

Padrões de desempenho da atenção primária à saúde diante da COVID-19 no Brasil: características e contrastes

Performance patterns of primary health care in the face of COVID-19 in Brazil: characteristics and contrasts

Estándares de desempeño de la atención primaria de salud frente al COVID-19 en Brasil: características y contrastes

Simone Schenkman ¹
Aylene Emilia Moraes Bousquat ¹
Luiz Augusto Facchini ²
Célia Regina Rodrigues Gil ³
Lígia Giovanella ⁴

doi: 10.1590/0102-311XPT009123

Resumo

O enfrentamento adequado de pandemias requer forte articulação entre atenção primária à saúde (APS) e vigilância em saúde, atenção garantida às demandas agudas e crônicas e vinculação com a dimensão comunitária no âmbito das unidades básicas de saúde (UBS). O objetivo deste artigo é contrastar dois padrões extremos de desempenho da APS no enfrentamento da COVID-19 no Brasil, cotejando-os com os perfis dos respectivos municípios e características da organização dos serviços. A partir dos resultados de inquérito nacional transversal com amostra representativa das UBS, foi criado um índice sintético de desempenho da APS em relação à COVID-19, denominado CPI, composto pelos eixos de vigilância e apoio social (dimensão coletiva) e de atendimento ao paciente com COVID-19 e continuidade do cuidado (dimensão individual). Das 907 UBS pesquisadas, foram selecionadas 120, sendo a metade com os maiores índices encontrados (padrão completo) e a outra com os menores (padrão restrito). Os municípios das UBS com padrão completo são preponderantemente rurais, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), alta cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e destacam-se na dimensão coletiva, enquanto as UBS nesse mesmo padrão situadas em municípios urbanos apresentam alto IDHM, baixa cobertura de ESF, com ênfase na dimensão individual. No padrão restrito, destaca-se a reduzida atuação de agentes comunitários de saúde no território. Na Região Nordeste, predominam UBS com padrão completo, enquanto na Sudeste preponderam UBS com padrão restrito. O estudo apresenta questões que remetem ao papel e à organização da APS na rede de cuidados em situações que requerem pronta resposta aos agravos de saúde e indica maior capacidade potencial da ESF em tais situações.

Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; COVID-19; Vigilância em Saúde; Serviços de Saúde

Correspondência

S. Schenkman
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Av. Dr. Arnaldo 715, São Paulo, SP 01246-904, Brasil.
simoneschenkman@usp.br

¹ Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

³ Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.



Introdução

Emergências sanitárias, especialmente aquelas com escala global, demandam sobremaneira os sistemas de saúde e consomem grande proporção de recursos organizacionais, sobretudo os financeiros ¹. Além disso, desfiguram e espoliam os serviços de saúde, afetando a qualidade do cuidado oferecido à população. Mitigar essa situação exige uma clara definição do papel da rede de serviços dos sistemas de saúde, incluindo a atenção primária à saúde (APS). O lócus da APS é central, especialmente no cuidado de populações vulneráveis, garantindo maior equidade. O desempenho torna-se ainda mais exitoso quando a APS, além de oferecer cuidados clínicos à demanda de condições agudas e crônicas, realiza atividades de vigilância em saúde, ações coletivas e de apoio social em seu território ^{2,3}.

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja cobertura alcança mais de 130 milhões de pessoas, é reconhecida internacionalmente por ser o modelo de maior êxito na APS do Sistema Único de Saúde (SUS) ⁴ e articula em sua lógica de atuação as dimensões individual (cuidado aos usuários) e coletiva (vigilância e apoio social). Recorde-se que a ESF ampliou o acesso da população ao sistema de saúde ^{5,6,7} e promoveu impactos positivos à saúde da população, como a redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis, além de internações por condições sensíveis à APS ^{8,9,10,11}. Dessa forma, é possível afirmar que a rede de APS brasileira, em tese, congregaria elementos importantes para o enfrentamento exitoso da pandemia de COVID-19.

Infelizmente, o êxito de quase três décadas não foi suficiente para impedir a redução de investimentos financeiros, político-organizacionais e de pessoal, promovida por governos de perfil neoliberal, desde 2016. Na pandemia, a potencialidade da ESF foi enfraquecida pela falta de coordenação nacional das medidas sanitárias, o que afetou a gestão do SUS em estados e municípios, contribuindo para relegar a ESF a um papel subalterno, diante das ações de ampliação de leitos hospitalares e de unidades de terapia intensiva (UTI), que deveriam ter sido planejadas em conjunto e integradas aos serviços de APS. Ademais, as ações da APS e da vigilância em saúde também se mostraram bastante fragmentadas ¹².

Os agentes comunitários de saúde (ACS), que representam o mais forte ponto de conexão entre a APS e a vigilância em saúde, por seu vínculo com as famílias no território, também sofreram limitações em suas atividades no contexto da pandemia. Especialmente em 2021 ¹³, devido à descoordenação da resposta nacional aliada à carência de equipamentos de proteção individual (EPI) e de capacitação profissional para garantir a segurança dos trabalhadores nas ações comunitárias, restringiram sua presença no território, afetando, incisivamente, o desempenho potencial da APS no enfrentamento da pandemia ¹⁴. No âmbito da ESF, a gestão federal desperdiçou o valioso papel dos ACS no SUS, ao deixar de coordenar a ação de quase 300 mil trabalhadores na educação em saúde da população para a vigilância da COVID-19 ¹⁵. Apesar disso, no transcurso da pandemia, a presença dos ACS nos domicílios e em seu entorno ocorreu por meio do contato remoto com as famílias, favorecido pelo uso de *smartphones*, *tablets* e computadores, indicando capacidade excepcional para realizar vigilância em saúde ¹⁵. Ações de rastreamento de casos/contatos na comunidade, de monitoramento dos sintomas de gravidade da doença, orientações de higiene e prevenção, incluindo o isolamento de casos suspeitos e confirmados, fizeram parte do cotidiano de muitos ACS.

A ampliação do contato telefônico e via WhatsApp com usuários garantiu o acompanhamento comunitário à distância, com segurança para os profissionais e população, de acordo com o estado de saúde local ¹⁶. Além da pronta adaptação na resposta à pandemia, a APS, para garantir alto desempenho, depende da continuidade do cuidado aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A manutenção de usuários com condições crônicas no centro dos cuidados, considerando suas vulnerabilidades diante de doenças agudas e infecciosas, requer ajustes nas estratégias de atendimento presencial, que também se beneficiam dos cuidados remotos ¹⁷. A garantia do acesso aos diferentes níveis de atenção remete à integralidade e pressupõe fluxos definidos e organizados e escala correspondente entre as unidades de atenção, o território e a população ¹⁸.

O Brasil apresenta contrastes marcantes entre suas cinco macrorregiões, em termos demográficos, socioeconômicos, culturais, ambientais e sanitários, bem como de modelo e infraestrutura dos serviços de saúde ¹⁹. O Sul e o Sudeste, que apresentam maiores Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), produto interno bruto (PIB) *per capita* e infraestrutura de saúde, utilizaram uma estratégia de enfrentamento da pandemia mais centrada em hospitais e em maior capacidade de testagem ²⁰, que

facilitaria, em tese, planejar e articular ações de vigilância, isolamento e controle de casos e contatos. No entanto, esse modelo não foi capaz de conter a pandemia, pois as ações comunitárias foram prejudicadas e a circulação irrestrita de bens e pessoas favoreceu o contágio e os óbitos, potencializados pelo negacionismo e pela descoordenação nacional²¹. Do mesmo modo, apenas a vacinação, apesar das altas coberturas, também não foi capaz de conter a pandemia, visto que havia necessidade de estratégias de contenção conjuntas e coesas na sociedade e entre os gestores do SUS nas diferentes instâncias federativas.

