

Estratégias dos serviços de Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo

Brazilian Primary Health Care strategies during the COVID-19 pandemic: A scoping review

Maritsa Carla Bortoli (<https://orcid.org/0000-0001-8236-7233>)¹

Patricia Rodrigues Sanine (<https://orcid.org/0000-0002-7668-0327>)²

Bruna Carolina de Araújo (<https://orcid.org/0000-0002-6280-9994>)¹

Cintia de Freitas Oliveira (<https://orcid.org/0000-0001-6331-6510>)¹

Maria Izabel Sanches Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9117-5089>)¹

Taís Rodrigues Tesser (<https://orcid.org/0000-0002-4130-5308>)¹

Abstract *Primary Health Care is the gateway for users to access the Brazilian healthcare system and has been particularly affected by the COVID-19 pandemic demands. This review systematically identified and mapped evidence regarding novel or adapted strategies developed within PHC during the COVID-19 pandemic in Brazil. Our results are presented as a narrative synthesis following the JBI methodology. They were analyzed and discussed through the lens of the Health Work Process Theory, which allowed us to categorize the publications into two principal domains of strategies, managerial and clinical, encompassing strategies that were new, adapted, or maintained in healthcare services. Two hundred twenty-six interventions were identified (130 managerial and 96 clinical) from 49 studies. The new strategies appeared more frequently in both domains, while the maintained ones were less prevalent. The array of interventions highlights different care models, sometimes aligned with a biomedical approach. In contrast, others focus on comprehensiveness and longitudinality based on a person-centered care, in the family, and the community. Thus, this review identified that the same pre-pandemic challenges persist.*

Key words COVID-19, Primary Health Care, Scoping review. Health Services, Brazil

Resumo *A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde brasileiro e foi, especialmente, impactada pelas demandas com a COVID-19. Essa revisão identificou e mapeou sistematicamente evidências sobre as estratégias novas ou adaptadas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Foi realizada uma revisão de escopo, conforme metodologia proposta pelo JBI. Os resultados apresentados em uma síntese narrativa, foram analisados e discutidos à luz da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde que agrupou as publicações em dois grandes domínios de estratégias, gerenciais e assistenciais, sendo elas novas, adaptadas ou mantidas. A partir de 49 estudos, mapeou-se 226 intervenções (130 gerenciais; 96 assistenciais). Em ambos os domínios, as novas estratégias apareceram em maior número e as mantidas, em menor. A diversidade de intervenções explicitou distintos modelos de atenção, que ora se aproximaram de um enfoque biologicista, ora da integralidade e da longitudinalidade baseada no cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade. Evidenciou-se, assim, que perduram os mesmos desafios anteriores ao período pandêmico.*

Palavra-chave COVID-19, Atenção Primária à Saúde, Revisão de escopo, Serviços de saúde, Brasil

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. R. Santo Antônio 590, Bela Vista. 01314-000 São Paulo SP Brasil. maritsa@isaude.sp.gov.br;

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu SP Brasil.

Introdução

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) são considerados a principal porta de entrada para o sistema de saúde brasileiro. Sua proximidade com a comunidade e o rol de estratégias desenvolvidas lhe confere maior capacidade para uma atenção integral e longitudinal, aumentando seu poder resolutivo para a maioria dos problemas de saúde deste nível de atenção¹⁻³. Entretanto, é preciso ponderar o forte movimento de “descontinuidade do processo de fortalecimento da APS”⁴ que ocorreu no país nos últimos anos^{5,6}.

A mudança na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e no modelo de financiamento, induziu uma série de retrocessos, como a baixa cobertura de médicos em regiões remotas e periféricas, a propagação de equipes parciais e/ou incompletas, a interrupção da ampliação e qualificação dos serviços de APS, em especial àqueles organizados no modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF), além da desestruturação de importantes programas de promoção à saúde, como no caso do Programa Saúde na Escola⁴.

Soma-se a todo esse contexto de fragilidade dos serviços de APS, a situação de emergência pública, instaurada desde março de 2020 pela pandemia da COVID-19. Com exponencial aumento na procura dos serviços de APS em decorrência da doença e, por outro lado, a resistência de grande parte da população em procurar estes serviços por medo de se infectar, trouxe consequências negativas para a atenção, e, também, na organização do processo de trabalho de suas equipes⁷⁻⁹.

De tal forma, reconhecendo o possível agravamento na situação de saúde da população e o extenso prolongamento do período pandêmico⁹, conhecer os processos de trabalhos pode dizer muito sobre a organização dos serviços durante este momento emergencial, evidenciando lacunas e/ou estratégias que contribuam para a tomada de decisão de gestores e profissionais de saúde atuantes nestes serviços durante essa fase de retomada das atividades e reorganização dos serviços após a atual mudança de governo federal⁴.

Assim, o presente trabalho teve como objetivo identificar e mapear sistematicamente evidências sobre as estratégias desenvolvidas na APS durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, bem como levantar lacunas de pesquisa e apoiar a elaboração de futuras investigações.

Métodos

Trata-se de uma revisão de escopo¹⁰ que mapeou as evidências de estratégias utilizadas na APS durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. Essa abordagem manteve os princípios do método científico e da síntese de evidência, incluindo rigor, transparência e reprodutibilidade¹¹, garantidos na publicação do protocolo na plataforma Zenodo¹² (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6461683>), que foi seguido sem alterações.

Para atender os objetivos, a pergunta “Quais as estratégias empregadas na APS durante a pandemia de COVID-19 no Brasil?” foi elaborada conforme o acrônimo: P (população) - Atenção Primária à Saúde; C (conceito) - Estratégias na APS; e C (contexto) - Pandemia de COVID-19 no Brasil.

Foram incluídos nessa revisão de escopo estudos que apresentaram estratégias desenvolvidas na APS realizadas por profissionais de saúde e gestores, na organização dos serviços de APS; com todos os atores relacionados com o desenvolvimento das estratégias na APS; estudos qualitativos e quantitativos; primários e secundários; publicados e não publicados; em inglês, espanhol e português; realizados em 08 de março de 2022, no Brasil.

