

Desempenho da APS brasileira e inglesa durante a pandemia de covid-19: uma revisão de escopo

Performance of Brazilian and English PHC during the COVID-19 pandemic: A scoping review

Larissa Beraldes de Souza¹, Jaqueline de Araújo Rezende Batistuta¹, José Rodrigues Freire Filho¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614911071P

RESUMO Este estudo teve como objetivo mapear as evidências disponíveis sobre o desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), em comparação com o National Health Service (NHS) da Inglaterra, com foco no processo de trabalho durante a pandemia de covid-19, bem como identificar lacunas de conhecimento. Realizou-se uma revisão de escopo, baseada na metodologia JBI, com buscas nas bases PubMed, Lilacs, Scopus, Cinahl, Embase e Web of Science, em junho de 2024. Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, segundo a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto). A seleção foi conduzida por três revisores, com apoio dos softwares EndNote e Rayyan. Ao todo, 34 estudos foram analisados. Os achados indicam que a pandemia afetou significativamente o processo de trabalho da APS. Em ambos os sistemas, priorizou-se o atendimento a sintomáticos respiratórios, reduzindo atividades rotineiras e descaracterizando atributos da APS. No NHS, destacaram-se a centralidade dos médicos generalistas, ampliação da Telessaúde e maior capacidade estrutural; no SUS, atuação multiprofissional, limitada por fragilidades tecnológicas e falta de coordenação nacional. Identificou-se, ainda, ausência de estudos sobre Internações por Condições Sensíveis à APS e financiamento, indicando necessidade de investigações futuras que aprofundem efeitos da pandemia em perspectiva comparada.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de saúde. Sistema Único de Saúde. Medicina estatal.

ABSTRACT *This study aimed to map the available evidence on the performance of Primary Health Care (PHC) in the Brazilian Unified Health System (SUS), compared to the National Health Service (NHS) in England, focusing on the work process during the COVID-19 pandemic, as well as to identify knowledge gaps. A scoping review was conducted, based on the JBI methodology, with searches in the PubMed, LILACS, Scopus, Cinahl, Embase, and Web of Science databases, in June 2024. Studies in Portuguese, English and Spanish were included, according to the PCC (Population, Concept and Context) strategy. Study selection was conducted by three reviewers, with the support of EndNote and Rayyan software. Overall, 34 studies were analyzed. The findings indicate that the pandemic significantly affected the PHC work process. In both systems, priority was given to caring for patients with respiratory symptoms, reducing routine activities and de-characterizing PHC attributes. In the NHS, the centrality of GPs, expansion of telehealth, and greater structural capacity stood out; in SUS, multi-professional action was limited by technological weaknesses and lack of national coordination. It was also noted a lack of studies on Ambulatory Care Sensitive Conditions and health financing, indicating the need for future investigations exploring the effects of the pandemic from a comparative perspective.*

KEYWORDS COVID-19. Primary Health Care. Health systems. Unified Health System. State medicine.

¹Universidade de São Paulo (USP), Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Ribeirão Preto (SP), Brasil.
larissaberaldes@gmail.com

Introdução

A pandemia de covid-19 desencadeou uma grave crise sanitária que exibiu fragilidades nos sistemas de saúde globais e expôs desafios para o enfrentamento e controle de emergências em saúde ao redor do mundo^{1,2}.

A rápida reestruturação exigida dos sistemas de saúde provocou uma resposta predominantemente hospitalocêntrica, que negligenciou a integralidade do cuidado e as ações de prevenção – pilares fundamentais no enfrentamento da doença¹⁻³.

Nesse sentido, o debate internacional sobre a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) foi reaberto, ressaltando seu papel como base para sistemas de saúde universais e mecanismo fundamental para lidar com crises sanitárias, devido à sua capacidade de desempenhar funções de vigilância epidemiológica, manejar casos leves e moderados da doença e orientar o cuidado ao longo das Redes de Atenção à Saúde (RAS)¹⁻³.

Países têm se comprometido, ativamente, a investir em seus sistemas de saúde, focando suas redes de cuidados primários, a fim de qualificar profissionais para atuar em todos os âmbitos de enfrentamento de crises sanitárias, como prevenção, resposta e recuperação⁴⁻⁶.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um modelo universal, público e sustentado por uma APS abrangente, mas que enfrenta problemas de subfinanciamento e estruturação dos serviços desde sua origem. O SUS foi inspirado por sistemas de saúde semelhantes, entre eles, o National Health Service (NHS) inglês, que está disponível a cerca de 57 milhões de pessoas e é considerado um modelo pioneiro de acesso universal à saúde, elevando as expectativas quanto à sua capacidade para lidar com emergências sanitárias^{1,7,8}.

As estratégias adotadas pelo NHS na APS durante a pandemia oferecem aprendizados relevantes para outros sistemas universais em contextos de crise sanitária. Embora existam diferenças políticas, econômicas e culturais entre os países, elementos estruturais – como

cobertura, financiamento e força de trabalho – justificam comparações que, mais do que replicar modelos, buscam novas perspectivas^{9,10}.

Para comparar a experiência do SUS e do NHS, foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo de mapear as evidências disponíveis na literatura sobre o desempenho da APS nos dois sistemas, focando o processo de trabalho durante a pandemia de covid-19, e buscando identificar lacunas de conhecimento sobre o tema, para que futuras pesquisas possam ser orientadas, fortalecendo a APS em situações de crise sanitária.

