

DESAFIOS DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19

Ítalo Ricardo Santos Aleluia¹; Maria Lidiany Tributino de Sousa²; Marcos Pereira³
Anna Flávia Bezerra Penha⁴; Valéria Marçal dos Santos Brandão⁵
Larissa de Queiroz Carvalho⁶; Sandy Kerllen Almondes Mendonça⁷
Tarcio de Almeida Oliveira⁸

Destaques:

1) A incipiente estrutura tecnológica dos serviços locais limitou a gestão da pandemia. 2) Não houve um padrão no fluxo de testagem populacional entre os cenários municipais. 3) A integração da atenção primária com a vigilância em saúde foi incipiente.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2024.49.14779>

Como citar:

Aleluia IRS, de Sousa MLT, Pereira M, Penha AFB, Brandão VM dos S, Carvalho L de Q. et al. Desafios de gestão da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19. Rev. Contexto & Saúde, 2024;24(49): e14779

¹ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus/BA, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-9499-6360>

² Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-2332-8821>

³ Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3766-2502>

⁴ Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6210-3924>

⁵ Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5370-6398>

⁶ Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3258-2861>

⁷ Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras/BA, Brasil. <https://orcid.org/0009-0004-6814-9968>

⁸ Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0984-9348>

RESUMO

Este estudo buscou identificar os principais desafios da Atenção Primária à Saúde (APS) na pandemia de Covid-19, a partir da percepção de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de duas macrorregiões de saúde da Bahia. Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e documental mediante entrevistas semiestruturadas, com 27 atores selecionados por conveniência e atuantes na gestão estadual, regional e municipal, complementados através de análise documental, entre julho de 2021 e fevereiro de 2022. Os resultados demonstraram que os principais desafios de gestão da APS na pandemia de Covid-19 relacionaram-se com o planejamento da resposta sanitária, infraestrutura das unidades de saúde, organização do processo de trabalho das equipes, constrangimentos gerenciais do sistema de saúde e a prestação dos serviços. Evidenciou-se o papel central desse nível na mitigação da doença, mas a atenção básica não foi explorada em suas potencialidades, tornando-se imprescindível reconhecer a importância desse nível e o necessário fortalecimento de uma governança regional para fortalecer a APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. COVID-19. Gestão em Saúde. Sistemas de Saúde.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19 impôs aos sistemas de saúde no mundo a necessidade de reorganização das ações e serviços do âmbito internacional ao comunitário¹. Evidências destacam que as respostas dos sistemas de saúde centradas na Atenção Primária à Saúde (APS) podem propiciar intervenções mais efetivas pela sua capilaridade de base territorial em cenários de crise sanitária na complexidade da Covid-19^{1,2,3}.

Diversos desafios da APS e relacionados ao desenvolvimento de estratégias para manejo dos casos de Covid-19 tem sido apontado na literatura, quer sejam na integração com os serviços de vigilância ou na atenção aos usuários dos sistemas de saúde. Há experiências internacionais que adotaram a APS como serviço de primeiro contato para os casos de Covid-19⁴ e outras que incluíram a oferta de ações remotas como importantes mecanismos de cuidado^{5,6}. Entretanto, evidenciam-se desafios relativos aos serviços e população no acesso às tecnologias de informação e comunicação (TIC)⁷, à fragmentação dos sistemas de saúde e sua

capacidade de atuar de forma intersetorial⁸ e à centralização do cuidado nos serviços hospitalares no primeiro ano da pandemia⁹. Ademais, evidenciaram-se outros desafios quanto à baixa adesão das equipes ao uso de aplicativos para monitoramento dos casos suspeitos e confirmados¹⁰, o reduzido acesso à internet e a aparelhos eletrônicos para uso das TIC¹¹, assim como a insuficiência de insumos e infraestrutura nas unidades de atenção primária¹².

No cenário brasileiro, destacam-se desafios como as desigualdades regionais, a estrutura diversificada dos serviços locais de saúde e a ausência de um padrão de respostas territoriais com um cenário multifacetado de intervenções comunitárias¹³, assim como a divulgação de informações contrárias às evidências científicas que comprometeram as medidas de vigilância em saúde e a insuficiência de suporte institucional para ações de educação permanente nas secretarias municipais de saúde¹⁴.

Por outro lado, diversas recomendações para a organização da APS no SUS desde o primeiro ano da pandemia já enfatizavam elementos relativos ao planejamento municipal/regional para articulação das ações e serviços com critérios de encaminhamentos; à garantia de infraestrutura para as unidades de saúde, a exemplo espaços físicos/tendas, oxímetros, oxigênio de alto fluxo, além de equipamentos de proteção individual e produtos de higiene; à cobertura de ações individuais e coletivas, sejam presenciais ou remotas; a gestão e reorganização do processo de trabalho das equipes para evitar aglomerações e à prestação dos serviços, incluindo a diferenciação de fluxos assistenciais, priorizando usuários e grupos sociais vulnerabilizados (Engstrom, 2020).

A pandemia de Covid-19 evidenciou inúmeros desafios da APS no SUS, considerando a sua capilaridade, desigualdades territoriais, diversidade das barreiras de acesso, comprometimento do vínculo entre o usuário e equipe de saúde pelas recomendações de distanciamento social e a necessidade de priorizar a assistência para famílias e grupos sociais historicamente vulnerabilizados, seja na vigilância ou na atenção aos casos suspeitos e confirmados da doença.