As estratégias de busca foram elaboradas com ajuda de uma bibliotecária experiente em revisões sistemáticas, com a combinação de palavras-chave estruturadas pelo acrônimo PCC (atenção primária; COVID-19, Brasil), usando os termos de pesquisa MeSH no banco de dados PubMed, e adaptando para os outros bancos de dados. Os estudos publicados foram extraídos das seguintes bases de dados: Medline (via PubMed), Portal Regional da BVS, LILACS, Embase, Scopus, WHO COVID-19 *Global literature on coronavirus disease* e SciELO. A literatura cinzenta foi pesquisada através do repositório do Google Scholar (10 primeiras páginas), do Banco Digital Brasileiro de Teses e Dissertações (BDTD) e do catálogo da CAPES. Uma busca adicional de lista de referências e em grupos diretores sobre o tema também foi realizada. As estratégias de busca e as buscas implementadas estão no Apêndice 1 do protocolo da revisão (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6461683>).

A triagem e a elegibilidade dos estudos recuperados foram precedidas pela calibração dos critérios de inclusão e exclusão entre todos os

revisores usando uma amostra dos resultados da pesquisa. Após a calibração, dois revisores, de forma independente, selecionaram os estudos por meio da triagem de títulos e resumos de forma independente, e, posteriormente, leitura dos textos completos dos estudos incluídos. Os desacordos foram decididos por consenso. O processo todo foi realizado no *software* de gerenciamento de referência, Rayann QCRI¹³.

A extração de dados foi realizada por um revisor e checada por outro, de acordo com as questões de pesquisa através de uma planilha eletrônica contendo os seguintes aspectos: características do estudo (autor principal, ano de publicação, idioma da publicação, tipo de publicação, desenho do estudo, região), objetivo do estudo, população, informações dos serviços onde as estratégias são implementadas, estratégias e facilitadores e barreiras das estratégias. As evidências não foram avaliadas conforme sua qualidade metodológica, pois esses dados não são necessários para esta revisão de escopo.

Considerando as mudanças provocadas pela pandemia na organização dos serviços de APS e na sociedade, e que as práticas de saúde são construções sociais determinadas pelas interações entre as necessidades dos usuários e dos profissionais de saúde, que dialeticamente se transformam e são transformadas, optou-se por apresentar os resultados em uma síntese narrativa, analisando-os a partir da Teoria do Processo de Trabalho em Saúde¹⁴ e do modelo da Organização Mundial da Saúde¹⁵, permitindo, assim, uma maior clareza sobre as mudanças da dimensão organizacional dos serviços. Dessa forma, as publicações identificadas foram agrupadas em dois grandes domínios de análise (Ações Gerenciais e Ações Assistenciais), com três subdomínios cada (Criação de estratégias; Adaptações de estratégias; e Manutenção de estratégias).

Resultado

Nas bases de dados e plataformas foram recuperados 2.590 registros. Após a exclusão das duplicatas (n=1.254), 1.336 foram triados. Ao final da primeira etapa de seleção, foram incluídas 84 publicações para a leitura dos textos completos. Também foi realizada uma seleção a partir de lista de referências (n=54), uma busca manual a partir de grupos de pesquisa sobre o tema (n=19) e indicações de especialistas (n=2). Do total, 70 relatos foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade, sendo que as

justificativas podem ser encontradas no material suplementar (<https://doi.org/10.5281/zenodo.6461683>). Ao final da seleção, 49 publicações foram incluídas¹⁶⁻⁶⁴. O processo de seleção pode ser visualizado na Figura 1.

Características dos estudos

Quarenta e nove relatos foram incluídos nesta revisão de escopo. Trinta e dois estudos são relato de experiência^{16-20,22,23,25-28,30,31,35,38-41,43,46-48,50-52,54,55,57,60,61,63}, um estudo transversal⁵⁶, uma análise documental⁴⁶, uma carta ao editor³⁵, uma coorte³⁸, um ensaio³³, cinco estudos de caso^{43,45,50,54,59}, um estudo descritivo⁶⁰, uma netnografia²⁵, dois transversais^{28,32} e quatro publicações não tinham indicado qual o tipo de estudo^{21,24,37,63}. Os estudos foram publicados em sua maioria em 2020^{17,19-24,26,28,30-32,36,39-41,43-52,55,56,58,59,64}, não sendo realizada a avaliação da qualidade metodológica, tendo em vista as características das revisões de escopo.

Dezesseis estudos foram conduzidos no Nordeste^{17,18,20,28,31,42-44,47,48,50,51,54,56,60,61}, quatorze na região Sudeste^{19,21,26,29,30,36-38,43,47,50,55,57}, nove na região Sul^{16,22,25,32,41,55,58,60,62}, um na região Centro-Oeste⁵³ e nenhum na região Norte. Além disso, cinco publicações tinham abrangência nacional^{24,27,35,46,63} e um estudo na América Latina³³. Uma publicação não informou o local³⁷.

A população dos estudos foi composta por profissionais de saúde^{16,18,31,39,42,43,48,49,54,56,57,59,60,63,64}, agentes comunitários de saúde^{27,30}, enfermeiros²⁵, população adstrita dos serviços de saúde^{28,38,40,44,51,59,62}, idosos^{37,45,51}, residentes e/ou estudantes de graduação^{29,53,58} e três estudos não informaram a população^{33,35,46}.

Estratégias para enfrentamento da COVID-19

Com base na classificação apresentada anteriormente, os 49 estudos incluídos revelaram 226 ações (130 em estratégias gerenciais e 96 assistenciais). A maioria dos estudos (n=30) combinou estratégias gerenciais e assistenciais (187 ações - 104 gerenciais e 83 assistenciais)^{16-18,21,22,25,26,28-31,33-36,40,41,43,45,46,48-50,52,53,56,57,59,63,64}, enquanto 19 trabalhos apresentaram estratégias únicas, sendo dez puramente assistenciais^{19,23,37,38,42,51,55,60-62} e nove gerenciais^{20,24,27,31,38,43,46,53,57}.