Material e métodos

Estudo conduzido de acordo com o Manual para Síntese de Evidências da JBI, seguindo as recomendações do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols for Scoping Reviews (PRISMA-ScR), e cujo protocolo foi previamente registrado na Open Science Framework (OSF), em junho de 2024, sob o DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DSCNB11-13>.

A pergunta de pesquisa que norteou esta revisão foi: ‘Quais são as evidências disponíveis na literatura quanto ao desempenho da APS no tocante ao processo de trabalho no SUS em comparação com NHS inglês, durante a pandemia de covid-19?’, formulada com base no acrônimo ‘PCC’ (População, Conceito e Contexto): ‘P’ (SUS e NHS), ‘C’ (APS na dimensão do processo de trabalho) e ‘C’ (pandemia de covid-19)¹¹.

Cumprir destacar que, inicialmente, este estudo teve como objetivo analisar o desempenho da APS não apenas sob a luz do processo de trabalho, mas, também, considerando a dimensão do financiamento dos sistemas de saúde no contexto da crise sanitária. Por essa razão, o tema foi incorporado à estratégia PCC e à questão norteadora da revisão. Entretanto, a escassez de evidências disponíveis sobre o financiamento desses sistemas inviabilizou a realização de uma análise específica dessa

dimensão. Ainda assim, a ausência de estudos diretamente voltados ao financiamento foi interpretada como um achado relevante¹⁴. Observou-se que a temática foi mencionada em 15¹⁵⁻²⁹ dos 34 artigos incluídos, predominantemente, de forma transversal, no âmbito das discussões sobre o processo de trabalho. Dessa forma, embora a pergunta de pesquisa desta revisão inclua a dimensão do financiamento, o produto final apresenta exclusivamente as evidências relacionadas ao processo de trabalho. As decisões metodológicas e os detalhamentos adicionais encontram-se descritos no material suplementar (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/DSCNB>).

Os critérios de inclusão foram: artigos que contivessem elementos da estratégia PCC. Foram considerados apenas estudos publicados em português, inglês ou espanhol, devido à localização do Brasil, na América do Sul, onde predominam os idiomas português e espanhol, enquanto a Inglaterra integra o Reino Unido, cujo idioma oficial é o inglês. Além disso, foram selecionados, exclusivamente, materiais publicados entre 2020 e 2024, recorte temporal que coincide com o período da pandemia de covid-19, proposto para esta revisão, cuja oficialização pela Organização Mundial da Saúde (OMS) se deu em março de 2020, e seu encerramento em maio de 2023^{1,30}. Incluiu-se literatura cinzenta, conforme detalhado no material suplementar.

Publicações cujos títulos e resumos não respondiam à pergunta norteadora da pesquisa foram excluídas. As buscas foram conduzidas em junho de 2024, nas seguintes bases de dados: PubMed, Lilacs, Scopus, Cinahl, Embase e Web of Science. A estratégia de busca foi construída com base em descritores que constam no Medical Subject Headings (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados por meio de operadores booleanos (OR e AND), e adaptada para cada uma das bases utilizadas neste estudo, podendo ser visualizadas, na íntegra, no protocolo da revisão.

Os estudos selecionados foram inicialmente importados para o software de gerenciamento

de referências EndNote e, em seguida, para a plataforma Rayyan, o que possibilitou a identificação e exclusão de publicações duplicadas, bem como a condução do processo de seleção dos estudos^{31,32}.

Previamente a essa etapa, foi realizada uma calibração entre todos os revisores, com o objetivo de alinhar os critérios de elegibilidade. A seleção dos estudos foi conduzida de forma cega por dois revisores independentes, a partir da leitura de títulos e resumos. Nos casos em que não houve consenso, um terceiro revisor foi acionado para a resolução das divergências. A plataforma Rayyan registrou todas as decisões tomadas ao longo do processo³².

Durante a extração de dados, coletaram-se informações de cada publicação selecionada: características do estudo (autores, ano de publicação, país, região e sistema de saúde, tipo de publicação, desenho do estudo), principais resultados, desafios e contribuições. Além disso, identificou-se qual eixo de atuação da APS foi abordado dentro da dimensão individual e qual subdimensão específica foi contemplada, de acordo com o referencial teórico utilizado.

Como referencial, utilizaram-se duas das quatro dimensões propostas por Medina et al.³³ para orientar a atuação da APS durante a pandemia de covid-19 – ‘Atenção aos usuários com covid-19’ e ‘Continuidade das ações próprias da APS’ –, por estarem mais alinhadas ao foco deste estudo, centrado no processo de trabalho em saúde. Essa escolha foi corroborada pela análise de Schenkman et al.²⁷, que reagrupa os eixos de Medina et al.³³ em duas grandes dimensões: coletiva (‘Vigilância em saúde nos territórios’ e ‘Suporte social a grupos vulneráveis’) e individual (‘Atenção aos usuários com covid-19’ e ‘Continuidade das ações próprias da APS’). Apenas a dimensão individual foi considerada nesta revisão.

Para fins analíticos e de apresentação, essa dimensão foi desmembrada em seus dois eixos, aqui tratados como dimensões. A partir delas, emergiram duas subdimensões fundamentais para a análise, também baseadas em Medina et al.³³, cuja recorrência e relevância nas publicações

justificam sua adoção: ‘Reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde da APS’ e ‘Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)’.

