

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E COVID-19: DESAFIOS PARA UNIVERSIDADES, TRABALHADORES E GESTORES EM SAÚDE

PRIMARY HEALTH CARE AND COVID-19: CHALLENGES FOR UNIVERSITIES, HEALTH WORKERS AND MANAGERS

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y COVID-19: DESAFÍOS PARA LAS UNIVERSIDADES, LOS TRABAJADORES DE LA SALUD Y LOS GERENTES

Daniela Gomes dos Santos Biscarde¹
Ednir Assis Souza²
Karina Araújo Pinto³
Livia Angeli Silva⁴
Melissa Almeida Silva⁵
Maria Enoy Neves Gusmão⁶

Como citar este artigo: Biscarde DGS, Souza EA, Pinto KA, Silva LA, Silva MA, Gusmão MEN. Atenção Primária à Saúde e COVID-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. Rev baiana enferm. 2022;36:e37824.

Objetivo: descrever experiência do grupo de apoio à Atenção Primária à Saúde, do Comitê de Enfermagem para Enfrentamento da COVID-19 em uma capital do Nordeste do Brasil. **Método:** coleta de informações nas unidades de saúde sobre estrutura física, planos de ação, fluxos de atendimentos e força de trabalho, entre março e maio de 2020. **Resultados:** problemas identificados em 46 unidades, tais como: fragilidades na vigilância em saúde; estrutura física para atender usuários com e sem sintomas respiratórios; inadequação de equipamentos de proteção individual; afastamento de profissionais infectados pelo SARS-CoV-2; capacitação insuficiente para as demandas. Foram disponibilizados às unidades: materiais de apoio técnico-científico, espaços virtuais de debates, encaminhamento de demandas trabalhistas, materiais para adequar rotinas dos serviços e recomendações para instância superior da gestão municipal de saúde. **Considerações finais:** condições precárias da Atenção Primária à Saúde implicam em desestruturação de resposta adequada em momentos de emergências sanitárias.

Descritores: COVID-19. Sistemas de Saúde. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Universidades. Gestão em Saúde. Vigilância em Saúde Pública.

Objective: to describe the experience of the primary health care support group of the Nursing Committee to Combat COVID-19 in a capital of northeastern Brazil. Method: collection of information in health units about physical

¹Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. dbiscarde@ufba.br. <https://orcid.org/0000-0001-8758-2645>.

²Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5845-6527>.

³Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-5199-7010>.

⁴Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-5606-5477>.

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-6669-9593>.

⁶Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunta na Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0996-2033>.

structure, action plans, care flows and workforce, between March and May 2020. Results: problems identified in 46 units, such as: weaknesses in health surveillance; physical structure to assist users with and without respiratory symptoms; inadequacy of personal protective equipment; removal of professionals infected with SARS-CoV-2; insufficient capacity building for the demands. The following were made available to the units: technical-scientific support materials, virtual spaces of debates, referral of labor demands, materials to adapt routines of services and recommendations for higher instance of municipal health management. Final considerations: precarious conditions of Primary Health Care imply the disorganization of adequate response in times of health emergencies.

Descriptors: COVID-19. Health Systems. Nursing. Primary Health Care. Universities. Health Management. Public Health Surveillance.

Objetivo: describir la experiencia del grupo de apoyo a la atención primaria de salud del Comité de Enfermería para combatir el COVID-19 en una capital del noreste de Brasil. Método: recopilación de información en las unidades de salud sobre estructura física, planes de acción, flujos de atención y fuerza laboral, entre marzo y mayo de 2020. Resultados: problemas identificados en 46 unidades, tales como: debilidades en la vigilancia de la salud; estructura física para ayudar a los usuarios con y sin síntomas respiratorios; insuficiencia de equipos de protección individual; eliminación de profesionales infectados con SARS-CoV-2; insuficiente creación de capacidad para las demandas. Se pusieron a disposición de las unidades: materiales de apoyo técnico-científico, espacios virtuales de debates, derivación de demandas laborales, materiales para adaptar rutinas de servicios y recomendaciones para la superior instancia de la gestión sanitaria municipal. Consideraciones finales: las condiciones precarias de atención primaria de salud implican la desorganización de la respuesta adecuada en tiempos de emergencias sanitarias.

