

ATUAÇÃO DAS EQUIPES DE APS DURANTE O PERÍODO DE ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Carmen Lavras¹

RESUMO: Ao considerar as especificidades desta epidemia, particularmente, relacionadas com sua mitigação e assistência aos portadores de COVID-19, num cenário que considera o atual estágio de desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o artigo busca evidenciar as exigências e as atribuições próprias da APS para o enfrentamento dessa pandemia, bem como as modificações que foram necessárias nos processos de trabalho das equipes desse nível de atenção. Considera, ainda, o necessário desencadeamento de medidas protetivas aos trabalhadores e os desafios que terão que ser superados na APS, para a organização da vacinação em massa e para a ampliação da oferta de cuidados no período pós-pandemia.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica à Saúde. Infecções por SARS-CoV-2. COVID-19. Habilidades de Enfrentamento.

¹ Médica Sanitarista, Doutora em Saúde Coletiva, Pesquisadora no Núcleo de Estudos de Políticas Públicas da Unicamp. Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0062780530788189> e-mail: cclavras@gmail.com.



I. INTRODUÇÃO

Estamos enfrentando mais uma epidemia, a exemplo de tantas outras já enfrentadas pela humanidade ao longo da história. Desta vez, num contexto de mundo globalizado no qual circulam em ritmo acelerado: pessoas, produtos, informações e o próprio vírus, o SARS-CoV-2, também um coronavírus, semelhante aos que causaram a síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2002/2003 e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012, porém, dessa vez, um vírus com maior poder de transmissibilidade.

O comportamento desse vírus, inicialmente, totalmente desconhecido, hoje já está, em parte, identificado. Apresenta uma alta capacidade de transmissão respiratória, embora essa transmissibilidade também seja possível, de forma mais discreta, através de contato com superfícies contaminadas; mais de 80% das pessoas contaminadas são assintomáticas ou apresentam sintomas leves; e, no máximo, 20% apresentam quadro clínico muito importante, com risco de agravamento em intervalo muito curto, com alto índice de comprometimento respiratório, o que indica que aproximadamente 5% dessas pessoas vão necessitar de respiração assistida. Apresenta, ainda, importante taxa de letalidade e acomete mais idosos e pacientes com alguma comorbidade. A patogenia ainda não está totalmente descrita, mas já temos grandes avanços nessa perspectiva, particularmente, na área de imunologia, indicando, nos pacientes gravemente acometidos que, como já se sabe, apresentam quadros multissistêmicos, a existência de respostas imunológicas natas (genéticas) ou adaptativas que favorecem a infecção viral, e esse tipo de acometimento de vários órgãos e funções. Isso leva se valorizar tanto a carga viral de exposição como a capacidade de resposta imunológica de cada indivíduo. De qualquer forma, os estudos e pesquisas em relação à COVID-19 continuam a se desenvolver em ritmo intenso em todo o mundo, o que poderá, em breve, elucidar melhor esses mecanismos de adoecimento e, a partir daí, os recursos necessários a seu enfrentamento⁽¹⁾.

Diferentemente de outros vírus, a transmissão se dá, preponderantemente, por via respiratória, por meio de pessoas contaminadas no início do período sintomático, embora exista a possibilidade de transmissão antes do início dos sintomas (período pré-sintomático), evidenciando a importância da identificação e isolamento de contactantes, independentemente da confirmação clínica e/ou laboratorial, para a quebra da cadeia de transmissão e o efetivo controle da epidemia ⁽²⁻³⁾.

É um vírus para o qual existem inúmeros estudos em desenvolvimento para a produção de vacinas, em vários países, o que aponta para a possibilidade de iniciarmos a vacinação durante o ano de 2021. Entretanto, nesse momento, a efetividade do controle da epidemia depende, apenas, do desenvolvimento de outras medidas robustas tanto no campo da saúde como no de proteção social, particularmente nesse último caso, em relação às populações mais vulneráveis.