Nas regiões Norte e Nordeste, por outro lado, em que pese a pior condição socio sanitária, há maior cobertura da ESF. Em muitas localidades, trata-se do único serviço disponível, e as equipes enfrentam maiores dificuldades para o encaminhamento aos demais níveis do sistema. No entanto, seu potencial de atuação junto à comunidade tem sido capaz de sobrepujar muitas dificuldades estruturais e de distâncias, que representam simultaneamente barreiras de acesso, mas também de proteção em relação à chegada e à transmissão da COVID-19²².

Em 2021, para avaliar as diferenças entre as formas de enfrentamento da pandemia no Brasil, realizou-se pesquisa nacional intitulada *Desafios da Atenção Básica no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19 no SUS*²³, a partir da qual foi selecionado o objeto deste artigo, cujo objetivo é contrastar dois padrões extremos de desempenho da APS no enfrentamento da COVID-19, cotejando-os com os perfis dos respectivos municípios e com as características da organização dos serviços.

Método

Delineamento e cenário de estudo

Este estudo é parte do inquérito transversal nacional conduzido pela Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), *Desafios da Atenção Básica no Enfrentamento da Pandemia de COVID-19 no SUS*²³, que teve por objetivo identificar os principais desafios e estratégias de reorganização da APS utilizados pelas unidades básicas de saúde (UBS) no enfrentamento da COVID-19.

Selecionou-se uma amostra probabilística de UBS registradas no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2020. A amostra foi estratificada pelas cinco macrorregiões brasileiras e seu tamanho foi definido de acordo com o número de UBS registradas em cada região. A amostra para o país foi estabelecida em 750 unidades, ampliada para 945 UBS considerando uma possível perda de 20%. O erro amostral foi de 3,92 e o efeito de delineamento de 1,20, devido à ponderação adotada.

Os quatro eixos de atuação da APS – atendimento ao paciente com COVID-19, vigilância em saúde, apoio social e continuidade do cuidado – propostos por Medina et al.² compuseram o referencial teórico, norteando a elaboração do questionário e a análise dos resultados. A coleta de dados foi realizada entre julho e novembro de 2021. Em cada UBS sorteada, um profissional de saúde com nível superior foi convidado a responder o questionário *online*. Os dados foram coletados e gerenciados pela ferramenta Research Electronic Data Capture (REDCap; <https://redcapbrasil.com.br/>), uma plataforma de software segura, baseada na *web* e projetada para apoiar a captura de dados para pesquisas. Foram obtidas 907 respostas.

Coletaram-se informações sobre: estrutura física da UBS e recursos disponíveis de conectividade; insumos básicos e processo de reorganização ao cuidado a usuários com quadro de COVID-19; ações de continuidade do cuidado; uso de teleatendimento; características do acesso à rede secundária/terciária (cuidados clínicos intensivos); ações de vigilância e de apoio social no território.

As diferentes probabilidades de sorteio utilizadas nos estratos para a seleção das unidades amostrais foram compensadas pela introdução de pesos na etapa de análise de dados, correspondentes ao inverso das frações de amostragem utilizadas nos estratos.

Construção do índice de desempenho da APS e seus eixos

Foi elaborado um índice sintético de desempenho da APS, denominado CPI (COVID APS índice), que buscou expressar o modelo de organização das UBS no enfrentamento da COVID-19. A construção do CPI iniciou-se com a definição das questões relevantes em cada eixo da APS². No fim do processo foram selecionadas 26 variáveis, que agregaram 59 questões distribuídas nos quatro eixos. Para garantir coerência e consistência ao índice, foram testadas as correlações não paramétricas (Spearman) entre o índice, os eixos e as variáveis, seguidas da análise fatorial (análise dos componentes principais), de forma a validar sua arquitetura, e, por fim, foi feita a análise de consistência (alfa de Cronbach), chegando ao modelo final²⁴.

O CPI foi construído com pesos iguais para os eixos e as variáveis em seu interior, conforme a seguinte fórmula:

$$CPI = \sum_{e_i} e_i$$

onde:

$$e_i = \sum_{v_j} v_j$$

Eixos: e_1 a e_n $0 \leq e_i \leq 1$
 Variáveis: v_1 a v_n $0 \leq v_j \leq 1$

O CPI varia entre um valor igual a 100, que representa a atuação mais completa da UBS, e um valor igual a 0, indicando a não realização de nenhuma das ações consideradas pertinentes no enfrentamento da COVID-19. A mesma escala foi utilizada para estimar a pontuação em cada eixo.

Observou-se, a partir da análise fatorial, que os eixos que englobam ações coletivas (vigilância em saúde e apoio social) se comportavam de forma unificada, em contraposição aos eixos voltados às ações individuais (atendimento ao paciente com COVID-19 e continuidade do cuidado). Dessa forma, foram definidas duas dimensões que articulam os eixos e expressam os traços da APS brasileira: a individual e a coletiva.

Definição dos grupos de UBS com contraste no desempenho diante da pandemia

Do total de respondentes ($n = 907$), foram selecionadas 120 UBS, divididas em dois grupos de 60: um deles com os maiores valores do CPI, expressando, portanto, um padrão mais completo de resposta à pandemia, e outro com os menores valores, indicando desempenho mais restrito diante da COVID-19, doravante denominados padrões completo e restrito, respectivamente. A escolha de analisar os dois polos emergiu após analisarmos a amostra completa, de acordo com o índice categorizado por sua mediana, não exibindo diferenças marcantes. Assim, buscamos contrastar de forma mais nítida os padrões, com um n adequado, sem perder o poder estatístico.

Analisou-se a associação dos dois grupos de UBS, de acordo com o padrão de resposta à pandemia, com as variáveis de efeito não incluídas na construção do índice: as ações dos ACS, a vacinação contra COVID-19, a infraestrutura de tecnologias da informação e comunicação (TIC), os recursos humanos e os reflexos nos processos de trabalho. Essas variáveis constituem características estruturais ou expressam o modelo de organização das UBS. Também foi examinada a associação com variáveis extraídas de bases de dados secundários de domínio público, como as socioeconômicas, demográficas, políticas e estruturais, além daquelas de vigilância em saúde (taxas municipais de casos e de mortalidade por COVID-19).

As variáveis relativas ao modelo de organização e as sociodemográficas, quando categorizadas, foram comparadas entre os dois padrões de desempenho de acordo com suas proporções pelo teste qui-quadrado de Pearson. A cobertura de ESF e a taxa local de mortalidade por COVID-19 foram categorizadas segundo sua mediana na amostra completa e foram testadas pelo qui-quadrado de Pearson. Já as variáveis socioeconômicas, demográficas, políticas, estruturais e de vigilância em saúde

foram analisadas segundo sua mediana e intervalo interquartil, por meio do teste de Mann-Whitney, diante do índice categorizado em seus dois padrões de desempenho.

