi identificada como uma pandemia em março de 2020, estimulando medidas de mitigação de propagação viral ao mesmo tempo que eram iniciados estudos sobre vacinas e tratamentos medicamentosos, além de ações de combate à pandemia nos variados níveis de atenção, incluindo a atenção primária em saúde (APS). Por isso, o objetivo deste trabalho é investigar o impacto da pandemia da COVID-19 no âmbito da atenção primária no Brasil. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura incluindo diversos desenhos de estudo nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola disponíveis nas bases de dados PUBMED e SciELO, bem como outros referenciais bibliográficos reconhecidos na Saúde Coletiva. A atenção primária funciona como porta de entrada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e é capacitada para lidar com a recente pandemia pelo SARS-CoV-2. Sabe-se que a maior quantia de recursos financeiros e tecnológicos foi repassada a hospitais e grandes centros de saúde. No entanto, políticas de investimento na atenção primária, como o treinamento das equipes de saúde voltado para pandemia e uso da telemedicina, contribuiriam para reduzir a procura pelos serviços de emergência e, assim, mitigar o colapso dos demais serviços de saúde sem interferir na continuidade do atendimento longitudinal de grupos prioritários, como gestantes, recém-nascidos e pessoas com multimorbidades. As mazelas causadas pela pandemia evidenciam que a APS é um nível de atenção capaz de manejar casos leves de COVID-19 e referenciar os casos realmente graves ou em potencial de gravidade a fim de evitar a saturação dos outros níveis de atenção mais especializados. A inovação no atendimento à população e a readaptação de rotinas das equipes de saúde são os diferenciais para o manejo adequado da pandemia sem negligenciar a população sem queixas relacionadas à COVID-19.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde. Pandemia. COVID-19. Prevenção. Promoção à saúde.

ABSTRACT

COVID-19 was identified as a pandemic in March 2020 and drove actions to mitigate viral spread while studies about vaccines and pharmacological treatments were promoted, along with activities at various levels of care, including primary health care (PHC). Therefore, this study aims to investigate the impact of the COVID-19 pandemic on the scope of PHC in Brazil. It is a narrative literature review covering several study designs in Portuguese, English, and Spanish available in PUBMED and SciELO databases and other renowned bibliographic references in Public Health. PHC is considered the point of entry for the Brazilian Unified Health System (SUS) and can deal with the SARS-CoV-2's pandemic. It is of public knowledge that hospitals and large health centers received the most significant financial and technological resources. However, some investment policies in primary care, such as the training of healthcare professionals and the use of telemedicine, would contribute to reducing the demand for emergency services, thus mitigating the collapse of other healthcare services without hindering the longitudinal care of priority groups, such as pregnant women, new-borns and people with multi-morbidities. The damage caused by the pandemic shows that PHC can handle mild cases of COVID-19, as well as can refer to severe or potentially severe cases to avoid saturation of complex health services. Innovation in the service offered to the population and readaptation of healthcare professionals are the differentials for the proper management of the pandemic without neglecting people with other symptoms not related to COVID-19.

Key words: Primary health care. Pandemic. COVID-19. Prevention. Health promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Possíveis sequelas da COVID-19.....	22
Tabela 2 – Vacinas disponíveis no Brasil.....	26
Tabela 3 – Ações da APS em diversos países durante a pandemia.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção primária em saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECA2	Enzima conversora de angiotensina 2
EPI	Equipamento de proteção individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Portaria Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de atenção à saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	6
LISTA DE TABELAS	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO GERAL	11
3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4 METODOLOGIA	13
5 DISCUSSÃO	14
6 CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1 INTRODUÇÃO

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou o surgimento de uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). O mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional, sinalizava para a necessidade de ações coordenadas entre os países para evitarem a propagação de um novo coronavírus, identificado como SARS-CoV-2, agente etiológico da doença viral aguda nomeada como COVID-19. No entanto, com o avanço da COVID-19 pela alta taxa de transmissibilidade viral, a OMS declarou o estado pandêmico em março de 2020, persistindo até a atualidade (HISTÓRICO..., [s.d.]).

Mais do que a extensão de sua distribuição geográfica, a gravidade da doença, o grande número de pessoas infectadas e dos óbitos registrados em vários países afetou diretamente o campo da saúde, não somente na assistência aos doentes graves que necessitam ser hospitalizados, mas também na orientação sobre medidas preventivas de transmissão e infecção comunitária. Principalmente por apresentar sintomas iniciais de uma síndrome respiratória aguda, muito foi veiculado nas diferentes mídias sociais sobre o uso de máscara facial, higienização das mãos e restrição de circulação nas ruas quando possível. Medidas que ainda hoje, iniciada a vacinação, permanecem em vigor (BRASIL, 2021).

Dados do Painel Coronavírus atualizado no dia 22 de outubro de 2021 registram um total de 21.711.843 casos notificados desde o início da pandemia e 605.139 mortes (CORONAVÍRUS BRASIL, 2021). Cabe destacar a ampla divulgação na literatura médica sobre a presença de condições crônicas que se tornam fatores de risco para que o infectado tenha maior chance de desenvolver a forma grave da COVID-19, entre elas: as doenças cardiovasculares, distúrbios metabólicos, gestação, imunodeprimidos, população em situação de rua, entre outras condições acompanhadas pela atenção primária (BRASIL, 2021). Desta forma, torna-se relevante investigar o impacto da pandemia da COVID-19 no âmbito da atenção primária no Brasil.

2 OBJETIVO GERAL

Investigar o impacto da pandemia da COVID-19 no âmbito da atenção primária no Brasil.

3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a.** Identificar as atividades afetadas pela pandemia na atenção primária.
- b.** Analisar as propostas de mitigação do impacto da pandemia no que tange o atendimento dos usuários.
- c.** Definir quais aprendizados adquiridos podem ser praticados no futuro pós-pandêmico.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho se propõe a investigar impasses, prejuízos e eventuais soluções que foram criadas para o enfrentamento da pandemia da COVID-19 e suas consequências no campo da atenção primária. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, tendo um caráter descritivo e com abordagens qualitativa e quantitativa sobre os estudos englobados na revisão bibliográfica.

Em primeiro lugar, é feito um resgate histórico sobre a atenção primária até sua regulamentação mais recente contida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de forma a conceituar sua atuação e exibir sua relevância para o contexto da saúde pública no Brasil. Em seguida, são descritos o surgimento do novo coronavírus e a caracterização da enfermidade ocasionada por ele, no que tange a transmissibilidade, aspectos fisiopatológicos, métodos diagnósticos, tratamento e a importância da prevenção.

A pesquisa de fundamentação teórica foi feita nas bases de dados PUBMED e SciELO, com a utilização dos descritores “*primary health care and COVID-19*”, além da análise de bibliografia reconhecida no campo da Saúde Coletiva. Haja vista a extensão dos resultados, foram introduzidos neste estudo diversos artigos que se comprometem a analisar a atuação da atenção primária frente à COVID-19, tanto no Brasil quanto em outros países. Foram incluídos estudos na língua portuguesa, inglesa e espanhola, com diversos desenhos: revisões de literatura, relatos de experiência, artigos de opinião, estudos observacionais transversais e estudos ecológicos. No total, 14 artigos foram lidos na íntegra para elucidar o objetivo desta pesquisa.

5 DISCUSSÃO

Atenção primária à saúde: a origem, o conceito e sua relevância

O conceito de atenção primária à saúde (APS) provém de 1920, pelo Relatório Dawson, sendo um documento do governo da Inglaterra. O objetivo do relatório era trazer novas propostas de atenção à saúde, de forma a contrapor ao modelo biomédico vigente, também conhecido como modelo flexneriano norte-americano, e também reduzir os custos do atendimento. No relatório, são elaborados os centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, sendo que os centros de saúde primários seriam responsáveis pela resolução da maior parte dos problemas da população. A população que seria atendida seria dividida em regiões e cada região teria um médico generalista responsável pelo seu cuidado, acompanhamento e observação das necessidades locais, de forma a instituir uma medicina preventiva e também curativa, mas que se não fosse o suficiente para determinado caso, este seria encaminhado a um centro de maior complexidade para avaliação de um médico especialista. É justamente esse fluxo de atendimento que vigora na atenção primária atualmente, no Brasil, também conhecida como atenção básica. (FAUSTO, MATTA, 2007; PORTELA, 2017).