Entretanto, na revisão de literatura empreendida para este artigo, observou-se centralidade das pesquisas na análise e descrição da organização do processo de trabalho e das características das ações de APS e vigilância na Covid-19, incluindo como fontes de evidências os profissionais de saúde, sendo parcas as análises a partir dos gestores em suas diferentes esferas. Ainda que as potencialidades do papel da APS na pandemia tenham sido um consenso de diversos autores, persistem lacunas para compreender seus desafios gerenciais e conformar respostas orientadas pelos cuidados de base territorial e comunitários.

Desse modo, fez-se necessário identificar quais os principais desafios para os gestores organizarem a resposta de APS no enfrentamento da pandemia de Covid-19, uma vez que evidências classificavam cerca de 80% dos casos como leves e que estes poderiam ser manejados no âmbito dos cuidados primários de saúde, enquanto serviço de primeiro contato na busca por cuidados¹⁵. Assim, pode-se contribuir para o planejamento e gestão de respostas na APS em futuras crises sanitárias em proporções semelhantes à Covid-19.

Esse estudo buscou identificar os principais desafios da APS na pandemia de Covid-19, a partir da percepção de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) de duas macrorregiões de saúde da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e documental que tomou como problema de investigação os desafios de gestão da APS, na pandemia de Covid-19. Este artigo integra a pesquisa ‘Estratégias de prevenção e controle da Covid-19 em diferentes fases da pandemia: uma análise do âmbito global e local’, realizada em duas macrorregiões de saúde do estado da Bahia.

Em relação ao cenário da pesquisa, foram selecionadas duas macrorregiões que se destacam por características diversas quanto à população, extensão territorial, autonomia administrativa das secretarias municipais de saúde, cobertura de Equipes de Saúde da Família (EqSF), casos de Covid-19, bem como, número de municípios, regiões de saúde e de Bases Regionais de Saúde (BRS) até o período da pesquisa.

A produção dos dados incluiu a realização de entrevistas semiestruturadas com 27 gestores do SUS, no período entre julho de 2021 e fevereiro de 2022, sendo seis gestores municipais, 13 regionais e oito estaduais, selecionados por conveniência com os seguintes critérios de inclusão: ser gestor estadual, regional ou municipal, envolvido diretamente com o planejamento e implementação das respostas sociais à pandemia de COVID-19. Excluíram gestores de macrorregiões não participantes do estudo, que não tivessem conhecimento sobre o âmbito da APS e com dificuldades de agenda para concessão de entrevista.

Dos 32 contatos realizados, cinco, por questões de agenda, não puderam participar. Foram contactados gestores dos municípios-sede de Região de Saúde, Núcleos e Bases Regionais de Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Laboratório Central de Saúde Pública, Comitê de Operações Emergenciais em Saúde, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), Laboratório de Agentes Infecciosos e Vetores, Consórcio Intermunicipal do

Oeste da Bahia, coordenadores das Comissões Intergestores Regionais (CIR), representantes da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e apoiadores institucionais da APS da Secretaria Estadual de Saúde.

As entrevistas foram realizadas no formato remoto pelos pesquisadores do projeto e bolsistas de iniciação científica, utilizando a Plataforma Zoom. Todas foram agendadas previamente, gravadas e transcritas na íntegra e guiadas por roteiros elaborados pelos pesquisadores com questões norteadoras inerentes aos seguintes aspectos: planejamento dos entes federados para enfrentamento da COVID-19; pactuações e decisões intergestores; financiamento de serviços e ações; gestão e organização da rede de atenção; prestação dos serviços aos casos suspeitos e confirmados; e regulação do acesso a serviços de referência COVID-19.

Para complementar as informações das entrevistas, analisaram-se 509 documentos, entre janeiro de 2020 e abril de 2021, como atas das CIR dos municípios-sede das macrorregiões, Plano Estadual de Contingência, Plano Estadual de Vacinação, Plano de Testagem dos Trabalhadores, Estratégia de Flexibilização do Distanciamento Social, Notas Técnicas, Alertas Sanitários, Atos do Poder Executivo, atas e resoluções da CIB. Nos documentos do âmbito estadual, identificaram-se as proposições e decisões estaduais relacionadas às ações e ao papel estabelecido para a APS nos municípios baianos e, nos de âmbito regional, as pautas e encaminhamentos debatidos entre os gestores municipais e regionais para a APS. As informações extraídas foram organizadas em matrizes de sistematização documental, as quais subsidiaram a elaboração de um relatório de apreciação documental com o compilado de todo material extraído da análise dos documentos.

O relatório de apreciação documental e o material das entrevistas foram importados para o Software Nvivo versão 12, momento em que o material empírico foi triangulado, processado e codificado. Na primeira etapa do processamento, realizou-se análise do discurso¹⁷ com a leitura flutuante de ambas as fontes (entrevistas e relatório documental) com o objetivo de recortar aspectos relacionados aos desafios de gestão da APS na Covid-19. Em seguida, trechos das entrevistas e relatório documental os desafios foram codificados a partir de unidades temáticas e concernentes às questões norteadoras que deram origem aos roteiros das entrevistas e, por fim, realizou-se uma organização secundária do material empírico em categorias analíticas que agruparam as informações segundo as dimensões analíticas e correspondentes aos componentes dos sistemas de saúde, a saber: planejamento, infraestrutura e cobertura, gestão e organização e prestação dos serviços¹⁶.