Por fim, testou-se a força de associação entre as variáveis, isoladamente (análise bivariada) e em conjunto (análise multivariada), por meio da razão de chances ou *odds ratio* (OR), valores de *p* e intervalos de 95% de confiança (IC95%), considerando amostras complexas. No modelo inicial completo, multivariado, foram testadas todas as variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada. Após sucessivos ajustes e reduções, foi verificado o conjunto de variáveis relevantes que permaneceu no modelo final. Foram considerados os seguintes parâmetros: alfa (5%); poder (80%); diferenças de proporções, segundo a atuação dos ACS no território (70% x 40%); razão entre grupos (1), que indicaram a necessidade de amostras mínimas de 49 UBS por grupo, conforme a fórmula de Fleiss, ajustada para continuidade²⁵.

Resultados

No grupo padrão restrito, as UBS apresentaram medianas do CPI significativamente inferiores ao grupo padrão completo, tanto na dimensão coletiva (vigilância em saúde e apoio social) quanto na dimensão individual (atendimento ao paciente com COVID-19 e continuidade do cuidado) (Tabela 1).

Relação entre dimensões individuais e coletivas de cuidado em saúde

As UBS com padrão completo apresentaram um conjunto de respostas mais ampliado no enfrentamento da pandemia e evidenciaram uma relação mais equilibrada entre as dimensões individuais e coletivas do cuidado em saúde, com menor variabilidade e dispersão (Figura 1). Quando houve descompasso entre as dimensões, observou-se, no conjunto de UBS com padrão completo, que a ação coletiva se sobressaiu em comparação com a individual. O inverso foi observado para as UBS com padrão restrito.

As UBS com padrão restrito localizavam-se preponderantemente em municípios com mais de 100 mil habitantes, IDH Municipal (IDHM) e PIB *per capita* mais elevados e maior proporção de votos em Jair Bolsonaro nas eleições presidenciais de 2018 ($p < 0,0001$). Em contraste, o grupo de UBS com padrão completo predominou significativamente em municípios com menos de 15 mil habitantes, mais pobres e com menor proporção de votos no presidente eleito em 2018. O grupo de UBS com padrão restrito também se associou, em nível municipal, com melhor infraestrutura hospitalar, maior número de hospitais, respiradores e leitos de UTI para adultos (incluindo leitos para COVID-19). Em contraste, as UBS com padrão completo associaram-se a municípios com cobertura universal (100%) da ESF. A taxa de casos confirmados por 100 mil habitantes foi significativamente menor nos municípios das UBS com padrão completo, não havendo diferença estatística na taxa de mortalidade municipal (Tabela 1).

Associações relevantes foram verificadas entre a cobertura de ESF e as taxas de mortalidade por COVID-19 em nível municipal, quando estas foram categorizadas por suas medianas. A alta cobertura da ESF demonstrou associação significativa ($p = 0,002$) com menores taxas de mortalidade por COVID-19 (de 2 a 4 vezes), independentemente do padrão de desempenho.

As UBS com padrão completo predominaram no Nordeste (33%), em municípios classificados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como rurais adjacentes (45%) e remotos (12%). Contavam com pelo menos uma equipe da ESF (100%); computador com câmera e microfone (58%); com ACS (70%); visita domiciliar (97%) e busca ativa (88%-95%); aplicação de vacina contra COVID-19 na UBS (88%); demanda aumentada (95%); apoio psicológico aos profissionais de saúde (73%); e atendimento de COVID longa (93%). Referem, ainda, menor impacto no cuidado aos usuários com DCNT (17%) (Tabela 2).

As UBS com padrão restrito predominaram no Sudeste (38%), em municípios urbanos (88%). Contavam com no máximo uma equipe da ESF (73%); sem ACS no território (60%); sem visita domiciliar de ACS (75%); sem busca ativa no território (57%-83%); sem vacina contra COVID-19 na UBS (62%); sem apoio psicológico aos profissionais (57%); e sem atendimento de COVID longa (32%) (Tabela 2).

Tabela 1

Variáveis socioeconômicas, demográficas, políticas, estruturais, de vigilância e das dimensões individuais e coletivas (CPI): distribuições segundo a mediana e o intervalo interquartil (IIQ) e associações com os dois padrões de resposta à pandemia de COVID-19 das unidades básicas de saúde (UBS). Municípios brasileiros das UBS pesquisadas.

Variáveis	UBS com resposta restrita à pandemia [38 (18-43)] Medianas (IIQ)	UBS com resposta completa à pandemia [89 (85-98)] Medianas (IIQ)	Valor de p *
Dimensões individuais (CPI)			
Atendimento ao paciente com COVID-19	39 (31-50)	93 (90-95)	< 0,0001 **
Continuidade do cuidado	44 (37-55)	84 (76-90)	< 0,0001 **
Dimensões coletivas (CPI)			
Vigilância em saúde	30 (20-42)	100 (90-100)	< 0,0001 **
Apoio social	31 (17-42)	92 (83-100)	< 0,0001 **
Variáveis socioeconômicas, demográficas e políticas			
IDHM ***	75 (72-78)	66 (60-62)	< 0,0001 **
PIB <i>per capita</i> (R\$) #	36.278 (22.460-46.677)	18.399 (11.665-27.400)	< 0,0001 **
População estimada #	121.426 (53.082-373.820)	14.600 (5.376-37.884)	< 0,0001 **
% de votos em Jair Bolsonaro ##	66 (57-77)	49 (28-61)	< 0,0001 **
Hospitais e equipamentos ###			
Hospitais (n)	4 (1,5-10)	1 (0-1)	< 0,0001 **
Respiradores (n)	47,5 (12-237)	0,5 (0-6)	< 0,0001 **
Leitos de UTI ###			
UTI ii adultos – COVID-19 (n)	11 (0-35)	0 (0-0)	< 0,0001 **
UTI ii pediátrica – COVID-19 (n)	0 (0-0)	0 (0-0)	0,6106
Total (n)	26 (10-85)	0 (0-0)	< 0,0001 **
Cobertura			
ESF § (%)	63 (38-88)	100 (89-100)	< 0,0001 **
Atenção básica § (%)	75 (58-100)	100 (96-100)	< 0,0001 **
COVID-19 – vigilância			
Casos confirmados por município/100 mil habitantes §§	12.251 (8.889-14.779)	8.550 (6.123-13.117)	0,0003 **
Taxa de mortalidade municipal §§	0,025 (0,019-0,033)	0,026 (0,017-0,036)	0,7648

ESF: Estratégia Saúde da Família; IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; PIB: produto interno bruto;

UTI: unidade de tratamento intensivo.

* Teste de Mann-Whitney;

** Resultados significantes, $p < 0,05$;

*** De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento ⁵¹;

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ⁵²;

De acordo com o Tribunal Superior Eleitoral ⁵³;

De acordo com dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde ^{54,55};

§ De acordo com dados da plataforma e-Gestor AB ⁵⁶;