Descriptores: COVID-19. Sistemas de Salud. Enfermería. Atención Primaria de Salud. Universidades. Gestión en Salud. Vigilancia en Salud Pública.

Introdução

O novo coronavírus surgiu em dezembro de 2019, na China, e alastrou-se tão rapidamente, que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2020, a pandemia global por *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*⁽¹⁻²⁾. Desde então, o controle e a prevenção da infecção pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV-2)* vêm desafiando os sistemas de saúde dos países dada à sua alta transmissibilidade, ao potencial de agravamento de alguns grupos⁽³⁾ e à necessidade de rigorosa vigilância comunitária dos casos e seus contatos⁽⁴⁾. No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi registrado em fevereiro de 2020, e o rápido aumento dos casos motivou alguns estados brasileiros a decretarem situação de emergência⁽⁵⁾.

Em países europeus considerados epicentro da pandemia inicialmente, houve rápido colapso dos sistemas de saúde e excessivos óbitos, por insuficiência das medidas de contenção adotadas⁽⁶⁾. Tais circunstâncias levaram a OMS a alertar outros países quanto à urgência na organização da rede de atenção,

visando criar condições para o enfrentamento da doença, mitigação de riscos e redução de danos⁽⁷⁾. A preocupação inicial no Brasil foi voltada à perspectiva de alta demanda por leitos de terapia intensiva e resultou em rápidas compras de equipamentos de ventilação mecânica e abertura de mais leitos hospitalares em todo o país⁽⁸⁻⁹⁾.

Entretanto, além de demandar cuidados de alta complexidade para os casos graves, a COVID-19 também exige ações robustas no que se refere à testagem e à produção de informação, essenciais para o planejamento de ações de prevenção de novas infecções, com foco no controle de riscos⁽⁴⁾. Além disso, ações intersetoriais e articulação com organizações da sociedade civil também são necessárias para viabilizar condições de distanciamento social necessárias ao esperado impacto na redução da transmissão do vírus⁽⁶⁾. Dadas as características do Sistema Único de Saúde (SUS), que é universal e tem a porta de entrada preferencial na Atenção Primária à Saúde (APS), é estratégico pensar o enfrentamento da pandemia tendo-a como ordenadora da rede de

atenção à saúde⁽¹⁰⁾ e elemento fundamental na estruturação de ações encadeadas, sobretudo em um país de dimensões continentais e de grande desigualdade social⁽¹¹⁾.

Diante dos desafios para o fortalecimento da APS e a reorientação do trabalho em saúde, urge a contribuição de diversos atores sociais para a superação de fragilidades já existentes no sistema de saúde brasileiro. Entende-se que a conjunção de esforços, mediante estratégias, como a articulação entre universidade e serviços de saúde⁽¹²⁾, pode ganhar novos contornos com a participação de entidades profissionais, promovendo alternativas de apoio organizacional, busca de evidências e difusão de conhecimento.

Foi nesse contexto que, de forma multi-institucional, constituiu-se um Comitê de Enfermagem em um estado do Nordeste brasileiro, buscando pensar, discutir e propor ações de enfrentamento da pandemia.

Este manuscrito tem como objetivo descrever a experiência do Grupo de Trabalho (GT) de Apoio à APS, do Comitê de Enfermagem para Enfrentamento da COVID-19 em uma capital do Nordeste do Brasil. São apresentados elementos da construção e atuação do GT, destacando-se a relevância desse modelo colaborativo, sobretudo pelo envolvimento das organizações dos trabalhadores e da Universidade, para analisar desafios e possibilidades do primeiro nível de atenção do SUS.