Na sequência são descritas as estratégias gerenciais e assistenciais, em relação à criação, adaptação ou manutenção das ações, sem distinção se eram estudos mistos ou com estratégias únicas.

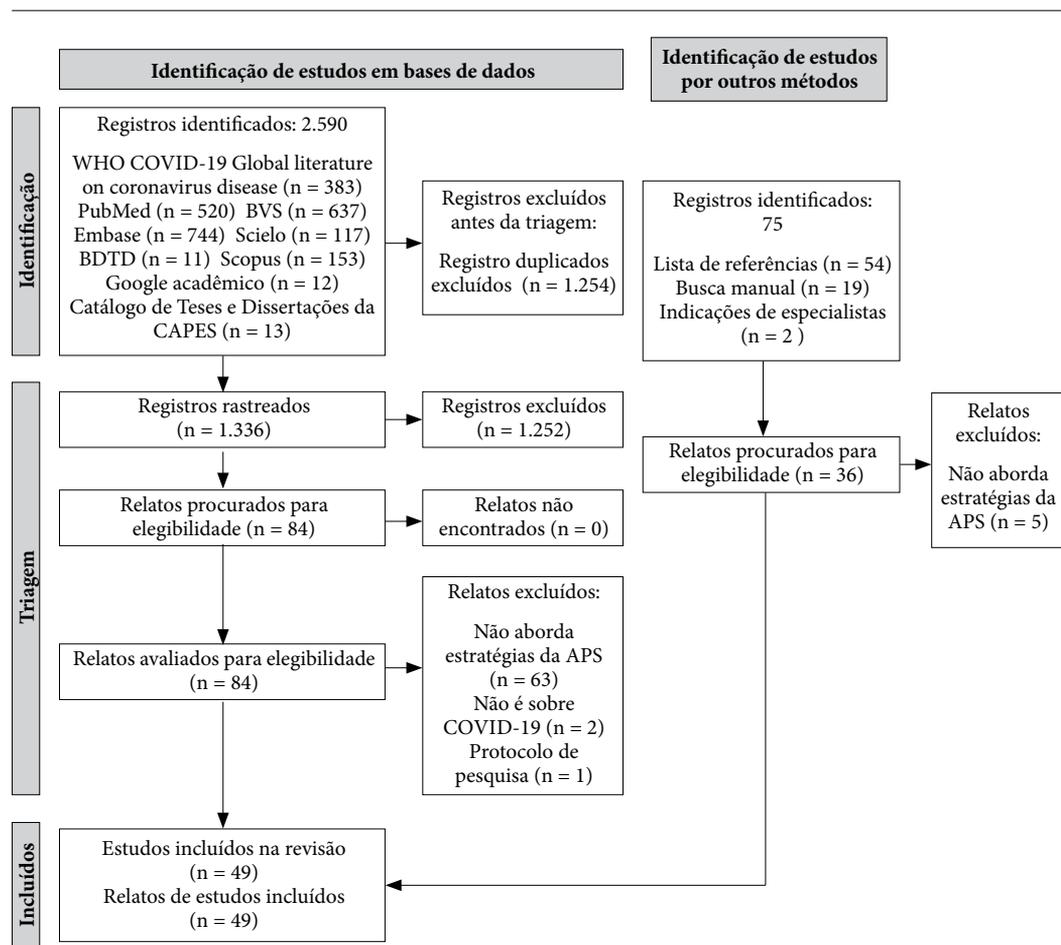


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos.

Fonte: Autoras.

Cabe ressaltar que um único estudo pode ter sido incluído em mais de uma estratégia e/ou ação.

No âmbito das estratégias gerenciais, 33 estudos^{16,17,20,22,24-26,28-36,39-41,43-48,52-54,56-58,63,64} criaram novas ações (n=130 ações) para o enfrentamento da COVID-19, 22 propuseram adaptações em ações previamente trabalhadas nos serviços^{16-18,21,22,26,27,31,33-35,43,45-50,57,59,64} (n=31) e três¹⁶⁻¹⁸ mantiveram o que estava em andamento (n=3).

Em relação a novas ações, 24 publicações relataram a criação de fluxos de trabalho^{16,17,22,24,25,28-32,34-36,39,41,44,45,47,48,52,53,56,63,64}, 17 focaram em ações de educação permanente^{25,26,28-31,35,36,40,43,45,47,48,52,54,56,57}, nove em benefícios para os trabalhadores^{16,24,19,21,24,26,37,64}, seis em ampliação do apoio técnico^{22,24,36,46,47,58}, seis na área de vigilância^{25,31,32,44,52,54}, seis no âmbito da segurança^{30,34-36,48,57}, três se basearam no uso de novas tecnologias^{20,24,28} e duas foram baseadas no apoio social^{26,34}. Nas adap-

tações, 17 estudos possuíam ações voltadas para os fluxos de trabalho^{17,18,21,26,27,29,33,34,43,45,46,48-50,57,59,64}, três para mudanças nas portas de entrada^{18,22,64}, quatro na realocação de profissionais^{16,32,36,64} e dois apontavam ações para a segurança dos profissionais^{57,64}. Na manutenção de estratégias gerenciais, um estudo tinha ação voltada para a segurança dos profissionais, adaptação dos serviços e para a questão dos fluxos¹⁶.

No âmbito das estratégias assistenciais, 32 estudos^{16,18,19,22,23,25,28,29,31,33,34,36-38,40,41,43,45,46,48,49,51-53,55,57,60-64} criaram novas ações (n=54 ações) para o enfrentamento da COVID-19, 18 adaptaram ações^{16,21,26,29,31,33-35,40-43,45,46,48,54,57} previamente trabalhadas nos serviços (n=26) e 10^{16,21,25,33,34,36,48,54,58,60} mantiveram o que estava em andamento (n=15).