A pesquisa cumpriu os princípios éticos, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em

Pesquisa de Universidade Federal na Bahia com Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 45387821.1.0000.8060. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e nos trechos de entrevista apresentados ao longo do artigo buscou-se ocultar informações pessoais e profissionais para proteger a identidade dos sujeitos da pesquisa.

RESULTADOS

A respeito das pessoas entrevistadas, no âmbito municipal, seis sujeitos ocupavam a função de secretários municipais de saúde. No âmbito regional os seguintes sujeitos compuseram esta pesquisa: um coordenador de Núcleo Regional de Saúde (NRS), dois técnicos de referência para NRS, dois coordenadores de Bases Regionais de Saúde (BRS), dois coordenadores de laboratórios de referência, quatro coordenadores de CIR e dois representantes de consórcio intermunicipal. Já no âmbito estadual, um era coordenador do Apoio Institucional da Diretoria de Atenção Básica (DAB), três eram apoiadores regionais vinculados à DAB, um representava o Comitê de Operações Emergenciais em Saúde, um era coordenador da Diretoria de Vigilância Epidemiológica, um representante do COSEMS e outro da CIB.

Os resultados deste artigo serão apresentados conforme as categorias analíticas mencionadas no método, considerando aqueles desafios mais significativos para a gestão da APS na pandemia de Covid-19. Desse modo, emergiram as seguintes categorizações: planejamento da resposta sanitária; infraestrutura e cobertura dos sistemas locais de saúde; gestão e organização da APS e prestação dos serviços primários.

Planejamento da reposta sanitária

No planejamento da reposta sanitária, a cooperação entre a gestão estadual e municipal da APS foi condicionada pelas desigualdades de autonomia e de organização das equipes gestoras municipais, produzindo cenários heterogêneos no processo de preparação das respostas locais ao cenário pandêmico, principalmente, pela sua complexidade de articular ações intersetoriais para o suporte a grupos vulneráveis e para vigilância em saúde.

Então assim, a gente tem como dificuldade, primeiro, a nível de COSEMS, pensando em município, da variedade de municípios. Municípios multiestruturados, ou não, que às vezes não tem uma rede organizada, não tem equipe. Têm municípios que, às vezes, que tem um coordenador da atenção básica e não têm nada de planejamento, então isso dificulta. [...] muito além da saúde, existem pessoas com

dificuldade financeira, desempregadas, que inclui a vulnerabilidade social e que acrescenta a secretaria de assistência social. Existe a necessidade de fazer as barreiras sanitárias, para o isolamento social, a gente precisa contar com outros setores nessa logística, e isso dificulta essa comunicação porque cada secretaria tem uma organização. (Sujeito 1)

Olha, as informações vieram a partir do Estado. Agora assim, o planejamento ele foi muito voltado a cada município. Não houve uma ação conjunta, um planejamento único para as ações. Mas os elementos norteadores do planejamento municipal foram com base nas Diretrizes Normativas do Governo Federal, do Ministério da Saúde e também do Comitê Estadual, certo? Mas não houve diretamente uma ação conjunta para uniformizar as ações estratégicas em combate a Covid. (Sujeito 2)

Infraestrutura e cobertura dos sistemas locais de saúde

Os entrevistados apontaram a incipiente estrutura tecnológica das unidades de saúde para acesso à internet e insuficiência de equipes técnicas para o manejo das TIC, mesmo diante do cenário de distanciamento social e da necessidade de garantir a continuidade de cuidados remotos. Além disso, a incipiente estrutura tecnológica dos serviços locais contribuiu para constrangimentos na cooperação entre a gestão estadual e municipal da APS, principalmente, nos momentos de capacitação remota sobre a Covid-19, destinadas aos profissionais e gestores de saúde, e para dificuldades no controle de registros das doses de vacinas administradas aos grupos prioritários.

Quando já não era mais possível fazer essa capacitação a distância, e aí a tecnologia vem e nos ajuda muito nesse aspecto com todas as dificuldades que nós tínhamos de internet, de sinal, de manejar. (Sujeito 3)

Pra o nosso município, a gente não trabalhou com cadastramento. Nós não fizemos um cadastro municipal dessas pessoas. Então assim, isso hoje eu avalio que não foi positivo, porque, hoje, a gente faz a vacinação das pessoas que comparecem no local. Então não necessariamente são pessoas que residem no município. E a gente observou em várias experiências em outros municípios, em outros Estados, que com o cadastramento dessas pessoas, ia funcionar. Mas por problemas mesmo administrativos, questão de informática, computação, a própria máquina o computador, isso dificultou esse entendimento. (Sujeito 4)

As atas da CIR e entrevistas com gestores ratificaram dificuldades da gestão estadual descentralizar testes rápidos para os municípios dada à escassez de mercado no início da pandemia e à distribuição insuficiente pelo governo federal, o que restringiu a participação das unidades de APS na testagem populacional. Destarte, municípios de pequeno porte tiveram baixa capacidade fiscal para aquisição de testes, principalmente, no cenário inicial da pandemia, diante da hiperinflação dos preços. Vale reiterar que, nos documentos estaduais analisados, a ampla testagem foi uma aposta que previa apoiar a vigilância em saúde no acompanhamento dos contactantes para identificação oportuna de novos casos, permitindo monitorá-los e traçar

o perfil da disseminação viral. Previa-se que inquéritos sorológicos subsidiariam decisões sobre a adoção de medidas de flexibilização do isolamento social.