No que diz respeito à saúde, são exigidas tanto medidas de cunho coletivo próprias da Vigilância em Saúde (Visa) no que se refere à análise e ao acompanhamento global da epidemia; a orientação de toda a sociedade quanto à importância do uso de máscara, etiqueta respiratória, higienização das mãos e de ambientes de uso comum e, distanciamento social; e, ao rastreamento, identificação, isolamento e monitoramento de contactantes, como medidas assistenciais de cunho individual, que vão desde o diagnóstico, acompanhamento clínico, controle das complicações, nesse caso, severas e que exigem assistência especializada, até a reabilitação.

Todas essas medidas necessárias para o enfrentamento da COVID-19, tanto de cunho individual como coletivo, impactam fortemente a organização de toda a sociedade pondo em xeque não só seus sistemas de saúde e de proteção social, mas também seus valores; o modo de vida das pessoas; a forma como organiza a sua economia; a forma como essas sociedades se relacionam e a forma como distribuem poderes e decisões políticas.

Analisando esse processo no caso brasileiro, já conseguimos identificar a presença de alguns fatores que favorecem e de outros que dificultam o enfrentamento dessa pandemia. Como fatores que favorecem o enfrentamento, podemos apontar o fato de a epidemia não ter se iniciado aqui, o que nos proporcionou um período para observação e trocas de conhecimento a respeito de seu desenvolvimento em outras sociedades. Outro fator muito relevante nesse sentido, é a existência de um sistema público de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, com grande capilaridade e presente em todo o território nacional. Deve-se destacar, ainda, que contamos com bons profissionais de saúde e com instituições sólidas tanto de saúde como de ciência e tecnologia.

No entanto, temos que reconhecer nossas fragilidades, as quais, neste momento, apresentam-se como fatores dificultadores para esse enfrentamento. Atravessamos uma profunda crise ética e política, em que os interesses de cunho individual e privado constantemente se sobrepõem

aos interesses públicos em defesa da vida; as decisões governamentais carecem de agilidade, quando não se encontram ausentes em relação a vários de nossos problemas sociais; o país é marcado tanto pela existência de uma grande diversidade regional como por uma extrema concentração de renda, o que faz com que nossa sociedade seja profundamente desigual, com grande parte da população vivendo em situação de grande vulnerabilidade social, expondo, assim, parcela significativa de nossa sociedade a maiores riscos nesta pandemia.

A desigualdade social pode ser percebida em todo o território nacional e, de forma muito contundente, nos territórios periféricos dos grandes centros urbanos mais ricos e desenvolvidos do país que concentram parcela significativa da população brasileira. Vários desses grandes centros urbanos contam com instituições sólidas, sejam elas empresas; universidades; organizações da sociedade civil; instituições de saúde tanto públicas como privadas; parque de ciência e tecnologia bastante diversificado (institutos de pesquisa; universidades; centros de pesquisa vinculados a empresas); e associações e movimentos sociais organizados, mas, mesmo assim, apresentam áreas de extrema pobreza e exclusão social.

É nessas áreas e nesses territórios que o vírus se reproduz com maior facilidade ampliando, enormemente, o risco do contágio, já que grande parcela da população que neles reside vive em condições sub-humanas, com um grande número de pessoas por domicílio, apresentando maior dificuldade no cumprimento das práticas de isolamento, seja por desentendimento em relação às medidas protetivas, seja pela necessidade de sair buscando a sobrevivência imediata e, além disso, dependendo de transporte público sobrecarregado. Para essa população, as medidas protetivas, quando existem, são tímidas.

Assim, mesmo sem analisar a disponibilidade de oferta de serviços de saúde, podemos afirmar que o próprio ciclo da pandemia no país reproduz a desigualdade social existente, ao atingir mais fortemente essa população em condições de maior vulnerabilidade social.

Faz-se necessário, então, em relação a esses grupamentos sociais, focalizar ações de saúde e de proteção social, além de estabelecer uma política de comunicação social, especificamente dirigida a essa população.

Além disso, faz-se necessário considerar que o SUS, como um sistema cronicamente subfinanciado, mesmo que presente em todo o território nacional, se apresenta de forma muito diferenciada em cada região do país, tanto no que diz respeito à distribuição e conformação das redes de serviços de saúde, particularmente os mais especializados, bem como na distribuição de seus profissionais, apresentando grandes concentrações nas capitais e municípios maiores.