Entende-se que o modelo hegemônico de atenção à saúde é o modelo biomédico, o qual tem origem em meados do século XIX e é caracterizado como o modelo centrado na figura do médico e hospitalocêntrico, fragmentado em diversas especialidades e tendo como foco a doença, seu diagnóstico e a respectiva cura, excluindo outros fatores determinantes para o processo de adoecimento. É tido como um modelo altamente racional e de cunho individualista, e muito criticado atualmente por não promover a integralidade na assistência ao paciente, portanto, não sendo resolutivo em diversas ocasiões em que somente o conhecimento fisiopatológico de determinada doença pode não ser suficiente, se outros fatores ambientais e sociais não forem considerados. Em contraponto, o modelo mais atual e que incorporou os determinantes sociais no processo de saúde-doença e que procura destituir a hegemonia hospitalocêntrica é o modelo biopsicossocial, que se propõe a cuidar do indivíduo como um todo, no meio em que está inserido e como este contexto afeta sua saúde, considerando a educação, moradia, condições de trabalho, hábitos de vida, convívio social, comportamentos e pensamentos, entre outros (CEBALLOS, 2015).

O uso de tecnologias mais custosas, a medicalização excessiva das doenças e a baixa resolutividade em diversos casos clínicos foram motivos que influenciaram na escolha de países desenvolvidos de procurar alternativas menos dispendiosas e que resolveriam a maior parte dos problemas da população, dessa vez objetivando a prevenção de doenças. Portanto, sob a ótica do modelo biopsicossocial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) organizaram, em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão. Foi essa Conferência que definiu a APS como o ponto central no sistema de saúde de um país, promovendo o primeiro contato entre a população e o sistema de saúde, mas também trouxe ações mínimas para o bom desenvolvimento da atenção primária, incluindo a educação em saúde orientada para a prevenção de enfermidades, nutrição e habitação adequada com saneamento básico, planejamento familiar e saúde materno-infantil, imunização, controle de endemias e fornecimento de medicamentos comuns e essenciais (FAUSTO, MATTA, 2007). Também foi proposta a meta “Saúde para Todos nos Anos 2000” por meio da atenção primária nos 134 países que assinaram a Declaração de Alma-Ata (MATTA, MOROSINI, [s.d.]a).

Segundo Barbara Starfield (2002), professora norte-americana da Universidade Johns Hopkins e conhecida internacionalmente pelo seu trabalho em Saúde Pública, existem quatro atributos essenciais na APS: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. O primeiro contato sinaliza para o papel da APS de ser a principal porta de entrada do indivíduo na rede de atenção à saúde (RAS). A longitudinalidade marca a fidelização ao serviço, isto é, o compromisso de acompanhar o usuário ao longo do tempo. A integralidade da assistência deve garantir o acesso do indivíduo a todos os serviços necessários ao cuidado, incluindo o encaminhamento para os demais níveis de atenção, se necessário. Para tanto, a APS deve ser também coordenadora deste fluxo de atendimentos e do caminhar do indivíduo nos diversos serviços. Além dos atributos essenciais, existem os três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural, visando a observação de todos os princípios, valores e cultura do paciente, da sua família e da comunidade em que está inserido (STARFIELD, 2002; FAUSTO, MATTA, 2007). A referida autora destaca também a importância do prontuário médico da APS conter informações completas sobre os demais níveis de atenção acessados pelo indivíduo. Diferentemente do atendimento feito pelo especialista, em geral mais direcionado para

um diagnóstico específico, os problemas apresentados pelo paciente na APS podem ser vagos. O paciente também pode não saber distinguir uma situação de urgência do acompanhamento ambulatorial longitudinal e caberá ao profissional da APS orientar o indivíduo (STARFIELD, 2002).

No Brasil, em 1924, muito antes das discussões formais e técnicas acerca de atenção primária, surgiram os Centros de Saúde, que trabalhavam com base em uma determinada população considerada vulnerável e envolviam educação sanitária, sendo considerados, para alguns, os primórdios da APS brasileira. Já a partir dos anos 40 surgiu o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), voltado para ações curativas e preventivas em doenças infectocontagiosas e carenciais, em zonas de relevância econômica. Para ampliar o acesso a populações mais vulneráveis e com pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde (diferentemente dos grandes centros econômicos), foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Pias), nos anos 70, inicialmente implementado no nordeste do país (MATTA, MOROSINI, [s.d.]a). Nessa mesma década, ocorreu o Movimento Sanitário no Brasil, que propunha o reconhecimento da saúde como um direito de todos e dever do Estado, e não somente para contribuintes de um sistema previdenciário de trabalhadores formais e dependentes, sendo esse modelo adotado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que vigorou durante a Ditadura Militar, e que defendia um modelo médico assistencialista e privatista. Esse movimento foi um dos responsáveis pela elaboração da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) realizada em 1986. A Conferência, presidida pelo renomado sanitarista e na época presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Sergio Arouca, foi a primeira que englobou a participação de usuários dos serviços de saúde. Contou com a participação de mais de 4000 pessoas, 135 grupos de trabalho e cinco dias de discussões. Em seu discurso, Sergio Arouca enfatizou o posicionamento já declarado da OMS sobre a definição de saúde e doença (SAÚDE..., [s.d.]):

(A saúde) é um bem-estar social que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo

contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo (...).

A partir da 8ª CNS, foi originada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), formada por técnicos em saúde, incluindo o setor privado, para que as ideias discutidas servissem de subsídios à construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, as quais são as leis 8080/90 e 8142/90 (MATTA, MOROSINI, [s.d.]; 8ª..., 2019). Com a criação e regulamentação do SUS, foi possível consolidar, de fato, a atenção primária no país.

A regulamentação do funcionamento da atenção primária sofreu várias adaptações ao longo dos anos, sendo a portaria 2436 de 21 de setembro de 2017, que regulamenta a PNAB, a que vigora atualmente. Em seu artigo 2º define:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