Como desfecho do estudo, a revisão de escopo oportunizou, ainda, evidências acerca das aproximações e dos distanciamentos no desempenho da APS em ambos os sistemas de saúde, fundamentando-se na teoria da convergência/divergência³⁴. Optou-se por apresentar os resultados por meio de uma síntese narrativa, para uma exposição mais clara dos contrastes e similitudes identificados ao comparar a dimensão individual da APS brasileira e inglesa durante a pandemia de covid-19, seguindo as recomendações do Prisma-ScR¹².

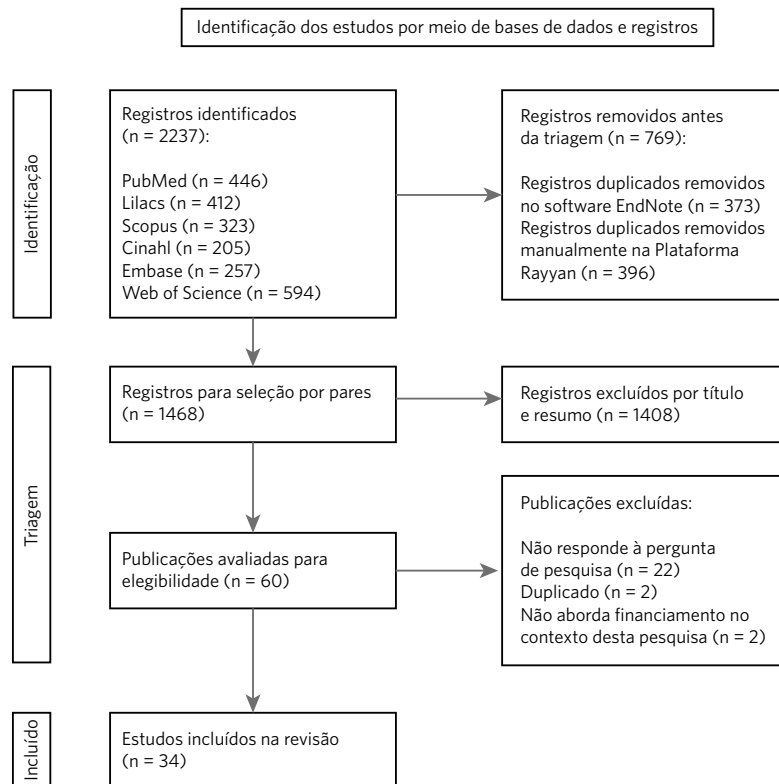
Ressalta-se que os estudos não foram avaliados conforme sua qualidade metodológica, pois essa etapa não se constitui em exigência para revisões de escopo¹².

Por não envolver a participação direta de seres humanos, este estudo não necessitou de submissão à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

O processo de seleção de estudos está descrito na *figura 1*, conforme recomendações do Prisma-ScR¹².

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de estudos



Fonte: elaboração própria, baseada em Page et al.³⁵.

Foram incluídas 34 publicações: dois relatos de experiência^{36,37}, duas revisões de escopo^{38,39},

duas pesquisas qualitativas^{17,20}, dois estudos descritivos^{40,41}, um estudo descritivo com corte

transversal⁴², três estudos transversais^{27,43,44}, três estudos exploratórios^{21,45,46}, um comentário²³, três notas técnicas^{28,29,47}, dois estudos de caso^{22,26}, uma pesquisa documental²⁵, uma pesquisa avaliativa⁴⁸, uma pesquisa qualitativa multicêntrica¹⁶, uma pesquisa descritiva e exploratória²⁴, um estudo qualitativo, descritivo e exploratório⁴⁹, um estudo longitudinal⁵⁰, uma pesquisa observacional transversal¹⁵, um estudo transversal descritivo⁵¹, uma revisão da literatura e revisão documental⁵², um estudo qualitativo, analítico-descritivo, de casos múltiplos⁵³ e três publicações que não explicitaram o tipo de estudo^{18,19,54}.

Dos 34 estudos, 16 foram publicados em 2023^{15-18,21,22,24,27,38,41,42,44,48,49,51,53}, cinco em 2020^{23,28,37,47,52}, cinco em 2021^{19,26,29,43,46}, cinco em 2022^{25,36,39,45,50}, dois em 2024^{20,40} e uma publicação não apresentou data⁵⁴. Quanto à procedência, 27 publicações referiam-se ao SUS^{15-20,22,24-29,36-38,40-42,44,47-49,51-54}, seis abordaram o NHS^{23,24,43,45,46,50} e uma publicação mencionou ambos os sistemas³⁹.

Das 27 publicações brasileiras, seis apresentavam abrangência nacional^{19,27,29,44,52,54}, uma mencionava mais de uma região³⁸, 11 estavam concentradas na região

Nordeste^{18,20,25,26,36,37,40-42,51,53}, quatro na região Sudeste^{16,17,24,49}, três na região Sul^{22,47,48}, enquanto as regiões Norte e Centro-Oeste foram mencionadas por uma publicação cada^{15,28}. Já com relação aos seis estudos realizados na Inglaterra, cinco eram de abrangência nacional^{21,23,43,46,50}, enquanto um foi conduzido nas regiões de Midlands, South East e South West England⁴⁵. O estudo que abordou tanto o Brasil quanto a Inglaterra apresentou resultados com alcance nacional³⁹.

Conforme os quadros 1 e 2, abaixo, 28 estudos^{15-26,36,37,39-49,51-53} abordaram de forma aprofundada as duas dimensões e subdimensões propostas. Outras seis publicações apresentaram variações: uma tratou exclusivamente da dimensão 'Atenção aos usuários com covid-19' e da subdimensão 'Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)'⁵⁴; duas analisaram ambas as dimensões, mas com foco exclusivo em uma subdimensão cada – 'Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)'³⁸ e 'Reorganização do processo de trabalho'²⁸; e três abordaram ambas as subdimensões dentro da dimensão 'Continuidade das ações próprias da APS'^{27,29,50}.

