



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Frota, Amanda Cavalcante; Barreto, Ivana Cristina de Holanda Cunha;
Carvalho, André Luís Bonifácio de; Ouverney, Assis Luiz Mafort;
Andrade, Luiz Odorico Monteiro de; Machado, Nádia Maria da Silva

Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19
Saúde em Debate, vol. 46, Esp., 2022, pp. 131-151
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406371272010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19

Longitudinal link of the Family Health Strategy at the frontline of the Covid-19 pandemic

Amanda Cavalcante Frota¹, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto², André Luís Bonifácio de Carvalho³, Assis Luiz Mafort Ouverney^{4,5}, Luiz Odorico Monteiro de Andrade², Nádia Maria da Silva Machado⁶

DOI: 10.1590/0103-11042022E109

RESUMO Este artigo analisa o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) na pandemia da Covid-19 segundo o atributo do vínculo longitudinal da Atenção Primária à Saúde. Estudo transversal, de caráter descritivo e analítico, com levantamento de dados primários, coletados mediante inquérito nacional por meio de um survey eletrônico, de abrangência nacional, realizado no 2º semestre de convivência com a doença. No presente recorte, incluíram-se o Ceará e a Paraíba, estados do Nordeste com mais de 84% de cobertura da ESF. Prevaleceram as participações de trabalhadoras (962), sendo agentes comunitários de saúde (29%) e enfermeiras (26,61%), mulheres (81,19%), de 18 a 39 anos (61,85%), servidoras estatutárias (48,75%), atuantes em territórios urbanos (58,63%). Das participantes, 92,54% trabalhavam no período, sendo apenas 4,7% a distância. Em relação às atividades, 51,53% declararam estar ‘realizando atividades de rotina, como antes’; e 31,42% revelaram estar ‘priorizando atividades relacionadas a Covid-19’. Novos cadastros do Cartão SUS foram efetivados segundo 67,94% das participantes. A pesquisa confirma que a ESF é porta de entrada muito frequente, se não a principal, de casos de Covid-19 e que embora atenda às dimensões do atributo, está fragilizada em sua efetivação para o cuidado dos usuários adscritos.

¹Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.
frotamanda@gmail.com

²Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Eusébio (CE), Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.

⁴Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Centro de Estudos Estratégicos (CEE) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁵Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Departamento de Ciências Sociais (DCS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁶Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT This paper analyzes the Family Health Strategy (ESF) work process in the Covid-19 pandemic per the PHC longitudinal linkage attribute. This cross-sectional, descriptive, and analytical study collected primary data from a national electronic survey carried out from September to December 2020. Ceará and Paraíba, States of the Northeastern region with more than 84% ESF coverage, were included in this excerpt. The participation of female workers (962) prevailed, with Community Health Workers (ACS, 29%) and nurses (26.61%), women (81.19%), 18-39 years of age (61.85%), statutory public servants (48.75%), active in urban territories (58.63%). Approximately 92.54% of the participants worked in the period, with only 4.70% working remotely. A total of 51.53% stated that they were ‘carrying out routine activities, as before’, and 31.42% revealed they were ‘prioritizing activities related to Covid-19’. New SUS Card registrations were made according to 67.94% of the participants. The research confirms that the ESF is a very frequent gateway, if not the main one, for Covid-19 cases and that its effectiveness for the care of the registered users is weakened although it meets the dimensions of its attribute.

KEYWORDS Covid-19. Primary Health Care. Family Health Strategy. Continuity of patient care.



Introdução

A Covid-19 foi inicialmente detectada em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Com o crescimento no número de casos, óbitos e países afetados, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o evento constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espii) em 30 de janeiro de 2020¹.

No Brasil, a epidemia foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) em 3 de fevereiro de 2020^{2,3}. Com a notificação de mais de 118 mil casos e 4 mil óbitos em países de todos os continentes, em 11 de março de 2020, a OMS declarou a pandemia da Covid-19⁴. Pouco mais de um ano depois, em 7 de abril de 2021, Dia Mundial da Saúde (OMS), o País é o epicentro da doença no mundo, com 337 mil óbitos, média móvel de 2.775 óbitos diários, chegando a mais de 4 mil mortes em 24 horas⁵.

A elevada infectividade do Sars-CoV-2, agente etiológico da Covid-19, na ausência de imunidade prévia na população humana, bem como de vacina contra este vírus, fez com que o crescimento do número de casos fosse exponencial. Nesse contexto, são indicadas intervenções não farmacológicas, visando inibir a transmissão entre humanos e desacelerar o espalhamento da doença⁶. Com isso, é possível reduzir a demanda imediata por cuidados de saúde e amenizar as consequências da doença.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁷ destaca o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF), como principal componente do arcabouço da Atenção Primária à Saúde (APS), no mapeamento do território, na coleta de dados sobre condições socioeconômicas e de vulnerabilidade das populações e na vigilância epidemiológica^{8,9}. Sarti¹⁰ registra que a APS deve ser considerada um importante pilar diante das situações emergenciais, tais quais as epidemias de dengue, zika, febre amarela, chikungunya e, também agora, Covid-19. A pandemia da Covid-19 é mais que um problema sanitário, e exige a articulação de um conjunto

de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus, sendo imprescindível pensar qual modelo social e que sistema de saúde se almejam para a proteção da vida, sobretudo a dos mais vulneráveis¹⁰.

Em implementação há 27 anos, a ESF acompanha 133.710.730 pessoas em todas as regiões do Brasil, com 62,62% de cobertura populacional, 43.286 equipes, constituídas por enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem e saúde bucal e cerca de 260 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS)^{11,12}, contribuindo para o acesso universal e integral da saúde, sobretudo por sua atuação capilarizada na promoção, prevenção, atenção e vigilância em saúde, uma vez que sua implementação se dá por meio da vinculação populacional e territorial de pessoas usuárias às equipes multiprofissionais.

Nesse sentido, em situações de crises, que tensionam o sistema de saúde, como durante a pandemia da Covid-19, o papel da ESF é singular na proteção e atenção à saúde, especialmente pela capilaridade do acesso e pela interação/vínculo da população com as equipes^{13,14}. Os territórios prioritários das Equipes de Saúde da Família (EqSF) são os mais suscetíveis ao adoecimento e morte por Covid-19, usualmente marcados por iniquidades sociais, situação epidemiológica de alta carga de doenças infecciosas, elevada prevalência de condições crônicas, sofrimento psíquico, além de um volume importante de causas externas, como a violência.

A atuação da ESF deve ser destacada na linha de frente do enfrentamento da Covid-19, e sua avaliação no curso da pandemia é oportuna para seu fortalecimento e consecução de efetividade, especialmente no Nordeste, região marcada por iniquidades sociais. A longitudinalidade tem sido considerada característica central e exclusiva da APS; nesse sentido, estudos recentes revelaram o atributo com pior avaliação quando comparados os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) entre os ciclos 1 (2011 – 2012) e ciclo 2 (2013 – 2014)¹⁵.

Considerando todo o contexto descrito, o presente artigo objetiva analisar o processo de trabalho da ESF na pandemia da Covid-19 segundo o atributo da longitudinalidade da APS nos estados do Ceará e da Paraíba no 2º semestre de convivência com a Covid-19. O Ceará e a Paraíba ocupam, respectivamente, a 17^a e a 22^a posição relativa ao rendimento nominal mensal domiciliar per capita, a 17^a e 23^a posição em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano, e a 2^a e 5^a posição em percentual da população abaixo da linha de pobreza entre os estados brasileiros, tendo, portanto, grande parte de sua população muito vulnerável à Covid-19.

Metodologia da pesquisa

As informações apresentadas e analisadas neste artigo são um recorte inaugural da Pesquisa Nacional de Análise do Processo de Trabalho da ESF na Pandemia de Covid-19 (ESF_COVID-19_Brasil) em implementação. A ESF_COVID-19_Brasil é conduzida por meio de parceria acadêmica estabelecida entre a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz-CE e Centro de Estudos Estratégicos), a Universidade Federal da Paraíba e a Universidade Federal do Ceará, e contou com o apoio institucional do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e dos Conselhos das Secretarias Municipais de Saúde.

Consiste em um estudo transversal exploratório¹⁶, de caráter descritivo e analítico, com levantamento de dados primários, coletados por meio de um inquérito nacional, por intermédio de um *survey* eletrônico.