Método

Trata-se de relato de experiência de um grupo de trabalho de apoio à APS criado pelo Comitê de Enfermagem para o Enfrentamento da Covid-19, em uma capital do Nordeste do Brasil. O comitê foi formado em março de 2020, por representantes de entidades do campo da enfermagem (associação, sindicatos, conselho profissional) e de outros trabalhadores, por enfermeiras de serviços de saúde e por docentes de uma universidade federal. O foco da atuação do comitê foi orientação, apoio e defesa das trabalhadoras em enfermagem. Para tanto, estabeleceu-se parceria com o Ministério Público

do Trabalho (MPT) e o Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador (CEREST). Para as atividades, foram organizados grupos de trabalho por temas e ações específicas.

O GT de apoio à APS foi formado por 14 integrantes (docentes, dirigente sindical e trabalhadoras da rede municipal de saúde, incluindo uma da gestão). As ações foram iniciadas com o propósito de acompanhar a elaboração e a revisão dos planos de contingência das Unidades da APS para o enfrentamento da pandemia. Assim, foram escolhidas, aleatoriamente, 78 (54,9%) unidades de APS do município e distribuídas entre os membros do GT, para contato e acompanhamento por meio de e-mails ou telefone.

Diante da inexistência dos planos na maioria das unidades contatadas e das múltiplas situações relatadas, foi elaborado um instrumento para acompanhamento das Unidades pelos membros do GT. Buscou-se identificar elementos do processo de trabalho e da infraestrutura frente à epidemia (existência de protocolo escrito, profissionais afastados, atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), casos de COVID-19 na área e problemas enfrentados).

No acompanhamento dessas equipes por 45 dias, a partir de 20 de março de 2020, o GT elaborou diagnóstico e implementou ações conforme as demandas identificadas. Além das unidades acompanhadas diretamente, buscou-se contribuir com trabalhadores e gestores de toda a APS do município. No que se refere aos aspectos éticos, para as informações do tipo denúncia, foi assegurado o sigilo do denunciante. Para esta situação, havia um fluxo de informações entre as subcomissões do comitê. A denúncia era recebida pela comissão de comunicação e apenas a situação denunciada era informada para a comissão de investigação, protegendo a identidade do denunciante.

Resultados da Experiência

Com base na concepção de diagnóstico situacional⁽¹³⁾, o instrumento foi aplicado e analisado, tendo em vista a realidade do sistema municipal e os elementos da situação

epidêmica. Em abril de 2020, o município apresentava 50,27% de cobertura de APS, com 37,96% de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁴⁾. Das 78 unidades selecionadas, 46 responderam ao contato, sendo 30 unidades com ESF e 16 unidades sem ESF.

As ações implementadas, as recomendações ou os produtos elaborados tomaram como base os atributos da APS, reafirmados pela Política Nacional da Atenção Básica vigente⁽¹⁵⁾, além de normas técnicas relativas à pandemia. Como subsídio teórico, apoiou-se na perspectiva do Modelo de Vigilância da Saúde⁽¹⁶⁾.

Por meio do diagnóstico situacional, no contato com as unidades, identificou-se que,

até aquele momento, 41 (89,1%) das que responderam não haviam sistematizado por escrito um plano de atendimento para COVID-19. Todavia, algumas equipes iniciaram a discussão e, tanto os relatos verbais quanto os e-mails enviados ao GT, indicaram estratégias práticas respaldadas nas notas técnicas municipais, baseadas em recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde.

Após análise das informações do instrumento aplicado, os problemas mais frequentes foram agrupados em dimensões, conforme sistematizado no Quadro 1 e detalhados subsequentemente.