É considerando o próprio comportamento dessa pandemia e, também, as dimensões continentais do Brasil, sua diversidade regional e as profundas desigualdades sociais existentes, e a diversidade de conformação do próprio SUS no país, aqui apontadas, que devemos reconhecer a atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) presente em todos os municípios brasileiros, como imprescindível e de fundamental importância para seu controle.

2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A APS vem sendo construída no Brasil há praticamente um século, fundamentada em distintas concepções e apresentando, em cada momento histórico, diferentes formas de organização. Durante todo esse percurso, muitas foram as contribuições advindas de organizações internacionais e de outros países que, com realidades sanitárias distintas, também buscam, constantemente, ajustar seus sistemas de saúde.

Mais recentemente, Barbara Starfield, estudiosa da APS na atualidade, define esta como o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. A APS, segundo ela, coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção. Starfield sugere os seguintes atributos para as práticas da atenção primária: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, além dos atributos derivados de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural⁽⁴⁾.

Esses atributos definidos foram incorporados como eixos orientadores de políticas de APS em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

O Brasil, que desde os anos 20 do século passado vem buscando, de diferentes formas e em distintos momentos, organizar a APS, por meio de iniciativas bastante diversas, com o SUS, dá início à estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros, incentivados pelo Ministério da Saúde mediante de normatizações e financiamento.

A partir de uma avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), foi proposto pelo Ministério da Saúde, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, cujos pressupostos que a fundamentam são explicitados no texto que compõe o anexo da Portaria 648/GM, de 28 de março de 2006, que instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁽⁵⁾. Depois dessa Política, duas outras Políticas foram editadas: a PNAB 2011, por meio da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, e a PNAB 2017, por intermédio da Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017^(6,7).

Em todas elas, o conceito de Atenção Básica, termo utilizado em equivalência à Atenção Primária à Saúde, é muito semelhante e assim expresso na portaria de 2017:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

§1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam minimizar desigualdades/inequidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde. ⁽⁷⁾.

Bem, com todo esse percurso e embasamento e, tendo a Saúde da Família como sua principal estratégia, a APS no SUS apresenta-se hoje organizada em todos os municípios do país, embora com distintas características, configurações e capacidade de respostas, inclusive para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Grande parte das Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes abrigam uma ou mais Equipes de Saúde da Família, mas vale ressaltar que, além das diferenças entre elas, ainda persistem várias equipes com outras configurações, definindo outras modalidades de atenção na APS.

Além disso, é preciso considerar a existência de Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) em inúmeros municípios, que, com equipe multiprofissional, acabam proporcionando uma atuação diferenciada por meio da APS.

Um último aspecto que deve ser salientado nesse panorama da APS no SUS do Brasil, além de seu subfinanciamento, a exemplo do que ocorre com todo o sistema, diz respeito ao fato de que, no momento de surgimento dessa epidemia, a APS passava por um conjunto de ajustes propostos pelo Ministério da Saúde, por meio das seguintes iniciativas, ainda pouco consolidadas: Programa Saúde na Hora; Carteira de Serviços; Programa Conecte SUS; Informatiza APS; Programa Médicos pelo Brasil; Programa Previne Brasil; e Pró-Residência.

3. ATUAÇÃO DA APS NO ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Mesmo considerando a diversidade existente no tocante à forma como se dá a organização da APS em cada um dos 5.570 municípios existentes no país, pode-se identificar um conjunto de atividades comuns sendo desenvolvidas, particularmente, nesse momento de enfrentamento da pandemia de COVID-19.

Além das atividades rotineiras, relacionadas com a oferta de cuidados à saúde da população adscrita, visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, outras bastante singulares se acrescentaram, voltadas ao enfrentamento da pandemia.

Assim é que, considerando a modalidade adotada por cada município, o perfil de cada equipe e as características de cada território, e respeitando as orientações e os protocolos que dia a dia vêm-se atualizando para o enfrentamento da COVID-19, a APS vem, em todo o país, ofertando cuidados, por meio do desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades.