Dentre os referenciais teóricos da APS que embasam a pesquisa, destacam-se as produções de Bárbara Starfield e da Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, a PNAB⁷, e os protocolos publicados em 2020 pela Secretaria de APS do Ministério da Saúde por ocasião da pandemia da Covid-19 – protocolos que, respectivamente,

orientam a reorganização do processo de trabalho das equipes e as práticas no manejo da Covid-19, as medidas de proteção ocupacional e a reorganização do trabalho dos ACS no âmbito da atenção primária em todo território nacional¹⁷⁻¹⁹.

O público-alvo da pesquisa abrangeu os profissionais das EqSF, em atuação presencial ou remota, no contexto da pandemia da Covid-19: enfermeiras/os, médicas/os, cirurgiãs/ões-dentistas, técnicas/os de enfermagem e saúde bucal, ACS e profissionais dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf), além de profissionais residentes e docentes das residências médicas e multiprofissionais em saúde, integrantes da ESF, em atuação formativa no curso da pandemia.

Buscou-se estabelecer um leque amplo de dimensões de investigação, visando realizar uma análise multidimensional da dinâmica de trabalho das EqSF, composta por sete núcleos temáticos, sendo eles: 1) Perfil demográfico e profissional dos profissionais da Estratégia Saúde da Família; 2) Manutenção dos serviços de rotina da Estratégia Saúde da Família; 3) Novos fluxos e rotinas na Estratégia Saúde da Família implementados por ocasião da Covid-19; 4) Atenção prestada a suspeitos, doentes e contatos de Covid-19; 5) Promoção da saúde implementada pela EqSF; 6) Vigilância em saúde implementada pela EqSF; e 7) Medidas de proteção individual do profissional no domicílio ante a Covid-19.

O questionário de coleta de dados foi elaborado considerando os 7 núcleos temáticos, estruturados em 7 blocos no instrumento, totalizando 131 questões de múltipla escolha, com opções de respostas binárias e escala (Likert) com 5 opções alternativas. Na maioria das questões, foram inseridas as opções de resposta ‘outro’ ou ‘não sei responder’; e, em alguns casos, houve a opção discursiva para detalhamento opcional da resposta ‘outro’.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2020 a 23 de março de 2021, 2º semestre de convivência com a Covid-19 no Brasil. O *link* de acesso ao questionário,

incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi disponibilizado nos sites e redes sociais das instituições envolvidas.

Para a elaboração do presente artigo, foi realizado um recorte do banco de dados nacional para circunscrever apenas os resultados obtidos para os estados do Ceará e da Paraíba, estados com maior adesão à pesquisa, em que, juntos, somam 962 respondentes, o que corresponde a 55,22% do total de respondentes (1.742) e 52,55% do total de municípios de todas as regiões que participaram do estudo (293).

Para assegurar a inferência estatística, foi realizado o cálculo pós-amostral da representatividade da amostra de profissionais de saúde dos estados do Ceará e da Paraíba, por meio da calculadora on-line Comentto²⁰. Considerando todos os profissionais lotados em Centros de Saúde da Família/Unidades Básicas de Saúde do Ceará e da Paraíba, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde²¹ (CNES/MS) referentes a setembro de 2020, mês de início da coleta, obteve-se um total de 37.738 de trabalhadores no Ceará e 19.477 na Paraíba. Com intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5% e considerando uma prevalência dos diferentes fenômenos de 50%, o cálculo pós-amostral resultou em 381 trabalhadores do Ceará e 377 da Paraíba. Esse recorte dos referidos estados alcançou amostras acima do número mínimo para os parâmetros estabelecidos, respectivamente, 583 e 379, o que confirma a representatividade estatística.

Este artigo apresenta os primeiros resultados da pesquisa nacional. Para tanto, os dados foram analisados por meio de frequência simples e apresentados em tabelas de dupla entrada, contendo as frequências absolutas e relativas para um grupo de variáveis, extraídas de 25 perguntas do questionário e relacionadas com a problematização do atributo da longitudinalidade no processo de trabalho da ESF.

Todos os documentos relativos à pesquisa foram submetidos e aprovados por Comitê de Ética em Pesquisa no âmbito da Fiocruz (protocolo nº 4.129.145/20).

Resultados e discussão

Huston et al.²² avaliaram a provisão da APS em seis países com bons recursos, apontando que, em todos os países, a Covid-19 vem expondo as fragilidades dos sistemas de saúde e que os componentes da APS têm sido desafiados no esforço de combater a doença. Nos planos de emergência da Nova Zelândia, Austrália, Canadá, Holanda, Reino Unido e Estados Unidos, não é identificado claramente como a APS será mantida em um cenário de pandemia prolongada. A abrangência e a continuidade dos serviços foram prejudicadas, visto que, além do receio populacional de buscar atendimento acreditando na possibilidade de sobrecarga do sistema de saúde e das medidas de distanciamento social, o tratamento da pandemia foi priorizado em detrimento das condições não Covid-19. Embora desempenhos positivos tenham sido revelados quando no fortalecimento da atuação da APS, a preocupação crescente dos seis países é em relação a risco de morbidade e mortalidade devido ao represamento dos cuidados de rotina via APS.

Considerando que todos os municípios brasileiros foram acometidos pela Covid-19 e o histórico de cobertura populacional, capilaridade, vínculo e impacto na saúde da população brasileira, partiu-se da tese que a ESF é o dispositivo prioritário das pessoas na busca por cuidado quando sintomáticas e/ou acometidas pela doença, e que a ela compete a adição e/ou adaptação de fluxos e rotinas de serviços de competência institucional no Sistema Único de Saúde (SUS) para o cuidado integral.

Em meio a uma pandemia ocasionada por uma doença infecciosa de alta morbidade e mortalidade, as equipes territoriais prioritárias do acesso à saúde no SUS precisam estar ‘preparadas, protegidas e equipadas’, na medida em que, dessa forma, será potencializada a oferta de serviços para garantir os cuidados rotineiros da ESF às pessoas vinculadas e o cuidado individual e coletivo na potencial infecção pelo Sars-CoV-2.

Objetivando analisar o processo de trabalho da ESF na pandemia da Covid-19, utilizou-se como referência conceitual Starfield²³, tomando os atributos da APS como eixos de análise para a pesquisa nacional. Entre os atributos da APS vivenciados na ESF, para este recorte inaugural de socialização dos achados, definiu-se a análise inicial do vínculo longitudinal (longitudinalidade) proposto por Cunha e Giovanella²⁴.

As autoras^{24(1.038)} o definem como a “relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”; e o reconhecem como característica central da APS no Brasil, sendo, portanto, oportuno que seja almejado e avaliado. Em sua conceituação, apresentam três dimensões na composição do atributo: “UBS como fonte regular de cuidados de APS, estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal) e continuidade informacional”^{24(1.038)}. Os resultados aqui socializados estão organizados por meio da correlação entre as variáveis à concepção das duas primeiras dimensões.

O questionário obteve um total de 2.013 acessos. Destes, 13 (0,6%) foram desqualificados por não aceitarem participar e 258 (12%) foram excluídos da amostra por não preencherem as questões relativas ao nome do estado, e/ou nome do município, e/ou nome da Unidade Básica de Saúde (UBS). Após as exclusões, foram validados os questionários de 1.742 respondentes, abarcando tanto preenchimentos completos quanto parciais.

Dante do universo de dados coletados na pesquisa nacional, em que participaram todos os estados, para este recorte, foram

selecionados os estados do Ceará e da Paraíba por representarem juntos 55,22% (962) dos respondentes. Dessa amostra, 60,60% (583) são profissionais do Ceará, e 39,40% (379), da Paraíba; representando 154 municípios, 59,09% (91) cearenses e 40,91% (63) paraibanos (*tabela 1*). O universo de municípios retratados neste estudo configura, respectivamente, 49,45% e 28,25% do total de municípios do Ceará (184) e da Paraíba (223). Os respondentes são atuantes de 386 UBS do Ceará e de 184 da Paraíba. Ceará e Paraíba são os estados-sede de três instituições promotoras da investigação, situação que pode justificar a maior adesão à pesquisa de profissionais de ambos os estados.