Já que a gente trouxe a Atenção Primária pra COVID, aproximou ela à doença. Automaticamente, a gente também descentralizou o teste rápido em todas as Unidades. Gostaríamos muito de ter feito isso com os testes de antígeno. Que esses sim, né? Conseguem. Claro que não é o Padrão Ouro, mas ele consegue trazer um diagnóstico mais rápido, porém pelo custo e a dificuldade de aquisição, não conseguimos alcançar isso ainda. (Sujeito 4).

O outro problema foi fazer a aquisição desses equipamentos em tempo rápido, foi outro desafio, até porque a quantidade disponível no mercado para ser vendida era escassa, como também com os processos burocráticos para serem vencidos. (Sujeito 5)

As desigualdades na cobertura de médicos da APS foi um desafio recorrente nos municípios. Isso se acentuou por diversos pedidos de desligamento devido a questões profissionais ou receio de compor a linha de frente de combate à pandemia, o que contribuiu para relativizar a capacidade de resposta local dos serviços primários em diferentes territórios com estrutura de pessoal insuficiente para o cuidado aos casos suspeitos e confirmados de Covid-19.

Só no município, nós tivemos 17 profissionais que saíram, que pediram exoneração ou também que pediram desligamento do município por conta da pandemia ou então porque passaram em residências médicas ou então foi uma forma de proteção. Por entendimento que era uma forma de proteger a família pediram desligamento do serviço. Então a gente, assim, em 2 ou 3 meses se eu não tiver enganada, tivemos a saída de 17 médicos e então foi um peso muito grande, principalmente, para Atenção Primária no município. (Sujeito 4)

Pensando no macro, assim, pensando na região, nos circunvizinhos a gente ainda tem muitos municípios com falta de médico. (Sujeito 6)

Gestão e organização da APS

Concernente à gestão e organização, diversos entrevistados destacaram obstáculos para desenvolver respostas locais oportunas em um cenário no qual a racionalidade federal e estadual das ações de enfrentamento da pandemia era hospitalocêntrica e não priorizou, em um primeiro momento, a APS como o serviço de primeiro contato dos casos suspeitos ou confirmados. Isso caracterizou-se pelo fechamento de serviços primários, interrupção dos atendimentos e das ações de prevenção e controle nos primeiros meses da crise sanitária.

No primeiro momento, foi entendido, não sei se foi pelo Governo do Estado ou pelo próprio Ministério, que a atenção primária à saúde deveria restringir o atendimento. Teve alguma informação, orientação quanto a isso: suspender o atendimento. (Sujeito 6)

Estrategicamente deixou de fazer promoção e prevenção, quando se abdicou de investir de forma muito mais aguda na atuação da APS. Isso eu acho que é o grande equívoco. Deixamos de tirar pessoas contaminadas da rua, deixamos elas circularem. (...) como conseguimos ampliar nossa rede da parte hospitalar o Ministério da Saúde estabeleceu que não deveria procurar a APS. (Sujeito 7)

Os documentos estaduais confirmam as evidências apontadas pelos gestores, onde proposições sobre a APS foram tratadas de forma tímida, na primeira edição do Plano Estadual de Contingência (PEC), e apenas na segunda e terceira edição, observou-se que os serviços primários tiveram mais clareza na definição das suas atribuições, incluindo a identificação de casos suspeitos e o seguimento dos casos confirmados integrados às equipes de vigilância à saúde. Do mesmo modo, as atas da CIB analisadas revelaram que das 93 pautas debatidas, sete referiam-se às ações de APS na pandemia, mas apenas duas debateram o papel dos serviços primários: a primeira sobre fluxo de acesso aos usuários com Síndrome Respiratória Aguda Grave e a segunda sobre protocolo de monitoramento de casos confirmados.

As 277 resoluções da CIB publicadas, entre março de 2020 e maio de 2021, confirmam que a centralidade das decisões estaduais foi hospitalocêntrica e voltada para aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), insumos, testes e habilitação de leitos clínicos e de UTI nas regiões de saúde. A APS foi objeto de apenas duas resoluções: nº 107/2020, que aprovou o Programa de Telecompartilhamento da Saúde com a Atenção Básica do Estado da Bahia, prevendo retomar, ampliar e fortalecer o cuidado ofertado nos municípios durante e após a pandemia da Covid-19 e a nº 112/2020 (julho 2020), que dispôs sobre orientações para organização da atenção básica no acompanhamento e monitoramento dos casos de Covid-19.

Foram referidos desafios na notificação local dos casos de Covid-19 nos primeiros meses de atuação da APS na pandemia. Em cenários cuja organização do processo de trabalho local utilizava instrumentos manuais de registro dos dados, as transferências e integração de informações entre as esferas de gestão municipal e estadual foram incipientes e colaborou para subnotificações de casos.