Em primeiro lugar, há que se ressaltar aquelas de orientação da população sob responsabilidade de cada UBS, visando permitir o melhor entendimento a respeito das características, riscos e condutas referentes à epidemia, particularmente, no que diz respeito às medidas preventivas a serem adotadas. Dessa forma, complementa-se o papel que vem sendo exercido amplamente pelos meios de comunicação social de massa, por meio dos quais, no caso brasileiro, são muitas vezes veiculadas informações contraditórias. O conhecimento do território e a relação de confiança previamente estabelecida com as famílias são fundamentais nesse processo, tanto na perspectiva de informação a respeito dos riscos como de orientação geral sob práticas de distanciamento social e autocuidado, além de facilitar a identificação de indivíduos ou famílias, que portadores de algum agravo ou vivendo em condições precárias, constituem-se grupos de risco para essa epidemia e devem ser notificados à própria unidade ou aos serviços de proteção social existentes. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nesse sentido, é de fundamental importância, dado o conhecimento detalhado do território e o vínculo estabelecido com as famílias e a comunidade em geral⁽⁸⁾.

Outras atividades desenvolvidas em conjunto com as equipes de Vigilância em Saúde (VS) que atuam de forma integrada no território são as de rastreamento, concretizadas a partir do conhecimento de cada caso diagnosticado como COVID-19 para identificação de contactantes, seja nos ambientes domiciliares e/ou profissionais, com orientação de quarentena e demais cuidados e, quando possível, com testagem, visando à mitigação e à contenção da epidemia. O isolamento e o monitoramento não só dos pacientes confirmados por critérios clínicos ou laboratoriais, mas de todos os contactantes identificados por intermédio do rastreamento, com certeza, garantem um maior controle da pandemia com menor custo social em relação apenas ao isolamento social como medida coletiva⁽⁹⁾.

Ainda, no âmbito da articulação das equipes de APS com as de VS, vale ressaltar a importância da notificação e da análise permanente de casos no território de cada UBS, como forma de produção de informações ágeis e confiáveis que contribuam para a tomada de decisão, o monitoramento e orientação de ações relativas à epidemia.

Já no que diz respeito à oferta de cuidados clínico-assistenciais aos suspeitos e portadores de COVID-19, no âmbito da APS, há que se ressaltar a importância da etapa diagnóstica realizada com testagem (PCR) ou por critérios clínicos, em todos os casos que apresentam sintomas, que podendo ser considerados Síndrome Gripal (SG) ou Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), devem ser investigados e orientados, considerando inclusive a necessidade de encaminhamento a outros serviços. Outro recurso que vem sendo

recomendado e utilizado na APS do país é a oximetria, realizada na própria unidade ou nos domicílios, para monitoramento de pacientes de risco por meio da verificação do nível de saturação de oxigênio na circulação sanguínea, o que permite, nesse caso, o encaminhamento precoce para serviços mais especializados, evitando-se o agravamento dos casos⁽¹⁰⁾.

Respeitando as próprias características desta pandemia e da rede de atenção primária de cada local, mas com critérios clínicos muito rígidos, muitos desses cuidados clínico-assistenciais vêm-se realizando de forma remota mediante inúmeros recursos de telessaúde, evitando tanto a exposição do paciente como a maior possibilidade de disseminação da doença. Nessa perspectiva, devem ser valorizados: as centrais de orientação remota; o monitoramento remoto tanto de pacientes COVID com quadros leves ou de contactantes em isolamento como de pacientes que já vinham sendo acompanhados por serem portadores de condições crônicas; e as teleconsultas.

Deve ser valorizado, também, o apoio psicossocial que vem sendo ofertado por muitas equipes de UBS, tanto aos pacientes suspeitos ou confirmados, como aos familiares, particularmente durante o período de internação de um membro da família, ou mesmo após seu falecimento.

Ainda no campo da clínica, uma outra demanda que começa a se apresentar de forma importante nas UBS diz respeito aos pacientes em fase de recuperação ou reabilitação de quadros de alta gravidade de COVID-19, após alta hospitalar.

