

Organização da Atenção Primária paulista no enfrentamento da COVID-19: análise segundo porte populacional

São Paulo State Primary Health Care in coping with COVID-19:
A population size analysis

Mônica Martins de Oliveira Viana (<https://orcid.org/0000-0003-3049-4518>)¹
Lígia Schiavon Duarte (<https://orcid.org/0000-0001-5822-9033>)¹
Maria Mercedes Loureiro Escuder (<https://orcid.org/0000-0002-3103-2617>)¹
Mariana Tarricone Garcia (<https://orcid.org/0000-0001-5124-8936>)¹
Michelle Fernandez (<https://orcid.org/0000-0003-0224-0991>)²
Maria Izabel Sanches Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9117-5089>)¹
Miriam Vaz Ferreira Neves (<https://orcid.org/0009-0001-4519-7033>)¹

Abstract *This article aims to understand how the cities of São Paulo state organized the coping with the COVID-19 pandemic, highlighting the role of Primary Health Care (PHC) as an analyzing element of the healthcare model. This descriptive quantitative study was grounded on a survey with a probabilistic sample of 253 municipalities in the state of São Paulo in which municipal managers were interviewed through a questionnaire. Absolute (n) and relative (%) frequencies were described after weighting according to the three population strata. The results indicate that the population size is an essential analytical component. During the pandemic, the organization prioritized flow readjustment and clinical care in most municipalities. Prenatal care and childcare continuing actions consisted of biomedical actions with appointments. Regarding the promotion of expanded healthcare responses, the smaller municipalities, which are structured based on the PHC, performed better. On the other hand, large cities fragmented healthcare and vaccination. The intersectoral actions of community care and from a territorial perspective were still retracted, and PHC still struggles.*

Key words *Unified Health System, Primary Health Care, COVID-19, Municipal Health System, Healthcare Models*

Resumo *O artigo tem como objetivo compreender como os municípios paulistas organizaram o enfrentamento da pandemia de COVID-19, destacando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como elemento analisador do modelo de atenção. Estudo quantitativo descritivo a partir da realização de inquérito com uma amostra probabilística de 253 municípios do estado de São Paulo no qual foram entrevistados gestores municipais por meio de questionário. A descrição das frequências absolutas (n) e relativas (%) foi feita após ponderação segundo os três estratos de portes populacionais. Os resultados indicam que o elemento de porte populacional constitui importante componente analítico. A organização durante a pandemia priorizou, na maioria dos municípios, reajuste de fluxo e cuidados clínicos. As ações continuadas de pré-natal e puericultura também eram de caráter biomédico, com consultas. Em relação ao fomento de respostas de cuidado ampliado e territorial, os municípios de menor porte, com centralidade na APS, tiveram um desempenho superior. Já os municípios de grande porte fragmentaram o cuidado e a vacinação. As ações intersectoriais, de cuidado comunitário, e de utilização da perspectiva territorial, mostraram-se ainda retraídas e persistem dificuldades da APS.*

Palavras-chave *Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde, COVID-19, Sistema Municipal de Saúde, Modelos de Assistência à Saúde*

¹ Instituto de Saúde,
Secretaria de Estado da
Saúde de São Paulo. R. Santo
Antônio 590, Bela Vista.
01314-000 São Paulo SP
Brasil. monica.psisauade@
gmail.com

² Instituto de Ciência
Política, Universidade de
Brasília. Brasília DF Brasil.

Introdução

Durante a pandemia pelo vírus SARS-CoV-2, reforçou-se, na literatura, o importante papel da Atenção Primária na vigilância epidemiológica, divulgação de medidas de prevenção, ações de cuidado comunitário, assistência para os casos leves diagnosticados e monitoramento das famílias identificadas em situação de vulnerabilidade social^{1,2}. Portanto, planos robustos de enfrentamento à COVID-19 incluíam o fortalecimento da APS para o cuidado integral, com destaque para ações de mapeamento e intervenções intersectoriais voltadas a questões sociais e de saúde mental, além da continuidade do cuidado aos grupos prioritários (gestantes, bebês e idosos) e aos portadores de doenças crônicas³⁻¹¹. Experiências exitosas no enfrentamento à pandemia da COVID-19 corroboram com esse entendimento^{12,13}.

Esse conjunto de propostas sobre o papel da APS na resposta à crise sanitária instaurada com a COVID-19 alinha-se com a perspectiva de atuação ampliada da APS^{4,8}, em consonância com o conceito de APS abrangente ou integral¹⁴ e apontam para a Estratégia Saúde da Família (ESF), com a presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹⁵, como recurso eminente para concretização dos atributos de primeiro contato, integralidade, coordenação do cuidado em rede e orientação para a comunidade durante emergências sanitárias¹⁶.

No Brasil, a resposta ao novo coronavírus ficou centralizada, inicialmente, na atenção hospitalar, visando ao tratamento intensivo para casos graves⁶. As ações de vigilância epidemiológica também ganharam destaque, porém de modo apartado à APS, que deveria identificar casos suspeitos e encaminhá-los para a testagem em Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais¹⁷. E, no que tange às ações no território e de prevenção comunitária, havia recomendações genéricas e contraditórias por parte do Ministério da Saúde¹⁸, indicando subutilização da APS e dos Agentes Comunitários de Saúde^{19,20}, colocavam em risco a continuidade do cuidado ampliado no território⁶.

Mesmo antes da pandemia, com as alterações na política nacional de atenção básica (PNAB 2017) e no financiamento, com o Previner Brasil^{14,21,22}, o acesso vinha sendo diminuído. Nesse sentido, o cenário de retração da Estratégia Saúde da Família (ESF), com tendência à focalização das ações e restrição no acesso podem ter arrepecido as possibilidades de execução do cuidado ampliado durante a crise sanitária.