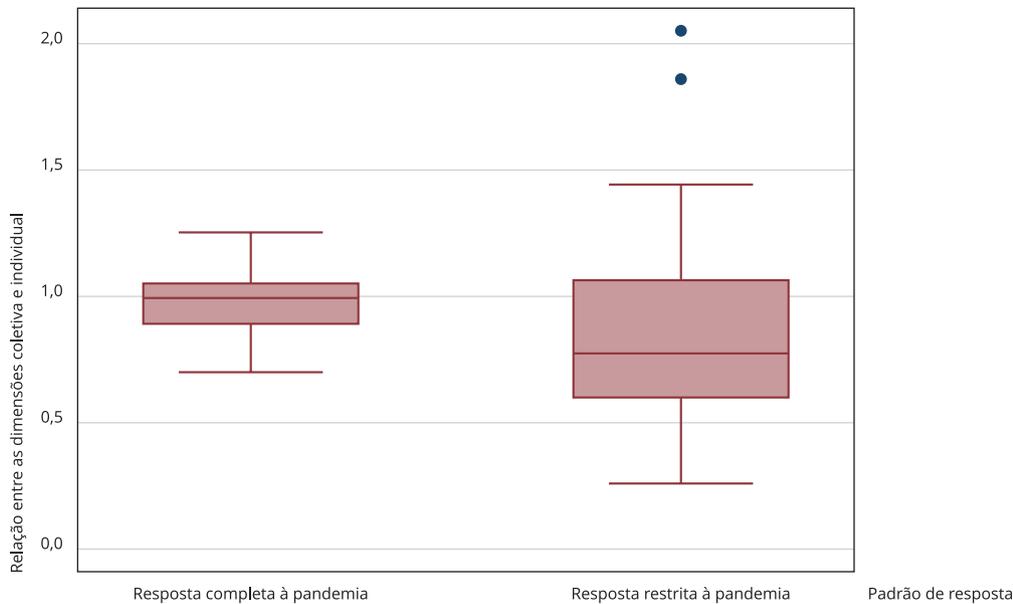
§§ De acordo com dados do Portal de Transparência do Registro Civil ⁵⁷.

Do ponto de vista da estrutura das UBS, chamou a atenção que o quádruplo de UBS com padrão completo (58% x 13%) contava com computadores equipados com câmera e microfone, recursos fundamentais para teleatendimento, em comparação àquelas com padrão restrito. Com relação ao trabalho dos ACS, fundamental na pandemia, as diferenças entre os grupos foram significativas, com maior frequência (de 2 a 5 vezes mais) das atividades exercidas nas UBS com padrão completo, tais como busca ativa de pacientes em geral e para vacinação contra a COVID-19, visita domiciliar e presença dos ACS no território. Ainda, observou-se maior atuação dos ACS no acolhimento aos sintomáticos respiratórios, paralelamente à manutenção de suas atividades essenciais no território (Tabela 2).

No grupo com padrão completo, a proporção de UBS que realizavam vacinação contra a COVID-19 no próprio serviço e que reportaram melhoria no cuidado de DCNT foi, respectivamente,

Figura 1

Relação entre as dimensões coletiva e individual, de acordo com comparação entre os dois padrões de resposta à pandemia de COVID-19 das unidades básicas de saúde (UBS).



2,3 e 5,7 vezes a do grupo com padrão restrito. O efeito negativo da descontinuidade do atendimento aos pacientes com DCNT foi observado na maioria das UBS, sendo que 42% das UBS com padrão restrito informaram que esse cuidado foi muito prejudicado, assim como 25% das UBS com padrão completo (Tabela 2).

Na análise de regressão logística bivariada, as UBS com padrão restrito *versus* completo apresentaram, significativamente, 2,7 vezes mais chances de pertencer à Região Sudeste; 6,9 vezes de não dispor de computador com câmera/microfone; 3,2 vezes de não contar com ACS atuando no território; 57,7 vezes de não realizar visita domiciliar por ACS; 39,4 vezes de ausência de busca ativa por ACS; 19,4 vezes de os ACS não realizarem busca ativa para vacinação de grupos prioritários; 28,2 vezes de ausência de busca ativa pelos ACS de faltosos à segunda dose da vacina contra a COVID-19; 13,4 vezes de não realizar vacinação contra a COVID-19 no próprio serviço; e 4,5 vezes de não receber apoio psicológico para os profissionais de saúde (Tabela 3).

A Tabela 3 apresenta o modelo final ajustado de regressão logística entre os dois grupos de UBS no enfrentamento da pandemia. Permaneceram no modelo as variáveis relativas às visitas domiciliares e busca ativa realizada pelos ACS, a vacinação realizada na própria UBS, apoio psicológico aos profissionais de saúde e o atendimento aos pacientes com sequelas de COVID-19. As OR ajustadas evidenciaram aumento relevante da chance de os ACS não realizarem visitas domiciliares e de não haver apoio psicológico, em comparação às OR brutas. A Figura 2 apresenta as proporções dessas variáveis entre os dois grupos de UBS, com diferenças muito acentuadas, principalmente em relação às variáveis de atuação dos ACS no território.

Tabela 2

Comparação entre os dois padrões de resposta das unidades básicas de saúde (UBS) à pandemia de COVID-19 na amostra reduzida e na amostra completa, de acordo com os resultados da pesquisa e características sociodemográficas, estruturais, de vigilância e atuação de agentes comunitários de saúde (ACS) e de impacto da pandemia na atenção primária à saúde (APS), 2021.

Variáveis	UBS com resposta restrita à pandemia n (%)	UBS com resposta completa à pandemia n (%)	Valor de p *
Região			0,030 **
Norte	6 (10)	8 (13)	
Nordeste	8 (13)	20 (33)	
Sudeste	23 (38)	13 (22)	
Sul	16 (27)	9 (15)	
Centro-oeste	7 (12)	10 (17)	
Divisão rural-urbano			< 0,001 **
Intermediário ajacente	3 (5)	7 (12)	
Intermediário remoto	1 (2)	0 (0)	
Rural adjacente	3 (5)	27 (45)	
Rural remoto	0 (0)	7 (12)	
Urbano	53 (88)	19 (32)	
Equipes da ESF (n)			< 0,001 **
Nenhuma	17 (28)	0 (0)	
1	27 (45)	37 (62)	
2-6	16 (27)	21 (35)	
Mais de 6	0 (0)	2 (3)	
Estrutura de TIC			
Existência de Internet	59 (98)	58 (97)	0,559
Prontuário eletrônico	47 (78)	48 (80)	0,822
Computador com câmera e microfone	8 (13)	35 (58)	< 0,001 **
Atividades dos ACS			
ACS no território	24 (40)	42 (70)	0,001 **
ACS no acolhimento aos sintomáticos respiratórios	7 (12)	33 (55)	< 0,001 **
Visita domiciliar pelos ACS	15 (25)	58 (97)	< 0,001 **
Busca ativa pelos ACS	10 (17)	53 (88)	< 0,001 **
Busca ativa pelos ACS para vacinação de grupos prioritários	26 (43)	57 (95)	< 0,001 **
Busca ativa pelos ACS de faltosos à segunda dose contra COVID-19	20 (33)	56 (93)	< 0,001 **
Vacinação contra COVID-19 na UBS	23 (38)	53 (88)	< 0,001 **
Recursos humanos			
Aumento da demanda	49 (82)	57 (95)	0,023 **
Sobrecarga para os profissionais de saúde	51 (85)	53 (88)	0,591
Apoio psicológico aos profissionais de saúde	26 (43)	44 (73)	0,001 **
Rotatividade de recursos humanos	24 (40)	23 (38)	0,852
Aumento devido à pandemia	13 (22)	14 (23)	0,827
Aumento – mudança na gestão municipal	9 (15)	9 (15)	1,000
Atendimento aos pacientes com sequelas de COVID-19	41 (68)	56 (93)	0,001 **
DCNT (impacto no cuidado)			0,048 **
Melhorou	2 (3)	10 (17)	
Mantido	6 (10)	6 (10)	
Prejudicado	27 (45)	29 (48)	
Muito prejudicado	25 (42)	15 (25)	

DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; ESF: Estratégia Saúde da Família; TIC: tecnologias da informação e comunicação.

Fonte: elaboração própria.