Quadro 1. Atenção aos usuários com covid-19 e Continuidade das ações próprias da APS no SUS e no NHS

Dimensão	SUS (Brasil)	NHS (Inglaterra)
Atenção aos usuários com covid-19	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganização estrutural das unidades de APS (limitação de acompanhantes, barreiras físicas, triagem externa, isolamento de sintomáticos, horários separados)^{16,18,24,26,36,38,39,41,44,47,48,53}. - Criação de Unidades de Referência para covid-19 em alguns locais (especialmente no Nordeste)^{20,22,25}. - APS focada no atendimento emergencial^{15,16,19,24,26,40,49,53}. - Casos leves tratados e monitorados pela APS; casos agravados encaminhados pela APS para hospitais^{15,25,28,37,39,42,51,52,54}. - Aumento na carga de trabalho, reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde e adoção de novas tecnologias^{15,25,28,37,39,42,51,52,54}. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimentos presenciais suspensos para casos não essenciais; APS como porta de entrada para covid-19^{43,45,53}. - Consultas remotas para triagem inicial⁴⁶. - Separação física entre sintomáticos/não sintomáticos (atendimentos 'hot' e 'cold', respectivamente)^{23,39,43,45,46}. - Criação de 'hubs' para atendimento em instalações reaproveitadas^{43,46}. - Visitas domiciliares realizadas prioritariamente para pacientes que não podiam acessar a APS^{23,39,43}.

Quadro 1. Atenção aos usuários com covid-19 e Continuidade das ações próprias da APS no SUS e no NHS

Dimensão	SUS (Brasil)	NHS (Inglaterra)
Continuidade das ações próprias da APS	<ul style="list-style-type: none"> - APS desconfigurada para uma rede focada em urgências/emergências^{16,17,19,20,24,26,28,38,40,48,49}. - Foco em grupos prioritários (gestantes, idosos, recém-nascidos); priorização de pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) descompensados^{15,16,24,25,27-29,37}. - Perda das ações preventivas com suspensão de atividades coletivas, reuniões de equipe e encaminhamentos para especialidades^{16,17,19,20,24,26,28,38,40,48,49}. - Distribuição de medicamentos e receitas mantida; visitas domiciliares restritas ao ambiente peridomiciliar^{16,18,19,24,37,40,41,47,48,53}. - Odontologia: suspensão de atendimentos eletivos, manutenção de urgências/emergências e significativa desassistência prestada pelas equipes de saúde bucal, em todo o País^{22,28,29,42,51}. - Falta de diretrizes robustas para continuidade das ações¹⁸. - Uso ampliado do teleatendimento para acompanhamento e manutenção de ações rotineiras da APS^{15-19,21,24,36,38-40,42,43,49,51,52}. - Preocupação com a necessidade de restrição de atendimentos na APS^{15,16,24,25,27-29,37}. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grande dependência do teleatendimento para consultas iniciais na APS^{23,39,45,46,50}. - Queda expressiva no número de encaminhamentos para atenção especializada^{21,39,50}. - Preocupações com diagnósticos tardios, piora das disparidades de saúde e deterioramento das condições de saúde devido à falta de continuidade das ações da APS, em especial, no que tange a pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)^{21,23,39,45,46,50}. - Atividades rotineiras deveriam ser retomadas em associação com a atenção especializada, mas observaram-se dificuldades até mesmo em atendimentos urgentes^{21,46}.

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Reorganização do processo de trabalho dos profissionais da APS e incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)

Subdimensão	SUS (Brasil)	NHS (Inglaterra)
Reorganização do processo de trabalho dos profissionais da APS	<ul style="list-style-type: none"> - Suspensão de atendimentos eletivos e adaptação do trabalho para focar em casos suspeitos de covid-19^{16-18,22,25-28,36,37,42,44,47-49,51,52,54}. - Profissionais de saúde bucal desviados para funções de triagem e classificação (fast-track), com suspensão de atendimentos odontológicos de rotina^{16-18,22,25-28,36,37,42,44,47-49,51,52,54}. - Agentes comunitários de saúde (ACS) deslocados para funções administrativas, triagem, apoio em campanhas de vacinação e acompanhamento remoto, descaracterizando seu trabalho tradicional e fragilizando o vínculo territorial^{16-18,22,25-28,36,37,42,44,47-49,51,52,54}. - Sobrecarga de trabalho, aumento de tarefas adicionais e perda da identidade profissional, dificultando o desempenho da APS^{15-17,19,24,36,40}. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adoção de triagens e consultas remotas como padrão, restringindo atendimentos presenciais^{21,39,43}. - Limitação de encaminhamentos para atenção especializada; GPs passaram a lidar com suporte remoto de especialistas^{21,50}. - Serviços reorganizados para atendimento exclusivo a usuários com suspeita de covid-19⁴³. - Profissionais relataram aumento e desvio de funções, falta de treinamento adequado e dificuldades relacionadas aos EPIs^{43,45,50}. - Sobrecarga de trabalho agravada pela pré-existente escassez de profissionais^{45,50}.
Incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação de atendimentos remotos para minimizar contaminação e garantir continuidade de cuidados^{15,16,20,40,41,44,48,53}. - Uso de celulares, aplicativos de mensagens e ligações telefônicas, embora com forte heterogeneidade: algumas unidades adquiriram equipamentos, enquanto outras sequer dispunham de telefone fixo^{15,16,20,40,41,44,48,53}. - Disparidades regionais e sociais dificultaram a adoção plena da telessaúde, impactando negativamente a equidade do acesso^{15,16,20,40,41,44,48,53}. 	<ul style="list-style-type: none"> - Expansão acelerada de estratégias anteriormente previstas no novo modelo de serviço do sistema de saúde inglês (NHS Long Term Plan-2019)^{21,23}. - Integração dos registros médicos eletrônicos com ferramentas de comunicação (mensagens de texto e chamadas de vídeo) para contato entre pacientes e profissionais^{21,23,50}. - Telessaúde consolidada como prática padrão na APS inglesa, inclusive com apoio ao atendimento de casos que antes seriam encaminhados para especialistas^{21,50}.