Em 27 estudos relatou-se o uso de novas tecnologias para a promoção do cuidado^{18,19,22,23,25,26,28,31,33,34,36,40,43,45,46,48,49,51-53,55,57,60-64},

quatro apontaram ações de diagnóstico^{16,29,38,64}, três ações de visitas domiciliares^{45,46,52}, três vacinação para outros públicos^{41,43,45}, três criação de fluxos assistenciais^{25,28,36}, dois acompanhamento clínico^{29,38}, e em um estudo foi criada estratégia voltada exclusivamente para a vacinação de idosos contra a COVID-19³⁷. Sobre a adaptação de estratégias assistenciais, 12 estudos mostraram ações na promoção da continuidade do cuidado^{16,19,21,23-25,30-33,35,38}, cinco adaptações na área da telemedicina^{16,32,33,42,51}, dois no monitoramento^{32,42}, dois na vacinação^{21,42} e um estudo retratou alterações nas ações de saúde bucal²¹, e dois na dispensação de medicamentos para pacientes crônicos^{20,45}. Em relação a manutenção das estratégias, cinco estudos relataram ações voltadas para o cuidado de pacientes crônicos^{16,21,36,38,55}, cinco estratégias de manutenção dos fluxos assistenciais^{25,35,50,59,61}, três para o cuidado materno-infantil^{16,36,55} e dois para a vacinação^{36,55}.

Barreiras e facilitadores

Quarenta e duas publicações apresentaram barreiras e ou facilitadores à implementação das estratégias e ações^{16,17,19,20,23-29,32-39,41,42,44,46-64}, que foram categorizadas nos níveis: usuário, profissional, serviços e sistemas.

A nível do usuário destacam-se como barreiras à adaptação e acesso dos usuários à novas tecnologias para teleatendimento ou práticas online^{23,24,35,51,55,61,62}, acesso à informação qualificada^{35,55,60} e convencimento sobre os riscos das conversas e aglomerações nas UBS⁴⁴. A nível dos profissionais as barreiras encontradas foram a dificuldade de manejar tecnologias ou EPI^{49,60,64}, comunicação com os usuários^{22,27,45}, disponibilidade de EPI^{58,59}, acesso a internet³⁴ e sobrecarga de trabalho²⁷. Em relação ao nível de serviços as principais barreiras foram: falta de EPI^{16,31,36,47,64}, reorganização do fluxo de trabalho e novos protocolos^{17,32,33,44,50,60}, acesso a internet³⁴ e espaço físico limitado^{41,45,53}. No nível do sistema as dificuldades dos testes diagnósticos^{47,63} e financiamento^{31,48} são as principais barreiras.

Em relação aos facilitadores para implementação de ações foram citados a colaboração da população¹⁸, aumento do vínculo e acolhimento^{28,37,44,47,48} e aumento da adesão dos pacientes via remota^{40,62} no nível dos usuários. Já em relação aos profissionais, foram apontados como potenciais o empenho e comprometimento dos profissionais¹⁶, as reuniões multidisciplinares²⁰, o reconhecimento profissional²⁶, a maior aproximação entre os profissionais^{27,56} e disponibilidade

de capacitações^{55,58,59}. Quanto ao nível dos serviços foram relatados como facilitadores o uso de tecnologias remotas^{21,38,56}, horários alternativos de funcionamento³¹, articulação com os dispositivos comunitários do território⁵² e a transmissão de conteúdos⁵⁶. Além disso, a utilização de novos protocolos e diretrizes^{25,44,56} foi apontado como um potencial para o nível de sistemas.

Discussão

Essa revisão de escopo mapeou nas evidências científicas as estratégias que foram desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil durante a pandemia de COVID-19, conforme os resultados apresentados. A maioria dos estudos eram relatos de caso e contemplavam os profissionais de saúde, o que era esperado tendo em vista a urgência no compartilhamento de evidências na emergência sanitária e o papel desses profissionais nas ações adotadas. O grande número de publicações que misturam estratégias de gestão e de assistência corrobora estudos que demonstram o quanto gestão e assistência encontram-se interligadas na prática em saúde⁶⁵⁻⁶⁸. Concomitantemente, a identificação de um maior número de publicações com intervenções gerenciais pode sinalizar uma influência dos interesses dos gestores sobre tais práticas.

Resultados como o da maioria das estratégias (74%) de âmbito gerencial referirem-se a propostas criadas durante aquele período, enquanto apenas cerca de 20% serem adaptações e 2% manutenção de ações já realizadas na rotina, reforçam a percepção de que todo o saber técnico-científico que cabe aos profissionais responsáveis diretos pela assistência em saúde⁶⁸ não foram suficientes naquela situação, assim como demonstram o quanto as necessidades impostas em saúde induzem a proposição de novas práticas⁶⁹.

Ao mesmo tempo, a tendência dos profissionais de saúde em adaptarem ou manterem as práticas já incorporadas no cotidiano dos serviços, simultaneamente à criação de novas estratégias, reafirmam a busca em atender as necessidades já impostas nos serviços, como no caso das consultas de pré-natal e nas ações de vacinação, sem deixar de reconhecer as novas necessidades impostas pela pandemia de COVID-19⁶⁹.

Exemplificam esta concepção a construção de fluxos e linhas de cuidado serem as intervenções que mais se destacaram entre as estratégias criadas^{16,17,22,24,25,28-32,34-36,39,41,44,45,47,48,52,53,56,63,64} e adaptadas^{17,18,21,26,27,29,33,34,43,45-50,57,59} pela gestão, enquanto

no âmbito assistencial, foi o uso de novas tecnologias^{18,19,22,23,25,26,28,31,33,34,36,40,43,45,46,48,49,51-53,55,57,60-64}.