Prevaleceram as participações de trabalhadoras ACS (29%) e enfermeiras (26,61%), a identidade de gênero feminina (81,19%), jovens e adultas na faixa etária de 18 a 39 anos (61,85%), servidoras estatutárias (48,75%), atuantes em territórios urbanos (58,63%) e com menos de 3 anos de atuação na atual equipe (41,56%). Embora o percentual de estatutárias alcance 48,75% das participantes, é alto o percentual de profissionais que revelaram vínculos frágeis de trabalho, 51,25% têm vínculos como terceirizadas, contratadas temporárias ou outros vínculos.

Quanto à responsabilidade sanitária das equipes de atuação, 58,61% atuam em UBS com 1 EqSF; e 64,39% das profissionais integram equipes que são responsáveis por até 4 mil pessoas, com melhor situação na Paraíba, 70,57%. Sendo a ESF uma estratégia de vinculação populacional e territorial, chama atenção a frequência de profissionais que não souberam responder quantas pessoas estavam vinculadas as suas equipes de atuação, 12,89% no Ceará e 11,14% na Paraíba (*tabela 1*).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico, profissional e responsabilidade sanitária das participantes. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Perfil sociodemográfico, profissional e responsabilidade sanitária	Total (n=962)		Ceará (n=583)		Paraíba (n=379)	
	N	%	N	%	N	%
Municípios participantes	154	100	91	59,09	63	40,91
Profissionais participantes	962	100	583	60,60	379	39,40
Gênero (n=962)						
Feminino	781	81,19	459	78,73	322	84,96
Masculino	180	18,71	123	21,10	57	15,04
Preferiu não responder	1	0,10	1	0,17	0	0
Faixa etária (n=962)						
18 – 39 anos	595	61,85	384	65,87	211	55,67
40 – 59 anos	344	35,76	190	32,59	154	40,63
60 anos ou mais	23	2,39	9	1,54	14	3,69
Vínculo empregatício (n=962)						
Vínculo efetivo (estatutário)	469	48,75	283	48,54	186	49,08
Contrato temporário	349	36,28	208	35,68	141	37,2
Terceirizada	18	1,87	17	2,92	1	0,26
Outros vínculos	126	13,10	75	12,86	51	13,46
Profissão (n=962)						
Agente Comunitário de Saúde	279	29	155	26,59	124	32,72
Enfermeira	256	26,61	161	27,62	95	25,07
Médica	130	13,51	81	13,89	49	12,93
Dentista	81	8,42	57	9,78	24	6,33
Profissional do Nasf	122	12,68	79	13,55	43	11,35
Técnica de Enfermagem	69	7,17	38	6,52	31	8,18
Técnica/Auxiliar de Saúde Bucal	25	2,60	12	2,06	13	3,43
Tempo de atuação na atual equipe (n=895)						
≤ 1 ano	157	17,54	83	15,23	74	21,14
≤ 1 Contratada por ocasião da Covid-19	16	1,79	11	2,02	5	1,43
> 1 ≤ 3 anos	199	22,23	138	25,32	61	17,43
> 3 ≤ 5 anos	145	16,20	99	18,17	46	13,14
> 5 ≤ 10 anos	116	12,96	78	14,31	38	10,86
> 10 anos	262	29,27	136	24,95	126	36,00
Território de atuação da atual equipe (n=962)						
Urbano	564	58,63	332	56,95	232	61,21
Rural	277	28,79	179	30,70	98	25,86
Ambos	121	12,58	72	12,35	49	12,93
Número de usuárias vinculadas a atual equipe (n=893)						
≤ 2.500	196	21,95	123	22,65	73	20,86
> 2.500 ≤ 3.000	204	22,84	120	22,10	84	24,00
> 3.000 ≤ 4.000	175	19,60	85	15,65	90	25,71
> 4.000 ≤ 6.000	103	11,53	69	12,71	34	9,71
> 6.000 ≤ 36.000	70	7,84	48	8,84	22	6,29
Não há definição precisa	36	4,03	28	5,16	8	2,29
Não soube responder	109	12,21	70	12,89	39	11,14

Tabela 1. (cont.)

Perfil sociodemográfico, profissional e responsabilidade sanitária	Total (n=962)		Ceará (n=583)		Paraíba (n=379)	
	N	%	N	%	N	%
Número de EqSF por UBS (n=790)						
1 EqSF	463	58,61	283	58,59	180	58,63
2 EqSF	145	18,35	100	20,70	45	14,66
3 EqSF	61	7,72	43	8,90	18	5,86
4 ou mais EqSF	121	15,32	57	11,80	64	20,85

Fonte: elaboração própria.

A adesão à presente pesquisa ocorreu principalmente por parte das ACS que representaram, respectivamente, 26,59% e 32,72% das participantes no Ceará e na Paraíba. Esse resultado foi diferente do obtido na pesquisa ‘Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS’²⁵, realizada no 1º semestre de 2020, em que participaram profissionais de mil municípios brasileiros, em um total de 1.908 profissionais da ESF, sendo apenas 9,8% ACS. Já o percentual de enfermeiros participantes na pesquisa citada (36,4%) foi maior que no presente recorte (26,61%), fator que deve ser considerado na interpretação dos resultados para a ESF no País. O perfil sociodemográfico dos participantes da presente pesquisa, a maioria do gênero feminino, com idade entre 18 e 39 anos, corrobora os resultados de outras pesquisas que estudaram o perfil sociodemográfico desse universo de profissionais.

O tempo de atuação na atual equipe, o vínculo empregatício, o dimensionamento de usuários por EqSF, a adscrição de território, a avaliação das condições sociais e a existência de ações sociais padronizadas pela equipe para apoio à quarentena/distanciamento de usuários suspeitos e/ou positivos foram consideradas variáveis de análise para a dimensão ‘estabelecimento de vínculo duradouro (relação interpessoal)’. O estudo de Lima et al.¹⁵, que analisou a consecução dos atributos da APS na prática das equipes, na perspectiva dos profissionais e usuários, comparando os resultados entre os Ciclos 1 e 2 do

PMAQ-AB, desenvolveu que, no Ciclo 1, 43,7% das profissionais atuavam havia mais de três anos na equipe, enquanto no Ciclo 2, apenas 38% tinham mais de três anos. Neste estudo, 58,43% das respondentes apresentam mais de 3 anos de atuação na atual EqSF, e 48,75% das participantes são estatutárias. A análise dessas variáveis pode sinalizar melhoria do vínculo longitudinal na dimensão em tela.

Quanto ao dimensionamento de usuários por EqSF, 19,37% integram equipes responsáveis por mais de 6 mil pessoas, contrariando o disposto na PNAB⁷, que orienta que a população adscrita por EqSF deve ser de 2 mil a 3.500 pessoas. Esse resultado, atrelado à frequência de profissionais que não souberam responder quantas pessoas estavam vinculadas às suas equipes de atuação ou que responderam ‘não haver adscrição de território’ (16,24%) (tabela 1), sinaliza fragilidade da dimensão, uma vez que esta é concebida como sendo a “relação interpessoal contínua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade”^{24(1.038)}, pressupondo “uma boa relação profissional de saúde-paciente no contexto de uma população adscrita, [...] e valorizando a experiência do usuário e sua subjetividade”^{24(1.038)}.

A adscrição da clientela com atuação dos ACS é importante, uma vez que o acolhimento às necessidades e as demandas são estratégicos para a garantia de um cuidado contínuo, por favorecer a adesão e o possível reconhecimento pelas pessoas da UBS enquanto um local a ser procurado²⁶. Acrescenta-se aos achados das

autoras que, quando os usuários identificam profissionais preocupados com suas situações de saúde, é fortalecida a relação interpessoal terapêutica, fazendo-os terem a UBS de atuação dos profissionais como fonte regular de cuidados.

Caprara e Rodrigues citados por Cunha e Giovanella^{24(1.038)} afirmam que uma boa relação médico-paciente “envolve confiança, padrão de comunicação, consideração dos problemas relatados pelo paciente e dos aspectos biopsicossociais do mesmo”. Nesse sentido, os achados revelaram que 87,73% (n=383) e 84,58% (n=227) das profissionais do Ceará e da Paraíba afirmaram que ‘sempre ou na maioria das vezes’ avaliam as condições sociais dos usuários suspeitos e/ou positivos para seguir a quarentena/distanciamento social. Bousquat et al.²⁵ observaram fragilidades na implementação de apoio social no enfrentamento da pandemia. Este estudo corrobora os autores²⁵ uma vez que apenas 22,29% (n=610) das profissionais de ambos os estados relataram que ‘por iniciativa e planejamento da EqSF existiram ações sociais padronizadas no território para apoiar a quarentena/distanciamento social dos usuários suspeitos e/ou positivos’.