Que infelizmente, mesmo a gente tendo uma Atenção Primária com prontuário próprio do município, nós não tínhamos as fichas de notificação no sistema, então se imprimia ficha e notificava manual mesmo, na

manivela. Então isso não garantia uma visualização de forma macro, então a gente tinha muita subnotificação. (Sujeito 4)

Não houve um padrão no fluxo de testagem populacional entre os cenários municipais e predominou um processo de trabalho desarticulado entre os profissionais da APS e vigilância em saúde. No entanto, os documentos estaduais propunham que os serviços primários de saúde realizariam a notificação dos casos para aumentar a capacidade de vigilância em saúde, atuando na promoção, prevenção, cuidado, testagem e isolamento dos usuários para evitar o colapso do sistema de saúde.

Veja só... fora que os municípios têm autonomia, né? e cada município adotou a sua forma de testagem, né? então incluiu o teste rápido, o PCR e todos os testes. Então não pode dizer que teve um fluxo X, um fluxo Y não. (Sujeito 8)

Os gestores mencionaram desafios para integrar a APS com a vigilância em saúde, predominando uma atuação fragmentada. Houve poucas capacitações entre esses serviços de modo a fortalecer a comunicação entre eles e potencializar a vigilância da Covid-19 de base territorial. Nos documentos estaduais analisados, enfatizava-se a importância do apoio da APS à vigilância epidemiológica na difusão de informações para a população, no acompanhamento e monitoramento dos pacientes em isolamento domiciliar e na realização de reuniões conjuntas para discutir temáticas relativas à Covid-19.

E se fosse pra dar uma nota, eu não daria uma nota 8 pra essa junção de vigilância com atenção básica, porque elas caminham juntas, a atenção básica também é vigilância e aí cada um ficou em suas caixinhas e não existiu. (Sujeito 8).

Ademais, a decisão tardia do governo federal em iniciar a vacinação da população e a dependência municipal à distribuição nacional de vacinas impuseram constrangimentos locais na administração de imunizantes. No Plano Estadual de Vacinação da Bahia, as gestões locais apenas tiveram papel definido na elaboração de micro programações locais de vacinação, porém condicionada às doses distribuídas nacionalmente e, nas atas das CIR, confirmou-se uma importante dependência dos municípios em relação às deliberações do ente federal.

O problema na imunização foi a logística no Ministério e assim, a falta de agilidade do Ministério em prover a vacina. (Sujeito 9)

Outro desafio para organizar o cuidado na APS relacionou-se com a restrição da oferta de serviços e mudanças nos fluxos de atendimento presenciais nas unidades de saúde, diante da implementação de protocolos de distanciamento social. Em meio a isso, mencionaram-se obstáculos para as gestões municipais com baixa capacidade institucional reorganizarem os serviços de APS em tempo oportuno, visando atender às demandas da crise sanitária e manter a oferta de cuidados primários rotineiros para as condições crônicas.

A gente seguiu com Atenção Primária que era nossa porta de entrada, com restrição, número de atendimento reduzido, obedecendo distanciamento. Desde o primeiro momento, a gente já iniciou a dificuldade da definição do tratamento. (Sujeito 10)

Mas o que ficou bastante nítido é que toda atenção básica não deu conta de acompanhar as condições crônicas. (...) então se focou no enfrentamento da Covid, mas esqueceu-se que além da Covid que, quem era hipertenso continuava hipertenso, quem era diabético continuava diabético, quem tinha hanseníase continuava com a doença. Então, não se teve capacidade e aí não foi só capacidade instalada não, mas a capacidade de organização, de logística, de organização de processo de trabalho dentro da Equipe de Saúde da Família para dar conta dessas duas frentes. (Sujeito 9)

Prestação dos serviços primários

Por fim, a prestação dos serviços de APS na pandemia de Covid-19 foi condicionada pela necessidade de rápida apropriação técnica dos profissionais para enfrentamento de um cenário desconhecido, sucessivas atualizações de protocolos assistenciais e divergências na tomada de decisão sobre as estratégias de manejo dos casos confirmados, colaborando para falta de consenso local na definição de protocolos e fluxos assistenciais para as unidades de atenção primária.

Atenção básica, praticamente. Então este médico, esse enfermeiro, esse fisioterapeuta nunca tinham intubado ninguém na vida, né? Nunca tinha feito uma intubação, não sabia como fazer um acesso pra gasometria, porque não estava na formação desse profissional. Ele havia se preparado e estava no campo de trabalho de um outro nível de atenção. Então foi preciso, de uma maneira muito rápida, dar a este profissional o mínimo de conhecimento possível. Aliás, alguns profissionais sequer sabiam como utilizar os EPI específicos. Então não adiantava ter máscara, luva, cabote, se as pessoas não sabiam usar. E aí a gente entra com esse primeiro momento, vamos capacitar um dos personagens de saúde para usar os EPI. (Sujeito 3).