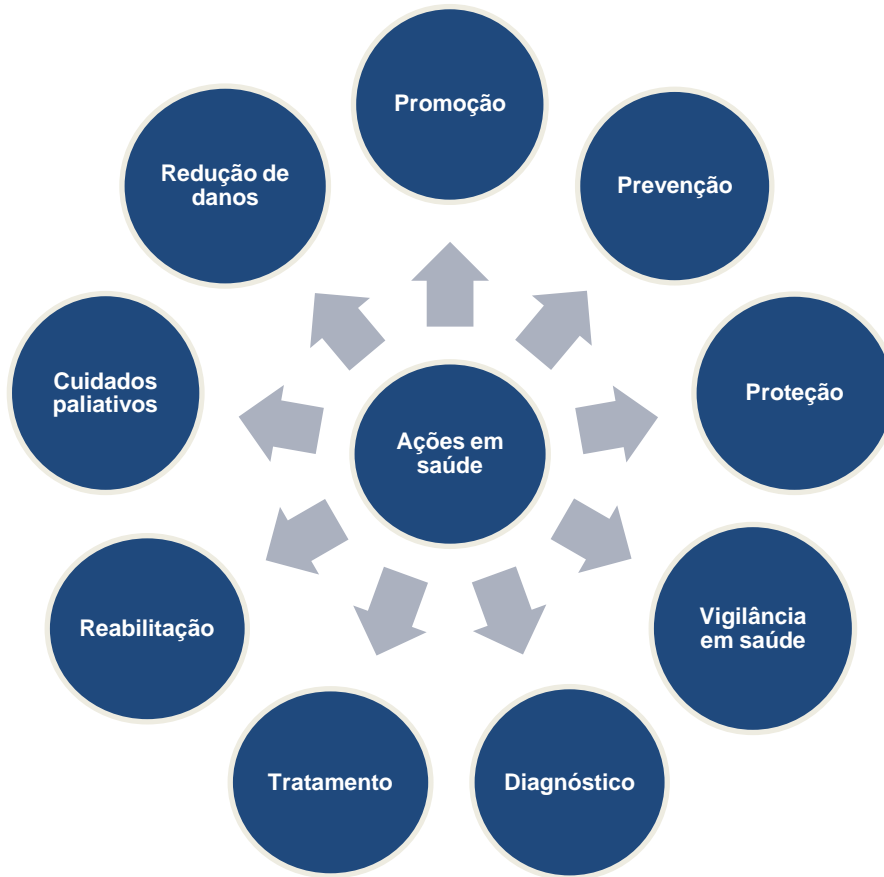
Para possibilitar essas ações (Diagrama 1), os profissionais de saúde atuantes na atenção básica possuem diversas atribuições, dentre as quais: mapear e territorializar a área de atuação da equipe; cadastrar e manter o cadastramento atualizado dos usuários e suas respectivas famílias; prover atendimento humanizado; garantir a integralidade do atendimento; realizar ações de saúde com base nas demandas da população adscrita; realizar visitas domiciliares e em outros tipos de instituição (sobretudo a pacientes que não conseguem se deslocar à unidade de saúde); criar reuniões de equipe para discussão dos casos; realizar ações de educação tanto para os profissionais de saúde quanto para a população adscrita, entre muitas outras atribuições (BRASIL, 2017).

Nesta portaria são respeitados os princípios e diretrizes da atenção básica segundo o estabelecido no SUS, sendo esses a universalidade de acesso para toda a população residente; a corresponsabilização sobre o acompanhamento do usuário; a equidade, ou seja, atenção ao usuário deverá ser proporcional às suas necessidades, sem qualquer distinção social ou física; e a integralidade da assistência a partir da oferta de serviços que possibilitem a recuperação do usuário como um todo, e não apenas em situações pontuais. Nas diretrizes são estabelecidas as normas de organização da assistência, sendo elas: regionalização e hierarquização, de acordo com

os níveis de complexidade; territorialização para delimitar a área espacial de atuação da unidade da APS; a população adscrita a cada território; cuidado centrado na pessoa, isto é, singularizado; resolutividade dos problemas do usuário que sejam de competência da atenção primária; longitudinalidade do cuidado, por meio da construção de vínculo e responsabilização sobre o cuidado do usuário e coordenação do cuidado, para acompanhamento dos fluxos do usuário na RAS; ordenação da rede de acordo com as necessidades da comunidade; participação da comunidade (BRASIL, 2017).

É importante ressaltar que existem diversas estratégias de atenção primária no Brasil, tendo em vista ser um país continental, com diferentes realidades regionais, disponibilidade dos profissionais de saúde e demandas da população adscrita. No entanto, prioriza-se que essas estratégias se tornem Estratégias Saúde da Família (ESF) gradualmente, pois essa é a estratégia prioritária e de consolidação da atenção básica (BRASIL, 2017). A ESF teve início em 1994 e conseguiu aprimorar indicadores de saúde no país, sendo cada equipe composta por: um médico, um enfermeiro, um agente comunitário de saúde para cada 750 pessoas na comunidade, um técnico de enfermagem e, quando possível, um profissional de saúde bucal e um agente de combate às endemias. O regime de carga horária é de 40 horas semanais, a cobertura populacional deve ser de 2000 a 3500 pessoas atendidas por equipe e o médico e o enfermeiro devem ter especialização em medicina de família, preferencialmente.

Figura 1 - Ações em saúde.



Fonte: BRASIL (2017).

PANDEMIA: O surgimento do novo coronavírus e suas implicações

Em 31 de dezembro de 2019 foram registradas as primeiras notificações sobre misteriosos casos de pneumonia na cidade de Wuhan, uma província de Hubei, na China. Após uma investigação detalhada para descobrir o agente etiológico, uma semana depois foi descrita uma nova cepa de coronavírus, denominada futuramente de SARS-CoV-2, causadora da COVID-19. Em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou o surgimento do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, o que motivou países do mundo inteiro a encarar os casos de infecção com muito mais seriedade para que a propagação do vírus ao menos se estabilizasse. No entanto, os esforços para conter o vírus não foram suficientes tendo em vista sua alta taxa de transmissibilidade, o que culminou na declaração de uma pandemia pelo SARS-CoV-2 em 11 de março de 2020 e que perdura até hoje (HISTÓRICO..., [s.d.]).

O coronavírus é um vírus envelopado que tem RNA como material genético. Seu receptor celular é a enzima conversora de angiotensina 2 (ECA2) e o vírus consegue adentrar nas células por meio da ligação do receptor com a proteína *spike* presente no envelope viral. A ECA2 está presente em diversos tecidos humanos, principalmente no endotélio vascular e epitélio pulmonar, o que explica o quadro respiratório grave e os resultados de autópsias de vítimas da doença. É sabido que o vírus consegue sofrer mutações e algumas se tornaram conhecidas pela alta transmissibilidade e desfechos clínicos. Algumas dessas variantes mais conhecidas são: Alfa, primeiramente descoberta no Reino Unido e 50 a 75% mais transmissível do que outras variantes previamente conhecidas; Gama, muito repercutida pela calamidade sofrida no estado do Amazonas, com a falta de recursos hospitalares como oxigênio e pela quantidade significativa de internações e óbitos em pacientes jovens; Delta, ainda mais transmissível do que a Alfa e descoberta na Índia, alastrando-se para o mundo todo e com a perspectiva de se tornar a mais prevalente na atualidade; entre outras. Ainda não se sabe se o vírus teve a cadeia de transmissão iniciada por morcegos, como foi mundialmente divulgado na mídia por conta de suas similaridades a outros coronavírus que infectam morcegos, ou se existe algum hospedeiro intermediário, mas o que se sabe é que a transmissão entre pessoas ocorre a mínimas distâncias, por partículas respiratórias que podem ser inspiradas ou entrar em contato com mucosas. Ademais,

o processo de aerossolização permite que o vírus permaneça no ar por muitos minutos, podendo atingir poucas horas, o que seria um fator de risco para pessoas que convivem em ambientes pouco ventilados. A transmissão por contaminação do vírus em superfícies é baixa, enquanto por espécimes não respiratórios, como fezes e sêmen, ainda é incerta. (MCINTOSH, 2021).

Sobre a fisiopatologia, o que há de comum em estudos mais recentes sobre o tema é que as agressões do SARS-CoV-2 ao organismo humano são diversas, o que inclui a citotoxicidade direta pela ação do vírus por meio de sua entrada na célula pela ECA2; desregulação do sistema imunológico, o que ocasiona danos em conjunto às ações citotóxicas e que perdura por ação dos anticorpos gerados; danos às células endoteliais e à circulação microvascular; estimulação de estado hiperinflamatório e de hipercoagulabilidade, provocados pela chamada “tempestade de citocinas” e que deflagram os temidos eventos tromboembólicos sofridos pelos pacientes críticos internados em Unidades de Terapia Intensiva (NALBANDIAN et al, 2021; ZARRILLI, 2021). Mecanismos semelhantes também explicam a chamada “síndrome pós-COVID-19”, em que os pacientes (principalmente os mais severamente acometidos pela doença e que necessitaram de suporte intensivo em algum momento) podem desenvolver sequelas em múltiplos órgãos em resposta às alterações metabólicas, tratamentos oferecidos, imobilidade no leito e outros fatores decorrentes de internação prolongada. A Tabela 1 apresenta os principais órgãos que podem apresentar sequelas decorrentes da COVID-19 e algumas das sequelas mais comuns (NALBANDIAN et al, 2021).