Assim, a heterogeneidade de propostas para a APS durante a pandemia e o cenário de desmonte da ESF entre 2017 e 2022, sugerem a relevância de estudos sobre este nível de atenção, podendo ser tomado como analisador do campo de disputa em torno do modelo de atenção que se pode depreender a partir da organização da APS dentro do sistema de saúde^{14,23}.

A necessidade de incluir a problemática do modelo de atenção na compreensão deste panorama da organização da APS no momento de crise sanitária da pandemia advém do papel estruturante da APS na construção dos modelos de atenção. Ainda que se assuma a impossibilidade de haver um modelo único para os municípios no intuito de enfrentar o modelo biomédico tradicional, é reconhecida a necessidade da estruturação de uma APS alinhada às necessidades de saúde, tomadas em sua concepção ampliada, para avançar no propósito das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)²³.

Nesse sentido, a formulação da Estratégia Saúde da Família, com seu destaque para as ações dos ACS, proximidade com o território, adscrição da clientela, trabalho interdisciplinar, e a abordagem comunitária em sinergia com as ações de vigilância sanitária pode ser compreendida como uma proposta de modelo alternativo²³, mas ainda apresenta heterogeneidade em sua implementação, além de desafios importantes para a efetivação de suas ações dentro desse escopo da atenção abrangente e do cuidado ampliado^{14,24,25}.

Sobretudo, a implementação da ESF, bem como a organização da APS de modo geral, tem sido associada a questões sociodemográficas e ao porte populacional. Identifica-se diferenças relevantes na adesão à ESF nos municípios de pequeno porte e nos de grande porte. Em cada um desses grupos têm sido observadas dificuldades distintas e a necessidade de operar arranjos para singularização do modelo assistencial. Nos municípios de pequeno porte são mencionadas maior adesão, porém, com mais dificuldade de manutenção das equipes, especialmente profissionais médicos, e a necessidade de a ESF coexistir com serviços da rede de urgência e emergência e de outros níveis de complexidade²⁶⁻²⁸.

Esse panorama de diversidade de porte populacional e de diversidade na organização da APS e da ESF também é identificado no estado de São Paulo²⁸, e aponta justamente que a ESF não se desenvolveu de maneira homogênea ou como modelo prioritário em todas as localidades. Na pandemia os atributos comunitários da APS, que se destacam na ESF, podem ter perdido

destaque ou passado por reformulações frente à recomendação de distanciamento social. Por isso, é importante compreender como os gestores de municípios paulistas de diferentes portes populacionais organizaram o enfrentamento da pandemia de COVID-19, destacando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de avançar nas discussões sobre o modelo de atenção em municípios de diferentes portes populacionais.

Assim, o presente artigo tem como objetivo compreender como os municípios paulistas de diferentes portes populacionais organizaram o enfrentamento da pandemia de COVID-19, destacando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como elemento analisador do modelo de atenção.

Metodologia

Estudo quantitativo descritivo, com produção de dados a partir da realização de inquérito eletrônico, com 253 gestores municipais, mediante contato telefônico e/ou por videochamada, para compor a caracterização da estrutura e organização da APS no contexto da pandemia. A produção dos dados ocorreu de fevereiro a junho de 2022.

O formulário, estruturado na plataforma RedCap, foi organizado em 7 blocos:

(i) modelo de atenção na atenção básica: descrição dos serviços, territorialização, acesso, organização do cuidado em rede, e caracterização das equipes e profissionais atuantes na APS;

(ii) características gerais da gestão da atenção básica do município: terceirização da gestão, contratação de médicos, ACS e outros profissionais, participação em programas de apoio para o fornecimento de médicos para a APS;

(iii) adaptação inicial ao contexto pandêmico: reorganização e adaptações iniciais da APS, implantação de novos serviços, oferta de EPI, acesso a serviços para assistência de casos graves, ações de prevenção conduzidas pela gestão municipal, oferta de capacitações para trabalhadores do SUS, tipos de suporte dos entes federados ao município, adaptações dos recursos humanos da APS, atenção à população em vulnerabilidade social;

(iv) ações de saúde para a COVID-19 (durante 2020/21): reorganização e adaptações da APS, realização de testes de COVID-19, monitoramento de casos e contactantes, fluxos para casos moderados, graves e sequelas pós-COVID-19, apoio social e psicológico, vacinação contra COVID-19;

(v) continuidade das atividades da atenção básica (durante 2020/21): manutenção, adaptação ou interrupção das atividades de rotina das equipes de APS;

(vi) impressões gerais: papel e desempenho da APS durante a pandemia; e

(vii) experiências exitosas na pandemia: descrição voluntária de experiências.

A população de estudo foi constituída por amostra probabilística dos municípios de São Paulo. Visando à garantia da representatividade dos municípios paulistas por porte populacional de modo que possibilitasse a análise das características nos diferentes cenários^{26,27}. Deste modo, a amostra foi elaborada a partir de três estratos: (i) municípios com 50 mil habitantes e mais (n=139); (ii) municípios entre 10 mil e 50 mil habitantes (n=239); (iii) municípios de até 10 mil habitantes (n=267). O estrato (i) municípios com 50 mil habitantes e mais, foi realizado de forma censitária, para 139 municípios. Para os estratos (ii) e (iii), as amostras foram definidas utilizando como critério a presença de equipes UBS tradicionais e de equipe ESF²⁹, totalizando, no estrato (ii) amostra de 60 municípios e no (iii), amostra também de 60 municípios. Os três estratos juntos geraram uma amostra de 259 municípios, dos quais, 253 concordaram em responder ao inquérito.

No estrato (i) municípios com 50 mil habitantes ou mais, dos 139 participantes previstos, foram entrevistados 132; no estrato (ii) municípios entre 10 e 50 mil habitantes, dos 60 previstos, participaram 66; e no estrato (iii) municípios de até 10 mil habitantes, dos 60 amostrados, foram entrevistados 55. Deste modo, as perdas amostrais correspondem a seis municípios, e ocorreram devido à recusa ou à impossibilidade de participar em virtude de troca recente dos cargos de gestão.