Desde o primeiro momento, a gente já iniciou a dificuldade da definição do tratamento. Que nós tínhamos um grupo de profissionais prescritores que era a favor de medicar e outros prescritores que não eram a favor da medicação e aí, no grupo de reunião, foi estabelecido que o município não ia estabelecer um protocolo medicamentoso. A gente ia trabalhar mesmo com a base científica. E assim seguimos. (Sujeito 4)

DISCUSSÃO

A complexidade da Covid-19 impôs aos sistemas locais a necessidade de articulação intra e intersetorial envolvendo os serviços primários de saúde¹⁷. Contudo, assim como nesse estudo, as experiências internacionais ratificam desafios na integração da APS com outros setores, a exemplo da assistência social⁸, o que deve ser um elemento considerado em respostas a ondas futuras.

A autonomia local dos sistemas de saúde no planejamento de respostas à Covid-19 deve ser considerada com atenção. Municípios de pequeno porte tendem a possuir capacidade fiscal e administrativa menor para planejar, desenvolver e gerir ações de saúde no seu território¹⁹. Trata-se de um desafio crônico na gestão do SUS e que pode modular a capacidade dos sistemas municipais planejarem respostas centradas na APS em cooperação com os estados.

Os resultados desse estudo coadunam com evidências internacionais e nacionais sobre desafios dos serviços da APS na disposição de estrutura tecnológica e comunicacional para o enfrentamento da crise sanitária de Covid-19^{7,11,13}. Esse fator restritivo torna-se mais crítico em um cenário pandêmico, onde as medidas de distanciamento social impõem limitações organizacionais no cuidado presencial da população e os serviços de saúde precisam responder com rápida adoção de ferramentas e tecnologias digitais para atenção à saúde de forma remota²⁰.

Os constrangimentos à testagem populacional pela APS evidenciados neste estudo, ratificam obstáculos para os serviços primários apoiarem ações de vigilância. De modo semelhante, países como Nigéria e África do Sul tiveram restrições na descentralização da testagem dos casos suspeitos de Covid-19 e desafios fiscais⁶. Na Colômbia, no início da pandemia, a descentralização da testagem foi limitada pela ausência de insumos no mercado²¹.

Os resultados dessa pesquisa reforçam recomendações de outros autores sobre a importância de aprimorar a vigilância local da pandemia, mediante a ampliação da testagem para todos os sintomáticos respiratórios e a realização de inquéritos sorológicos de base populacional^{3,22}.

A insuficiente cobertura de médicos para atuar na APS durante o período pandêmico evidente neste estudo, apenas ratifica o aprofundamento da desigualdade histórica no provimento e fixação de médicos entre municípios brasileiros, agudizada pela importante dificuldade de contratação destes profissionais em velocidade compatível com a demanda dos

territórios locais num cenário de crise sanitária global e com importante interiorização. Isto contraria propostas internacionais sobre a necessidade de planejar a oferta de recursos humanos para atuar na APS durante a pandemia, especialmente em áreas com alta taxa de rotatividade profissional e dificuldade de alocação médica²³.

Diferente dos resultados encontrados nesse estudo, a Espanha, Reino Unido e Suécia organizaram a resposta à Covid-19 centrada nos serviços de APS¹⁸. Alguns autores destacaram que o controle da pandemia foi mais efetivo em países que adotaram a atenção primária como serviço de primeiro contato comunitário⁹, enquanto outros afirmam que respostas com essa configuração foram variáveis entre as nações, dando centralidade aos serviços hospitalares em detrimento de um modelo sustentado no cuidado primário, o que limitou a conformação de intervenções de base territorial^{12,24}.

Achados deste estudo foram semelhantes ao encontrado em outras experiências internacionais que se caracterizaram por impactos da Covid-19 na prestação de cuidados rotineiros e presenciais²⁵. A rápida necessidade de reorganização do processo de trabalho na APS para garantir a segurança de profissionais e usuários trouxe desafios para a continuidade de ações estratégicas como visitas domiciliares, rastreamento de rotina, entre outras²⁵, e alguns autores têm ressaltado que tais modificações não devem reforçar um modelo de atenção centrado nas condições agudas e sintomáticas para a Covid-19 em detrimento do seguimento de usuários com condições crônicas²⁶.

Assim como no presente estudo, experiências internacionais revelaram desafios para integração da APS com a vigilância em saúde, devido à baixa informatização dos processos de notificação^{11,12}, o que comprometeu ações que deveriam apoiar o monitoramento comunitário dos casos suspeitos e confirmados¹⁰. No cenário nacional, além dos desafios referidos, houve semelhanças dos dados desse estudo com a insuficiência de suporte institucional para ações de educação permanente em vigilância integrada à APS nas secretarias municipais de saúde¹⁴.

A partir da análise das entrevistas e documentos, nas ações relativas ao planejamento, houve a participação das gestões locais da APS, contudo os planejamentos foram norteados, prioritariamente, por meio de elementos estaduais e federais, e os formuladores de política não instruíram de forma coordenada as ações, sendo as decisões tomadas localmente de acordo com as particularidades das regiões. Ressalta-se que o cenário de divergência sobre as estratégias de manejo dos usuários com Covid-19 impôs como desafios para a gestão municipal a definição de protocolos assistenciais para as unidades da APS.

Apesar do reconhecimento da capilaridade e experiência da APS no monitoramento, assistência aos casos e nas ações de imunização, a notoriedade dos cuidados primários no

processo de enfrentamento à pandemia na agenda estadual foi tardia. Isso teve como efeito o acentuamento de problemas já presentes na APS e o surgimento de novas demandas.