Tabela 1: Possíveis sequelas da COVID-19.

Sequelas da síndrome pós-COVID19	Apresentações
Pulmonar	Dispneia (com ou sem dependência de oxigenoterapia), fibrose pulmonar, dificuldade do desmame da ventilação mecânica
Hematológica	Aumento do risco de eventos tromboembólicos após a alta hospitalar
Cardíaca	Dor precordial, palpitação, miocardite
Neuropsiquiátrica	Depressão, insônia, cefaleia, ansiedade, persistência de ageusia e anosmia, déficits cognitivos
Renal	Injúria renal aguda, podendo causar dependência de hemodiálise
Endócrina	Cetoacidose diabética, tireoidite subaguda
Dermatológica	Queda de cabelo

Fonte: NALBANDIAN (2021).

No que diz respeito ao diagnóstico, primeiramente se sabe que indivíduos infectados pelo SARS-CoV-2 conseguem transmitir o vírus nos primeiros dias de infecção, mesmo se estiverem assintomáticos (MCINTOSH, 2021). Para o desenvolvimento de sintomas, espera-se um período de incubação médio de cinco dias (COVID-19..., 2021). A suspeita clínica se inicia pela história do paciente de contato com alguém com diagnóstico confirmado ou então exposição em um ambiente de risco de infecção, atrelada ao quadro sintomático de uma síndrome gripal, o que pode incluir febre, cefaleia, tosse, odinofagia, coriza, entre outros sintomas, além de outros mais

incomuns, como diarreia. Apesar de não ser possível diferenciar o agente etiológico pelo quadro clínico apresentado, entende-se que, atualmente, a anosmia, a ageusia e a dispneia dias após o início dos sintomas são apresentações muito sugestivas da COVID-19. A forma de diagnóstico preconizada é o teste de amplificação de ácido nucleico, normalmente o RT-PCR, por amostras de trato respiratório superior como nasofaringe, em que apenas um resultado positivo já consegue confirmar o diagnóstico, devendo ser realizado em até uma semana do início dos sintomas, preferencialmente a partir do terceiro dia de sintomas, o que denota maior carga viral e maior chance de resultado positivo. Em locais de baixo acesso ao RT-PCR, é recomendado o teste de antígeno, o qual deve ser feito nos primeiros dias de sintoma até cerca de uma semana, porém, tem menor sensibilidade do que o RT-PCR e, portanto, o resultado negativo deve ser confirmado com um RT-PCR para descartar um falso-negativo. Já os testes sorológicos (o que inclui o teste rápido) detectam anticorpos e os resultados costumam ser positivos a partir de uma semana de infecção, quando a porção IgM é produzida, sendo mais úteis para averiguar se a pessoa em questão já teve a infecção, pela detecção de IgG, ou então em locais com baixa disponibilidade dos outros testes. A testagem em pacientes assintomáticos, a partir de 5 dias de contato, é recomendada em caso de contato com indivíduo sabidamente diagnosticado, pacientes hospitalizados e indivíduos que vivem sob regime de aglomeração (CALIENDO; HANSON, 2021; COVID-19..., 2021). Por fim, cabe ressaltar que o diagnóstico de reinfecção é possível, sobretudo após longo período de tempo da primeira infecção confirmada, IgG indetectável no momento da reinfecção e alta carga viral, porém, a comprovação de reinfecção se dá apenas pelo sequenciamento genômico diferenciando os vírus (CALIENDO; HANSON, 2021).

Sobre o tratamento, diversos medicamentos estão em estudo desde o surgimento da pandemia. Entende-se que existem duas fases da doença: de replicação viral ativa, que perdura por cerca de dez dias desde o início dos sintomas, e a fase de disfunção imunológica, que varia desde o oitavo dia até duas semanas ou mais. Cada medicamento testado tem mais vantagem de ser aplicado em alguma dessas fases. Por exemplo, medicamentos antivirais tendem a ter melhores resultados na fase ativa de replicação viral, enquanto corticoesteroides podem ter maior benefício na fase de descontrolo do sistema imunológico. Para pacientes pouco ou moderadamente sintomáticos, mas que não necessitam de suporte hospitalar, nenhum tratamento além de medicamentos sintomáticos é preconizado (COVID-19..., 2021). Já para pacientes

mais graves, no Brasil, no momento, dois medicamentos e duas associações de anticorpos monoclonais estão aprovados para tratamento, principalmente em situação crítica. Os medicamentos são: remdesivir, casirivimabe associado a imdevimabe, banlavinimabe associado a etesivimabe e o regdanvimabe por último. Os anticorpos monoclonais citados são indicados para pacientes de tratamento ambulatorial, mas que possuem alto risco de progressão para doença grave, enquanto o remdesivir é um antiviral que serve para pacientes hospitalizados em estado crítico, sendo o único registrado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), dentre esses medicamentos (ANVISA..., 2021). A proposta de profilaxia contra a infecção não se sustenta em estudos clínicos e, portanto, não é recomendada, o que inclui o uso de cloroquina, hidroxicloroquina, azitromicina e ivermectina (COVID-19..., 2021).

Por conta da falta de um medicamento específico de combate à COVID-19, inclusive tratamento profilático, o maior foco deve ser na prevenção da infecção enquanto novos estudos ainda estão sendo desenhados e aplicados. Inicialmente, quando não havia vacinas, apenas métodos comportamentais eram recomendados, como usar máscaras quando em público, a lavagem correta das mãos com água e sabão, o uso constante de álcool em gel para higiene das mãos, o distanciamento de pelo menos dois metros entre pessoas, a quarentena (quando há contato com alguém infectado) e o isolamento social (quando a própria pessoa tem COVID-19 comprovada). O objetivo central da prevenção e instauração de *lockdown* em diversos centros urbanos era conter a taxa de infecção a níveis estáveis para que os serviços de saúde de cada país pudessem abarcar com as necessidades das pessoas infectadas, sobretudo nas populações de risco mais aumentado de evoluírem com a forma grave da COVID-19, entre eles os idosos, portadores de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, imunodeprimidos, entre outras comorbidades. Mesmo com o advento da produção das vacinas, os métodos comportamentais de prevenção não podem ser ignorados, tendo em vista o grande período de tempo para que a maior parte da população mundial se vacine (MCINTOSH, 2021). A quarentena preconizada é de dez dias para pessoas expostas (mas que não desenvolveram sintomas), sete dias para quem realizou um teste diagnóstico e é assintomático, e não precisa ser feita quem já se vacinou plenamente. Já o isolamento social deve ser de dez dias para quem teve RT-PCR positivo mas permaneceu assintomático, ou então dez dias após o início dos sintomas, desde que os sintomas tenham melhorado e o indivíduo não

tenha mais febre por pelo menos 24 horas sem uso de antitérmicos (COVID-19..., 2021).

Quanto à vacinação no Brasil, no dia 25 de outubro de 2021 há mais do que 50% da população plenamente vacinada, num total de doses distribuídas que excedem 320 milhões (BRASIL..., 2021). A Tabela 2 apresenta as vacinas disponíveis no Brasil, o andamento da aprovação pela Anvisa, o principal mecanismo de ação, a quantidade de doses e intervalo recomendado entre elas (BRASIL..., 2021; EDWARDS; ORENSTEIN, 2021). É importante ressaltar que a vacinação pode influenciar no resultado de um teste sorológico que detecta anticorpos contra a proteína *spike* do coronavírus, porém não é um fator confundidor se o indivíduo for submetido a um RT-PCR, por exemplo (CALIENDO; HANSON 2021). As vacinas podem apresentar efeitos colaterais, tais como febre, dor e eritema no local de aplicação, mas esses efeitos não são contraindicações para a aplicação, somente reações alérgicas severas a algum componente de determinada vacina (EDWARDS; ORENSTEIN, 2021). Inicialmente, houve prioridade para idosos e depois portadores de alguma comorbidade de risco para COVID-19 de evolução grave ou outros grupos populacionais, como professores, sempre de evolução decrescente de acordo com a idade (exceto gestantes), até o momento atual, em que a vacinação já está disponível para jovens em todo o Brasil (BRASIL..., 2021).