Cabe pontuar que o uso de tecnologias digitais pelos serviços de APS, em especial, o teleatendimento (por telefone, WhatsApp, consulta on-line), já se encontrava em expansão entre as práticas de saúde⁵⁰. Este aumento na utilização de tecnologias digitais, se mantida no cotidiano das equipes, poderia auxiliar na ampliação do acesso à usuários localizados em áreas remotas e de difícil deslocamento até os serviços.

Entretanto, ressalta-se que este recurso foi muito utilizado para as consultas individuais^{22,23,26,40,41}, com predomínio de propostas para grupos populacionais específicos, como com transtorno mental grave, situação de violência, cuidado paliativo, além daqueles já considerados prioritários no cotidiano dos serviços, como crianças menores de um ano, gestantes, puérperas e idosos^{16,21,36-38,43,46,49,52,53}.

É importante destacar que cabe um questionamento sobre as visitas domiciliares e a priorização de grupos populacionais para atendimentos, considerando que esses padrões já eram assim definidos antes da pandemia de COVID-19, mas que se tornou mais evidenciado neste cenário imposto pelo distanciamento social e suspensão das consultas de rotina. Esses padrões seriam uma resposta à necessidade imposta pelo novo modelo de financiamento da APS, que entrou em vigor no período durante a pandemia^{70,71}. É preciso considerar que os indicadores desse novo modelo são buscados pelas equipes de maneira desenfreada mesmo em detrimento de outros grupos populacionais ou práticas mais inclusivas^{21,70}, como se viu com o atendimento odontológico das gestantes, apontado pela literatura como uma das causas do retorno dos atendimentos eletivos de saúde bucal, antes mesmo da instituição de normas técnicas científicas para sua realização com segurança²¹.

Desta forma, para além da suspensão das atividades em grupo, que caracteriza um modelo de atenção mais centrado na doença, este resultado levanta também a reflexão de que apesar de referir-se a uma nova estratégia, ela mantém em sua essência a mesma tecnologia operante das consultas individuais presenciais, além da reprodução de um modelo de atenção biologicista e voltadas às ações programáticas⁶⁹, que continua valorizando a lógica da vigilância.

Assim, pode-se interpretar que muitas das propostas compreendidas como novas, em sua natureza, referem-se a uma adaptação dos processos de trabalho na busca em manter a rotina dos serviços. Ao mesmo tempo, sem entrar na

discussão da necessidade destas atividades remotas serem utilizadas também para a promoção da saúde, esta iniciativa proporcionou um acompanhamento mais próximo para grupos considerados prioritários, sinalizando a operacionalização de um modelo de atenção que valoriza o cuidado longitudinal – mesmo este não sendo ofertado a toda a população do território.

Na contramão deste movimento de suspensão de atividades em grupos^{26,27,32,49,50} ou da utilização de estratégias centralizadas em grupos prioritários, destacaram-se estudos que evidenciaram a manutenção do fluxo regular pelo serviço^{25,33,50,57,59}. Entre eles, chama atenção um que menciona o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) como “elemento fundamental no sucesso da ação”⁶⁰, o que reafirma a existência e potencialidade de diferentes agentes mobilizados no processo de trabalho em saúde⁶⁹, além da importância destes profissionais recuperarem o protagonismo de outros tempos.

Nesta mesma perspectiva, cabe pontuar as iniciativas centradas em um cuidado mais abrangente, de promoção de hábitos saudáveis e de manutenção do vínculo^{28,40,51,52,62,63}. Em um número ainda menor, mas atendendo completamente a proposta de uma APS integral e integradora, identificou-se intervenções voltadas à proteção social, como distribuição de cestas básicas e itens de higiene, e auxílio para o preenchimento do cadastro dos usuários em programas sociais^{26,34,36,41}.

Este movimento de criar intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos foi observado, também, em ações específicas sobre a COVID-19, por meio da divulgação de informações confiáveis e a oferta de vacinação, incluindo da influenza – que se apresentava como um agravamento para a situação pandêmica do país^{20,26,28,35,37,41-43,45,52,56}. Tais iniciativas mereceriam ser incorporadas nas rotinas dos serviços, uma vez que poderiam contribuir, não apenas com questões relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, mas, também, com o enfrentamento do estigma e a discriminação que são reproduzidos ao longo dos anos por desinformação da população sobre determinadas doenças.

Entre as novas intervenções assistenciais destacou-se a construção de fluxos assistenciais para manter o distanciamento entre os usuários, sem prejuízo na ampliação do acesso ao diagnóstico e à assistência clínica, incluindo o monitoramento e acompanhamento das pessoas suspeitas e/ou confirmadas^{16,25,28,29,36,38,45,64}.

Já nas estratégias criadas pela gestão, além daquelas mais voltadas para a vigilância da doença^{25,33,34,46,54,56} e construção de linha de cui-

dado e fluxos organizacionais da rede de serviços^{16,17,22,24,2528-32,34-36,39,41,44,45,47,48,52,53,56,63,64}, merece atenção o desenvolvimento de propostas de apoio aos serviços, como por exemplo, na qualificação do processo de trabalho em saúde (notas técnicas e ações de educação permanente para profissionais de saúde)^{16,19-21,25,33,42} e para funcionários de outros setores da prefeitura³⁰.

A construção de espaços de troca de saberes, como na criação de grupos discussão e tomada de decisões^{47,59}, é outra ação que merece destaque por qualificar os profissionais na perspectiva de uma atenção mais voltada às especificidades de cada situação, o que mereceria ser continuado na rotina destes serviços e incorporado por todos os outros, uma vez que favoreceria a materialização da integralidade preconizada para a APS e ainda distante da prática de muitos serviços.

Observou-se, ainda, iniciativas de atenção à saúde dos trabalhadores, como na oferta de assistência psicológica, auriculoterapia, *reiki*, ioga, técnicas de automassagem e meditação, práticas de ginástica laboral^{47,48,52,59}, além de estratégias de acolhida para os funcionários afastados do trabalho em decorrência da COVID-19⁴⁸.