Quadro 1 – Desafios identificados em Unidades de Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19 em uma capital da Região Nordeste do Brasil

Dimensão	Desafios Encontrados
Processo de trabalho	Atuação fragilizada nos territórios, que compromete o cumprimento dos atributos da APS e o modelo de atenção centrado na Vigilância da Saúde.
Organização dos serviços e da rede	Suspensão de marcações de consultas eletivas e de atendimentos de rotina, desinformação sobre o fluxo e a dificuldade de acesso para testagem diagnóstica.
Estrutura física	Unidades com tamanho reduzido, deficiências na iluminação, na ventilação natural e no fluxo de pessoas em circulação.
Condições de trabalho	Problemas com suprimento de equipamentos de proteção individual, abastecimento de água, fornecimento de materiais de higienização.
Afastamento de profissionais	Afastamento de profissionais pertencentes a grupos de risco, devido ao isolamento ou caso suspeito.
Educação permanente e matriciamento	Dificuldades de atualização e apoio técnico-científico para as equipes desenvolverem seu papel.

Fonte: Elaboração própria.

Processo de trabalho

Identificou-se a fragilidade de ações consoantes com o Modelo de Vigilância da Saúde, fundamentadas no território e na atuação multiprofissional, com foco na abordagem individual e coletiva. Ações territoriais voltadas à identificação de riscos para ações de proteção específica foi um dos elementos mais ausentes ou restritos ao trabalho dos ACS. Nas unidades sem ESF, esse aspecto encontra-se ainda mais comprometido, pois abrangem grande contingente populacional, sem adscrição de clientela e, muitas vezes, sem ACS.

Na maioria das unidades, os ACS estavam realizando trabalhos internos, como atualização de fichas e cadastros. No território, eram atendidas apenas demandas pontuais pela equipe, como realização de curativos. Uma das justificativas apresentadas foi o fornecimento insuficiente de máscaras cirúrgicas nas unidades e a orientação sindical, para que os ACS não se expusessem na área sem a sua utilização.

A frágil atuação no território reflete questões anteriores à pandemia, que reduzem tais ações, na maioria das vezes, às visitas domiciliares e ao trabalho do ACS. Circunstâncias, como insuficiência de tablets para cadastro das famílias,

desconhecimento das possibilidades de utilização do sistema de informação, deficiência nas análises dos indicadores de saúde e demais elementos da rede sociocomunitária repercutem na ausência de planejamento e programação local em saúde. Tais fragilidades, relativas à insuficiência de informações em saúde geradas no território, reverberam no cenário atual da pandemia e dificultam o seu enfrentamento a partir da APS.

Organização dos serviços e da rede

A princípio, houve suspensão de marcações de consultas eletivas e de atendimentos de rotina. Foram mantidas consultas do pré-natal, de saúde sexual e reprodutiva e urgências odontológicas, além de farmácia, vacinação e curativos. Essa continuidade parcial foi garantida, mas com a tentativa de separação de espaço para pacientes sintomáticos respiratórios e com sintomas gripais.

A organização da oferta de serviços foi um dos pontos mais afetados pela baixa cobertura de APS, especialmente da ESF, pois a fragilidade do cadastro das famílias e do reconhecimento do território impediram uma efetiva estratificação de riscos, essencial nesse momento. Assim, com vínculos frágeis com a comunidade, verificou-se a dificuldade para a reorganização do acompanhamento regular, por meio de estratégias alternativas como telemonitoramento ou atividades peridomiciliares.

Outras deficiências da rede de atenção prejudicaram o fluxo para a realização de testes diagnósticos. Houve desinformação sobre encaminhamentos e dificuldade de acesso, mesmo para os profissionais de saúde. Tais problemas foram intensificados diante da baixa cobertura de APS e, por vezes, da existência de equipes incompletas, o que aumentou a usual sobrecarga dos serviços de emergência, além de inviabilizar o sistema de referência e contrarreferência.

Estrutura física

Foram relatados o reposicionamento de cadeiras da recepção das unidades, sinalização

do assoalho e colocação de “barreiras” em alguns espaços, para tentar manter o distanciamento entre as pessoas. Também destacaram: salas sem ventilação e iluminação naturais; espaço reduzido para a separação de usuários; inexistência de alternativa para entrada exclusiva dos sintomáticos respiratórios; ausência de local para lavagem das mãos ao entrar na unidade.