Tabela 2 - Vacinas disponíveis no Brasil.

Vacinas	Mecanismo de ação	Quantidade de doses	Intervalo entre as doses	Análise pela Anvisa
CoronaVac	Vírus inativado	2	28 dias	Aprovada para uso emergencial
Astrazeneca/Oxford	Adenovírus	2	12 semanas	Registro definitivo
Pfizer	RNA mensageiro sintético	2	21 dias	Registro definitivo
Janssen	Adenovírus	1	-	Aprovada para uso emergencial
Covaxin	Vírus inativado	2	28 dias	Em análise
Sputnik-V	Adenovírus	2	21 dias	Em análise

Fonte: BRASIL #Pátriavacinada (2021).

Os desafios encontrados na atuação da APS durante a pandemia

A pandemia obrigou as instituições de saúde a se adaptarem para conter a propagação viral. É um ponto considerado na literatura que a pandemia se desenvolve em ondas de acometimento. A primeira onda representa o início da epidemia e difusão do vírus por transmissão comunitária, devendo ser controlada por medidas de mitigação, tais como a higienização das mãos e uso de máscaras. A segunda onda ocorre devido a políticas de relaxamento e retomada dos hábitos de vida anteriores, com reabertura de estabelecimentos e retorno ao trabalho presencial, por exemplo. Já a terceira onda acontece especialmente nos portadores de doenças crônicas, os quais tiveram seu acompanhamento e tratamento retardados durante as medidas de mitigação e porventura vivenciaram agudizações de suas condições clínicas, e também nos pacientes com afecções agudas não relacionadas à COVID-19 e que foram desamparados em meio à desorganização causada pela pandemia e foco centrado nos pacientes diagnosticados com COVID-19. Portanto, para evitar que os recursos utilizados pelos serviços de saúde se esgotem, tendo sido muito difundido na mídia a saturação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) necessários ao atendimento de formas graves da COVID-19, desde o início da pandemia é proposto o achatamento da curva da taxa de infecção, objetivando diminuir a demanda excessiva aos serviços de saúde e também possibilitar que novos conhecimentos acerca do agente etiológico sejam concretizados, incluindo o desenvolvimento de terapias farmacológicas e vacinas (BRASIL, 2021).

No entanto, com a chegada da terceira onda, é estabelecido o conceito de sindemia, isto é, quando um conjunto de condições de saúde, tanto agudas quanto crônicas, e fatores socioeconômicos e ambientais, tais como a pobreza, violência e fome, interagem entre si e ocasionam uma gama de efeitos negativos sobre a sociedade e o sistema de saúde, atualmente sobrecarregado (BRASIL, 2021). Como um exemplo nacional, foi realizado um estudo na capital Belém, no Pará, em que foi analisado como os determinantes sociais de saúde estão relacionados ao processo saúde-doença da COVID-19. Compreendeu-se que o distanciamento social falhou tendo em vista as más políticas públicas na cidade no que diz respeito à habitação, já que áreas periféricas são mais populosas e detêm moradias mais precárias, se comparadas à área central de maior desenvolvimento socioeconômico. O índice de trabalho informal também aumentou durante os decretos de *lockdown* e quarentena, pois estes

proporcionaram demissões em larga escala, obrigando a população mais pobre a continuar trabalhando diariamente por outras vias. É sabido também que grande parte da população não possui saneamento básico, o que dificulta a higienização necessária à prevenção de diversas doenças, inclusive a COVID-19. Como agravante, a cobertura da atenção básica e da ESF é reduzida na cidade, o que traduz um prejuízo na territorialização e vigilância epidemiológica, tanto da COVID-19 quanto de doenças negligenciadas, como a tuberculose (AFFONSO et al, 2021).

Quando é pensada a cobertura da APS, isso não se restringe somente aos atendimentos individuais em territórios demarcados, mas também é preciso considerar a vigilância epidemiológica. A vigilância é capaz de gerar dados que serão úteis para a formulação de intervenções na comunidade, considerando as doenças mais prevalentes da região, condições do meio ambiente, entre outros fatores. Tratando-se da COVID-19, as equipes de saúde da APS, por serem responsáveis pelo primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, têm o dever de rastrear os casos suspeitos e confirmados e notificá-los, a fim de criar medidas de controle de transmissão viral dentro da comunidade e também saber localizar e diferenciar os casos graves de leves, os quais podem ser monitorados em domicílio. No entanto, sabe-se que há necessidade de investimento na distribuição de insumos que são largamente utilizados na APS para diagnóstico, principalmente o exame padrão-ouro para detecção do novo coronavírus: o RT-PCR (TEIXEIRA, 2020).

A vigilância de fato é uma das ações em saúde da APS (BRASIL, 2017), não sendo função exclusiva do médico da equipe, mas sim de todos os profissionais atuantes, o que inclui os agentes comunitários de saúde (ACS). Pelo vínculo com a população adscrita e conhecimento territorial, os ACSs têm papel fundamental em tempos de epidemia. Porém, além da baixa remuneração e alta carga de trabalho, a pandemia sobrecarregou ainda mais os profissionais em outros aspectos. Um estudo propôs investigar os obstáculos enfrentados por ACSs durante a pandemia, encontrando as seguintes opiniões: aumento da demanda de trabalho burocrático dentro da unidade de saúde; suspensão de atividades em grupo e de visitas domiciliares em diversos locais; falta de treinamento para lidar com essa nova realidade e de equipamentos de proteção individual (EPI); uso de aparelhos celulares para ter contato com os usuários, o que não é o ideal, pois além de exigir o acesso a tais aparelhos, o contato físico é uma questão relevante para criação de vínculo e confiança entre profissional e usuário; aumento do estresse psicológico e insegurança de trabalhar em um período

caótico, entre outros fatores que inviabilizam um bom trabalho dentro da comunidade. Apesar da expectativa de que o trabalho dos ACSs será melhor reconhecido pelos gestores de saúde por sua atuação importante durante a pandemia, existe a incerteza sobre o futuro pós-pandêmico, e as condições de trabalho atuais são desafiadoras (FERNANDEZ, LOTTA, CORRÊA, 2021). Como sugere um estudo qualitativo chinês, alguns desafios apontados pelos ACSs são compartilhados pelos próprios médicos da APS, como a falta de EPI, o sentimento de medo de se infectar, o trabalho burocrático em crescimento e estresse excessivo ocasionando fadiga e insônia, mas também foram citados outros pontos negativos: falta de suporte de instâncias superiores ou até mesmo excesso de inspeção, o que atrasa o trabalho de rotina dos médicos; falta de comunicação entre membros da equipe, evidenciando uma carência de treinamento padronizado para lidar com o vírus, entre outros (XU et al, 2021).