Salienta-se que apesar do rigor metodológico da revisão de escopo, os resultados precisam ser considerados com cautela, uma vez que não é previsto avaliação da qualidade das publicações. Outro limitador a ser considerado refere-se à seleção dos dados, pois, apesar da busca abrangente, em virtude do grande volume de publicações em torno do tema COVID-19, estudos podem não ter sido recuperados e outros podem ter sido publicados após a finalização da revisão. Além disso, a necessidade urgente de informações levou muitos artigos a serem disponibilizado em formato pré-print e publicados em curtíssimo espaço de tempo o que comprometeu, muitas vezes, a descrição das estratégias e a contextualização das ações, fato que se reflete nos resultados.

Considerações finais

A emergência sanitária da COVID-19 impôs um imenso desafio e exigiu resposta imediata do sistema de saúde que precisou se reorganizar para atender às demandas. No contexto dos serviços de APS não foi diferente, foram necessários diversos processos de adaptação ou adoção de novas estratégias para garantir o acesso da população à continuidade do cuidado somado a atenção dispendida para a COVID-19. Nessa revisão de escopo buscamos apresentar quais foram essas estratégias.

Por meio desta diversidade de intervenções identificadas nos estudos, pode-se concluir que há vários projetos em disputa nos serviços de APS, evidenciados por diferentes objetos, instrumentos de trabalho e ações dos profissionais, que explicitam distintos modelos de atenção produzidos no processo de trabalho⁶⁹. Alguns se identificaram ao modelo de atenção tradicional (epidemiológico e clínico) – que traz um enfoque biologicista e centrado na vigilância individualizante da doença – e, outros, da saúde coletiva – com um olhar holístico para a saúde, buscando atender ao modelo de atenção ampliado, que valoriza a integralidade e a longitudinalidade baseada no cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade.

É importante ponderar que, apesar da COVID-19 referir-se a uma doença transmissível e que, portanto, necessita de uma abordagem mais centrada na vigilância epidemiológica, é preciso que os serviços de APS considerem a saúde em seu aspecto mais amplo, incluindo as vulnerabilidades para sua ocorrência, assim como a coexistência de diferentes condições de saúde que podem agravar o quadro clínico da doença. Mas que, para além da pandemia, os processos de trabalho precisam reconhecer que as pessoas continuam vivendo e apresentando novas, e antigas, necessidades de (e em) saúde. Neste sentido, constatou-se que o mesmo desafio do antagonismo presente na organização dos processos de trabalho na APS, anterior ao período pandêmico, perduram nas estratégias atuais.

Colaboradores

MC Bortoli contribuiu na concepção, desenvolvimento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. PR Sanine contribuiu na concepção, desenvolvimento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. BC Araújo contribuiu na concepção, desenvolvimento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. CF Oliveira contribuiu na concepção, desenvolvimento, análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. MIS Costa contribuiu na concepção, desenvolvimento, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. TR Tesser contribuiu no desenvolvimento, na redação do artigo e na aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

À Mônica Martins de Oliveira Viana (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde, SES-SP), pelo apoio na concepção da revisão, e Isabel dos Santos Figueiredo (Bibliotecária do Serviço de Acesso à Informação, na Divisão da Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo), pela elaboração das estratégias de busca e realização das buscas nas bases e plataformas.

Financiamento

Projeto financiado pelo FESIMA, ligado à SES-SP, sob o CAF nº 015/2021.

Referências

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
2. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, Laguardia J, Bellido JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Cien Saude Colet* 2018; 23:1751-1762.
3. Venancio SI, Rosa TEC, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2016; 16:283-293.
4. Alckmin G, Pesaro F, Hoffmann G. *Comissão de Transição Governamental. Relatório do Grupo Técnico de Saúde - Produto 2. Relatório Final*. Brasília: MS; 2022.
5. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):38-51.
6. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00040220.
7. Nunes J. A pandemia de COVID-19: securitização, crise neoliberal e a vulnerabilização global. *Cad Saude Publica* 2020; 36(5):e00063120.
8. Johnson MC, Saletti-Cuesta L, Tumas N. Emociones, preocupaciones y reflexiones frente a la pandemia del COVID-19 en Argentina. *Cien Saude Colet* 2020; 25(Supl. 1):2447-2456.
9. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* 2020; 36(8):e00149720.
10. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020.
11. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MD, Horsley T, Weeks L, Hempel S, Akl EA, Chang C, McGowan J, Stewart L, Hartling L, Aldcroft A, Wilson MG, Garrity C, Lewin S, Godfrey CM, Macdonald MT, Langlois EV, Soares-Weiser K, Moriarty J, Clifford T, Tunçalp Ö, Straus SE. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018; 169(7):467-473.
12. Viana MMO, Bortoli MCS, Sanine PR, Costa MIS, Oliveira CF, Araújo BC. *Estratégias desenvolvidas nos serviços de atenção primária à saúde durante a pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão de escopo rápida - Protocolo*. Zenodo; 2022.
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 2016; 5:210.
14. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Ayres JRCM, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 2017. p. 298-374.