* Teste qui-quadrado;

* p < 0,05.

Tabela 3

Análise bivariada e multivariada comparativa dos dois padrões de resposta das unidades básicas de saúde (UBS) à pandemia de COVID-19 e variáveis sociodemográficas, estruturais, de vigilância e de impacto da pandemia na atenção primária à saúde (APS).

Padrão de desempenho com resposta restrita	OR	IC95%	Valor de p
Análise bivariada			
Região Norte	0,80	0,25-2,58	0,703
Região Nordeste	0,28	0,11-0,73	0,009 *
Região Sudeste	2,70	1,17-5,26	0,002 *
Região Sul	2,14	0,84-5,46	0,111
Região Centro-oeste	0,74	0,25-2,17	0,578
Ausência de Internet	0,60	0,05-6,75	0,673
Ausência de prontuário eletrônico	1,27	0,49-3,29	0,617
Ausência de computador com câmera e microfone	6,90	2,62-18,19	< 0,001 *
ACS não estarem predominantemente no território	3,22	1,43-7,26	0,005 *
ACS no acolhimento sintomáticos respiratórios	0,10	0,04-0,28	< 0,001 *
Ausência de visita domiciliar pelos ACS	57,74	12,06-276,45	< 0,001*
Ausência de busca ativa pelos ACS	39,38	12,77-121,40	< 0,001*
Ausência de busca ativa pelos ACS para vacinação de grupos prioritários	19,39	5,17-72,70	< 0,0001 *
Ausência de busca ativa pelos ACS para vacinação de faltosos à segunda dose contra COVID-19	28,23	8,03-99,21	< 0,001 *
Ausência de vacinação contra COVID-19 na UBS	13,36	4,75-37,60	< 0,001 *
Equipes da ESF (n)	0,85	0,73-0,98	0,021 *
Aumento da demanda	0,20	0,04-0,88	0,033 *
Sobrecarga para os profissionais de saúde	0,89	0,28-2,82	0,840
Ausência de apoio psicológico aos profissionais de saúde	4,54	2,07-9,99	< 0,001 *
Rotatividade de recursos humanos	1,14	0,51-2,54	0,741
Aumento devido à pandemia	0,96	0,38-2,41	0,924
Aumento - mudança na gestão municipal	1,00	0,34-2,93	0,999
Atendimento pacientes sequela de COVID-19	0,19	0,06-0,62	0,006 *
DCNT (impacto positivo)	0,19	0,05-0,77	0,002 *
Modelo final			
Ausência de visita domiciliar pelos ACS	70,08	2,65-1.851,31	0,011 *
Ausência de busca ativa pelos ACS	12,30	1,90-79,55	0,009 *
Ausência de vacinação contra COVID-19 na UBS	14,65	2,82-76,21	0,002 *
Ausência de apoio psicológico aos profissionais de saúde	17,51	1,56-196,29	0,021 *
Atendimento pacientes sequela de COVID-19	0,03	0,01-0,20	< 0,001 *
Constante	0,16	0,04-0,71	0,016 *

ACS: agentes comunitários de saúde; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

Nota: modelo final ajustado: F = 6,08; p = 0,0001; n = 120.

* p < 0,05.

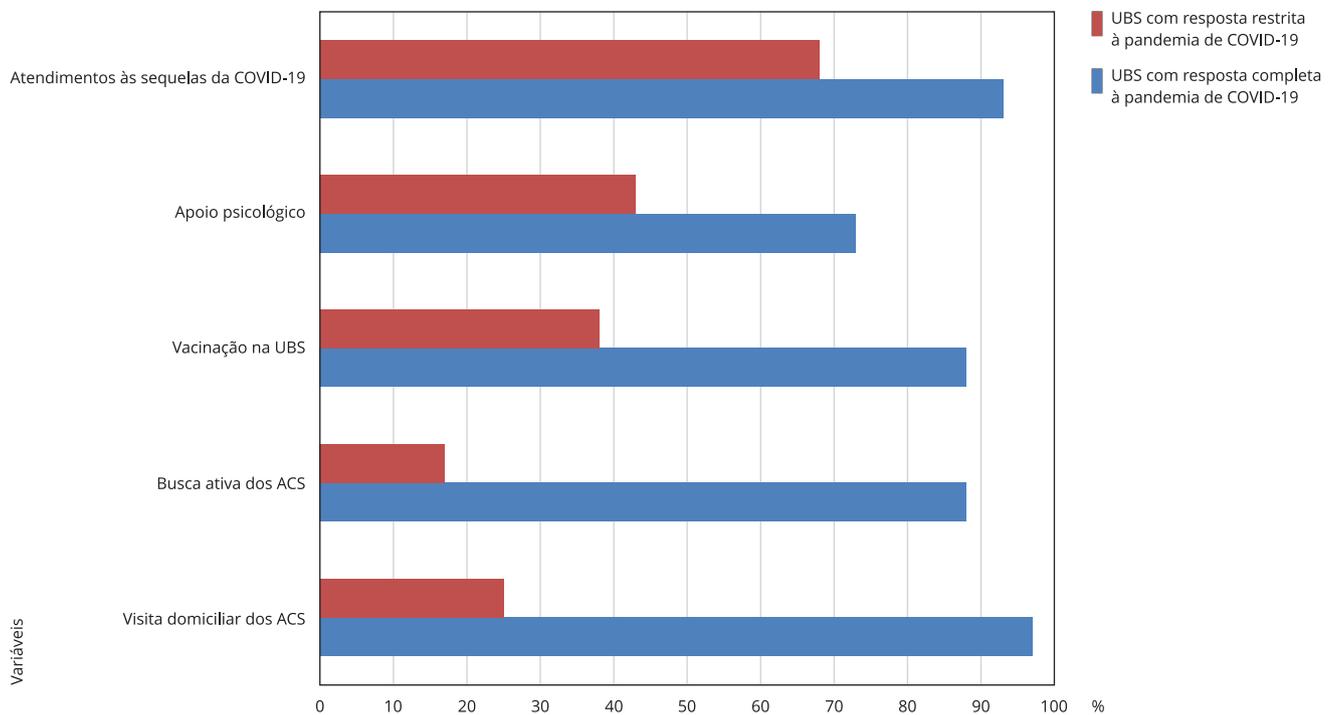
Discussão

A opção de se contrastarem os extremos de atuação se reveste de importância, pois permite desvelar as principais tensões existentes no cenário da APS brasileira, neste momento crucial do contexto sanitário, aportando elementos para a discussão dos modelos de organização do SUS. Ademais, os contrastes permitem entender de forma mais clara alguns dos muitos fatores que contribuíram para respostas mais restritas da APS, situação que foi também evidenciada em outras realidades ²⁶.

Não há dúvidas de que a pandemia de COVID-19 foi enfrentada de forma distinta na APS quando se utilizam como escala de análise as regiões brasileiras, jogando luz sobre as fortalezas e as fragilidades dos modelos adotados, com contornos mais claros das questões estruturais e socioambientais ²³.

Figura 2

Comparação entre os dois padrões de resposta das unidades básicas de saúde (UBS) à pandemia de COVID-19 das proporções de variáveis remanescentes no modelo final de regressão logística.



ACS: agentes comunitários de saúde.