Como já pontuado, a falta de recursos para lidar com a nova realidade, principalmente EPI, prejudica os atendimentos médicos. EPIs estão sendo produzidos em massa com o objetivo de abastecer principalmente os hospitais, enquanto outras portas de entrada carecem de insumos (RAWAF et al, 2020). Se a população e os próprios profissionais da porta de entrada não estão protegidos, depreende-se que mais infectados chegarão a outros níveis de atenção e, ainda, que menos profissionais estarão disponíveis para atender aos usuários, pois deverão ficar em isolamento. Além disso, a falta de proteção contribui para o medo de se infectar, o que afeta a maioria da população e desmotiva a procura pelos serviços de saúde, mesmo em situações urgentes. Por conseguinte, as equipes de saúde têm vivenciado a redução nas consultas de cuidado programado, como em pré-natal, puericultura, programas de rastreamento de câncer e pessoas com multimorbidades, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes (RAWAF et al, 2020; CHISINI et al, 2021), o que pode acarretar em piora dos índices de mortalidade materno-infantil e também aumento das agudizações de doentes crônicos que, até então, seguiam estáveis (FERNANDEZ, LOTTA, CORRÊA, 2021). A nível internacional, no Reino Unido, programas de rastreamento de câncer foram suspensos durante um período em 2020 para que os atendimentos fossem focados na COVID-19 e outras doenças agudas, o que corroborou para o aumento de diagnósticos de câncer durante a fase clínica, quando já está consideravelmente avançado. Sintomas mais evidentes tendem a aumentar a procura por serviço médico, mas sintomas vagos, como emagrecimento e fadiga, que estão presentes na

maioria dos casos de câncer, podem não preocupar o paciente e atrasar um diagnóstico que deveria ser precoce (JONES et al, 2020).

Diferentes estratégias adotadas para o enfrentamento da pandemia na APS

Embora já existisse, a telemedicina teve seu auge durante a pandemia. Trata-se de uma alternativa eficaz que possibilitou o encontro entre médicos e pacientes de forma a respeitar o distanciamento social preconizado mundialmente, mas também possui utilidade em casos nos quais o paciente tem dificuldade de se locomover ao serviço médico, seja por incapacidade física, financeira ou por residir em áreas remotas e de difícil acesso, principalmente zonas rurais. A telemedicina tem outras funcionalidades além de possibilitar consultas por vídeo ou telefone, isto é, também consegue gerar dados em prontuário para tornar o acesso mais prático, e também consegue auxiliar na troca de informações entre os próprios profissionais de saúde (GARATTINI, MARTINI, MANNUCCI, 2020), por meio de plataformas e *softwares*. Um exemplo dessas plataformas é a TelessaúdeRS-UFRGS, do Núcleo de Telessaúde Técnico-científico do Rio Grande do Sul, a qual já existia há 13 anos e consegue auxiliar os profissionais de saúde, seja por ensinamento de regulação de fluxos entre os níveis de saúde, seja no fornecimento de embasamentos científicos para melhorar condutas, sendo que durante a pandemia também foram ofertados telemonitoramentos e teleconsultas com os usuários do SUS (SILVA et al, 2021). Sabe-se que as demandas por teleconsultorias, as quais são solicitadas pelos próprios profissionais de saúde para auxílio no trabalho diário, aumentaram significativamente em 2020, se comparado ao ano de 2019 pré-pandêmico, sendo 28,8% do acréscimo da demanda decorrente da COVID-19 (SILVA et al, 2021).

Em Nova Iorque, cidade que se tornou um dos grandes epicentros da pandemia em 2020, muitas consultas presenciais foram convertidas em consultas por vídeo, não somente para os pacientes sintomáticos de COVID-19, como também para pacientes com doenças crônicas ou outras doenças agudas, reservando as consultas presenciais em caso da necessidade do exame físico para melhor elucidação do caso. Algumas necessidades surgiram, como o treinamento dos profissionais que não estavam acostumados à telemedicina, incluindo anotações que deveriam ser feitas durante as consultas e marcação na agenda de atendimento, e também o investimento

para compra dos equipamentos a serem usados pelos profissionais. Uma triagem inicial foi realizada para identificar as condições do paciente, ou seja, se o exame físico seria indispensável ou se ele teria problemas de acesso com o vídeo. Como resultado das mais de 1000 consultas virtuais analisadas por esse estudo, pacientes voluntários afirmaram que metade de suas consultas poderiam ser por vídeo, o que torna plausível o uso dessa tecnologia para o período pós-pandemia (SINHA et al, 2020). A aplicação da telemedicina em Nova Iorque sucinta alguns pontos de desvantagem em seu uso, bem como é afirmado em outros estudos: a manutenção na desigualdade de acesso à saúde, pois entende-se que grande parte da população precisará de consultas presenciais por não possuir condições financeiras de arcar com equipamentos tecnológicos e *internet*, sobretudo em países subdesenvolvidos, ou por não ter a instrução suficiente para usá-los, como aplicativos de *smartphones*; a impossibilidade de realizar exame físico e conferência de alguns sinais vitais por vídeo ou telefone, necessitando de um terceiro presente na consulta, o qual pode não ter o conhecimento técnico suficiente; a preocupação quanto à confidencialidade dos dados gerados durante as consultas, pois precisa estar claro que estes serão armazenados em um local seguro; a diminuição de lucros de médicos e serviços de saúde que cobram por procedimentos, tendo em vista que não há procedimentos em teleconsultas, entre outros (RAWAF et al, 2020; SINHA et al, 2020; JONES et al, 2020; GARATTINI, MARTINI, MANNUCCI, 2021). Em resumo, a telemedicina é um recurso que vem apresentando bons resultados, mas sua aplicação deve ser pautada na realidade individual do paciente (GARATTINI, MARTINI, MANNUCCI, 2021).

Outras estratégias além da telemedicina estão sendo colocadas em prática. Na própria unidade básica de saúde (UBS), caso disponha de espaço amplo, é possível separar locais de atendimento para pacientes sintomáticos de COVID-19, preferencialmente em ambientes mais arejados, e locais para pacientes sem sintomas respiratórios (RAWAF et al, 2020; DAUMAS et al, 2020). No caso da UBS não ter recursos para realizar essa triagem, uma estratégia é monitorar os pacientes sintomáticos respiratórios de forma a evitar o deslocamento à UBS, ora por telemedicina, ora por visitas domiciliares, e, em caso de piora, referenciá-los diretamente ao hospital mais próximo (RAWAF et al, 2020; DAUMAS et al, 2020). Os casos leves de COVID-19 conseguem ser monitorados sem grandes preocupações, evitando que contaminem outros usuários caso se dirijam à unidade, enquanto pacientes sem queixa respiratória

ou com doença crônica em agudização devem ser orientados a comparecer na unidade (DAUMAS et al, 2020). Além disso, é plausível a divulgação de medidas comportamentais essenciais durante o comparecimento na UBS (TEIXEIRA, 2020), ou por meio dos ACSs quando transitam pelo território. Os ACSs, com treinamento adequado, conseguem transmitir conhecimentos verídicos aos usuários por conta da relação de confiança já construída, e devem ser orientados a identificar os casos complexos e de vulnerabilidade social (FERNANDEZ, LOTTA, CORRÊA, 2021). Durante as reuniões de equipe, devem ser traçadas estratégias para que a população vulnerável continue respeitando as medidas restritivas da pandemia sem prejudicar o coletivo, como a obtenção de insumos essenciais à sobrevivência, principalmente alimentos (TEIXEIRA, 2020; DAUMAS et al, 2020). É importante lembrar que os grupos vulneráveis não se tratam apenas da população em situação de pobreza ou extrema pobreza, mas também acamados, imunodeprimidos, gestantes, puérperas, idosos, pessoas convivendo com multimorbidades, entre outros (CONASEMS, 2021).