Percebeu-se serviços atuando de forma fragmentada com duplicação de funções, fragilidades nos mecanismos de comunicação entre formuladores de políticas de saúde e estabelecimentos, bem como precária informatização dos processos de notificação e monitoramento.

Apesar de não aparecer de forma veemente evidências a respeito do financiamento, notou-se que essa questão se encontra presente nos constrangimentos fiscais, limitação e problemas logísticos para o monitoramento, testagem e imunização, o que impactou na prestação de serviços.

O papel da universidade pública em fornecer recursos para testagem e capacitação para as equipes possibilitou diagnóstico precoce e apropriação técnica dos profissionais para enfrentamento de um cenário desconhecido. Porém, lidou-se com uma parca infraestrutura e cobertura de trabalhadores, o que implicou em restrições na prestação dos cuidados em saúde.

CONCLUSÃO

O cenário da sanitária provocada pela Covid-19 provocou diversos desafios para a gestão da resposta de APS. Destacaram-se com principais desafios às desigualdades na capacidade fiscal e de gestão estadual e municipal; a fragmentação das ações intersetoriais para o suporte a grupos vulneráveis e à vigilância em saúde; a infraestrutura e cobertura insuficientes, com a inadequação da estrutura tecnológica, desigualdades no provimento de médicos e escassez de insumos; na gestão e organização, em que não houve a priorização da APS como serviço de primeiro contato e devido à existência de problemas na notificação local, no fluxo de testagem populacional e cooperação da APS com a vigilância. Por fim, merece destaque o desafio prestação do cuidado primário, diante das sucessivas atualizações e divergências na tomada de decisão sobre as estratégias de enfrentamento da pandemia, o que impôs a necessidade de qualificação dos profissionais em um cenário novo e de “guerra” sanitária.

Ressalta-se que a identificação dos desafios por meio deste estudo, pode orientar estratégias de gestão estadual, regional e local da APS, que incluam ações de planejamento intersetorial em ondas futuras, bem como a reorganização dos processos de trabalhos baseados nas necessidades locais; fornecimento de infraestrutura adequada; organização dos fluxos e

comunicação institucional; políticas de provimento, fixação e qualificação emergencial de profissionais; melhoria da comunicação entre os gestores e fortalecimento de uma governança regional para apoiar a capacidade dos gestores municipais na tomada de decisão e gestão da política de APS em cenários pandêmicos.

REFERÊNCIAS

1. Rifkin SB, Fort M, Patcharanarumo W, Tangcharoensathien V. Primary healthcare in the time of COVID-19: breaking the silos of healthcare provision. *BMJ Global Health*. 2021 [acesso em 2022 jun 8]; 6:e007721. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007721>
2. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020 [acesso em 2022 jun 8]; 25(1) 2423-2446. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>
3. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LMM, Alves IC. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS [Internet]*. 2020 [acesso em 2022 jun 8]; 2(2):114-21. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/84>
4. Wanat M, Hoste M, Gobat N, Anastasaki M, Böhmer F, Chlabicz S, Colliers A et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *British Journal of General Practice*. 2021 [acesso em 2022 jun 8]; e634-42. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Transformation-of-primary-care-during-the-COVID-19-Wanat-Hoste/ada0d0f2029366ea39a1107b451afbbe17b7b378>
5. Mughal F, Mallen C, Mckee M. The impact of COVID-19 on primary care in Europe. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2021 [acesso em 2022 jun 8]; 6 (100152). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100152>
6. Goodyear-Smith F, Kidd M, Oseni TIA, Nashat N, Mash R, Akman M et al. International examples of primary care COVID-19 preparedness and response: a comparison of four countries *Family Medicine and Community Health*. *Fam Med Community Health*. 2022 [acesso em 2022 jun 8]; 10(2): 1-5. DOI: <https://doi.org/10.1136/fmch-2022-001608>
7. Sullivan EE, Breton M, McKinstry D, Phillips RS. COVID-19's Perceived Impact on Primary Care in New England: A Qualitative Study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2022 [acesso em 2022 jun 10]; 35 (2) 265-273. DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.02.210317>
8. Mash R, Goliath C, Perez G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. *African journal of primary health care & family medicine*. 2020 [acesso em 2022 jun 10]; 12(1) e1-e4. DOI: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v12i1.2607>