15. World Health Organization (WHO). *Strengthening and Adjusting Public Health Measures throughout the COVID-19 Transition Phases*. Copenhagen: WHO European Region; 2020.
16. Andres SC, Carlotto AB, Leão A. A organização e estruturação do serviço de saúde na APS para o enfrentamento da Covid-19: relato de experiência. *APS Rev* 2021; 3(1):9-15.
17. Araújo Júnior DG, Belarmino AC, Rodrigues MENG, Vieira LJES, Ferreira Júnior AR. Implicações da gestão em atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia da COVID-19. *Rev APS* 2021; 23(3):559-568.
18. Belfort IKP, Costa VC, Monteiro SCM. Acolhimento na estratégia saúde da família durante a pandemia da Covid-19. *APS Rev* 2021; 3(1):3-8.
19. Brêtas SM, Guilam MCR. Relato de Experiência: A Odontologia no Apoio ao Monitoramento Estratégico da Covid-19. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: As Experiências Nos Territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/Profsaúde; 2020. p. 58-65.
20. Cardona Júnior AHS, Andrade CWQ, Caldas LNM. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. *APS Rev* 2020; 2(2):137-141.
21. Carletto AF, Santos FF. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis (Rio J)* 2020; 30(3):e300310.
22. Cruz NMLV, Souza EB, Sampaio CSF, Santos AJM, Chaves SV, Hora RN, Souza RC, Santos JE. Apoio psicossocial em tempos de COVID-19: experiências de novas estratégias de gestão e ajuda mútua no sul da Bahia, Brasil. *APS Rev* 2020; 2(2):97-105.
23. Dimer NA, Canto-Soares N, Santos-Teixeira L, Goulart BNG. The COVID-19 pandemic and the implementation of telehealth in speech-language and hearing therapy for patients at home: An experience report. *CODAS* 2020; 32(3):e20200144.
24. Farias LABG, Colares MP, Barretoti 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(42):2455.
25. Fermo VC, Alves TF, Boell JEW, Tourinho FSV. A consulta de enfermagem no enfrentamento da COVID-19: vivências na atenção primária à saúde. *Rev Eletr Enferm* 2021; 23:1-7.
26. Fernandez MV, Castro DM, Fernandes LMM, Alves IC. Reorganizar para avançar: a experiência da Atenção Primária à Saúde de Nova Lima/MG no enfrentamento da pandemia da Covid-19. *APS Rev* 2020; 2(2):114-121.
27. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saude (Online)* 2021; 19:e00321153.
28. Ferreira MGBL, Santos TC, Santos RC, Lucena MLF, Santos CF, Araújo HMSS, et al. Estratégias de Enfrentamento da COVID-19 na Perspectiva da Atenção Primária de Saúde: relato de experiência da ESF Branca II. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as Experiências nos Territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/Profsaúde; 2020. p. 28-33.
29. Figueiredo EAB, Silva KLS, Luz HDH, Martins FLM, Marçal MA, Vitorino DFM, Costa HS. Atuação do Fisioterapeuta na saúde primária no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência. *Rev Bras Promo Saude* 2021; 34(1):1-10.
30. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). *2º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19* [Internet]. [acessado 2022 maio 13]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/segundo-boletim-da-pesquisa-monitoramento-da-saude-dos-ac-s-em-tempos-de-covid-19>.
31. Franca MCE, Alvarez REC. Assistência à Saúde do Trabalhador Usuário/Profissional do SUS durante o enfrentamento ao COVID-19 no município de Eunápolis-BA. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/Profsaúde; 2020. p. 108-111.
32. Freitas FO, Santos DVD. Covid-19 e Atenção Primária à Saúde: contexto epidemiológico e as experiências do Profsaúde nos territórios. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/Profsaúde; 2020. p. 12-13.
33. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, Iturrieta D, Almeida PF, Feo O. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saude* 2021; 19:e00310142.
34. Giovanella L, Bousquat A, Medina MG, Mendonça MHM, Facchini LA, Tasca R, Nedel FB, Lima JG, Mota PHS, Aquino R. *Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Editora Fiocruz; 2022.
35. Gois-Santos VT, Santos VS, Souza CDF, Tavares CSS, Gurgel RQ, Martins-Filho PR. Primary health care in Brazil in the times of COVID-19: Changes, challenges and perspectives. *Rev Assoc Med Bras* 2021; 66(7):876-879.
36. Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da atenção primária à saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. *APS Rev* 2020; 2:74-82.
37. Gutiérrez-Murillo RS. The Family Health Strategy and Its Relevance to Geriatric Immunisation Campaigns Against COVID-19 in Brazil. *Electro J Gen Med* 2022; 19(2):1-2.