A gestão da APS é a base para sua sustentação a curto e longo prazo. Como citado no estudo de Xu et al (2021), a demanda de trabalho aumentada, a falta de suporte de instâncias superiores e a carência de EPIs tornam exaustivas as jornadas de trabalho dos profissionais de saúde. Os gestores precisam estar disponíveis para prestar assistência e fornecer a quantidade necessária de EPIs e outros materiais, como álcool em gel, não somente para os profissionais, mas também para a população local que pode não ter condições de lidar com os custos. Os ACSs precisam de treinamento para reconhecer casos leves da doença que podem estar se agravando e para visitar os domicílios com o mínimo de contato, para evitar contaminação e a propagação do vírus. Prover apoio psicológico aos trabalhadores da UBS diante de um período caótico também se trata de uma ação essencial, haja vista as taxas crescentes de estresse durante o trabalho e piora da qualidade de vida (XU et al, 2021). Ademais, a continuidade dos atendimentos de grupos prioritários deve ser garantida pelos gestores, como pacientes com doenças crônicas, vacinação, pré-natal, consulta de puérperas e acompanhamento de recém-nascidos (GIOVANELLA et al, 2021). A Tabela 3 retrata 14 países e algumas ações específicas da APS durante a pandemia (GIOVANELLA et al, 2021), pois analisar as medidas tomadas pelos países possibilita o entendimento de qual forma de coordenação, estrutura de governo e velocidade de resposta são mais efetivas (REZENDE et al, 2021).

Tabela 3 - Ações da APS em diversos países durante a pandemia.

Países	Exemplos de ações da APS durante a pandemia
África do Sul	28000 profissionais comunitários foram disponibilizados para busca ativa de casos; implantação de teleatendimento para outras questões de saúde (câncer, HIV, saúde mental, etc).
Alemanha	Linhas de telefone para informações sobre o SARS-CoV-2.
Argentina	Serviço Tele-COVID no sistema público para consultas por vídeo e rastreamento de casos suspeitos e confirmados; prescrições médicas eletrônicas.
Canadá	Triagem por telefone (ou visita domiciliar com distanciamento, caso o paciente tenha limitações com o telefone); visitas domiciliares para monitoramento e orientação sobre a pandemia.
China	Ampliação da validade de prescrições médicas; médicos realizam visitas domiciliares para pacientes com doenças crônicas; aplicativos de mensagens

	para compartilhamento de informações de saúde pública.
Cuba	Busca ativa para identificar os sintomáticos respiratórios e seus contatos; apoio de classes vulneráveis em sua subsistência.
Espanha	Áreas separadas para atendimento de pacientes sintomáticos respiratórios; fornecimento de EPIs; triagem por telefone; monitoramento a cada um ou dois dias por telefone ou aplicativo a partir do primeiro contato.
Itália	Teleconsultas e visitas domiciliares para quem não pode arcar com equipamentos; centros de acolhimento para sintomáticos com pouca estrutura domiciliar; prescrição eletrônica de medicamentos.
Nova Zelândia	Prescrição eletrônica de medicamentos; telemedicina para monitorar os pacientes em isolamento; continuidade de serviço de obstetrícia, parteiras e cuidados residenciais com idosos.
Reino Unido	Treinamento de trabalhadores comunitários em saúde para visitas domiciliares, primeiros socorros e avaliação de emergências médicas; triagem e consul-

tas virtuais ou por telefone para suspeitos de COVID-19 ou com doenças crônicas.

Uruguai

Medicamentos eram levados às residências; consultas presenciais para pacientes com doenças crônicas descompensadas ou doenças agudas com caráter emergencial.

Fontes: ORGANIZAÇÃO... (2020), GIOVANELLA (2020)

Aprendizados para o período pós-pandemia

As proporções tomadas pela pandemia desde o início de 2020 causaram mazelas na sociedade mundial, principalmente nos âmbitos de saúde pública e socioeconômico. Mensagens e discursos de aceitação da nova realidade são propagados para motivar a adaptação durante a pandemia e quais novos comportamentos devem ser praticados no futuro, a fim de evitar mais prejuízos, o que inclui o surgimento de uma nova doença com caráter pandêmico. Compreender a importância da APS diante da atual conjuntura é uma das lições, por ser uma porta de entrada e ter a vigilância epidemiológica como uma de suas premissas, o que contribui para a geração de dados de taxa de infecção e mortalidade que serão úteis para a programação de intervenções sociais (RAWAF et al, 2020; TEIXEIRA, 2020). Com isso, torna-se fundamental a valorização dos profissionais de saúde que formam as equipes da APS, pois trabalham na linha de frente não somente da COVID-19, bem como de diversas outras doenças infectocontagiosas e negligenciadas. Os ACSs têm um papel importante no combate à epidemias e endemias, pelo conhecimento do território e da população adscrita (FERNANDEZ, LOTTA, CORRÊA, 2021).

Especificamente sobre a COVID-19, denomina-se COVID-19 persistente quando o paciente acometido ainda apresenta sintomas após quatro semanas do diagnóstico firmado, na ausência de outra causa que explique a sintomatologia, sendo os sintomas mais comuns os respiratórios, musculoesqueléticos e neuropsiquiátricos.

Pelo seu caráter longitudinal e possibilidade de abranger tratamento multidisciplinar, a reabilitação do paciente em questão é idealmente feita na APS. As consultas de acompanhamento devem ser, pelo menos, três. A primeira consulta deve ser feita após quatro semanas do diagnóstico de COVID-19, para identificar possíveis fatores que causem a persistência dos sintomas, podendo ser solicitados exames laboratoriais e radiografia de tórax. Na segunda consulta, a partir da oitava semana após o diagnóstico, são conferidos os exames e observados se os sintomas ainda persistem. Já a última consulta deve ser realizada após três meses do diagnóstico, para acompanhamento da evolução dos sintomas e encaminhamento para especialistas, o que permite firmar o diagnóstico de síndrome pós COVID-19. Em todas as consultas, fatores confundidores devem ser excluídos por meio de anamnese e exame físico, como por exemplo, hábitos de vida inadequados, evidência de infecção, entre outros. Além de queixas físicas, também é comum a piora emocional dos pacientes afetados pela doença, tanto pelo medo de desenvolver a forma grave quanto pelo isolamento social e medidas restritivas (SISÓ-ALMIRALL et al, 2021).

Grande aliada dos serviços de saúde e usuários, a telemedicina estabeleceu seu território. Embora seja limitada em diversos campos essenciais presentes na APS e que necessitam de atendimento presencial, como vacinação, pré-natal, puericultura e atendimento de doenças crônicas descompensadas, a telemedicina se torna uma alternativa prática para pacientes com multimorbidades, porém estáveis e em acompanhamento, e auxilia na prescrição de receitas eletrônicas e facilitação do processo de geração e armazenamento de dados em prontuário. Para maximizar sua atuação, a telemedicina precisa ter um canal de contato com outros níveis de atenção, incluindo o serviço pré-hospitalar, como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil (SAMU), bem como contar com um canal de triagem para identificar a gravidade de cada caso clínico e direcionar o paciente de forma satisfatória (DAUMAS et al, 2020). Já citado, o exemplo consolidado de telemedicina no Brasil, a TelessaúdeRS-UFRGS, possui um histórico de participação em outras epidemias, como a dengue, zika e gripe pelo vírus H1N1, sendo uma possibilidade de redução de gastos dos serviços de saúde, ao evitar encaminhamentos desnecessários, circulação desnecessária de pacientes e uso indevido de tecnologias mais avançadas (SILVA et al, 2021).

6 CONCLUSÃO

A APS, por ser a porta de entrada principal na RAS, tem o dever de coordenar o cuidado dos usuários pelos níveis de atenção. Possui diversas conformações e competências, dependendo da realidade socioeconômica e cultural de cada país, mas com dois objetivos em comum: a prevenção e promoção à saúde. Em tempos caóticos e de saturação de hospitais, é na APS que os casos suspeitos de COVID-19 podem ser identificados e gerenciados, de forma a evitar o colapso dos serviços de saúde especializados e o prolongamento da pandemia, monitorando os casos leves e direcionando os casos graves em tempo hábil.