Fonte: elaboração própria.

Atenção aos usuários com covid-19 e continuidade das ações próprias da APS

Flexibilidade e capacidade de adaptação são essenciais para que um sistema de saúde atue de forma eficaz tanto em ações rotineiras quanto em situações emergenciais^{55,56}. Nesse cenário, a APS se destacou por sua capilaridade, proximidade com a população e atuação estratégica no enfrentamento da covid-19, especialmente no manejo de casos leves, testagem e encaminhamento de casos graves, além de funcionar como fonte de informação junto à comunidade^{15-19,22,24-28,36,39,40-42,44,46,48,49,51-53}.

A incorporação do cuidado a pessoas com covid-19 exigiu rápidas mudanças nos processos de trabalho da APS no Brasil e na Inglaterra, com a adoção de novos fluxos e priorização de pacientes sintomáticos respiratórios^{15-20,22-26,28,37-49,51-54}. Essas alterações evidenciam o papel central e adaptativo da APS, bem como a necessidade de garantir a continuidade e a qualidade do cuidado diante de um cenário prolongado de crise^{17,23,24,26,46,50}.

Durante a pandemia, a APS se reconfigurou em ambos os países. No NHS, atendimentos presenciais foram amplamente substituídos por Telessaúde, priorizando casos suspeitos de covid-19^{23,39,45,46,50}. Posteriormente, centros de atendimento (*hubs*) foram organizados localmente pelos Clinical Commissioning Groups (CCGs) e pelos Primary Care Networks (PCNs), responsáveis pelo planejamento de serviços e integração de clínicas de APS para otimizar o cuidado^{43,46,57}. Apesar dessas estratégias, a suspensão de atendimentos não essenciais gerou preocupações quanto ao agravamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e ao comprometimento da função de coordenação da APS^{21,39,45,46,50}.

No Brasil, a reorganização da APS incluiu adaptações estruturais, estabelecimento de fluxos diferenciados e definição de unidades de referência para covid-19^{16,18,20,22,24-26,36,38,39,41,44,47,48,53}. As atividades assistenciais favoreceram grupos prioritários,

ao passo que ações preventivas e de promoção da saúde foram substancialmente reduzidas^{15-17,19,20,24-29,37,38,40,48,49}. Visitas domiciliares foram direcionadas a grupos de risco^{16,18,19,24,37,40,41,47,48,53}, o teleatendimento consolidou-se como estratégia central para a manutenção da atenção longitudinal^{15-19,21,24,36,38-40,42,43,49,51,52}, enquanto a clínica odontológica restringiu-se a atendimentos de urgência, ampliando o quadro de desassistência^{22,28,29,42,51}. Observa-se a ausência de diretrizes robustas voltadas à continuidade das ações da APS, expondo a fragilidade de sua valorização durante a crise sanitária e refletindo a desconsideração do papel estratégico das ações territoriais e do potencial de capilaridade da APS no enfrentamento da pandemia, no Brasil¹⁸.

Os estudos demonstraram que, durante a pandemia, as alterações no processo de trabalho fizeram com que o modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF) se diluísse, perdendo, temporariamente, a capacidade de implementar seus atributos de coordenação do cuidado, longitudinalidade e, em alguns aspectos, a integralidade das ações e dos serviços de saúde, cooperando para que esse ponto de atenção assumisse um papel focado no atendimento emergencial^{15,16,19,24,26,40,49,53,58}.

Reorganização do processo de trabalho dos profissionais de saúde da APS e a incorporação de novas tecnologias (Telessaúde)

À luz da análise dos artigos desta pesquisa, duas subdimensões, intimamente conectadas, destacam-se ao participar de forma integrada das alterações do processo de trabalho na APS em ambos os países, impulsionadas por ações relacionadas à pandemia que exigiram a reorganização do processo de trabalho dos profissionais e a incorporação de novas tecnologias, especialmente por meio da Telessaúde, nesse ponto de atenção.

No NHS, a reorganização do processo de trabalho da APS foi marcada pela adoção de consultas remotas, como procedimento

padrão^{21,39,43}. A sobrecarga do sistema levou à limitação de encaminhamentos para a atenção especializada, estimulando o uso de ferramentas digitais para conectar profissionais da APS a especialistas^{21,50}. Observou-se sobrecarga de trabalho, aumento das responsabilidades e desvio das funções originais, agravados pela escassez de pessoal – problema estrutural anterior à pandemia, relacionado a baixos salários e aumento das atribuições^{45,50} – e pela falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), comprometendo a segurança dos profissionais⁴⁵.