Os municípios de atuação das participantes foram acometidos por Covid-19 conforme 99,62% das profissionais (*tabela 3*); e quanto à atuação profissional na pandemia, 92,54% das participantes estiveram em atuação presencial no período de setembro de 2020 a março de 2021, alcançando 94,36% de trabalho presencial na Paraíba. Mesmo com parte da força de trabalho em atuação remota (4,7%) (*tabela 2*), a situação de trabalho das equipes em relação às atividades de rotina da ESF revelou o processo de adaptação e inovação em que as equipes se viram imersas, pois 51,53% declararam estar ‘realizando atividades de rotina, como antes’; e 31,42% revelaram estar ‘priorizando atividades relacionadas a Covid-19 e realizando atividades de rotina, quando no surgimento de demanda’ (*tabela 2*). As frequências desvelam a heterogeneidade do processo de trabalho das equipes ao mesmo tempo que podem revelar

a situação momentânea e singular da ocorrência da Covid-19 nos respectivos territórios e a necessidade de pronta resposta da ESF compatível à demanda.

No 2º semestre da pandemia, apenas 7,46% (*tabela 2*) das profissionais não estavam atuantes, frequência que demonstra uma contribuição para a dimensão ‘relação interpessoal’ do vínculo longitudinal. Entende-se que a permanência da atuação profissional na pandemia fortalece a confiança e a responsabilidade que caracterizam a relação terapêutica interpessoal do atributo. Porém, é preciso ratificar que a permanência em situação de insatisfação profissional com as condições de trabalho pode contribuir para o prejuízo da relação terapêutica interpessoal. À frente, serão descritos os resultados relacionados com as variáveis sobre as condições de trabalho: disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), testagem, acesso à capacitação e estrutura de trabalho, como disponibilidade de insumos e equipamentos para diagnóstico e cuidado.

As variáveis extraídas das questões referentes aos núcleos temáticos 2) Manutenção dos serviços de rotina da ESF; 3) Novos fluxos e rotinas na Estratégia; e 4) Atenção prestada a suspeitos, doentes e contatos de Covid-19 foram consideradas para análise da ESF como ‘fonte regular de cuidados de APS’, dimensão que pressupõe Starfield citado por Cunha e Giovanella^{24(1.038)}, na qual a “população deve reconhecer a UBS como referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde”. Entende-se que o reconhecimento da UBS pelos usuários como fonte regular de cuidados na situação de pandemia, seja para as situações rotineiras, seja para a potencial infecção por coronavírus, pode ser fortalecido se perceberem que as equipes estão ‘preparadas, protegidas e equipadas’ para o cuidado.

Segundo a percepção de 86,90% das respondentes, os usuários do território ‘têm a UBS como primeira referência de cuidado para o possível adoecimento por Covid-19’ (*tabela 2*). No 2º semestre de convivência com a Covid-19, o ‘ingresso de novas pessoas ao serviço’

foi percebido por 73,26% das profissionais, com frequência maior na Paraíba (75,54%). Infere-se que novas pessoas usuárias ingressaram no SUS na pandemia, uma vez que ‘novos cadastros do Cartão SUS’, atual documento

de acesso ao SUS, foram efetivados segundo 67,94% das participantes; 77,34% das profissionais da Paraíba registraram a ocorrência (*tabela 2*).

Tabela 2. Situação do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e percepção do acesso de usuários na Unidade Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família no período da pandemia de Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Situação de trabalho e Acesso de usuários a UBS/ESF no período de pandemia	Total		Ceará		Paraíba	
	N	%	N	%	N	%
Situação atual de trabalhado na ESF (n=871)						
Sim, presencialmente	806	92,54	488	91,39	318	94,36
Sim, remotamente	41	4,71	30	5,62	11	3,26
Não, remanejada para outro serviço	24	2,76	16	3,00	8	2,37
Situação do processo de trabalho com relação às atividades de rotina da ESF (n=786)						
Realizando as atividades de rotina, de forma sistemática, como antes	405	51,53	265	54,64	140	46,51
Realizando as atividades de rotina apenas quando aparece demanda	65	8,27	43	8,87	22	7,31
Realizando somente atividades relativas à Covid-19.	11	1,40	9	1,86	2	0,66
Priorizando atividades relativas à Covid-19 e realizando atividades de rotina (quando aparece demanda)	247	31,42	129	26,60	118	39,20
Outro (especifique)	58	7,38	39	8,04	19	6,31
Usuários do território de atuação da EqSF têm a UBS como primeira referência de cuidado para a Covid-19 (n=733)						
Sim	637	86,90	395	86,81	242	87,05
Não	75	10,23	45	9,89	30	10,79
Não soube responder	21	2,86	15	3,30	6	2,16
Houve ingresso de usuários novos ao serviço (n=733)						
Sim	537	73,26	327	71,87	210	75,54
Não	150	20,46	97	21,32	53	19,06
Não soube responder	46	6,28	31	6,81	15	5,40
Houve cadastro de novos Cartões SUS (n=733)						
Sim	498	67,94	283	62,20	215	77,34
Não	96	13,10	70	15,38	26	9,35
Não soube responder	139	18,96	102	22,42	37	13,31
Usuários não cadastrados com Cartão SUS são atendidos na sua UBS (n=733)						
Sim, todos atendidos*	488	66,58	291	63,96	197	70,86
Sim, todos são atendidos e Cartão SUS confeccionado**	163	22,24	114	25,05	49	17,63
Não atendidos e orientados***	43	5,87	27	5,93	16	5,76
Não soube responder	39	5,32	23	5,05	16	5,76

Fonte: elaboração própria.

*Sim, todos são atendidos, mesmo sem Cartão SUS. **Sim, todos são atendidos, porém realizam a confecção do Cartão SUS na ocasião do atendimento. ***Sem Cartão SUS e sem a possibilidade de efetivá-lo na ocasião do atendimento, são orientados a retornar com a documentação para que sejam atendidos.

Os percentuais descritos reforçam que a ESF é um dispositivo da linha de frente do SUS no enfrentamento da Covid-19 e que, embora revelem números positivos de sua universalidade e do acesso e vínculo longitudinal da ESF, 5,87% das profissionais assinalaram que ‘sem Cartão SUS e sem a possibilidade de efetivá-lo na ocasião do atendimento, as pessoas foram orientadas a retornar com a documentação para que fossem atendidas’ (*tabela 2*). A situação configura-se como barreira de acesso ao cuidado no grave contexto de morbidade e mortalidade por Covid-19.

Considerando a saúde como direito, os princípios e diretrizes do SUS e das Redes Assistenciais de Saúde e as diretrizes da Rede Assistencial de Atenção Básica (AB), especialmente o art. 2º e respectivos parágrafos da PNAB⁷, entende-se que barreiras administrativas de acesso podem contribuir para a fragilização do vínculo longitudinal, traduzido como o “reconhecimento e utilização da UBS como fonte regular de cuidado ao longo do tempo”^{24(1.038)}. Em tempos de pandemia por Covid-19, o cuidado não pode ser negado. Negá-lo contribui para a fragilização do vínculo com os profissionais, com a APS/ESF e com o SUS.

Na *tabela 3*, é possível verificar as adições e/ou adaptações efetivadas pelas EqSF para atuação no contexto de pandemia por

Covid-19. Foi constatada a implementação de novos fluxos de circulação de pessoas nas UBS (80,76%), espaços exclusivos para espera (70,40%) e atendimento de sintomáticos respiratórios – dentro (67,39%) ou fora da UBS (23,60%) –, intensificação da coleta de lixo (61,80%) e da rotina de limpeza dos espaços e superfícies de trabalho (86,90%), fixação de cartazes informativos sobre uso de máscaras e higiene das mãos (92,91%).

Despertou atenção a adição de nova rotina de acesso contínuo a medicamentos. Embora a entrega domiciliar de medicamentos não seja uma rotina institucionalizada na PNAB e não prescrita como de rotina da ESF⁷, 35,20% das respondentes revelou que a entrega domiciliar foi realizada; 40,88% foi a prevalência cearense (*tabela 3*). Entregar medicamentos em domicílio, em num contexto de pandemia, é uma prática de cuidado que revela a implementação dos princípios da APS e o enfoque cultural e social da ESF. Há um singular valor de inovação por ocorrer em um sistema estatal de saúde, implementado por uma rede com 63,62% de cobertura populacional²⁷.