Sem dúvida, o advento da pandemia contribuiu para evidenciar o serviço de APS como um serviço de referência para a população. O vínculo dos usuários com a equipe de saúde e a proximidade com o cotidiano das comunidades atendidas facilitou a identificação do serviço como uma referência para esclarecer questões e também no manejo dos doentes identificados. O medo de um possível contágio na unidade de saúde foi contornado com a adoção da telemedicina, um recurso que deverá ser incorporado ao cotidiano das equipes para facilitar o contato dos moradores com a equipe de saúde. Também a queda na frequência às consultas agendadas e o impacto no controle das doenças crônicas, e na cobertura vacinal registrada durante a pandemia são indicativos da importância da regularidade do funcionamento da APS na promoção de uma melhor qualidade de vida e prevenção de agravos.

A partir da revisão de literatura realizada, foi possível identificar semelhanças nas atividades afetadas pela pandemia na atenção primária, em diferentes partes do mundo. Também a adoção da telemedicina, prolongamento do prazo de validade das prescrições para controle das condições crônicas de saúde e a busca ativa de pacientes vulneráveis ou faltosos. Comprova-se, portanto, a importância dos serviços de atenção primária, o valor das equipes multidisciplinares e a necessidade de inovar e adotar novas estratégias capazes de melhor atender a população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFFONSO, Márcio Vinicius de Gouveia et al. O papel dos Determinantes Sociais da Saúde e da Atenção Primária à Saúde no controle da COVID-19 em Belém, no Pará. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Belém:[s.n.], v. 31, n. 2, jul., 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/gTq4VnTfywHQX5gVQ5zWDJv/#>>. Acesso em: 29 de set. de 2021.

ANVISA autoriza uso emergencial de novo medicamento para Covid-19. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/anvisa-autoriza-uso-emergencial-de-novo-medicamento-para-covid-19>>. Acesso em: 15 de set. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASS; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na rede de atenção à saúde**. 4ª ed. Brasília, mar. 2021. 254 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL #Pátriavacinada. **Ministério da Saúde**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao>>. Acesso em: 25 de out. de 2021.

CALIENDO, Angela M; HANSON, Kimberly E. COVID-19: Diagnosis. **UpToDate**, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-diagnosis?topicRef=126981&source=related_link#H2358377675>. Acesso em: 15 de set. de 2021.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa de. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: [s.n.], 2015. 20 p.

CHISINI, Luiz Alexandre et al. Impacto da pandemia COVID-19 no Pré-natal, Diabetes e consulta médica no Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio Grande do Sul:[s.n.], v. 24, maio, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XFbBvgSPLDWS98vpcS3TRQ/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 29 de set. de 2021.

COVID-19, SARS-CoV-2. **Sanford Guide Web Edition**, 2021. Disponível em: <<https://webedition.sanfordguide.com/en/sanford-guide-online/disease-clinical-condition/coronavirus>>. Acesso em: 15 de set. de 2021.

DAUMAS, Regina Paiva 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**, Rio de Janeiro:[s.n.], v. 36, n. 6, jun., 2020. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00104120/en/#ModalArticles>> Acesso em: 29 de set. de 2021.

EDWARDS, Kathryn M; ORENSTEIN, Walter A. COVID-19: Vaccines to prevent SARS-CoV-2 infection. **UpToDate**, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-vaccines-to-prevent-sars-cov-2-infection?search=undefined&source=covid19_landing&usage_type=main_section>. Acesso em: 15 de set. de 2021.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. **ESPJV/FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, p. 43-67, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39171>>. Acesso em: 07 de set. de 2021.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela; CORRÊA, Marcela. 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**, [s.l.:s.n.], v. 19, abr., 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SY-vnBK8w/#>> Acesso em: 29 de set. de 2021.

GARATTINI, Livio; MARTINI, Marco Badinella; MANNUCCI, Pier Mannuccio. Improving primary care in Europe beyond COVID-19: from telemedicine to organizational reforms. **Internal and Emergency Medicine**, Itália:[s.n], v. 16, n. 2, p. 255-258, mar., 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7668282/>>. Acesso em: 30 de set. de 2021.

GIOVANELLA, Ligia et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.:s.n.], v. 19, out., 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/abstract/?lang=es#>>. Acesso em: 05 de out. de 2021.

HISTÓRICO da pandemia de COVID-19. **Organização Pan-Americana da Saúde**, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 03 de set. de 2021.

JONES, Daniel et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the symptomatic diagnosis of cancer: the view from primary care. **The Lancet. Oncology**, Reino Unido:[s.n.], v. 21, n. 6, p. 748-750, jun., 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251992/>> Acesso em: 30 de set. de 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção primária à saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, [s.d.]a. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 08 de set. de 2021.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção à saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, [s.d.]b. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>>. Acesso em: 08 de set. de 2021.

MCINTOSH, Kenneth. COVID-19: Epidemiology, Virology, and Prevention. **UpToDate**, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention?topicRef=128404&source=see_link>. Acesso em: 12 de set. de 2021.

NALBANDIAN, Ani et al. Post-acute COVID-19 syndrome. **Nature Medicine**, EUA, v. 27, n. 4, p. 601-615, abr., 2021. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>>. Acesso em: 12 de set. de 2021.

8ª Conferência Nacional de Saúde: quando o SUS ganhou forma. **Conselho Nacional de Saúde**, 2019. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

ORGANIZAÇÃO da APS pelo mundo durante a pandemia da COVID-19. **Telessaúde BA**, 2020. Disponível em: <<http://telessaude.ba.gov.br/rvm/apspelomundo/>>. Acesso em: 05 de out. de 2021.

PAINEL Coronavírus. **Coronavírus Brasil**, 2021. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 23 de out. de 2021.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jan./mar., 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/GRC4bkWgdyGnGfcvczDByNh/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 06 de set. de 2021.

RAWAF, Salman et al. Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide. **The European Journal of General Practice**, [s.l.:s.n.], v. 27, n. 1, p. 129-133, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7534357/>> Acesso em: 28 de set. de 2021.

REZENDE, Tamiris Cristhina et al. How did the UK government face the global COVID-19 pandemic?. **Revista de Administração Pública**, [s.l.:s.n.], v. 55, n. 1, p. 72-83,

mar. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/s9rdJfwLYnLYhPWCN4xnbGk/?lang=en#>>. Acesso em: 29 de set. de 2021.

SAÚDE é democracia. **Fiocruz**, [s.d.]. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/sa%C3%BAde-%C3%A9-democracia>>. Acesso em: 05 de set. de 2021.

SILVA, Rodolfo Souza da et al. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: uma Experiência Brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio Grande do Sul:[s.n.], v. 26, n. 6, p. 2149-2157, jun. 2021. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1278748>>. Acesso em: 02 de out. de 2021.

SINHA, Sanjai et al. Implementation of Video Visits During COVID-19: Lessons Learned From a Primary Care Practice in New York City. **Frontiers in Public Health**, Nova Iorque:[s.n.], v. 8, set., 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7527590/>>. Acesso em: 02 de out. de 2021.

SISÓ-ALMIRALL, Antoni et al. Long Covid-19: Proposed Primary Care Clinical Guidelines for Diagnosis and Disease Management. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Barcelona:[s.n.], v. 18, n. 8, abr., 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8073248/>>. Acesso em: 03 de out. de 2021.

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

TEIXEIRA, Maria Glória et al. Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Salvador:[s.n.], v. 29, n. 4, ago., 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/P9w3DZSdrQGHDbjDxGnQ8HM/?lang=pt#>>. Acesso em: 30 de set. de 2021.

XU, Zhijie et al. Primary Care Practitioners' Barriers to and Experience of COVID-19 Epidemic Control in China: a Qualitative Study. **Journal of General Internal Medicine**, China:[s.n.], v. 35, n. 11, p. 3278-3284, nov., 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7458355/>> Acesso em: 29 de set. de 2021.

ZARRILLI, Giovanni et al. The Immunopathological and Histological Landscape of COVID-19-Mediated Lung Injury. **International Journal of Molecular Sciences**, Itália, v. 22, n. 2, out., 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7835817/>> Acesso em: 25 de set. de 2021.