Durante a aplicação do questionário, era facultado que as respostas fossem dadas pelos Secretários Municipais de Saúde, pelo Coordenador de Atenção Primária, pelo Diretor de Saúde, ou cargo similar. Os dados captados por meio de questionário foram exportados para o *software* Stata para tabulação e análise por meio da descrição das frequências absolutas (n) e relativas (%), após terem sido ponderados segundo o desenho amostral, considerando os estratos descritos anteriormente.

Utilizou-se o teste qui-quadrado para identificar diferenças entre os municípios de diferentes portes populacionais em relação à contratação de médicos, tipos de serviços oferecidos pela APS,

ações de enfrentamento à pandemia e descontinuidade das atividades da APS durante a pandemia. As variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) foram submetidas à análise de resíduos em tabela de contingência. Considerando o nível de 95% de confiança, todo $Z_{res} > |1,96|$ foi considerado excesso ou falta de ocorrência³⁰.

Foram cumpridas todas as recomendações éticas para pesquisas sociais e humanas contidas na Resolução nº 510/2016³¹, e atendeu aos procedimentos exigidos para pesquisas em ambiente virtual na Carta Circular 1/2021-CONEP/SECNS/MS³², com apresentação e assinatura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Derivado da pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”, conduzida pelo Instituto de Saúde - SES/SP, com financiamento do Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (Fesima), foi aprovado no Comitê de Ética, sob parecer 4.842.154; CAAE 48513721.80000.5469.

Resultados

Em 40,6% dos casos, os Secretários de Saúde foram os responsáveis pelas respostas, em 26,9% foram os Coordenadores de Atenção Primária, e em 12,1% foram os Diretores de Saúde ou cargos similares. Em relação à estrutura de APS anterior à pandemia (Tabela 1), 61,3% dos municípios afirmaram ter unidades exclusivamente de Saúde Família (SF), 44,4% UBS tradicional, 41,4% UBS tradicional com elementos de Saúde da Família (tais como Agentes Comunitários de Saúde) e 12,6% UBS tradicional integrada à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Dentro da eminente heterogeneidade destacada, ao considerar que um mesmo município recorre a múltiplos tipos de unidade para a APS, identifica-se que as unidades exclusivas SF são importantes em todos os estratos populacionais. No entanto, nos municípios de maior porte, o tipo de UBS que aparece em segundo lugar é o tradicional, o que pode gerar conflito quanto à conformação do modelo assistencial.

Nos municípios menores ganham destaque as unidades tradicionais com elementos de SF e as unidades tradicionais integradas à UPA, remetendo a uma possível tendência incremental dos arranjos em virtude da dependência do município a este nível de atenção.

No que se refere ao acesso dos usuários, identificou-se que os municípios tendem a orientar

que o fluxo se inicie preferencialmente via APS (54,3% dos municípios). Também ficou demarcada a preferência em buscar oferecer cuidado na APS por meio de profissionais clínico geral ou médicos de família em vez de especialistas (65,3% dos municípios), sugerindo afinidade, em alguma medida, com as diretrizes da ESF.

Contudo, essa inclinação ideológica parece não se concretizar com facilidade, já que 65% dos municípios declaram encontrar dificuldade para contratação de médicos para atuar na APS (Tabela 2). Nesse quesito, há diferença entre portes populacionais ($p = 0,000$); os municípios maiores, com mais de 10 mil habitantes ($Z_{Res} 5,1$), seguidos daqueles com 50 mil ou mais ($Z_{Res} 3,4$) foram os que, proporcionalmente, concentraram maior dificuldade.

Já em relação aos serviços da rede de atenção à saúde a que a APS tem acesso, seja no próprio município ou na região (Tabela 2), nota-se o acesso à atenção hospitalar, nível de complexidade relevante para o tratamento da COVID-19, não apresentou diferença significativa entre os portes populacionais ($p = 0,569$) e foi assinalado como serviço disponível por 75,1% do total dos participantes. Chama atenção, entretanto, a disparidade quanto à disponibilidade do serviço de SAMU ($p = 0,000$), especialmente nos municípios menores, onde o teste análise residual ($Z_{Res} -8,2$) demonstrou menor concentração de respostas, o que pode prejudicar o transporte dos usuários aos serviços de maior complexidade, sobretudo hospitais, e que geralmente estão em municípios da região. No que se refere ao acesso a equipes de Apoio Matricial e a serviços UPA tal comportamento se mantém, com menor disponibilidade em municípios menores, e que pode ter prejudicado o atendimento de casos COVID-19.

Para organizar o cuidado à COVID-19 na APS, os municípios com mais de 50 mil habitantes, a tendência foi orientar que todas as UBS deveriam realizar atendimento para suspeitos de casos leves de COVID-19. Nos municípios entre 10 e 50 mil habitantes, as opções mais recorrentes foram criar/transformar UBS exclusivas para o atendimento COVID-19 ($Z_{Res} 3,4$) ou orientar que nenhuma UBS deveria fazer esses atendimentos ($Z_{Res} 4,6$). O mesmo vale para a implantação do Centro COVID-19 ($p < 0,000$), em que os municípios deste estrato populacional concentram esse tipo de resposta ($Z_{Res} 4,6$), seguidos dos municípios maiores de 50 mil habitantes ($Z_{Res} 2,2$). Já os municípios menores, com menos de 10 mil habitantes apresentaram a tendência em separar o fluxo para sintomáticos

Tabela 1. Distribuição dos tipos de unidades de APS dos municípios do estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

Tipos de unidades da APS	<10 mil hab.		10 a 50 mil hab.		>50 mil hab.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Unidade de Saúde da Família (USF) exclusiva	98	45,5	140	68,2	101	76,5	339	61,3
Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) tradicional exclusiva	71	32,7	87	42,4	88	66,7	246	44,4
Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) tradicional com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e/ou com Equipe de Saúde da Família (ESF)	94	43,6	81	39,4	54	40,9	229	41,4
Unidade Básica de Saúde (UBS/UAPS) tradicional integrada à Unidade de Pronto Atendimento (PA)	43	20,0	16	7,6	11	8,3	70	12,6
Posto Avançado de Saúde - Unidades que não possuem equipe fixa em período integral (tem equipes volantes)	-	0,0	19	9,1	2	1,5	21	3,7
Unidade de Saúde da Família (USF) integrada à Unidade de Pronto Atendimento (PA)	4	1,8	-	0,0	9	6,8	13	2,3
Outros	31	14,5	37	18,2	25	18,9	94	16,9

Fonte: Pesquisa "A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas".