A rotina de acesso aos medicamentos foi adaptada também pela ‘alteração da periodicidade da prescrição’ e ‘alteração da periodicidade de dispensação’, alcançando no Ceará maiores percentuais, 76,92% e 64,62% respectivamente (*tabela 3*).

Tabela 3. Ocorrência de Covid-19 nos municípios, incorporação de novos fluxos na Unidade Básica de Saúde e novas rotinas na Estratégia Saúde da Família por ocasião da Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Novos fluxos e rotinas na UBS e ESF por ocasião da Covid-19	Total (n=733)					
	Sim		Não		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%
Houve caso de Covid-19 no município de atuação	782	99,62	3	0,38	0	0
Fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios	592	80,76	92	12,55	49	6,68
Espaço na UBS ou sala reservada para que os sintomáticos respiratórios aguardem atendimento	516	70,40	192	26,19	25	3,41
Espaço na UBS ou sala reservada para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios	494	67,39	209	28,51	30	4,09
Espaço exclusivo para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda, Lona etc.)	173	23,60	534	72,85	26	3,55

Tabela 3. (cont.)

Novos fluxos e rotinas na UBS e ESF por ocasião da Covid-19	Total (n=733)					
	Sim		Não		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%
Cartazes afixados na UBS com a indicação de uso de máscara e/ ou higiene das mãos por todos os usuários	681	92,91	44	6	8	1,09
Intensificação da rotina de limpeza da UBS	637	86,90	77	10,50	19	2,59
Alteração na rotina de coleta de lixo dos espaços e consultórios da UBS	453	61,80	184	25,10	96	13,10
Entrega domiciliar de medicamentos	258	35,20	371	50,61	104	14,19
Alteração da periodicidade da prescrição de medicamentos	533	72,71	104	14,19	96	13,10
Alteração da periodicidade de dispensação de medicamentos	415	56,62	192	26,19	126	17,19
Ceará (n=455)						
Houve caso de Covid-19 no município de atuação (n=483)	483	99,79	1	0,21	0	0
Fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios	368	80,88	59	12,97	28	6,15
Espaço na UBS ou sala reservada para que os sintomáticos respiratórios aguardem atendimento	312	68,57	127	27,91	16	3,52
Espaço na UBS ou sala reservada para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios	308	67,69	127	27,91	20	4,40
Espaço exclusivo para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda, Lona etc.)	113	24,84	325	71,43	17	3,74
Cartazes afixados na UBS com a indicação de uso de máscara e/ ou higiene das mãos por todos os usuários	419	92,09	33	7,25	3	0,66
Intensificação da rotina de limpeza da UBS	400	87,91	43	9,45	12	2,64
Alteração na rotina de coleta de lixo dos espaços e consultórios da UBS	285	62,64	104	22,86	66	14,51
Entrega domiciliar de medicamentos	186	40,88	205	45,05	64	14,07
Alteração da periodicidade da prescrição de medicamentos	350	76,92	43	9,45	62	13,63
Alteração da periodicidade de dispensação de medicamentos	294	64,62	89	19,56	72	15,82
Paraíba (n=278)						
Houve caso de Covid-19 no município de atuação (n=299)	299	99,34	2	0,66	0	0
Fluxos exclusivos para sintomáticos respiratórios	224	80,58	33	11,87	21	7,55
Espaço na UBS ou sala reservada para que os sintomáticos respiratórios aguardem atendimento	204	73,38	65	23,38	9	3,24
Espaço na UBS ou sala reservada para atendimento exclusivo de sintomáticos respiratórios	186	66,91	82	29,50	10	3,60
Espaço exclusivo para sintomáticos respiratórios fora da UBS (Ex.: Barraca, Tenda, Lona etc.)	60	21,58	209	75,18	9	3,24
Cartazes afixados na UBS com a indicação de uso de máscara e/ ou higiene das mãos por todos os usuários	262	94,24	11	3,96	5	1,80
Intensificação da rotina de limpeza da UBS	237	85,25	34	12,23	7	2,52
Alteração na rotina de coleta de lixo dos espaços e consultórios da UBS	168	60,43	80	28,78	30	10,79
Entrega domiciliar de medicamentos	72	25,90	166	59,71	40	14,39
Alteração da periodicidade da prescrição de medicamentos	183	65,83	61	21,94	34	12,23
Alteração da periodicidade de dispensação de medicamentos	121	43,53	103	37,05	54	19,42

Fonte: elaboração própria.

As três variáveis que revelam as alterações na rotina de acesso a medicamentos possibilitem a análise do vínculo longitudinal, uma vez que Arcel e Souza²⁶, no estudo que buscou conhecer as práticas de saúde voltadas para a garantia da longitudinalidade no Distrito Federal, identificaram que a falta de medicamentos denunciada pode enfraquecer a unidade enquanto fonte habitual de atenção por fomentar conflitos e descrenças da população em relação aos profissionais, que têm que encaminhar a população para outros serviços.

Entende-se ainda que, em um contexto de pandemia, pode contribuir para que as pessoas vinculadas ao serviço deixem de buscá-lo quando em situação de demandas não Covid-19, centralizando o cuidado no uso de medicamentos e represando necessidades de atenção. Há ainda a potencial fragilização da logística de abastecimento das UBS caso a alteração das periodicidades não tenha sido planejada nas instâncias de gestão de medicamentos do SUS para a rede APS/ESF. Segundo Bousquat et al.²⁵, os gestores respondentes afirmaram a ‘elaboração de planos de contingência municipal’ (96,8%), a ‘análise do impacto da epidemia nos serviços de AB/APS no município’ (81,5%), o ‘planejamento da reorganização de serviços de AB/APS em função da pandemia’ (94,5%), o ‘levantamento de necessidades de apoio logístico e operacional para a AB/APS’ (89,2%) e o ‘levantamento de necessidades de insumos e equipamentos para as UBS’ (96,2%), o que leva a inferir que o abastecimento de medicação foi considerado nos planos de contingência, tendo em conta que medicamentos são insumos essenciais ao cuidado na ESF.

O prolongamento dos períodos de prescrição e dispensação pode sinalizar a tentativa das EqSF em minimizar a circulação de pessoas nos territórios e/ou nas UBS e a proteção de pessoas com comorbidades, vulneráveis para a Covid-19. Contribui também para a ‘relação interpessoal terapêutica’ dado o seu conceito “relação interpessoal continua entre paciente e cuidador, caracterizada por confiança e responsabilidade”^{24(1.038)}.

A disponibilidade de EPI das profissionais da ESF é considerada insatisfatória para o contexto sanitário, uma vez que o presente estudo e o estudo de Bousquat et al.²⁵, realizado no 1º semestre de 2020, revelaram a contínua insuficiência destes ao longo do ano. Os percentuais de ‘quantidade suficiente’ em nenhum dos EPI recomendados chegaram à percepção de 80% das respondentes. Foram identificados baixos percentuais de satisfação com a quantidade de EPI, especialmente para máscaras N95 (53,43%), óculos de proteção (54,45%) e avental descartável (59,42%). As máscaras cirúrgicas foram assinaladas como ‘insuficientes’ por 23,42% das profissionais do Ceará e por 25,58% das da Paraíba (*tabela 4*). Em três meses de convivência com a Covid-19, as profissionais participantes do estudo de Bousquat et al.²⁵ declararam os EPI como ‘insuficientes’ na APS, uma vez que apenas 24% dos profissionais assinalaram ‘sempre disponível’ a um conjunto de EPI – proteção facial, ocular, luvas e avental nas UBS. Considera-se que a insatisfação profissional com as condições de trabalho fragiliza seu exercício e, potencialmente, as relações interpessoais.

Diante do surgimento de uma nova situação de adoecimento, avalia-se como imprescindível o preparo de profissionais da saúde, por meio de capacitações (remotas, Educação a Distância – EaD e/ou presenciais) para a adequada proteção ocupacional, vigilância, clínica ampliada e enfoque comunitário nos territórios de vinculação. Segundo a PNAB⁷, é de responsabilidade de todas as esferas de governo

desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais [art. 7º/II].