9. Rincón EHH, González JPP, Narváez MFA, Tabares RAA, González JMR. Descripción y análisis de las intervenciones fundamentadas en la atención primaria para responder al COVID-19 en Colombia. *Medwave*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 21(3):e8147. DOI: <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.03.8147>
10. Ares-Blanco S, Astier-Peña MP, Gómez-Bravo R, Fernández-García M, Bueno-Ortiz JM. El papel de la atención primaria en la pandemia COVID-19: Una mirada hacia Europa. *Atencion Primaria*. 2021, [acesso em 2022 jun 20]; 53(8) 102134. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/352361262_El_papel_de_la_atencion_primaria_en_la_pandemia_COVID-19_Una_mirada_hacia_Europa
11. Lim W. Assessing the implications of digital contact tracing for COVID-19 for human rights and the rule of law in South Africa. *Afr. hum. rights law j.*, Pretoria. 2021 [acesso em 2022 jun 20]; 20(2) 540-557. Disponível em: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-20962020000200009&lng=en&nrm=iso.
12. Colino RM, Miguel AM, Argentina F, Marqués MB, Jiménez BC, Hernández PL et al. Evolución de la COVID-19 en las residencias de personas mayores desde la segunda ola hasta la vacunación. Descripción de un programa de coordinación entre Atención Primaria, Geriátrica y Salud Pública. *Revista Española de Salud Pública*. 2021 [acesso em 2022 jun 14]; 95(1): e1-e11. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957711>
13. Sousa IS, Nascimento NPG, Maia TF, Guimarães JMM, Silva DO. A (Re)Organização da Atenção Primária à Saúde e a Longitudinalidade do Cuidado: Experiências sobre os Revérberos da Pandemia Covid-19 ao Serviço. *Rev. Saúde em Redes*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 7(1):2446-4813. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/11/1348302/a-reorganizacao-da-atencao-primaria-a-saude-e-a-longitudinalid_sqeK28F.pdf
14. Méllo LMBD, Albuquerque PC, Santos RC, Felipe DA, Queirós AAL. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2021 [acesso em 2022 jun 25]; 25(Suppl 1): e210306. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CVbMJsGSNHnMKbSBTX6LL8L/?lang=pt>
15. Engstrom E, Giovanella L, Melo E, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM. Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19. Rio de Janeiro, 2020. 13 p. [acesso em 2023 set 12]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentame>
16. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]*. 2020 [acesso em 2021 jul 01]; 29(2):e2020166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
17. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edição 70; 2016.

18. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida AMSC. Organization of primary health care in pandemics: a rapid systematic review of the literature in times of Covid-19. *Ver Bras Med Fam Comunidade*. 2021 [acesso em 2012 jul 10]; 16(43):2655. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.05.20146811v1>
19. Lima LD, Albuquerque MV, Scatena JHG. Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil? Contribuições para o estudo da governança regional na saúde [internet]. (Novos Caminhos, n. 8). [acesso em 2022 jul 10]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2016/02/Novos-Caminhos-8.pdf>
20. Bokolo AJ. Use of Telemedicine and Virtual Care for Remote Treatment in Response to COVID-19. *Journal of Medical Systems*. 2020 [acesso em 2012 jul 10]; 44(7):132. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10916-020-01596-5>
21. Manrique-Hernández EF, Moreno-Montoya J, Hurtado-Ortiz A, Prieto-Alvarado FE, Idrovo ÁJ. Desempeño del sistema de vigilancia colombiano durante la pandemia de COVID-19: evaluación rápida de los primeros 50 días. *Biomedica [Internet]*. 2020 [acesso em 2012 jul 10]; 40(Supl. 2):96-103. Disponível em: <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/5582>
22. Correa PRL, Ishitani LH, Abreu DMX, Texeira RA, Marinho F, França LB. A importância da vigilância de casos e óbitos e a epidemia da COVID-19 em Belo Horizonte. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. 2020 [acesso em 2012 jul 10]; 23: e200061. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200061>
23. Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde. APS forte no SUS: no combate à pandemia. Brasília, DF. 2021 [acesso em 2023 set 13]. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275724378>.
24. Giovanella L, Veja R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 em Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde [online]*. 2021 [acesso em 2022 jun 20]; 19:e00310142, 1981-7746. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/?format=pdf>
25. Ashley C, Halcomb E, James S, Calma K, Stephen C, McInn S et al. The impact of COVID-19 on the delivery of care by Australian primary health care nurses. *Health Soc Care Community*. 2022 [acesso em 2012 jul 10]; 00:1–8. DOI: 10.1111/hsc.13710
26. Alboksmaty A, Kumar S, Parekh R, Aylin P. Management and patient safety of complex elderly patients in primary care during the COVID-19 pandemic in the UK- Qualitative assessment. *PLoS One*. 2021 [acesso em 2012 jul 10]; 16(3):e0248387. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/management-and-patient-safety-complex-elderly-patients-primary-care-during-covid-19-pandemia>.

Submetido em: 7/7/2023

Aceito em: 25/3/2024

Publicado em: 18/9/2024

Contribuições dos autores:

Ítalo Ricardo Santos Aleluia: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Redação do manuscrito original, Revisão e edição.

Maria Lidiany Tributino de Sousa: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Redação do manuscrito original, Revisão e edição.

Marcos Pereira: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto, Supervisão, Redação do manuscrito original.

Anna Flávia Bezerra Penha: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Redação do manuscrito original, Revisão e edição.

Valéria Marçal dos Santos Brandão: conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Redação do manuscrito original.

Larissa de Queiroz Carvalho: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Redação do manuscrito original.

Sandy Kerllen Almondes Mendonça: Conceituação, Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Redação do manuscrito original.

Tarcio de Almeida Oliveira: Curadoria de dados, Análise formal, Investigação, Metodologia, Administração do projeto; Redação do manuscrito original.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.

Financiamento: Recursos de doação da JBS S.A para mitigação da pandemia de Covid-19.

Autor correspondente:

Ítalo Ricardo Santos Aleluia

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Avenida Carlos Amaral, R. do Cajueiro, 1015, Santo Antônio de Jesus/BA, Brazil. CEP 44574-490.

italoaleluia@ufrb.edu.br

Editora: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