Tabela 2. Contratação de médicos e tipos de serviços oferecidos pela APS dos municípios do estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

	<10 mil hab.			10 a 50 mil hab.			>50 mil hab.			Total		Valor de p
	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	
Dificuldade para a contratação de médico para APS	98	45,5	-8,0	161	78,8	5,1	102	77,9	3,4	362	65,5	0,000
Contou em algum momento com profissionais de programas de apoio (Mais Médicos, Médicos pelo Brasil, Provac, etc)	94	43,6	-7,7	143	69,7	2,4	113	85,6	6,1	350	63,3	0,000
Oferta de serviços na APS												
Ambulatórios de especialidades (Ex: Policlínica, AME, Centro de especialidade)	200	92,7	-0,4	186	90,9	-1,7	129	97,7	2,4	515	93,2	0,043
Serviços de referência em IST, aids e hepatites virais	153	70,9	-1,9	140	68,2	-2,9	123	93,2	5,5	416	75,2	0,000
Serviços de Atenção Hospitalar	157	72,7		158	77,3		100	75,8		415	75,1	0,569
CAPS	114	52,7	-7,2	146	71,2	0,3	129	97,7	7,9	389	70,3	0,000
Equipes de Apoio matricial	102	48,1	-8,0	165	80,3	4,8	107	81,1	3,7	374	68,1	0,000
Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou serviço equivalente	118	54,5	-4,7	137	66,7	0,2	112	84,8	5,2	366	66,3	0,000
Serviço Atendimento Médico de Urgência (SAMU) ou equivalente	90	41,8	-8,2	143	69,7	2,6	114	86,4	6,4	347	62,8	0,000
CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) ou equivalente	71	32,7	-7,0	102	50,0	-0,5	111	84,1	8,6	284	51,4	0,000
Outros	16	7,3	-2,4	16	7,6	-2,0	31	23,5	5,0	62	11,3	0,000

Nota: Valores em negrito significam estar fora de padrão em relação à distribuição esperada: >1,96 indica excesso de ocorrência e <-1,96 falta de ocorrência.

Fonte: Pesquisa "A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas".

respiratórios dentro das UBS existentes ($p < 0,000$ e ZRes 3,4), com criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios ($p < 0,000$ e ZRes

2,5). As campanhas de incentivo ao isolamento social ocorreram de modo proporcional nos três estratos ($p = 0,317$) e foi referida por 71,7% do to-

tal de participantes, do mesmo modo que ocorreu com a necessidade de contratação de profissionais (79,7% $p=0,457$), mas a recomendação para o monitoramento de todos os pacientes com COVID-19 ficou concentrada nos municípios pequenos (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das ações de enfrentamento à pandemia desenvolvidas entre 2020/2021 nos municípios do estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

	<10 mil hab.			10 a 50 mil hab.			>50 mil hab.			Total		Valor de p
	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	
Estratégia para estruturar a APS na pandemia												0,000
Criação/transformação de UBS exclusivas para atendimento COVID-19	82	38,7	-0,2	99	48,5	3,4	34	25,8	-3,6	215	39,2	
Todas as UBS deveriam realizar atendimento COVID-19	67	31,6	-0,1	43	21,1	-4,1	64	48,5	4,7	174	31,8	
Nenhuma UBS estava orientada a realizar atendimento COVID-19	8	3,8	-3,5	34	16,7	4,6	9	6,8	-1,1	51	9,3	
Outras	55	25,9	2,9	28	13,7	-2,7	25	18,9	-0,3	108	19,7	
Implantação de Centro COVID-19	122	56,5	-6,5	171	83,4	4,6	105	79,5	2,2	398	72,0	0,000
Ações/adaptações realizadas nas UBS para o enfrentamento da COVID-19												
Separação de fluxos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS	181	83,6	3,4	130	63,6	-5,2	109	82,6	2,0	420	76,0	0,000
Campanhas de incentivo ao isolamento social	149	69,1		146	71,2		101	76,5		396	71,7	0,317
Criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios fora da UBS (ex. tendas)	130	60,0		109	53,0		80	60,6		318	57,6	0,256
Criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios dentro da UBS	126	58,2	2,5	78	37,9	-4,9	82	62,1	2,7	285	51,6	0,000
Disponibilização de oxímetros	86	40,0	-3,6	102	50,0	0,2	85	64,4	3,9	274	49,5	0,000
Implantação de leito com estrutura para suporte respiratório em serviço de AB	31	14,6		28	13,6		9	6,8		68	12,4	0,088
Locais destinados para vacinação COVID-19												
UBS mais próxima das residências dos usuários	122	56,4	3,3	84	40,9	-2,4	58	43,9	-1,0	264	47,7	0,004
Postos do tipo <i>drive-thru</i>	31	14,6	-10	93	45,5	1,9	99	75,0	9,3	224	40,4	0,000
Postos em locais públicos	27	12,7	-7,5	71	34,9	1,5	73	55,3	6,9	172	31,1	0,000
UBS destacada (separada especificamente) para vacina COVID-19	47	21,8	-3,3	84	40,9	4,4	34	25,8	-1,2	165	29,8	0,000
Houve necessidade de contratar/repor profissionais de saúde para adequação da demanda da APS na pandemia	177		81,9	158		77,1	105		80,2	440	79,7	0,457

Valores em negrito significam estar fora de padrão em relação à distribuição esperada: >1,96 indica excesso de ocorrência e <-1,96 falta de ocorrência.