Ainda na PNAB, no capítulo 5 (item XIX), que trata do processo de trabalho da AB, a formação e a Educação Permanente em Saúde são parte do processo de trabalho das equipes:

Considera-se EPS a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho [...], [...] devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional [...]⁷⁽²⁹⁾.

A esse respeito, 21,85% das participantes declararam não ter realizado qualquer capacitação para abordagem da Covid-19, seja por meios próprios e/ou por indução da gestão. O percentual encontrado sinaliza uma evolução na realização de capacitações em relação ao 1º semestre de 2020 em que, no Nordeste, 45,48% das profissionais haviam declarado a não realização de qualquer capacitação²⁵. No entanto, diante do perfil epidemiológico da doença e do papel da ESF, considera-se uma frequência reveladora da fragilidade da ESF no enfrentamento da pandemia. Acredita-se que, às instâncias de gestão, caberia a organização do processo de trabalho, garantindo carga horária para que todos os profissionais no período realizassem capacitação, não sendo suficiente apenas a oferta de cursos.

Estando a ESF na linha de frente da pandemia, situação confirmada pelos achados até aqui dispostos, para o fortalecimento do vínculo longitudinal, faz-se necessário que as equipes, além de preparadas e protegidas, estejam devidamente equipadas para o adequado cuidado das pessoas vinculadas a sua responsabilidade sanitária e potencialmente vulneráveis à Covid-19.

Termômetro infravermelho, oxímetro, oxigênio (*tabela 4*), insumos indispensáveis para o diagnóstico e cuidado de pessoas suspeitas de Covid-19, obtiveram percentuais preocupantes de resposta, respectivamente, 48,32%, 28,18% e 61,17%, quando somados os percentuais de ‘quantidade insuficiente ou não disponibilizado na UBS’. Em ambos os estados, a situação revelada fragiliza a atenção prestada pelas EqSF, pois, se equipadas de forma inadequada, não podem garantir o diagnóstico e o cuidado às pessoas assistidas. Situação de indisponibilidade semelhante foi encontrada no estudo de Bousquat et al.²⁵, especialmente nas regiões Norte e Nordeste em todos os itens.

Tabela 4. Percepção do quantitativo de Equipamentos de Proteção Individual para profissionais, da rotina de higiene na Unidade Básica de Saúde e dos insumos para diagnóstico/cuidado de sintomáticos/suspeitos de Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

EPI, Rotina de higiene da UBS e Insumos de diagnóstico/cuidado de suspeitas/sintomáticas	Suficiente		Insuficiente		disponibilizado		Não responder	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ceará (n=427)								
Equipamentos de Proteção Individual para profissionais								
Máscara cirúrgica para os profissionais	280	65,57	100	23,42	29	6,79	18	4,22
Máscara N95 para os profissionais	229	53,63	142	33,26	38	8,90	18	4,22
Luvas de procedimentos para os profissionais	333	77,99	62	14,52	12	2,81	20	4,68
Óculos de proteção para os profissionais	227	53,16	75	17,56	97	22,72	28	6,56
Protetor facial para profissionais	283	66,28	82	19,20	44	10,30	18	4,22
Avental descartável/impermeável para profissionais	248	58,08	123	28,81	33	7,73	23	5,39
Rotina de higiene na Unidade Básica de Saúde								
Sabão para lavagem das mãos dos profissionais	339	79,39	54	12,65	19	4,45	15	3,51
Rotina de limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência	288	67,45	96	22,48	14	3,28	29	6,79

Tabela 4. (cont.)

EPI, Rotina de higiene da UBS e Insumos de diagnóstico/cuidado de suspeitas/sintomáticas	Suficiente		Insuficiente		Não disponibilizado		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rotina intensificada de coleta do lixo dos espaços e consultórios da UBS	267	62,53	89	20,84	20	4,68	51	11,94
Insumos para diagnóstico e cuidado de suspeitas/sintomáticas								
Oxigênio	92	21,55	52	12,18	202	47,31	81	18,97
Termômetro infravermelho	179	41,92	54	12,65	150	35,13	44	10,30
Oxímetro	241	56,44	72	16,86	52	12,18	62	14,52
Infraestrutura de comunicação (n=535)								
Internet	Sim, boa		Sim, regular		Sim, ruim		Não	
	191	35,70	231	43,18	39	7,29	74	13,83
Telefone	Sim				Não			
	139	25,98					396	74,02
Paraíba (n=258)								
Equipamentos de Proteção Individual para profissionais								
Máscara cirúrgica para os profissionais	180	69,77	66	25,58	7	2,71	5	1,94
Máscara N95 para os profissionais	137	53,10	58	22,48	56	21,71	7	2,71
Luvas de procedimentos para os profissionais	212	82,17	36	13,95	3	1,16	7	2,71
Óculos de proteção para os profissionais	146	56,59	42	16,28	54	20,93	16	6,20
Protetor facial para profissionais	200	77,52	34	13,18	17	6,59	7	2,71
Avental descartável/impermeável para profissionais	159	61,63	79	30,62	12	4,65	8	3,10
Rotina de Higiene na Unidade Básica de Saúde								
Sabão para lavagem das mãos dos profissionais	209	81,01	26	10,08	14	5,43	9	3,49
Rotina de limpeza e desinfecção de objetos e superfícies tocados com frequência	176	68,22	64	24,81	9	3,49	9	3,49
Rotina intensificada de coleta do lixo dos espaços e consultórios da UBS	174	67,44	49	18,99	9	3,49	26	10,08
Insumos para diagnóstico e cuidado de suspeitas/sintomáticas								
Oxigênio	59	22,87	14	5,43	151	58,53	34	13,18
Termômetro infravermelho	109	42,25	25	9,69	102	39,53	22	8,53
Oxímetro	162	62,79	31	12,02	38	14,73	27	10,47
Infraestrutura de comunicação (n=343)								
Internet	Sim, boa		Sim, regular		Sim, ruim		Não	
	162	47,23	103	30,03	18	5,25	60	17,49
Telefone	Sim				Não			
	180	52,48					163	47,52

Fonte: elaboração própria.

Ainda no bloco de insumos necessários à abordagem à Covid-19, situação semelhante de escassez é identificada na possibilidade de realização de testes laboratoriais nas UBS. O teste rápido (IgG/IgM) foi identificado como ‘ocasionalmente, raramente ou nunca realizado’ por 33,58% das profissionais, chegando a 35% no Ceará. Foi superior o percentual de realização como ‘ocasionalmente, raramente ou nunca’ para o teste RT-PCR, 57,93% das respondentes. Na Paraíba, a possibilidade ‘ocasional, rara ou nunca’ para realização de RT-PCR nas UBS chegou a 67,30% no 2º semestre de convivência com a Covid-19. No Nordeste, após três meses de pandemia, 69,3% das profissionais da APS declararam o ‘não acesso’ a teste RT-PCR²³ para diagnóstico da Covid-19 nas UBS de atuação. Ambos os estudos desvelam a contínua escassez de testes na APS ao longo do 1º ano de pandemia.

Em 29 de maio de 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.445²⁸ instituindo os Centros de Referência de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19 que, entre as suas finalidades, devem realizar a testagem da população de risco; situação que pode ter contribuído para a baixa oferta capilarizada de testagem nas UBS. A regulamentação para o repasse financeiro necessário à implantação classifica os municípios em três tipologias, o que demonstra que cada um deles só dispunha de um dispositivo, variando apenas o valor do incentivo financeiro a depender do porte populacional. Embora a portaria regulamente (art. 3º) que esses dispositivos devem atuar de forma complementar à APS, ela pode ter contribuído para o deslocamento da população aos centros de referência em detrimento do acesso às UBS em que estão adscritas em seus territórios de vida.

Os achados revelam que as EqSF implementaram diversas estratégias de comunicação equipe-território. A esse respeito, identificou-se que a comunicação via telefone e internet foi essencial para acesso a informações, monitoramento de pessoas adoecidas por Covid-19 e continuidade do cuidado das pessoas vinculadas aos demais serviços da ESF. No entanto, menos da metade das respondentes declarou ‘internet de boa qualidade’ nas UBS, 35,70% no Ceará e 47,23% na Paraíba. O telefone foi declarado como ‘inexistente’ nas UBS por 74,02% das profissionais do Ceará e 47,52% da Paraíba (*tabela 4*). Bousquat et al.²⁵ constaram no 1º semestre de 2020 que somente 40% das profissionais informam dispor de ‘internet boa’ na UBS.