38. Leal FE, Mendes-Correa MC, Buss LF, Costa SF, Bizarrio JCS, Souza SRP, Thomaz O, Tozetto-Mendoza TR, Villas-Boas LS, Oliveira-da Silva LC, Grespan RMZ, Capuani L, Buccheri R, Domingues H, Alexander N, Mayaud P, Sabino EC. Clinical features and natural history of the first 2073 suspected COVID-19 cases in the Corona São Caetano primary care programme: a prospective cohort study. *BMJ Open* 2021; 11(1):e042745.
39. Lima ED, Kinker FS. Relatos de experiência sobre Eldorado/SP - Vale do Ribeira: Trabalhador da saúde em tempos de COVID-19. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/ Profsaúde; 2020. p. 99-101.
40. Mendes AO, Campanha GSC, Silva CS, Medeiros H. Ampliação do acesso através de ferramentas virtuais. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/Profsaúde; 2020. p. 119-123.
41. Mendonça CS, Rosset I, Gonçalves MR, Bastos CGM, Medeiros AF. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia do COVID-19. *APS Rev* 2020; 2:28-32.
42. Oliveira MAB, Monteiro LS, Oliveira RC, Moreira TS, Marques ACF, Silva UMA, Oliveira NA, Pereira GFC, Silva ACS, Santana RM. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. *APS Rev* 2020; 2(2):142-150.
43. Oliveira LMS, Gomes NP, Oliveira ES, Santos AA, Pedreira LC. Estratégia de enfrentamento para covid-19 na atenção primária à saúde: relato de experiência em Salvador-BA. *Rev Gaucha Enferm* 2021; 42(n; esp.):e20200138.
44. Parente NC, Matta MFSSR, Brasil MA, Moreira MRC, Machado MFAS. Teleconsultas de usuários com suspeita de COVID-19: uma experiência na Estratégia Saúde da Família. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/ Profsaúde; 2020. p. 135-137.
45. Pingel ES, Llovet A, Cosentino F, Lesser J. Committing to Continuity: Primary Care Practices During COVID-19 in an Urban Brazilian Neighborhood. *Health Educ Behav* 2021; 48(1):29-33.
46. Prado NMBL, Rossi TRA, Chaves SCL, Barros SG, Magno L, Santos HLPC, Santos AMD. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. *Cad Saude Publica* 2020; 36(12):e00183820.
47. Ribeiro MA, Araújo Júnior DG, Cavalcante ASP, Martins AF, Sousa LA, Carvalho RC, Cunha ICKO. (RE)Organização da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19: Experiência de Sobral-CE. *APS Rev* 2020; 2(2):177-188.
48. 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 (Brasília)* 2020; 11(1):246-251.
49. Rodrigues AP, Felipe CR, Lima DB, Costa LRO, Fernandes PF, Silva RPP, Fernandes RM, Lazarini WS. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *APS Rev* 2020; 2(2):189-196.
50. Santos ABS, França MVS, Santos JLF. Atendimento remoto na APS no contexto da COVID-19: a experiência do Ambulatório da Comunidade da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em Salvador, Bahia. *APS Rev* 2020; 2(2):169-176.
51. Santos SM, Reis DS, Souza CRC, Cunha VMM, Chazan ACS. Terapia comunitária integrativa no enfrentamento à pandemia: uma rede on-line de apoio solidário. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/Profsaúde; 2020. p. 138-142.
52. Silva MHM, Costa BF, Itaborahy LM, Costa LT, Grosman E. APS no combate à pandemia: estratégias individual, familiar e comunitária em uma clínica da família do Rio de Janeiro. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/ Profsaúde; 2020. p. 34-39.
53. Souza DTV, Stefanello S. "Anjos da Saúde": O telemonitoramento de idosos como estratégia de enfrentamento à COVID-19. In: Teixeira CP, Favoreto CAO, Santos DVD, Savassi LCM, Guilam MCR, Machado MFAS, Pinto MEB, organizadores. *COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede Profsaúde)*. Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/ Profsaúde; 2020. p. 124-128.
54. Souza LAB, Neves HCC, Aredes NDA, Medeiros ICLJ, Silva GO, Ribeiro LCM. Nursing supervised curricular internship in the Covid-19 pandemic: experience in the program Brasil Conta Comigo. *Rev Esc Enferm USP* 2021; 55:e20210003.
55. Souza JP, Garcia EG, Nascimento AS, Brito RS, Greszorn Júnior IL, Bonfim JM. Contribuições do programa mais médicos no enfrentamento da pandemia de covid-19 na Bahia. *Rev Baiana Saude Publica* 2021; 45:108-119.
56. Ximenes Neto FRG, Carvalho e Araújo CR, Silva RCC, Aguiar MR, Sousa LA, Serafim TF, Dorneles JA, Gadelha LA. Coordenação do cuidado, vigilância e monitoramento de casos da COVID-19 na Atenção Primária à Saúde. *Enferm Foco (Brasília)* 2020; 11(1):239-245.
57. Souza LB, Schir DG, Soccol KLS, Santos NOD, Marchiori MRCT. Estágio curricular supervisionado em enfermagem durante a pandemia de Coronavírus: experiências na atenção básica. *J Nurs Health* 2020; 10(4):20104017.

58. Meneses AS. Gerenciamento Emergencial de Recursos da Atenção Primária à Saúde no Enfrentamento à pandemia da COVID-19. *SciELO Preprints*; 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.557>.
59. Claudino LMZ, Albuquerque MIN, Macêdo VC, Campelo FMP, Fernandes GAS. Tecnologias de Informação e Comunicação: ferramenta de educação em saúde no contexto da COVID-19. *APS Rev* 2020; 4(1):27-36.
60. Coelho OCS, Ferreira ATM, Mendonça RD. Pandemia COVID-19 e Ações do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica na Rede SUS. *APS Rev* 2021; 3(3):156-167.
61. Brasileiro HMLM, Monte CD, Santos WJ, Meira MA, Pereira ANX, Ramos RLL, Nascimento R, Morais AF, Feitosa EMC. Controle glicêmico à distância dos idosos diabéticos insulinizados: uma experiência da atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em tempos de pandemia da COVID-19. *APS Rev* 2021; 3(3):168-175.
62. Becchi AC, Moisés SCC, Lovato NS, Harami GH, Alcântara VCS, Barbosa VCAA, Machado RA. Incentivo a prática da atividade física: estratégias do NASF em meio à Pandemia de Covid-19. *APS Rev* 2021; 3(3):176-181.
63. Fernandez M, Carvalho W, Borges V, Klitzke D, Tasca R. A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à pandemia da COVID-19: um mapeamento das experiências brasileiras por meio da Iniciativa APS Forte. *APS Rev* 2021; 3(3):224-234.
64. Silveira JPM, Zonta R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. *APS Rev* 2020; 2:91-96.
65. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaff JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, McGuinness LA, Stewart LA, Thomas J, Tricco AC, Welch VA, Whiting P, Moher D. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021; 372:n71.
66. Sanine PR, Dias A, Machado DF, Zarili TFT, Carrapato JFL, Placideli N, Nunes LO, Mendonça CS, Castanheira ERL. Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior paulista. *Cad Saude Publica* 2021; 37:e00242219.
67. Feuerwerker LCM, organizador. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida; 2014.
68. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Cien Saude Colet* 1999; 4:221-242.
69. Paim JS. Da teoria do processo de trabalho em saúde aos modelos de atenção. In: Ayres JRCM, Santos L, organizadores. *Saúde, sociedade e história*. São Paulo: Hucitec/Rede Unida; 2017. p. 375-392.
70. Seta MH, Ocke-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet* 2021; 26(Supl. 2):3781-3786.
71. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*; 2019.

Artigo apresentado em 07/06/2023

Aprovado em 21/08/2023

Versão final apresentada em 23/08/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