Fonte: Pesquisa "A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas".

A vacinação (Tabela 3), ação tradicionalmente relacionada à APS, quando destinada para COVID-19, nos municípios maiores, foi disponibilizada em postos tipo *drive thru* ($p < 0,000$ e ZRes 9,3) e em locais públicos ($p < 0,000$ e ZRes 6,9). Nos municípios entre 10 e 50 mil habitantes, ocorreu majoritariamente em UBS destacada especificamente para vacina ($p < 0,000$ e ZRes 4,4). E, nos municípios com menos de 10 mil habitantes, a vacinação ocorreu nas UBS mais próximas do local de residência do usuário ($p < 0,004$ e ZRes 3,3).

As recomendações da gestão para ações de caráter intersetorial e de apoio social às pessoas em situação de vulnerabilidade (Tabela 4) foram referidas, respectivamente, por 78,7% ($p < 0,079$) e 79% ($p = 0,102$) dos municípios. A estruturação de algum tipo de apoio psicológico e o estímulo para ações em parceria com ONG, movimentos comunitários da sociedade civil ou organizações do terceiro setor concentraram-se nos municí-

pios com mais de 50 mil habitantes (Zres 3,6 e 2,6, respectivamente).

Em menor frequência, foram referidas as ações educativas em equipamentos sociais do território (38,3% $p = 0,097$), o mapeamento de grupos de maior risco de complicação clínica (36,9% $p = 0,083$) e a identificação dos grupos de maior vulnerabilidade social (26,8% $p < 0,002$). Os municípios intermediários, com população entre 10 e 50 mil habitantes, foram os que menos referiram esse tipo de mapeamento (ZRes -3,0).

Os municípios dos três portes populacionais estudados apresentaram comportamentos semelhantes em relação à continuidade/descontinuidade das principais ações previstas para a APS em fluxo habitual (Figura 1), com exceção do cuidado aos usuários com doenças crônicas ($p = 0,024$), que foi mais frequente em municípios de até 50 mil habitantes; e as atividades das equipes NASF ($p = 0,045$), que foram mantidas nos municípios com mais de 50 mil habitantes.

Tabela 4. Distribuição das ações ampliadas no enfrentamento à pandemia desenvolvidas entre 2020/2021 nos municípios do estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

	<10 mil hab.			10 a 50 mil hab.			>50 mil hab.			Total		Valor de p
	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	ZRes	N	%	
Ações intersetoriais para pessoas em situação de vulnerabilidade social	153	75,0		155	78,3		106	85,5		414	78,7	0,079
Parcerias com movimentos/ organizações comunitárias/terceiro setor/ONG/org. da sociedade civil	86	42,2	-4,0	109	58,3	1,8	79	63,2	2,6	274	53,1	0,000
Ações/adaptações realizadas nas UBS para enfrentamento da COVID-19												
Ações educativas em equipamentos sociais do território (farmácias, mercados e outros serviços)	94	43,6		74	36,4		43	32,6		212	38,3	0,097
Identificação dos grupos de maior risco de complicação clínica da COVID-19	71	32,7		74	36,4		59	44,7		204	36,9	0,083
Identificação dos grupos de maior vulnerabilidade social	59	27,3	0,2	40	19,7	-3,0	49	37,1	3,1	148	26,8	0,002
Recomendação para UBS realizar monitoramento de todos os pacientes diagnosticados com COVID-19 isolamento domiciliar (quarentena)	200	92,6	4,6	161	80,1	-1,7	98	74,2	-3,3	459	83,6	0,000
Realizou algum tipo de apoio social	165	82,5		143	74,1		98	8,0		406	79,0	0,102
Iniciativa estruturada para apoio psicológico	122	58,7	-4,5	143	73,0	1,2	107	83,6	3,9	372	69,9	0,000

Valores em negrito significam estar fora de padrão em relação à distribuição esperada: $>1,96$ indica excesso de ocorrência e $<-1,96$ falta de ocorrência.

Fonte: Pesquisa "A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas".