Observada a situação de trabalho (EqSF ‘preparadas, protegidas e equipadas’), verificou-se a manutenção dos serviços de rotina implementados pela ESF, entendendo que a manutenção contribui para o fortalecimento do vínculo longitudinal da ESF no contexto de pandemia. Na *tabela 5*, é possível verificar que, entre os 24 serviços listados no questionário eletrônico, nenhum obteve 100% de manutenção, sinalizando o potencial risco à saúde coletiva por ocasião da manutenção parcial ou suspensão dos serviços rotineiramente prestados à população vinculada. Os serviços com maior percentual de ‘manutenção’ foram pré-natal (91,38%), dispensação de medicamentos (84,16%), imunização (86,82%), procedimentos individuais – retirada de pontos, curativos, administração de medicamentos etc. (80,10%), testagem rápida para infecções sexualmente transmissíveis (65,27%) e atenção à demanda espontânea –, não Covid-19 (60,46%), em ambos os estados.

Tabela 5. Continuidade das ações e serviços de rotina da Estratégia Saúde da Família no período da pandemia de Covid-19. Ceará e Paraíba, 2º semestre de 2020

Ações e Serviços de Rotina na ESF			Parcialmente mantido		Suspensão		Não é rotina da ESF		Não soube responder	
	Mantido		mantido		Suspensão		da ESF			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ceará (n=485)										
Pré-Natal	453	93,40	23	4,74	4	0,82	0	0	5	1,03
Dispensação de medicamentos	453	93,40	19	3,92	2	0,41	4	0,82	7	1,44
Imunização	427	88,04	41	8,45	8	1,65	0	0	9	1,86
Procedimentos individuais (retirada de pontos, curativo, administração de medicamentos etc.)	379	78,14	83	17,11	11	2,27	5	1,03	7	1,44
Testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (sífilis, HIV e HV)	312	64,33	114	23,51	28	5,77	9	1,86	22	4,54
Atenção à demanda espontânea (demanda não Covid-19)	294	60,62	153	31,55	28	5,77	1	0,21	9	1,86
Atenção às pessoas com hipertensão e diabetes	279	57,53	166	34,23	29	5,98	4	0,82	7	1,44
Vigilância às doenças infectocontagiosas do território (busca ativa, cadastro, seguimento, de casos de tuberculose, hanseníase e outros)	277	57,11	129	26,60	45	9,28	9	1,86	25	5,15
Seguimento de pessoas com agravos na saúde mental	264	54,43	154	31,75	23	4,74	21	4,33	23	4,74
Seguimento de pessoas com outros agravos crônicos	260	53,61	187	38,56	27	5,57	4	0,82	7	1,44
Cuidado continuado à pessoa idosa	235	48,45	200	41,24	42	8,66	4	0,82	4	0,82
Planejamento sexual e reprodutivo	232	47,84	157	32,37	57	11,75	13	2,68	26	5,36
Coleta de exames laboratoriais	207	42,68	121	24,95	34	7,01	95	19,59	28	5,77
Reunião de equipe para avaliação e planejamento do processo de trabalho	206	42,47	182	37,53	69	14,23	17	3,51	11	2,27
Prevenção do câncer de mama e de útero	204	42,06	124	25,57	125	25,77	12	2,47	20	4,12
Puericultura	198	40,82	135	27,84	135	27,84	5	1,03	12	2,47
Promoção da saúde mental	192	39,59	169	34,85	66	13,61	32	6,60	26	5,36
Visita domiciliar	152	31,34	186	38,35	137	28,25	6	1,24	4	0,82
Entrega domiciliar de medicamentos	149	30,72	71	14,64	42	8,66	166	34,23	57	11,75
Saúde bucal	135	27,84	200	41,24	113	23,30	26	5,36	11	2,27
Ações educativas individuais para promoção da saúde em geral	131	27,01	153	31,55	169	34,85	14	2,89	18	3,71
Atividades intersetoriais	63	12,99	153	31,55	165	34,02	39	8,04	65	13,40
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)	62	12,78	114	23,51	91	18,76	120	24,74	98	20,21
Atividades de participação comunitária (promoção da saúde)	56	11,55	128	26,39	269	55,46	21	4,33	11	2,27
Grupos terapêuticos	37	7,63	67	13,81	288	59,38	65	13,40	28	5,77
Paraíba (n=304)										
Pré-natal	268	88,16	28	9,21	1	0,33	2	0,66	5	1,64
Imunização	258	84,87	24	7,89	8	2,63	7	2,30	7	2,30
Procedimentos individuais (retirada de pontos, curativo, administração de medicamentos etc.)	253	83,22	36	11,84	5	1,64	3	0,99	7	2,30
Dispensação de medicamentos	211	69,41	21	6,91	6	1,97	47	15,46	19	6,25
Testagem rápida para Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST (sífilis, HIV e HV)	203	66,78	72	23,68	12	3,95	3	0,99	14	4,61
Atenção à demanda espontânea (demanda não Covid-19)	183	60,20	109	35,86	3	0,99	2	0,66	7	2,30
Seguimento de pessoas com agravos na saúde mental	190	62,50	82	26,97	10	3,29	8	2,63	14	4,61

Tabela 5. (cont.)

Ações e Serviços de Rotina na ESF	Mantido		Parcialmente mantido		Suspensão		Não é rotina da ESF		Não soube responder	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Atenção às pessoas com hipertensão e diabetes	170	55,92	112	36,84	12	3,95	7	2,30	3	0,99
Vigilância às doenças infectocontagiosas do território (busca ativa, cadastro, seguimento, de casos de tuberculose, hanseníase e outros)	170	55,92	87	28,62	24	7,89	4	1,32	19	6,25
Seguimento de pessoas com outros agravos crônicos	167	54,93	116	38,16	8	2,63	5	1,64	8	2,63
Planejamento sexual e reprodutivo	152	50	105	34,54	22	7,24	9	2,96	16	5,26
Prevenção do câncer de mama e de útero	151	49,67	107	35,20	31	10,20	5	1,64	10	3,29
Cuidado continuado à pessoa idosa	150	49,34	126	41,45	17	5,59	6	1,97	5	1,64
Reunião de equipe para avaliação e planejamento do processo de trabalho	146	48,03	112	36,84	36	11,84	6	1,97	4	1,32
Coleta de exames laboratoriais	127	41,78	60	19,74	18	5,92	81	26,64	18	5,92
Promoção da saúde mental	123	40,46	113	37,17	34	11,18	22	7,24	12	3,95
Puericultura	117	38,49	115	37,83	59	19,41	6	1,97	7	2,30
Visita domiciliar	102	33,55	147	48,36	49	16,12	3	0,99	3	0,99
Saúde bucal	88	28,95	151	49,67	50	16,45	10	3,29	5	1,64
Ações educativas individuais para promoção da saúde em geral	85	27,96	119	39,14	82	26,97	9	2,96	9	2,96
Atividades de participação comunitária (promoção da saúde)	49	16,12	71	23,36	168	55,26	4	1,32	12	3,95
Entrega domiciliar de medicamentos	47	15,46	45	14,80	25	8,22	152	50	35	11,51
Atividades intersetoriais	41	13,49	93	30,59	109	35,86	23	7,57	38	12,50
Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)	34	11,18	74	24,34	75	24,67	67	22,04	54	17,76
Grupos terapêuticos	23	7,57	57	18,75	174	57,24	29	9,54	21	6,91

Fonte: elaboração própria.

A ‘entrega domiciliar de medicamentos’, ‘as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics)’ e a ‘coleta de exames laboratoriais’ foram os serviços considerados como ‘não serem de rotina da ESF’ por 40,30%, 23,70% e 22,31%, respectivamente, pelas participantes do estudo.

Corroborando o distanciamento social vivenciado nos territórios, os serviços que demandam a interação de sujeitos foram os que apresentaram menores percentuais de manutenção, respectivamente, Pics (13,18%), atividades de participação comunitária (12,17%) e ‘grupos terapêuticos’ (13,31%).