No SUS, a reorganização se deu com a suspensão de atendimentos eletivos e realização de visitas domiciliares em ambiente peridomiciliar. Profissionais da saúde bucal foram redirecionados para atuar na triagem de pacientes sintomáticos, enquanto a APS assumiu funções típicas do pronto atendimento^{17,22,25,28,37,42,44,48,51,52}. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também tiveram suas funções descaracterizadas, com atuação reduzida no território e maior participação em tarefas administrativas, fragilizando os vínculos com a comunidade^{16-18,26,27,36,47,49,52,54}.

Apesar de ser essencial para evitar a desassistência, a implementação da Telessaúde encontrou obstáculos no Brasil devido a desigualdades regionais e sociais. Enquanto algumas unidades adotaram celulares e tablets, outras careciam até de telefonia básica, dificultando a implementação de tecnologias de cuidado remoto^{15,16,20,40,41,44,48,53}. Assim como no NHS, o aumento das atribuições e a descaracterização dos papéis tradicionais provocaram estresse entre os profissionais e impactaram negativamente o desempenho da APS durante a pandemia^{15-17,19,24,36,40}.

SUS e NHS: aproximações e distanciamentos

Cotejando a experiência de ambos os países, percebemos aproximações e distanciamentos. Tanto no SUS quanto no NHS, a incorporação de atendimentos voltados à covid-19

levou a uma interrupção nas atividades rotineiras da APS, que, ao ser utilizada como porta de entrada para pacientes sintomáticos, passou a oferecer parcialmente seus serviços nucleares^{15-20,22-26,28,37-49,51-54}.

A incerteza quanto à doença levou autoridades a suspender atendimentos considerados não essenciais, para direcionar a assistência voltada à covid-19^{15,16,24,25,27-29,37,43,45,53}.

O NHS apoiou-se, principalmente, na Telessaúde para continuar atendimentos e exercer ações de monitoramento remotas^{21,39,43}. O SUS, por sua vez, poderia ter explorado de forma mais efetiva os estreitos laços construídos previamente com a comunidade, por meio de suas equipes na APS, para exercer funções de vigilância¹⁸. Apesar de também apresentar problemas estruturais para o atendimento remoto, além da necessidade de maior investimento na formação de profissionais, relatos demonstram que as condições para esse recurso no NHS ainda são bem melhores que no SUS, onde muitas unidades de saúde sequer possuíam telefones fixos^{15,16,20,21,39,40,41,44,48,53}.

Ao retomar atendimentos presenciais, a reorganização da infraestrutura clínica na Inglaterra foi mais bem sucedida. Percebe-se maior capacidade estrutural, como, por exemplo, clínicas com entradas e saídas individualizadas e estacionamento distintos. Algo muito distante da realidade observada no Brasil, onde a APS precisou de resiliência para readaptar espaços físicos e estruturais, já precarizados^{18,22-24,26,39,43-46}.

No NHS, a APS é estruturada, principalmente, em torno dos médicos generalistas (GPs), e essa centralidade ficou evidente nos estudos analisados. Diferentemente do que foi observado nas pesquisas sobre o SUS, que apresentaram abordagem multiprofissional na APS, na Inglaterra, apenas um estudo explorou em profundidade o processo de trabalho de outro profissional que não o GP, analisando impactos da pandemia na enfermagem da APS inglesa, como atritos observados entre categorias profissionais, já que trabalhadores

da enfermagem se sentiam desvalorizados em relação aos médicos⁴⁵.

No Brasil, além da abordagem coletiva da equipe multiprofissional, os estudos resgatados investigaram, especificamente, o trabalho da enfermagem^{15,20,40,49}, da odontologia^{29,42,51} e dos ACS^{18,19,41,47,52}, enquanto nenhum estudo se dedicou exclusivamente ao trabalho médico, evidenciando a característica multiprofissional da APS no SUS, que se distancia do modelo médico-centrado para favorecer a colaboração interprofissional.

Por outro lado, a ausência de estudos sobre o processo de trabalho de outros profissionais essenciais da APS inglesa, como dentistas, reflete uma fragilidade na abordagem interprofissional do NHS. Essa limitação foi destacada como um aspecto a ser aprimorado na Inglaterra⁴⁵.

Em ambos os sistemas, pudemos observar uma descaracterização da atenção primária, pautando-se em uma oferta de cuidados voltados ao pronto atendimento, com demandas pontuais e imediatistas. Acrescem-se a isso desvios importantes nas funções de determinados profissionais, cujas atribuições baseadas em ações no território – como os ACS – fazem parte da construção da identidade da APS brasileira, que foi subutilizada durante a pandemia^{24,49}. No NHS, resgata-se dessa experiência a importância da abordagem interprofissional – como a realização de reuniões de equipe, além da autonomia local para tomada de decisão, mesmo com relativa falta de padronização nas respostas^{23,43,46}. Essa interprofissionalidade e descentralização, apresentadas como mudanças positivas a serem implementadas no futuro da APS inglesa, já são características presentes no SUS, mas que não foram plenamente utilizadas. Reuniões de equipe canceladas e afastamento entre os profissionais levaram a atritos^{16,17,24}. No Brasil, a descentralização da responsabilidade da saúde para os municípios, somada à falta de coordenação federal, levou a uma resposta muito heterogênea da atuação da APS no SUS, por isso, a maioria dos estudos incluídos apresentou recortes regionais, dificultando

uma avaliação nacional¹⁸. Já na Inglaterra, houve a tendência de analisar experiências nacionalmente, negligenciando recortes e características regionais que poderiam fornecer *insights* sobre esse período^{43,45,46}.