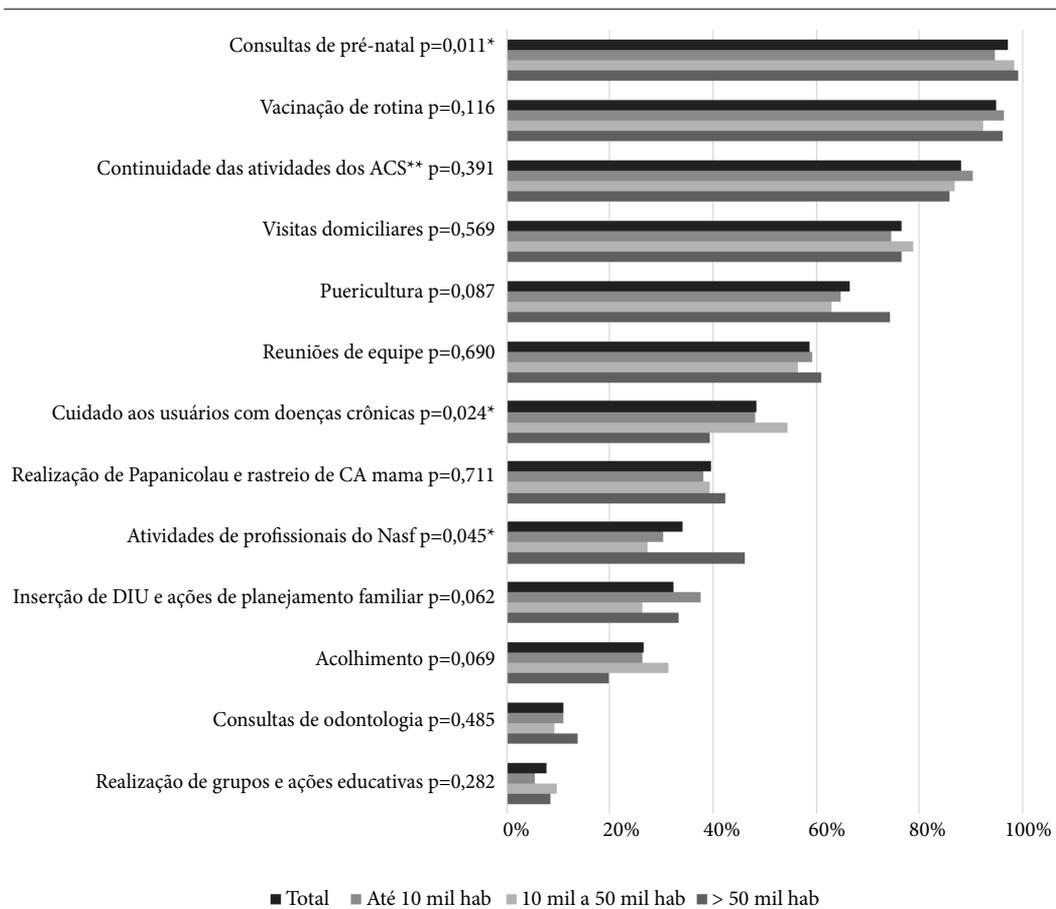


Figura 1. Percentual de municípios que deram continuidade às ações de cuidado na APS entre 2020/2021 no estado de São Paulo segundo porte populacional. Estado de São Paulo, 2022.

Nota: * $p < 0,05$; **Responderam apenas os municípios que relataram possuir ACS.

Fonte: Autoras.

De maneira geral, as atividades que tendem a ser mantidas foram as consultas de pré-natal (97,1%), a vacinação de rotina (94,9%), a puericultura (67%) e as ações dos ACS (88%). Em contrapartida, as mais descontinuadas durante a pandemia foram os grupos de educação em saúde (74%), o planejamento familiar (48,6%) e as ações de rastreio para o câncer de mama (60%). As reuniões de equipe, arranjo importante para o planejamento coletivo do trabalho, foram mantidas em apenas 41,2% dos municípios.

A questão a respeito da impressão dos gestores a respeito do desempenho de sua APS durante a pandemia, merece ser citada por confirmar a impressão de que a APS foi mais relevante para o cuidado de casos leves e moderados nos municípios de menor porte (94,4%). Nos municípios interme-

diários, apenas 77,5% concordaram com a afirmação e, nos de grande porte, 68,2%. Embora em todos os estratos a concordância tenha sido grande, chama atenção, do ponto de vista qualitativo, esse declínio conforme maior porte populacional.

Discussão

Os resultados apreendidos indicam que o elemento de porte populacional constitui importante componente analítico para avançar na compreensão das respostas dos municípios para a crise sanitária provocada pela pandemia de COVID-19, assim como se mostrou útil para a avaliação da implementação da ESF e outros indicadores da APS na Rede de Atenção à Saúde^{27,28}.

A análise aqui apresentada sugere que os municípios de pequeno porte tendem a concentrar suas respostas na APS, mantendo-as como principal ponto de cuidado aos usuários sintomáticos respiratórios e de vacinação, além de fomentar que suas equipes se responsabilizem pelo monitoramento desses usuários. Já os municípios de grande porte comportaram-se de modo a descentralizar o cuidado e a vacinação, criando pontos adicionais para esses serviços na rede, aproximando-se da perspectiva que, embora tenha sido aventada pelo Ministério da Saúde, foi amplamente criticada na literatura, pela subutilização da APS com consequente prejuízo do cuidado comunitário para a vigilância em saúde^{5,6,8,10,11}.

O que se destaca, entretanto, nesse cenário, são as respostas dos municípios de porte intermediário, entre 10 e 50 mil habitantes. Esses municípios oscilaram entre as duas outras tendências e procuraram também separar o cuidado da COVID-19 para outras estruturas. No entanto, por contar com menos dispositivos para o referenciamento da rede de atenção regional, possivelmente encontrou dificuldades nessa compartimentação do cuidado.

De acordo com a Tabela 2, quanto menor o município, menor é o acesso a outros serviços de apoio, incluindo o SAMU, principal responsável pelo transporte sanitário⁸. Nesses municípios intermediários, a construção de Centros COVID-19, que contava com recursos financeiros adicionais³³, parece ter sido uma opção bastante utilizada, o que altera significativamente o fluxo dos usuários, deslocando-os para esses centros de referência. A decisão por contar com esses centros especializados fragmentou o cuidado e prejudicou tanto a adscrição de clientela quanto a longitudinalidade previstas na APS³⁴.

Nos três estratos de porte populacional, houve a orientação para que se realizassem ações no território, tais como as iniciativas intersetoriais e de cuidado psicossocial (Tabela 4). Contudo, aquelas ações relacionadas à educação em saúde no território e ao mapeamento de usuários em condição de vulnerabilidade clínica ou social ocorreram de modo tímido, sobretudo nos municípios de porte intermediário. Esse fenômeno poderia ser explicado justamente pelo redirecionamento do fluxo do cuidado, desviando das UBS.

Esses dados, adicionados à observação de que a continuidade do cuidado foi amplamente recomendada para as ações programáticas já tradicionais na APS sugerem que os municípios paulistas encontraram dificuldades em executar

o fortalecimento da APS durante a pandemia^{5,6}, nos moldes recomendados na literatura^{3,4,10}. Tal fato pode se desdobrar no agravamento de outras condições de saúde, prejudiciais à retomada do cuidado após o avanço da vacinação contra COVID-19. E, embora seja necessária cautela em associar a manutenção de atividades como pré-natal, puericultura, vacinação, entre outras ações, com a garantia dos atributos da longitudinalidade e da integralidade haja vista a existência de outros fatores relevantes nessa análise, elas apontam para uma aparente valorização da APS.