Não obstante as tentativas de adequação por parte das equipes, ocorreram muitas dificuldades para seguir as recomendações da Anvisa. Tais dificuldades estruturais advêm do funcionamento em unidades adaptadas. No momento de pandemia, as situações tornaram-se mais agudas e impossibilitaram adequações no fluxo de atendimento, para garantir mais segurança aos profissionais e aos usuários.

Condições de trabalho

Algumas unidades de saúde já enfrentavam anteriormente irregularidades no abastecimento de água e na oferta de insumos, e tais condições ficaram mais evidentes com o aumento do uso de produtos de higiene devido à necessidade de intensificar a lavagem das mãos. No entanto, o ponto mais enfatizado pelos gerentes foi a quantidade, qualidade e inadequação dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), identificados como fator potencializador de estresse e conflitos internos para as equipes.

Tais problemas levaram algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) a suspenderem determinadas atividades. Algumas elaboraram uma planilha para controle de distribuição de máscaras entre os trabalhadores, além de alternativas para obtenção de insumos, seja por meio da compra direta por profissionais ou mediante solicitação às instituições de ensino privadas, conveniadas com o município para atividades de ensino prático.

Afastamento dos profissionais

Houve demora em adotar medidas que permitissem o trabalho remoto para os profissionais que apresentavam condições

de saúde consideradas de risco. Mesmo após a publicação de normativas municipais reconhecendo tal necessidade, as análises dos méritos foram lentas. Por outro lado, o afastamento por suspeita da infecção foi elevado em algumas unidades e, quando somado aos afastamentos de profissionais dos grupos de risco, impactou o funcionamento dos serviços, uma vez que não havia substituição desses profissionais, e muitas unidades já atuavam com equipes incompletas.

Educação permanente, apoio institucional e matriciamento

A dúvida dos profissionais quanto à forma correta de agir foi recorrente, indicando fragilidades nas ações de educação permanente e matriciamento, que teriam permitido suporte especializado. Nesse caso, as tecnologias digitais poderiam ter sido melhor utilizadas para essa finalidade, por meio de reuniões virtuais e vídeo-aulas com as equipes, para apoio pedagógico e aperfeiçoamento do raciocínio clínico-epidemiológico, para atualização e embasamento técnico-científico.

Observou-se a chegada desordenada de material informativo, principalmente via WhatsApp, com muita sobreposição entre as diferentes esferas de governo, sem que houvesse um suporte técnico da gestão ou visitas às unidades para orientação. Nesse sentido, revelou-se fragilidades no fluxo de informações e no apoio das instâncias dos níveis central e intermediário da gestão.

Ações implementadas e produtos elaborados

Após o diagnóstico situacional e a identificação dos desafios, as propostas de ações e produtos foram discutidos pelo grupo, considerando seu limite de governabilidade, mas de modo a contribuir com os trabalhadores e gestores da APS.

Imediatamente após os primeiros contatos com as unidades e mediante a ausência

de planos de contingência, elencou-se os protocolos e as notas técnicas essenciais ao trabalho e garantiu-se o envio às Unidades. Também foram difundidas as opções de cursos e capacitações on-line e divulgação das redes sociais do Comitê de Enfermagem para Enfrentamento da COVID-19 na Bahia, tanto como meio de informação quanto para acolhimento de denúncias. As demandas relativas ao direito de afastamento de trabalhadores de grupos de risco foram tratadas pelo comitê, que conseguiu, por meio de ações judiciais movidas pelas entidades profissionais, garantir o direito ao afastamento.

Iniciou-se a elaboração de material técnico-científico sobre desinfecção, manejo de resíduos, curativos, trabalho dos ACS e telemonitoramento, para assegurar às equipes uma síntese qualificada das recomendações. Foi destacada a necessidade de adequação do processo de trabalho por meio do teleatendimento, para aproveitar experiências anteriores à pandemia e articular com os setores da secretaria estadual responsáveis por esse tipo de ação. Também foram promovidos debates virtuais para tratar de temas, como testes diagnósticos, trabalho do comitê e trabalho da APS com foco no território.