A oferta de cuidados à população em situação de rua e aos residentes em instituições de longa permanência de idosos (ILPI) apresenta-se também como uma atribuição da APS, particularmente nos municípios de grande porte, o que exige, respeitando as características desses agrupamentos, um esforço adicional das equipes responsáveis pela APS, em tempos de pandemia.

Nessa mesma perspectiva, deve ser considerada a oferta de cuidados a outros agrupamentos populacionais específicos como no caso de aldeias indígenas isoladas, ressaltando-se nesse caso, as características próprias da APS já existentes nesses territórios e, obviamente, o maior cuidado exigido para contenção da pandemia nessa população⁽¹¹⁾.

Para que o desempenho de todas essas atividades próprias da APS no SUS possa ser adequado, faz-se necessário investir tanto nas UBS como em seus profissionais.

No que diz respeito às UBS, foi necessário reorganizar a utilização do espaço físico estabelecendo fluxos distintos e ambientes adequados e bem ventilados para usuários que apresentem sintomas respiratórios, de forma a evitar a contaminação de outros. Isso foi feito nas unidades que comportaram essa separação. Em outras, com maior dificuldade na implantação de fluxos distintos, foi recomendada e muito utilizada a indicação de UBS exclusivas para atendimento de portadores de sintomas respiratórios. Já, no que diz respeito às equipes das UBS, pode-se dizer que elas tiveram que se reinventar em relação a seus processos de trabalho, independentemente do

modelo adotado para, de um lado, cumprir sua responsabilidade em relação ao enfrentamento da pandemia e, de outro, manter a oferta de cuidados a toda a população sob sua responsabilidade, particularmente, aos portadores de condições crônicas que exigem atenção contínua e permanente.

Desde o início da pandemia, muitas dessas mudanças já se concretizaram e podem ser citadas, respeitando as características e singularidades de cada UBS e sem a pretensão de generalizar o seu uso. Além de uma maior apropriação de atividades desenvolvidas de forma remota, que, a exemplo do utilizado para pacientes portadores ou suspeitos de COVID, passa também a ser utilizada para os demais pacientes da unidade, particularmente para os portadores de condições crônicas, observa-se, em muitos municípios: a vacinação de rotina sendo realizada em grandes espaços públicos, em unidades selecionadas ou mesmo dentro de carros; a entrega de receitas de medicamento de uso contínuo nos domicílios e com prazo estendido; a maior articulação com outras organizações existentes no território e no município na perspectiva de proteção social das famílias em condições de maior vulnerabilidade social; e a ampliação de atendimentos no domicílio, entre outras.

Explicita-se, assim, uma grande sobrecarga de trabalho dessas equipes neste período de pandemia. Nesse sentido, uma questão adicional que se apresentou foi a necessidade de implantação de um conjunto de medidas de proteção a seus próprios trabalhadores, que, estando na linha de frente, são naturalmente mais expostos aos riscos da própria pandemia. A implantação de medidas protetivas a esses trabalhadores foi e continua sendo necessária com: a disponibilização de EPI para uso permanente bem como o prévio treinamento requerido para esse uso; a testagem periódica respeitando os protocolos COVID; o isolamento de trabalhadores de risco; e a garantia de transporte adequado. Além disso, a implantação dos processos de capacitação referentes a todos os cuidados, utilização de protocolos e de novas tecnologias de informação e comunicação para enfrentamento da epidemia.

Vale ressaltar que a APS precisa estar integrada com outros serviços da rede de atenção à saúde, estabelecendo canais de comunicação, especialmente para acesso a leitos hospitalares por meio de Sistema de Regulação e de transporte ágil e adequado aos pacientes.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalmente, deve-se considerar, mesmo sem ainda ter um dimensionamento pormenorizado a esse respeito, que durante o período de epidemia, principalmente nos seus seis primeiros meses, houve uma diminuição no acesso de pacientes portadores de outros agravos e patologias às UBS do SUS, pacientes esses que, em circunstâncias normais, estariam buscando a unidade, para diagnóstico ou acompanhamento de tratamento. Isso se observou também no atendimento ambulatorial e hospitalar especializado em todo o país, o que indica uma possível sobrecarga de todos esses serviços, tão logo se controle essa pandemia.