No universo estudado, a valorização da APS ocorreu sobretudo nos municípios de menor porte. Nesses municípios se identificou características como centralização do cuidado à COVID-19 na APS, menor dificuldade em contratar médicos generalistas ou médicos de família comunidade para atuar na APS, manutenção do trabalho dos ACS com maior frequência do que nos outros portes populacionais e estabelecimento das medidas de ação no território de caráter mais ampliado e de continuidade no cuidado.

Mesmo não sendo possível averiguar se o fortalecimento da APS, com as características acima apresentadas em relação aos municípios de pequeno porte, decorre da organização dos serviços no modelo da ESF, merecem destaque as especificidades da estrutura de APS disponível nos menores municípios do estado de São Paulo. Conforme demonstrado, nos municípios com até 10 mil habitantes, as unidades exclusivas de SF e as tradicionais apresentam menor participação quando comparado aos demais estratos, ganhando destaque estruturas combinadas em diferentes arranjos, tais como as unidades tradicionais com elementos de SF e integradas à UPA. Tais características podem significar limites na estruturação da APS nos moldes das diretrizes da ESF, tendo em vista a realidade dos pequenos municípios do estado de São Paulo. Em contrapartida, também podem representar a necessidade pragmática de complementar as estruturas da saúde da família com dispositivos de outros níveis de atenção para depender menos do aparato da região de saúde, o que se aproxima do que fora vislumbrado como uma possibilidade de adaptação²⁸, desde que os gestores garantam processos de trabalho afeitos ao cuidado ampliado.

De todo modo, a especificidade identificada nos municípios de pequeno porte sinaliza que se deve atenção ao considerar a medida em que essas alterações ocorrem, haja vista a existência de indícios do desempenho superior do modelo ESF em relação ao cuidado ampliado^{14,23} e a im-

portância dos incentivos financeiros para a consolidação da APS abrangente nos menores municípios paulistas³⁵.

Os dados apresentados apontam para a impossibilidade de modelos únicos e o risco de se idealizar modelos, sem a devida leitura de contexto sócio-histórico das políticas públicas e das tecnologias em saúde²³. Coloca em relevo a importância da discussão sobre a dificuldade de implementação de modelos de atenção mais abrangentes, com APS voltada para o cuidado ampliado e para a ordenação das redes, tal como se pretende a ESF em suas origens.

É sabido que a construção de modelos de atenção mais ampliados depende da organização intencional de diferentes atores; da discussão e da prática acumulada pelos municípios; da capacidade de negociação frente a diferentes interesses; da capacidade de financiamento e gestão; além do enfrentamento a iniciativas que insistem em reorientar a APS para o modelo focalizado, seletivo e de caráter estritamente biomédico. Esse debate se aplica também à ESF^{14,36}. Mas, frente ao que pudemos observar em relação aos municípios paulistas e sua organização da APS no enfrentamento da COVID-19, torna-se premente adensar as discussões para além do fomento de um modelo único de APS ou da justificativa da fragmentação e precarização do cuidado a partir da lente dualista da presença ou ausência de ESF. O estudo confirmou que os municípios detêm pronunciado protagonismo na construção das respostas aos eventos críticos e modulam o modelo de atenção, adaptando os arranjos e modelos previstos na literatura ou na própria política, o que pode significar potencialidade ou limitação, a depender de cada caso³⁷.

Portanto, a compreensão do modelo de atenção e da APS deve considerar se tais movimentos ocorrem na perspectiva da singularização da ESF para preservar as características locais regionais sem ferir o alinhamento dos pressupostos do cuidado ampliado e das necessidades do território ou se, pelo contrário, remetem à degradação da clínica e da dimensão territorial do cuidado²⁵.

Conclusão

Ao analisar como os municípios paulistas de diferentes portes populacionais organizaram o enfrentamento da pandemia de COVID-19, ficou demarcada a preocupação dos gestores em propor alterações e incrementos no processo de trabalho, buscando articular a APS com demais pontos da rede, mas com predominância de ações de caráter biomédico.

Em nenhum dos estratos se observou radicalidade na formulação de respostas que possam ser consideradas de APS abrangente ou de cuidado ampliado, pois as ações intersetoriais, de cuidado comunitário, e de perspectiva territorial mostraram-se ainda retraídas em relação às ações de caráter médico-curativo individuais. Na dimensão comunitária-territorial, os municípios de menor porte apresentaram um desempenho ligeiramente superior, e também demarcam maior centralidade na APS.

Foi possível identificar a relevância dos portes populacionais enquanto indicadores para desigualdades dentro do SUS. E, do mesmo modo, considera-se que a centralidade e o fortalecimento da APS na rede persistem como desafios. A análise do modelo de atenção na APS por porte, considerando o paradigma do cuidado ampliado, mostrou que permanece também a necessidade de construção de modelos alternativos, dada a hegemonia ainda presente do cuidado biomédico e que resultou em cuidado fragmentado durante a pandemia.

Buscando tecer aprendizados para cenários futuros, o presente artigo vem endossar a ideia de que se construa uma cultura permanente de aproximação entre as equipes APS e o território e que se invista constantemente no cuidado ampliado, via constituição de vínculos de confiança e responsabilidade socio sanitária entre as equipes e a população. Também destaca a necessidade de medidas para superação do modelo biomédico e fragmentado.

Por fim, estudos complementares sobre os temas sensíveis levantados no presente estudo, tais como cuidado a sequelas pós-covid, constituição das redes e do cuidado ampliado, bem como os reflexos ocasionados pela interrupção, mesmo que momentânea, do fluxo na APS, seriam oportunos.