É importante observar que as UBS do grupo com padrão completo predominaram em localidades rurais, com IDHM e PIB *per capita* mais baixos, porém com cobertura integral da ESF e ACS atuantes no território, com destaque para as ações na dimensão coletiva. Em contraste, as UBS do grupo com padrão restrito estavam mais presentes em localidades urbanas, IDHM alto, com PIB *per capita* elevado, com cobertura da ESF média ou baixa, com ênfase em ações na dimensão individual. As disparidades encontradas têm relação com as desigualdades sociais regionais e suas formas de adaptação à realidade existente ²⁶.

A presença de UBS com padrão completo em localidades pequenas e rurais é um dos destaques do estudo, pois muitas vezes a UBS é o único serviço disponível no município, principalmente nos rurais remotos ²⁷. Tal desempenho pode ser explicado pelo fato de a pandemia de COVID-19 ter exigido dessas UBS uma resposta mais abrangente, organizando ações nas dimensões individual e coletiva ^{2,28}, ainda que dispusessem de menor acesso a testes e à infraestrutura hospitalar. Outros estudos também identificaram grande resiliência dos serviços de APS em áreas rurais da África do Sul ²⁹ e da Austrália ³⁰ no começo da pandemia.

No grupo com padrão restrito, a maioria das UBS apresentava resultados mais elevados na dimensão individual, se comparada à coletiva. Nos municípios urbanos (com IDHM e PIB *per capita* superior, mas com menor cobertura da ESF) o desempenho foi melhor para o atendimento ao paciente com COVID-19, enquanto nos rurais (com alta cobertura da ESF, mas com IDHM e PIB *per capita* inferiores) houve melhor desempenho na continuidade do cuidado. Vale lembrar que a garantia da continuidade do cuidado foi um desafio importante, muitas vezes não vencido, nos mais diferentes cenários de enfrentamento da pandemia ^{31,32}.

As evidências destacam o êxito da ESF em suprir as necessidades do cuidado em saúde da população brasileira, com ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, controle de agravos e reabilitação, prestadas por equipes multiprofissionais e responsáveis por territórios definidos⁴. Esse modelo de APS apresenta associação significativa com a redução nas taxas de mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis⁴. Em nosso estudo, a cobertura da ESF associou-se com menores taxas de mortalidade municipais por COVID-19, independente do CPI. Esse achado reforça o viés pró-equidade da ESF, identificado em diversos estudos, pois as coberturas desse modelo de APS são maiores justamente nas menores localidades rurais, com pior infraestrutura e menor acesso a bens e serviços³³.

Os estudos de Castro et al.³⁴ e de Kerr et al.³⁵ apontam para as dificuldades enfrentadas nas regiões Norte e Nordeste na pandemia, com intensificação das vulnerabilidades já existentes e grande quantidade de óbitos entre os mais jovens. Apesar das dificuldades e perdas significativas na expectativa de vida, essas regiões se mobilizaram de forma mais ativa em seus componentes comunitários, com maior apoio social e medidas de contenção da pandemia. A Região Nordeste apresentou altas taxas de isolamento social na primeira onda da pandemia e articulação entre os governos estaduais, por meio de consórcio, para compartilhar boas práticas e inovações, com a implementação de medidas de vigilância em saúde^{34,35}.

A situação mais preocupante ocorreu nas UBS de localidades com baixa cobertura da ESF e baixo IDHM, dificultando o enfrentamento da pandemia e demais crises. Os retrocessos na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) desde 2017 atingem frontalmente esses locais, pois reduziu-se o investimento na ESF e a obrigatoriedade da presença de ACS nas UBS. Com a implantação da reforma da APS promovida pelo programa Previne Brasil³⁶, a atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foi descontinuada, evidenciando o baixo compromisso com a prevenção. Assim, dois pilares fundamentais (participação comunitária e integralidade) estão ameaçados, especialmente nas localidades estruturalmente carentes^{37,38}.

A forte associação entre melhor desempenho no CPI e maior cobertura da ESF indica uma resposta mais integral aos quatro componentes avaliados, com destaque para ações coordenadas de vigilância, na dimensão coletiva^{39,40}.

Uma parcela considerável das UBS com padrão restrito não tinha equipes de ESF (28%), o que constitui problema adicional, principalmente em cenários de maior desigualdade. A falta de equipes de ESF e de ações dos ACS no território⁴¹ poderia aumentar as taxas de mortalidade⁸, pois justamente as populações mais carentes não usufruem de visitas domiciliares nem de busca ativa, tampouco de teleatendimento/teleconsultas, mecanismos relevantes para prevenção de complicações e de óbitos⁴².

Outra questão essencial é a capacidade de prover teleatendimento institucional para além da pandemia. Mesmo nas UBS padrão completo, há falta de computadores equipados e sua disponibilidade no conjunto das UBS é ainda menor (28%)⁴³. Esse resultado demonstra a descontinuidade, nos últimos anos, dos investimentos político-institucionais em telessaúde, a exemplo do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes, criado em 2007, cujo objetivo era justamente fortalecer a ESF e a atenção básica, dotando as UBS de maior capacidade técnica e resolutiva^{44,45}. Evidencia-se a necessidade de investimento em inovação organizacional, TICs e otimização do trabalho na APS, com prioridade para a ESF, tendo em vista a dimensão continental do Brasil^{46,47}.

O apoio psicológico aos profissionais de saúde tornou-se uma necessidade radical durante a pandemia, tendo impacto relevante no pós-pandemia⁴⁸. Entretanto, sua ausência é grande, principalmente nas UBS com padrão restrito, em que mais da metade não conseguiu garanti-lo à sua equipe. Esse é um diferencial importante das UBS com padrão completo no enfrentamento da pandemia, assim como outras experiências exitosas encontradas na literatura, que buscavam inserir práticas integrativas para proteger a saúde mental dos profissionais de saúde⁴⁹.

Quanto aos impactos pós-pandêmicos, o cenário não é animador, mesmo para as UBS com padrão completo, pois a maioria relata diminuição nas consultas para os usuários com DCNT, além do cuidado prejudicado, somando-se ao atendimento às sequelas pós-COVID-19. Os profissionais da APS serão peças-chave na detecção e no acompanhamento da COVID longa, cujo quadro se apresenta com sintomatologia branda e costuma acometer pacientes com DCNT, com prevalência estimada entre 10% e 35% dos pacientes acometidos pela COVID-19⁵⁰.

Por fim, cabe destacar a importância das lições aprendidas no enfrentamento dessa pandemia para que gestores, profissionais de saúde, comunidade científica e sociedade civil, na perspectiva do controle social, realizem profundas reflexões acerca dos acertos e equívocos das medidas e estratégias utilizadas. Destaca-se, ainda, a relevância do SUS na coordenação das ações e na definição dos modelos organizacionais que efetivamente atendam às necessidades de saúde da população, em especial no papel indelegável da APS junto à população dos territórios de saúde. Tais medidas, certamente, serão imprescindíveis para possíveis futuras situações.

Limitações

O tamanho reduzido da amostra de UBS nos dois padrões de desempenho do CPI apresentou resultados válidos, porém pouco precisos. Ainda assim, foi possível visualizar as diferenças marcantes entre os grupos, não encontradas na análise da amostra total.

Ademais, as associações entre as variáveis estruturais e os desfechos foram mais claras e acertadas quando em relação ao impacto das ações de saúde da APS. No que se refere aos impactos à saúde, a proposta foi apenas de aproximar os conjuntos de variáveis e buscar hipóteses, pois não se pode presumir uma relação de causalidade. As taxas de mortalidade municipais não apresentaram associação com o índice, mas contribuíram no entendimento da proteção conferida pela cobertura da ESF.