Nesse sentido, e a título de conclusão, é de se esperar uma reorganização da APS no SUS em todo o país, para enfrentar uma nova realidade que se avizinha, diante da responsabilidade tanto de organização de uma grande e tão esperada campanha de vacinação da COVID-19 como de ampliação da oferta de cuidados aos usuários que, com certeza, estarão retornando à unidade em busca de cuidados os mais variados.

A manutenção das atividades de rastreamento, bloqueio e monitoramento dos pacientes portadores de COVID-19 e de seus contatos realizadas pela APS deve ser entendida, também, como de fundamental importância, mesmo depois do maior controle da pandemia com os esperados efeitos positivos da vacinação em massa. A considerar os conhecimentos científicos até aqui produzidos em relação a esta pandemia, continuaremos a conviver com o SARS-CoV-2, possivelmente, os surtos epidêmicos serão frequentes, e novas intervenções serão necessárias tanto no campo da clínica como no da vigilância em saúde, já que pacientes com baixa imunidade para o vírus, além de requererem assistência individual, apresentam-se como potenciais disseminadores do vírus, mesmo que sem sintomas.

O trabalho da APS acaba, muitas vezes, tendo pouca visibilidade social, já que, no geral, se dá muita ênfase ao atendimento dos pacientes com acometimentos graves, que necessitam de atendimento hospitalar especializado e com frequência de respiração assistida. No entanto, o trabalho da saúde nos territórios e, em particular, naqueles com população em condições de maior vulnerabilidade social, próprios da APS e da VISA, em relação à pandemia, é essencial, volto a dizer, na prevenção, no diagnóstico, no rastreamento, no monitoramento dos casos identificados, nos encaminhamentos, na reabilitação, no apoio psicossocial e, em conjunto com outros setores, no desencadeamento de medidas de proteção social a grupos mais vulneráveis.

Concluindo, considero que todo o processo de enfrentamento dessa pandemia, que ainda deve perdurar por um bom tempo, até o surgimento da vacina e o avanço do conhecimento científico em relação à COVID-19, tem na APS do SUS um de seus sustentáculos. Ademais, mostra que, mesmo com diversidade de modelos e de estruturas, com a necessidade de ajustes nos processos de trabalho de várias de suas unidades e com as dificuldades de superação de seu crônico subfinanciamento, a APS no SUS deve ser considerada uma força social no campo da saúde em defesa da preservação da vida.

REFERÊNCIAS

1. Casanova JL, Su HC. A global effort to define the human genetics of protective immunity to SARS-CoV-2 infection. *Cell*. 2020;181(6):1194-99. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2020.05.016>.
2. Furukawa NW, Brooks JT, Sobel J. Evidence supporting transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 while presymptomatic or asymptomatic. *Emerg Infect Dis*. 2020. doi: <https://doi.org/10.3201/eid2607.201595>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas COVID. Brasília: DF; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em: https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/af_gvs_coronavirus_6ago20_ajustes-finais-2.pdf.
4. Starfield B, Atenção Primária - Equilíbrio entre Necessidade de Saúde, Serviços e Tecnologia. Edição Brasileira: Ministério da Saúde e UNESCO. Brasil; 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 29 mar 2006.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 24 out 2011.
7. 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). *Diário Oficial da União*. 22 set 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19 [Internet]. Brasília: DF; 2020 [acesso 2020 nov 28]. Disponível em https://www.sbmfc.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Recomendacoes_ACS_COVID19_ver001_final.pdf.pdf.
9. Bilinski MS, et al. Modeling Contact Tracing Strategies for COVID-19 in the Context of Relaxed Physical Distancing Measures. *JAMA Netw Open*. 2020;3(8):e2019217. doi: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.19217>.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 9. Brasília – DF; 2020.
11. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Nota Técnica nº 5/2020. - Orientações Gerais sobre Atendimento e Acolhimento Emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do Covid-19 [Internet]. 2020 [acesso 2020 no 28]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2020>.