Colaboradores

MMO Viana contribuiu com a concepção do estudo, objetivo, análise, discussão e redação do artigo. LS Duarte contribuiu nas análises dos dados, desenvolvimento da metodologia, resultados, discussão do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. MML Escuder contribuiu no desenvolvimento da metodologia, estatística e nos resultados. MT Garcia contribuiu na discussão do artigo, análise dos dados, elaboração das figuras e revisão final, com tradução para língua inglesa. M Fernandez contribuiu no desenho da pesquisa, na análise dos dados, discussão do artigo e na aprovação da versão a ser publicada. MIS Costa contribuiu na discussão sobre o modelo. MVF Neves contribuiu na formatação, organização das referências e revisão final do artigo.

Referências

1. Aguilar-Guerra TL, Reed G. Mobilizing Primary Health Care: Cuba's Powerful Weapon against Covid-19. *MEDICC Rev* 2020; 22(2):53-57.
2. World Health Organization (WHO). Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). *Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the Covid-19 pandemic. Interim guidance* [Internet]. Geneva; 2020 [cited 2023 mar 13]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1.
3. Massuda A, Malik AM, Vecina Neto G, Tasca R, Ferreira Junior WC. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. *Cad EBAPE BR* 2021; 19(Supl.):735-744.
4. Vitória AM, Campos GWS. *Só com APS forte o sistema pode ser capaz de achatar a curva de crescimento da pandemia e garantir suficiência de leitos UTI* [Internet]. São Paulo: COSEMSSP; 2020 [acessado 2020 jul 20]. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/04/So-APS-forte-para-ter-leitos-UTI-.pdf>.
5. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? *Epidemiol Serv Saude* 2020; 29(2):e2020166.
6. Souza CDF, Gois-Santos VT, Correia DS, Martins-Filho PR, Santos VS. The need to strengthen Primary Health Care in Brazil in the context of the Covid-19 pandemic. *Braz Oral Res* 2020; 34:e47.
7. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMSSP). Nota Técnica COSEMS/SP nº 09/2020. *Manejo clínico e tratamento farmacológico de casos leves e moderados da Covid-19 - evidências científicas para orientar a tomada de decisão*. São Paulo: COSEMS; 2020.
8. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, Graboys V, Campos GWS. O papel da Atenção Primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da Covid-19. *Cad Saude Publica* 2020; 36(6):e00104120.
9. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). Secretaria de Estado da Saúde (SESSP). *Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19* [Internet]. 2020 [acessado 2020 jul 20]. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/organizacao-das-acoes-na-atencao-primaria-a-saude-no-contexto-da-covid-19/>.
10. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Graboys V, Mendonça MHM. *Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19*. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19, Fiocruz; 2020.
11. Fernandez M, Fernandes LMM, Massuda A. A Atenção Primária à Saúde na pandemia da COVID-19: uma análise dos planos de resposta à crise sanitária no Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2022; 17(44):3336.
12. Fernandes LMM, Pacheco RA, Fernandez M. How a Primary Health Care Clinic in Brazil faces coronavirus treatment within a vulnerable community: the experience of the Morro da Conceição area in Recife. *NEJM Catal Innov Care Deliv* 2020; 1:5.

13. 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.
14. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, Santos RF. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica* 2019; 35(3):e00012219.
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde* [Internet]. 2012 [acessado 2020 jul 12]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
16. Fernandez MV, Lotta G, Correa 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* 2021; 19:e00321153.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde*. Brasília: MS; 2020.
18. Ferigato S, Fernandez M, Amorim M, Ambrogi I, Fernandes LMM, Pacheco R. The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2020; 396(10263):1636.
19. Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal Covid-19 disaster in Brazil. *Lancet* 2020; 396:365-366.
20. Fernandez M, Lotta G. How Community Health Workers are facing COVID-19 Pandemic in Brazil: Personal Feelings, Access to Resources and Working Process. *Arch Fam Med Gen Pract* 2020; 5(1):115-122.
21. 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.
22. Morosini MVGC, Fonseca AFL, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saude Debate* 2018; 42(116):11-24.
23. Ayres RCM, Santos L. *Ricardo Bruno: Saúde, sociedade & história*. São Paulo: Hucitec; 2017.
24. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Family health strategy: a technological innovation in health. *Texto Contexto Enferm* 2015; 24(2):584-592.
25. Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, organizador. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 783-835.
26. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(11):2353-2366.
27. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saude Soc* 2011; 20(4):927-934.
28. Campos GW. SUS: o que e como fazer? *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1707-1714.
29. E-Gestor AB. *Informação e Gestão da Atenção Básica* [Internet]. 2020 [acessado 2020 set 5]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>.
30. Pereira JCR. *Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais*. São Paulo: Edusp; 2004.
31. Conselho Nacional de Saúde (CONEP). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União* 2016; 24 maio.
32. Conselho Nacional de Saúde (CONEP). *Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS*. Brasília, CONEP; 2021.
33. Brasil Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). *Diário Oficial da União* 2020; 1 jun.
34. Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 1):131-151.
35. Duarte LS, Viana MMO, Scalco N, Garcia MT, Felipe LV. Incentivos financeiros para mudança de modelo na atenção básica dos municípios paulistas. *Saude Soc* 2023; 32(1):e210401pt.
36. Magalhães Júnior HM, Pinto HA. Primary Care as network ordinator and care coordinator: is it still utopia? *Divulg Saude Debate* 2014; 51:14-29.
37. Tasca R, Carrera MBM, Malik AM, Schiesari LMC, Bigoni A, Costa CF, Massuda A. Gerenciando o SUS no nível municipal ante a Covid-19: uma análise preliminar. *Saude Debate* 2022; 46(n. esp. 1):15-32.

Artigo apresentado em 14/06/2023

Aprovado em 22/08/2023

Versão final apresentada em 24/08/2023

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