No processo, ocorreram reuniões virtuais com gestores municipais para formalização de recomendações que contemplaram os seguintes aspectos:

- a) protocolo de atividades para ACS, voltado à identificação dos grupos de risco; telemonitoramento; acolhimento e rastreamento de sintomáticos respiratórios;
- b) propostas de teleatendimento na APS;
- c) ampliação do trabalho remoto com revezamento das equipes nas unidades, atendendo necessidades de trabalhadores de grupos de risco;
- d) atualização quanto a atenção às urgências respiratórias;
- e) medidas de proteção, uso racional e fornecimento adequado de EPIs.

Discussão

O conhecimento da situação das Unidades facilitou a articulação entre universidade, instâncias gestoras e trabalhadores de saúde. A experiência possibilitou o aprofundamento das discussões e a colaboração na busca por soluções factíveis e adequadas à realidade local. A compreensão do processo e das condições de trabalho das equipes foi fundamental para a elaboração de propostas em um momento dinâmico de orientações das autoridades sanitárias nacionais e internacionais.

Fica evidente como a baixa cobertura da APS nos grandes centros urbanos⁽¹⁷⁾ torna-se um obstáculo nesse momento. Essas localidades, com imensas desigualdades sociais, requerem o fortalecimento do cuidado longitudinal, com acompanhamento regular e vínculo para efetivar a equidade e, conseqüentemente, a integralidade. Entretanto, as equipes existentes enfrentam tanto a sobrecarga do trabalho relativa à maior demanda por atendimentos, como deparam-se com um volume exacerbado de novas informações, em meio à fragilidade no âmbito da gestão do trabalho, da educação permanente e do apoio matricial.

A reorganização do trabalho em condições adversas exige esforços múltiplos. Nesse aspecto, o GT considera que teve um papel relevante, identificando demandas e procurando dar respostas rápidas e práticas, dando sentido ao princípio de descentralização das ações de saúde, para melhor atender às demandas locais. Um elemento inovador, em relação às experiências de articulação já vivenciadas entre universidades e serviços⁽¹²⁾, foi o fato do GT surgir da iniciativa das entidades profissionais e com atuação contínua.

Destacam-se como pontos positivos: a identificação de um conjunto de trabalhadores implicados com a APS e empenhados em atuar com base em evidências; a rede de colaboração dentro do próprio GT, no qual pessoas com acúmulo científico e práticas institucionais contribuíram para um espaço de debate, com troca de saberes, experiências e busca de soluções.

Na condição de um GT de apoio, cumpriu-se o papel de analítico e propositivo, e obteve-se boa adesão das equipes. Contudo, desdobramentos de maior impacto para a APS, no que tange à estrutura das unidades e ao desenvolvimento do trabalho dos profissionais, dependem da conjunção de decisões técnico-científica, política e administrativa por parte dos gestores.

Os limites encontrados foram: o estabelecimento de vínculo com as equipes apenas por telefone ou e-mail, a própria definição de função do GT e articulação com a Secretaria Municipal de Saúde, além do risco de criação de expectativa aumentada por parte das equipes da APS e a impossibilidade de acompanhamento do total de unidades do município, devido ao número reduzido de pessoas.

Considerações Finais

A importância da Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 depara-se com os inúmeros desafios na sua implementação, sobretudo nas grandes cidades. Dado seu papel estratégico, o trabalho nos territórios e o potencial para ordenar a utilização da rede de atenção, tornou necessário mobilizar atores para potencializar essas ações. As condições precárias da Atenção Primária à Saúde implicam em desestruturação de resposta adequada em momentos de emergências sanitárias.

Diante de fragilidades derivadas de todo o processo histórico de implantação da APS, o momento exige ações técnicas, mas também propostas estratégicas e criativas, por meio de novos arranjos e múltiplos olhares capazes de responder à emergência sanitária. Esta experiência evidencia a importância da dimensão técnica e a necessidade da articulação política, para influenciar no processo decisório e possibilitar a implementação das ações. Toda construção política é processual e exige constante habilidade de negociação.