Mendes²⁹ chama a atenção de que a quebra no acompanhamento das condições crônicas levará ao agravamento de doenças, a complicações e a mortes evitáveis. Bousquat et al.²⁵

afirmam que o conjunto de questões relativas à continuidade da atenção por serviços rotineiros da APS e a adaptação destas indicam preocupação com a preservação da saúde dos usuários e dos grupos prioritários vinculados. A heterogeneidade da manutenção dos serviços de rotina das UBS, vivenciada ao longo do 1º ano de pandemia e desvelada por Bousquat et al.²⁶ e no presente estudo, demonstra que os serviços foram sendo gradual e heterogeneamente retomados de forma reduzida e/ou adaptada.

Considerações finais

Este artigo buscou contribuir para a reflexão acerca do vínculo longitudinal do cuidado

enquanto importante atributo da APS implementado por meio da ESF, especialmente analisando a implementação das práticas no contexto da pandemia da Covid-19, que contribuem para duas de suas dimensões: ‘UBS como fonte regular de cuidados’ e ‘estabelecimento de vínculo duradouro/relação interpessoal’. A dimensão ‘continuidade informacional, embora incluída na ESF_COVID-19_Brasil’, não foi analisada neste artigo, sendo uma de suas limitações.

Considerando que todos os municípios brasileiros foram acometidos pela Covid-19, o histórico de cobertura populacional, capilaridade e vínculo longitudinal da ESF, fortalece-se a tese de que é o dispositivo prioritário das pessoas na busca por cuidado quando sintomáticas e/ou acometidas pela doença, estando, portanto, localizada na linha de frente brasileira de enfrentamento da doença.

O vínculo longitudinal vem manifestando suas fragilidades e fortalezas no contexto de convivência com a Covid-19 para acolher as pessoas suspeitas e/ou infectadas e continuar cuidando daquelas já vinculadas aos demais serviços de responsabilidade sanitária das EqSF. Foram constatadas fragilidades no que se denomina de ‘equipes preparadas, protegidas e equipadas’ para a convivência com a doença e manutenção dos serviços de rotina da ESF.

Foi revelado o acesso de novas usuárias ao serviço no período de pandemia, adição e/ou adaptação de fluxos e rotinas, práticas sociais, realização de capacitação profissional, aquisição de EPI e de insumos específicos e busca pela manutenção dos serviços rotineiros da ESF. No entanto, no 2º semestre de convivência com a doença, apesar dos esforços de gestoras e trabalhadoras da rede de saúde da família, constataram-se: dimensionamento populacional inadequado, instabilidade empregatícia, escassez de capacitação profissional, EPI, testes e insumos para diagnóstico, cuidado e de comunicação com a população vinculada e baixas prevalências de manutenção dos serviços de rotina necessários à saúde individual e coletiva.

Urge fortalecer a ESF de forma embasada, em busca da efetivação dos atributos da APS. Para tanto, faz-se necessário que a valorização da APS ocorra de forma tripartite, pela consecução das competências das instâncias de gestão, sobretudo por ocasião, das potenciais repercussões sociais e clínicas da convivência com a doença e das situações pós-adoecimento.

A saúde é de base territorial, constituída no cotidiano da vida. Outrossim, é no cotidiano dos territórios de vida o lócus de atuação da ESF. As EqSF cuidam, cada uma, de ‘um mói de gente e de um pedaço de chão, ao longo do tempo’. Para avançar no direito à saúde no Brasil, é mister que os atributos da APS sejam colocados no foco do planejamento da saúde integral, como preconiza o SUS, extrapolando os limites da atuação individualizada e programática para o reconhecimento e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde. Do contrário, ter-se-á como herança da Covid-19 no Brasil o fortalecimento da hegemonia biomédica, médico-centrada, medicalizante e hospitalocêntrica. Equipes ‘preparadas, protegidas e equipadas’ fortalecem o vínculo longitudinal da ESF.

Colaboradores

Frota AC (0000-0003-3944-2263)* e Barreto ICHC (0000-0001-8447-3654)* contribuíram substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Carvalho ALB (0000-0003-0328-6588)* contribuiu substancialmente para o planejamento, análise e interpretação dos dados, elaboração e revisão crítica da versão preliminar e participou da aprovação da versão final do manuscrito. Ouverney ALM (0000-0002-8581-3777)*, Andrade LOM (0000-0002-3335-0619)* e Machado NMS (0000-0001-9334-9305)* contribuíram substancialmente para o planejamento, análise e interpretação dos dados. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations. (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Genebra: WHO; 2020.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília, DF: MS; 2020.
3. Garcia LP, Duarte E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. Epidemiol Serv Saúde. 2020 [acesso em 2021 ago 20]; 29(2):1-4. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000200001.
4. Organização Pan-Americana da Saúde. OMS afirma que Covid-19 é agora caracterizada como pandemia. Brasília, DF: OPAS; 2020. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>.
5. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. Painel Nacional: Covid-19. Brasília, DF: CONASS; 2021. [acesso em 2021 abril 12]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/painelconasscovid19/>.
6. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, et al. How will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic? Lancet. 2020 [acesso em 2021 mar 14]; 395(10228):931-934. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30567-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30567-5/fulltext).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. [acesso em 21 fev 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
8. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciênc. Saúde Colet. 2017 [acesso em 2021 abr 13]; 22(4):1141-1154. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401141&script=sci_abstract&tlang=pt.
9. Giovanella L. A Atenção Primária à Saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad. Saúde Pública. 2006 [acesso em 2021 mar 15]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017v22n4/1141-1154/>.
10. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? Epidemiol Serv Saúde. 2020 [acesso em 2021 mar 15]; 29(2):e2020166.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Histórico de Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 mar 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistorico-CoberturaAB.xhtml;jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Histórico de Cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 mar 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaACS.xhtml;jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>.
13. Fundação Oswaldo Cruz. Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos ACS em tempos de Covid-19/Monitor ACS. 1º Boletim. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020. [acesso em 2021 mar 30]. Disponível em <https://acs-covid19.fiocruz.br/>.
14. Nepomuceno RCA, Barreto ICHC, Frota AC, et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz

- da Teoria Comunidades de Prática. Ciênc. Saúde Colet. 2021 [acesso em 2021 mar 30]; 26(5). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021v26n5/1637-1646/>.
15. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde debate. 2018 [acesso em 2021 mar 30]; 2(esp1):52-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?lang=pt>.
 16. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: ART-MED; 2010.
 17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus - Covid-19 na Atenção Primária à Saúde - Versão 6. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2020 mar 4]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>.
 18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Procedimentos Operacionais Padrão para a Covid-19 na Atenção Primária à Saúde. Versão 1. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2020 jun. 6]. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/marco/25/POP-EPI-19-MAR-protocolos-novo-ver001.pdf>.
 19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). 2020d. Recomendações para Adequações das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação Epidemiológica referente a Covid-19. Brasília, DF: MS; 2020 [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/03/20200324_recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf.
 20. COMENTTO: Calculadora Amostral. 2018. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <https://comentto.com/calculadora-amostral/>.
 21. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: CNES; 2021. [acesso em 2021 ago 20]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>.
 22. Huston P, Campbell J, Goodyear-Smith GRF, et al. Covid-19 and primary care in six countries. BJGP Open. 2020 [acesso em 2021 ago 20]; 4(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32900708/>.
 23. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002.
 24. Cunha EM, Giovanella L. Longitudinalidade/contínuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Colet. 2011 [acesso em 2021 ago 20]; 16(supl):1029-1042. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/H8ZWT7p5kcjM5qB7RcPBDwK/?lang=pt>.
 25. Bousquat A, Giovanella L, Medina MG, et al. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Abrasco; 2020. [acesso em 2022 fev 21]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/RelatorioDesafiosABCovid19SUS.pdf>.
 26. Arcel VAR, Sousa MF. Práticas de longitudinalidade no âmbito da Estratégia Saúde da Família no Distrito Federal Practices of longitudinality in the Family Health Strategy in Distrito Federal, Brasil. Cad. saúde colet. 2014 [acesso em 2021 ago 15]; 22(1):62-68. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/J8dmjjmkztLdvsVmVhH7ZFN/?lang=pt>.
 27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Histórico de Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2021 abr 15]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistorico-CoberturaAB.xhtml;jsessionid=P7ZA+aKA3UgCri-xiJ6D5iZ5>.
 28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.445 de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento

para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Diário Oficial da União. 1 Jun 2020.

29. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. Brasília, DF: CONASS; 2020. [acesso em 2020 jun 1]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/>

[uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf](#)

Recebido em 15/04/2021

Aprovado em 25/01/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Funcap), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)