Considerações finais

A evidente associação entre o padrão completo das UBS e a cobertura da ESF no município reafirma os resultados positivos desse modelo de APS, reforçando a necessidade de retomá-lo como prioridade na política nacional de saúde. É essencial a manutenção e ampliação da ESF, por seu potencial de melhoria da vida e saúde em seu território. Se, por um lado, as UBS localizadas em municípios com alta cobertura da ESF foram capazes de reduzir os entraves e sobrepujar as dificuldades estruturais, no pós-pandemia certamente necessitarão de forte articulação com os demais níveis de atenção, especialmente no matriciamento e nos encaminhamentos necessários, represados durante a pandemia.

Ainda, os grupos mais vulneráveis merecem atenção especial também no pós-pandemia, pois as desigualdades estruturais e sociais provavelmente irão se alastrar por longo período, manifestando-se em problemas de saúde variados para os quais os serviços precisarão estar atentos, consistindo em demanda adicional relevante para a APS.

As variáveis associadas aos padrões de desempenho neste estudo, tais como mecanismos institucionais de teleatendimento, apoio psicológico aos profissionais de saúde, inovação tecnológica e manutenção/ampliação das ações no território, apresentam relevância também no período pós-pandêmico, principalmente aquelas protagonizadas pelos ACS. Elas contribuirão, sem dúvida, em conjunto com outras medidas, para antecipar riscos e agilizar respostas locais oportunas de acordo com as necessidades de saúde da população.

Colaboradores

S. Schenkman contribuiu com a concepção e projeto do estudo e redação do artigo; e aprovou a versão final, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A. E. M. Bousquat contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão crítica; e aprovou a versão final, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. L. A. Facchini contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão crítica; e aprovou a versão final, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. C. R. R. Gil contribuiu com a análise e interpretação dos dados e redação do artigo; e aprovou a versão final, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. L. Giovanella contribuiu com a análise e interpretação dos dados e redação do artigo; e aprovou a versão final, sendo responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Informações adicionais

ORCID: Simone Schenkman (0000-0003-1140-1056); Aylene Emilia Moraes Bousquat (0000-0003-2701-1570); Luiz Augusto Facchini (0000-0002-5746-5170); Célia Regina Rodrigues Gil (0000-0003-4982-0520); Lígia Giovanella (0000-0002-6522-545X).

Agradecimentos

À Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), à Fundação Umame e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Sundararaman T, Muraleedharan VR, Rangan A. Pandemic resilience and health systems preparedness: lessons from COVID-19 for the twenty-first century. *J Soc Econ Dev* 2021; 23 Suppl 2:290-300.
2. Medina MG, Giovanella L, Bousquat AEM, Mendonça MHM, Aquino R. Primary health-care in times of COVID-19: what to do? *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00149720.
3. Desborough J, Dykgraaf SH, Phillips C, Wright M, Maddox R, Davis S, et al. Lessons for the global primary care response to COVID-19: a rapid review of evidence from past epidemics. *Fam Pract* 2021; 38:811-25.
4. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da atenção primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018; 42:208-23.
5. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2006; 11:669-81.
6. Thumé E, Facchini LA, Tomasi E, Vieira LAS. Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:1102-11.
7. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLPF. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26 Suppl 1:2543-56.
8. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29:2149-60.
9. Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-9.
10. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. *BMC Public Health* 2010; 10:380.
11. Black RE, Taylor CE, Arole S, Bang A, Bhutta ZA, Chowdhury AMR, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. Summary and recommendations of the expert panel. *J Glob Health* 2017; 7:010908.
12. Geraldo SM, Farias SJM, Sousa FOS. A atuação da atenção primária no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. *Res Soc Dev* 2021; 10:e42010817359.
13. Mélló LMBD, Santos RC, Albuquerque PC. Agentes comunitárias de saúde na pandemia de COVID-19: scoping review. *Saúde Debate* 2022; 46(spe1):368-84.

14. Giovanella L, Medina MG, Aquino R, Bousquat A. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da COVID-19. *Saúde Debate* 2020; 44:895-901.
15. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat AEM, Pereira RAG, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. *Saúde Debate* 2021; 45:748-62.
16. Feroz AS, Khoja A, Saleem S. Equipping community health workers with digital tools for pandemic response in LMICs. *Arch Public Health* 2021; 79:1.
17. Coleman CN, Mansoura MK, Marinissen MJ, Grover S, Dosanjh M, Brereton HD, Roth L, et al. Achieving flexible competence: bridging the investment dichotomy between infectious diseases and cancer. *BMJ Glob Health* 2020; 5:e003252
18. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EMDA. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. *Saúde Debate* 2003; 26:37-61.
19. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública* 2017, 33:e00037316.
20. Soeiro RE, Bedrikow R, Ramalho BDS, Niederauer AJS, Souza CV, Previato CS, et al. Atenção primária à saúde e a pandemia de COVID-19: reflexão para a prática. *Interamerican Journal of Medicine and Health* 2020; 3:e202003010.
21. Barberia LG, Gómez EJ. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *Lancet* 2020; 396:367-8.
22. Fitts MS, Russell D, Mathew S, Liddle Z, Mulholland E, Comerford C, et al. Remote health service vulnerabilities and responses to the COVID-19 pandemic. *Aust J Rural Health* 2020; 28:613-7.
23. Bousquat A, Giovanella L, Mendonça MHM, Facchini LA, Nedel F, Cury GC, et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da COVID-19 no SUS – 2ª onda. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde; 2021.
24. Bousquat A, Giovanella L, Facchini LA, Mendonça MHM, Nedel FB, Cury G, et al. The Brazilian PHC response to the COVID-19 pandemic: individual and collective comprehensiveness and performance profiles. *Research Square* 2022; 8 sep. <https://www.researchsquare.com/article/rs-1909134/v1>.
25. Woodward M. Formulae for sample size, power and minimum detectable relative risk in medical studies. *Statistician* 1992; 41:185-96.
26. Johansen AS, Shriwise A, Lopez-Acuna D, Vracko P. Strengthening the primary health care response to COVID-19: an operational tool for policymakers. *Prim Health Care Res Dev* 2021; 22:e81.
27. Bousquat A, Fausto MCR, Almeida PF, Lima JG, Seidl H, Sousa ABL, et al. Different remote realities: health and the use of territory in Brazilian rural municipalities. *Rev Saúde Pública* 2022; 56:73.
28. Prado NMBL, Biscarde DGS, Pinto Junior EP, Santos HLPC, Mota SMC, Menezes ELC, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à atenção primária à saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:2843-57.
29. Siedner MJ, Kraemer JD, Meyer MJ, Harling G, Mngomezulu T, Gabela P, et al. Access to primary healthcare during lockdown measures for COVID-19 in rural South Africa: a longitudinal cohort study. *medRxiv* 2020; 20 may. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.15.20103226v1>.
30. Crooks K, Casey D, Ward JS. First Nations peoples leading the way in COVID-19 pandemic planning, response and management. *Med J Aust* 2020; 213:151-2.e1.
31. Verhoeven V, Tsakitidis G, Philips H, Van Royen P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ Open* 2020; 10:e039674.
32. González-Viana A, Pastor Ibáñez NP, Campaz Landazábal DC, Sanmamed Saiz N, Roselló-Novella A, Cabezas Peña C. Redes comunitarias: evaluación de la respuesta a la emergencia social durante la primera ola de la pandemia por COVID-19 en Cataluña. *Comunidad (Barc.)* 2022; 24:2.
33. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde Debate* 2018; 42(spe1):18-37.
34. Castro MC, Gurdzenda S, Turra CM, Kim S, Andrasfay T, Goldman N. Reduction in life expectancy in Brazil after COVID-19. *Nat Med* 2021; 27:1629-35.
35. Kerr LRFS, Kendall C, Almeira RLF, Ichihara MY, Aquino EML, Silva AAM, et al. COVID-19 no Nordeste do Brasil: primeiro ano de pandemia e incertezas que estão por vir. *Rev Saúde Pública* 2021; 55:35.
36. Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à atenção primária à saúde? *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26 Suppl 2:3781-6.
37. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:1475-82.
38. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare? *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00040220.
39. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, Mendonça MHM, Bousquat A, Aquino R, et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. *Saúde Debate* 2020; 44(esp4):161-76.