Nesse sentido, o GT experienciado apontou novos caminhos para fortalecer a gestão participativa e potencializar o apoio institucional

no enfrentamento de situações complexas. O conhecimento produzido e a busca por soluções, mediante o diagnóstico situacional de forma colaborativa, aumenta a capacidade de ação efetiva para a realidade trabalhada, além de permitir a articulação de atores institucionais que podem lograr alternativas de fortalecimento da APS no pós-pandemia.

Colaborações:

1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Daniela Gomes dos Santos Biscarde, Ednir Assis Souza, Karina Araújo Pinto, Livia Angeli Silva, Melissa Almeida Silva e Maria Enoy Neves Gusmão;

2 – redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Daniela Gomes dos Santos Biscarde, Ednir Assis Souza, Karina Araújo Pinto, Livia Angeli Silva, Melissa Almeida Silva e Maria Enoy Neves Gusmão;

3 – aprovação final da versão a ser publicada: Daniela Gomes dos Santos Biscarde.

Referências

- Sohrabi C, Alsafi Z, O'Neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg.* 2020 Apr;76:71-6. DOI: 10.1016/j.ijssu.2020.02.034
- World Health Organization. Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020 [Internet]. Geneva (CH); 2020 [cited 2020 Jun 16] Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- Huang L, Lin G, Tang L, Yu L, Zhou Z. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. *Crit Care.* 2020;24:120. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>
- Anelli F, Leoni G, Monaco R, Nume C, Rossi RC, Marinoni G, et al. Italian doctors call for protecting healthcare workers and boosting community surveillance during covid-19 outbreak. *BMJ.* 2020;368:m1254. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1254>
- Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus [Internet]. Brasília (DF); 2020 [cited 2020 May 28]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
- Gatto M, Bertuzzo E, Mari L, Miccoli S, Carraro L, Casagrandi R, et al. Spread and dynamics of the COVID-19 epidemic in Italy: Effects of emergency containment measures. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2020;117(19):10484-91. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.2004978117>
- Choi KR, Skrine JK, Logsdon MC. Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. *J Adv Nurs.* 2020;76:1486-7. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.14369>
- Rache B, Rocha R, Nunes L, Spinola P, Malik AM, Massuda A. Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo ao COVID-19: Leitões de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. Nota Técnica n. 3 [Internet]. São Paulo (SP): IEPS; 2020 Mar [cited 2020 Jun 13]. Available from: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/NT3%20vFinal.pdf>
- Castro CS, Holzgreffe Jr JV, Reis RB, Andrade BB, Quintanilha LF. COVID-19 pandemic: scenario of the Brazilian health system for coping with the crisis. *Res Soc Dev.* 2020;9(7):e516974383. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4383>
- Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Evaluation of health care coordination and health care networks ordination by Primary Health Care – a proposal of items for the evaluation of these attributes. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2017;12(39):1-18. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363)
- Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saúde.* 2020;29(2):e2020166. DOI: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200024>
- Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integration research, education and health services: background, strategies and initiatives. *Saúde soc.* 2013;22(1):187-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100017>
- Matus C. Política, Planificação e Governo. 2a ed. Brasília (DF): IPEA;1993.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária. Informações em saúde [Internet]. Brasília (DF); 2020 [cited 2020 Jun 21].

- Available from: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistorico CoberturaAB.xhtml>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília (DF); 2017 [cited 2020 Jun 16]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
16. Teixeira CF, Villasbôas AL. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudanças ou conservação. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro (RJ): Medbook; 2014. p. 287-301.
17. Costa NR. The Family Health Strategy: primary health care and the challenge of Brazilian metropolises. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(5):1389-98. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>

Recebido: 10 de julho de 2020

Aprovado: 18 de outubro de 2020

Publicado: 4 de março de 2022



A *Revista Baiana de Enfermagem* utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais. Embora os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.