40. Pilecco FB, Coelho CG, Fernandes QHRF, Silveira IH, Pescarini JM, Ortelan N, et al. O efeito da testagem laboratorial nos indicadores de acompanhamento da COVID-19: uma análise dos 50 países com maior número de casos. *Epidemiol Serv Saúde* 2021; 30:e2020722.
41. Pedebos LA, Rocha DK, Tomasi Y. A vigilância do território na atenção primária: contribuição do agente comunitário na continuidade do cuidado. *Saúde Debate* 2018; 42:940-51.
42. Fear K, Hochreiter C, Hasselberg MJ. Busting three myths about the impact of telemedicine parity. *NEJM Catalyst* 2022; 3(10). <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.22.0086>.
43. Cabral ERM, Bonfada D, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, et al. Contributions and challenges of the primary health care across the pandemic COVID-19. *Interamerican Journal of Medicine and Health* 2020; 3:e202003012.
44. Campos FE, Haddad AE, Wen CL, Alkmim MBM, Cury PM. The Nacional Telehealth Program in Brazil: an instrument of support for primary health care. *Latin American Journal of Telehealth* 2009; 1:39-66.
45. Maldonado JMSV, Marques AB, Cruz A. Telemedicine: challenges to dissemination in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32 Suppl 2:e00155615.
46. Farias LABG, Pessoa MC, Barreto FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao COVID-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2020; 15:2455.
47. Monaghesh E, Hajizadeh A. The role of telehealth during COVID-19 outbreak: a systematic review based on current evidence. *BMC Public Health* 2020; 20:1193.
48. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:547-60.
49. Rios AFM, Lira LSSP, Reis IM, Silva GA. Atenção primária à saúde frente à COVID-19: relato de experiência de um centro de saúde. *Enferm Foco* 2020; 11(1,n.esp):246-51.
50. Pavli A, Theodoridou M, Maltezou HC. Post-COVID syndrome: incidence, clinical spectrum, and challenges for primary healthcare professionals. *Arch Med Res* 2021; 52:575-81.
51. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. IDHM Municípios 2010. <https://www.undp.org/pt/brazil/idhm-munic%C3%ADpios-2010> (accessed on 14/Apr/2022).
52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Produto interno bruto dos municípios. <https://www.ibge.gov.br/apps/pibmunic/#/home> (accessed on 14/Apr/2022).
53. Tribunal Superior Eleitoral. Votação e resultados. <https://www.tse.jus.br/eleicoes/eleicoes-2018/votacao-e-resultados> (accessed on 16/Apr/2022).
54. Ministério da Saúde. CNES – Recursos Físicos. <https://datasus.saude.gov.br/cnes-recursos-fisicos> (accessed on 18/Apr/2022).
55. Ministério da Saúde. CNES – Estabelecimentos. <https://datasus.saude.gov.br/cnes-estabelecimentos> (accessed on 18/Apr/2022).
56. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Básica. <https://gestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml> (accessed on 20/Apr/2022).
57. Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais. Portal de Transparência do Registro Civil. <https://transparencia.registrocivil.org.br/dados-covid-download> (accessed on 22/Apr/2022).

Abstract

The adequate fight against pandemics requires effective coordination between primary health care (PHC) and health surveillance, guaranteed attention to acute and chronic demands, and a bond with the community dimension in the scope of basic health units (UBS, acronym in Portuguese). This study aims to contrast two extreme standards of PHC performance in the fight against COVID-19 in Brazil, comparing them with the profiles of the corresponding municipalities and characteristics of the organization of services. Based on the results of a cross-sectional national survey with a representative sample of UBSs, we created a synthetic index to evaluate how PHC performs against COVID-19 called CPI, composed of axes of health surveillance and social support (collective dimension) and of COVID-19 care and continuity of care (individual dimension). Of the 907 surveyed UBSs, 120 were selected, half of which had the highest indexes (complete standard) and the other half, the lowest ones (restricted standard). The municipalities of the UBSs with a complete standard are predominantly rural, have low Municipal Health Development Index (MHDI), high Family Health Strategy (FHS) coverage, and stand out in the collective dimension, whereas the UBSs in urban municipalities with this same standard have high MHDI, low FHS coverage, and an emphasis on the individual dimension. In the restricted standard, we highlight community health workers' reduced work in the territory. In the Brazilian Northeast, UBSs with complete standard predominate, whereas, in its Southeast, UBSs with restricted standard predominate. The study poses questions that refer to the role and organization of PHC in the health care network under situations that require prompt response to health issues and indicates the greater potential capacity of the FHS program in such situations.

Primary Health Care; Family Health Strategy; COVID-19; Public Health Surveillance; Health Services

Resumen

El enfrentamiento adecuado de las pandemias requiere una fuerte articulación entre atención primaria de salud (APS) y la vigilancia en salud, una atención garantizada a las demandas agudas y crónicas y la vinculación con la dimensión comunitaria en el ámbito de las unidades básicas de salud (UBS). El objetivo de este artículo es contrastar dos patrones extremos de desempeño de la APS en el enfrentamiento del COVID-19 en Brasil, comparándolos con los perfiles de los respectivos municipios y características de la organización de los servicios. A partir de los resultados de una encuesta nacional transversal con una muestra representativa de las UBS fue creado un índice sintético de desempeño de la APS frente al COVID-19, denominado CPI, compuesto por los ejes de vigilancia y apoyo social (dimensión colectiva) y de atención al COVID-19 y continuidad de la atención (dimensión individual). De las 907 UBS investigadas, se seleccionaron 120, siendo la mitad con los índices más grandes encontrados (estándar completo) y la otra con los más bajos (estándar estricto). Los municipios de las UBS con estándar completo son preponderantemente rurales, con bajo índice de desarrollo humano municipal (IDHM), alta cobertura de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y se destacan en la dimensión colectiva, mientras que las UBS en este mismo estándar situadas en municipios urbanos presentan alto IDHM, baja cobertura de ESF, con énfasis en la dimensión individual. En el estándar estricto, se destaca la reducida actuación de los agentes comunitarios de salud en el territorio. En la región Nordeste predominan las UBS con estándar completo, mientras que en el Sureste predominan las UBS con un estándar estricto. El estudio aporta cuestiones que remiten al papel y organización de la APS en la red de atención en situaciones que requieren respuesta rápida a los problemas de salud e indica una mayor capacidad potencial de la ESF en tales situaciones.

Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; COVID-19; Vigilancia en Salud; Servicios de Salud

Recebido em 18/Jan/2023

Versão final reapresentada em 26/Mai/2023

Aprovado em 06/Jun/2023