Contrasta-se, também, uma relativa proteção financeira da APS no NHS, através do engajamento do governo em garantir suporte financeiro, enquanto, no SUS, ficou evidente a acentuação dos desafios já vivenciados pela APS, acrescidos de dificuldades para acessar recursos emergenciais (insuficientes), enfraquecimento do trabalho interprofissional e comprometimento da abordagem territorial¹⁵⁻²⁷.

Limitações do estudo

Uma limitação relevante a ser considerada é que os estudos analisados refletem diferentes momentos da pandemia, tanto no Brasil quanto na Inglaterra. Essa variação temporal acrescenta cautela quanto à comparação entre os dois sistemas de saúde, reforçando a necessidade de estudos futuros que avaliem períodos equivalentes da pandemia para uma análise mais aprofundada.

Considerações finais

Identificaram-se mudanças significativas no processo de trabalho da APS no SUS e no NHS durante a pandemia, com aproximações e contrastes relevantes. Ambos os sistemas priorizaram o atendimento a sintomáticos respiratórios, o que levou à redução ou interrupção das atividades rotineiras e à descaracterização de atributos como longitudinalidade, vínculo e integralidade.

No NHS, houve centralidade dos GPs, ampliação de atendimentos remotos e reorganização física das unidades com maior capacidade estrutural. Já no SUS, observou-se atuação mais coletiva e interprofissional, com destaque para profissionais da enfermagem, saúde bucal e ACS, muitas vezes, realocados. A limitação

de recursos tecnológicos e estruturais dificultou a adoção da Telessaúde, evidenciando desigualdades regionais.

Enquanto a APS inglesa demonstrou maior capacidade de adaptação, sobretudo com o uso de tecnologias e autonomia local, a APS brasileira não conseguiu acionar plenamente seu potencial comunitário, em parte, pela ausência de coordenação nacional e pela fragmentação das respostas entre os territórios. Ambos os sistemas sofreram sobrecarga de trabalho, estresse profissional e perda de identidade das funções tradicionais da APS, revelando fragilidades pré-existentes – como falta de investimentos, escassez de recursos humanos e dificuldades estruturais.

Apesar disso, a crise revelou caminhos de aprimoramento, como a valorização da atuação interprofissional e a incorporação de tecnologias digitais – desde que acompanhadas de investimentos e suporte adequados. Futuras pesquisas devem se aprofundar no papel de categorias profissionais pouco investigadas, analisar recortes territoriais e temporais, e avaliar os impactos da pandemia sobre o acesso, a equidade e os desfechos em saúde.

Ainda que não tenha sido objeto principal desta pesquisa, ressalta-se a ausência de estudos sobre os efeitos da pandemia nos índices de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) – indicador amplamente utilizado para avaliar,

de forma indireta, o desempenho da APS na prevenção de agravos e no manejo de condições crônicas. Considerando que a pandemia implicou a suspensão ou redução de atendimentos regulares, especialmente para pessoas portadoras de DCNT, é plausível que essa desassistência tenha repercutido negativamente nos índices de ICSAP. Assim, investigações futuras sobre esse indicador são fundamentais para mensurar os impactos reais da pandemia sobre o desempenho da APS, em ambos os sistemas. Além disso, identificou-se escassez de estudos que abordem outras dimensões vinculadas à APS, como o financiamento durante o período pandêmico, o que também merece maior atenção em pesquisas subsequentes.

Contribuições de autoria

Souza LB (0000-0001-9974-3063)* contribuiu para concepção do trabalho, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Batistuta JAR (0000-0002-0050-8280)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. Freire Filho JR (0000-0003-1306-9368)* contribuiu para concepção do trabalho, redação e revisão crítica e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(2):1-5. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
2. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:1-28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

3. Cabral ERDM, Melo MCD, Cesar ID, et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. *Interam J Med Health* 2020;3:1-6. DOI: <https://doi.org/10.31005/iajmh.v3i0.87>
4. Dunlop C, Howe A, Li D, et al. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020;4(1):1-3. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>
5. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata: OMS; 1978.
6. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Astana. Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. Astana: OMS; 2018.
7. Oliveira SC, Queiroz LDFN. O Reino Unido diante da Covid-19: hesitação política e capacidade de resposta de um sistema de saúde universal [Internet]. In: Machado CV, Pereira AMM, Freitas CM, organizadores. Políticas e sistemas de saúde em tempos de pandemia: nove países, muitas lições. Rio de Janeiro: Fiocruz Editora; 2022. p. 177-204. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557081594>
8. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ADCA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc saúde coletiva*. 2018; 23(6):1763-76. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>
9. Lobato LDVC, Giovanella L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LDVC, et al., organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 89-120. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413494>
10. Conill EM, Giovanella L, Noronha JC, et al. Sistemas de Saúde da Alemanha, Canadá e EUA em Perspectiva Comparada. In: Paim JS, Almeida-Filho ND, organizadores. Saúde coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2023. p. n.p.
11. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, et al. Scoping Reviews (2020). In: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, et al., editores. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBI-MES-24-09>
12. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. DOI: <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
13. Foster ED, Deardorff A. Open Science Framework (OSF). *J Med Libr Assoc*. 2017;105(2):203-6. DOI: <https://doi.org/10.5195/jmla.2017.88>
14. Altman DG, Bland JM. Statistics notes: Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ*. 1995;311(7003):485. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7003.485>
15. Alvarenga JDPO, Leandro SS, Costa LDD, et al. Trabalho de enfermeiros(as) na Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal, Brasil: o contexto da pandemia de covid-19. *Tempus*. 2023;16(4):161-181. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3096>
16. Anéas TDV, Lima MND, Braga FDJL, et al. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3483-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06062023>
17. Campos AR, Campos GWDS, Gutiérrez AC, et al. Investigação sobre Atenção Primária durante a pandemia em territórios vulneráveis de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3461-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.0772023>
18. Farias HSL, Trott LC, Viola BM. O agente comunitário de saúde na Covid-19: análise dos planos de contingência da região Nordeste do Brasil. *Trab Educ Saúde*. 2023;21:1-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2163>

19. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:1-20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>
20. Neves ACFB, Oliveira BLCAD, Lima SF. Práticas de enfermagem na Atenção Primária em Saúde durante a pandemia de covid-19, Maranhão, Brasil. *Enferm Foco*. 2024;15 (Supl 1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202414SUPL1>
21. Grut M, De Wildt G, Clarke J, et al. Primary health care during the COVID-19 pandemic: A qualitative exploration of the challenges and changes in practice experienced by GPs and GP trainees. *PLoS One*. 2023;18(2):1-20. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280733>
22. Lopes WP, Carvalho BG, Martins CP, et al. Repercussões da pandemia da covid-19 na organização e oferta de serviços da atenção básica. *Cien Cuid Saude*. 2023;22:1-9. DOI: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.65868>
23. Majeed A, Maile EJ, Bindman AB. The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service. *J R Soc Med*. 2020;113(6):208-210. DOI: <https://doi.org/10.1177/0141076820931452>
24. Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FGD, et al. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3553-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06342023>
25. Santana MMD, Medeiros KRD, Monken M. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família na pandemia no Recife-PE: singularidades socioespaciais. *Trab Educ Saúde*. 2022;20:1-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs00154>
26. Silva WRDS, Duarte PO, Felipe DA, et al. A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. *Trab Educ Saúde*. 2021;19:1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00330>
27. Schenkman S, Bousquat AEM, Facchini LA, et al. Padrões de desempenho da atenção primária à saúde diante da COVID-19 no Brasil: características e contrastes. *Cad Saúde Pública*. 2023;39(8):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT009123>
28. Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Políticas de Atenção à Saúde. Diretoria de Atenção Primária. Nota técnica nº 01, de 26 de março de 2020: orienta a atenção primária à saúde dos municípios para o enfrentamento do novo Coronavírus (COVID-19) [Internet]. Palmas: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://central.to.gov.br/download/103006>
29. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 3/2021-CGSB/DESF/SAPS/MS:COVID-19 e atendimento odontológico no SUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 mar 23 [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/b8kuq>
30. Presidência da República (BR), Secretaria de Comunicação Social. Em rede nacional, ministra celebra fim da emergência em saúde, mas alerta para necessidade de vacinação contra Covid-19: segundo Nísia Trindade, o vírus continua passando por mutações e infectando pessoas, e a melhor forma de conviver com a doença é ter a população imunizada. Confira a íntegra do pronunciamento em texto e vídeo [Internet]. Brasília, DF: Secretaria de Comunicação Social; 2023 maio 7 [acesso em 2025 mar 26]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/05/em-rede-nacional-ministra-da-saude-celebra-fim-da-emergencia-em-saude-mas-alerta-para-necessidade-de-vacinacao-contracovid-19>
31. Mendes KDS, Silveira RCDCP, Galvão CM. Use of the bibliographic reference manager in the selection of primary studies in integrative reviews. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:1-13. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
32. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

33. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saúde Pública*. 2020;36(8):1-5. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
34. Borysow IDC, Conill EM, Furtado JP. Atenção à saúde de pessoas em situação de rua: estudo comparado de unidades móveis em Portugal, Estados Unidos e Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(3):879-890. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.25822016>
35. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
36. Biscarde DGDS, Souza EA, Pinto KA, et al. Atenção primária à saúde e covid-19: desafios para universidades, trabalhadores e gestores em saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2022;36:1-9. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.37824>
37. Vieira DS, Cavalcante de Sá P, Torres RC, et al. Planejamento da enfermagem frente à covid-19 numa estratégia de saúde da família: relato de experiência. *Saúde Colet (Barueri)*. 2020;10(54):2729-2740. DOI: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020.v10i54p2729-2740>
38. Bortoli MC, Sanine PR, Araújo BCD, et al. Estratégias dos serviços de atenção primária durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3427-3437. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06052023>
39. Silva BRGD, Corrêa APDV, Uehara SCDSA. Organização da atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: revisão de escopo. *Rev Saúde Pública*. 2022;56:1-14. DOI: <https://doi.org/10.11606/s15188787.2022056004374>
40. Santos RDC, Nascimento EGD, Sucupira KSM DA, et al. A covid-19 e a reorganização do processo de trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enferm Foco*. 2024;15(Supl 1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202411SUPL1>
41. França CDJ, Nunes CA, Vilasbôas ALQ, et al. Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(5):1399-1412. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.18422022>
42. Rodrigues LA, Santos RNDA, Aguiar ABLD. Impacto no acesso e na produção da rede pública de saúde bucal durante a covid-19 em um distrito sanitário do Recife. *Rev APS*. 2023;25(4):784-804. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.38002>
43. Duncan LJ, Cheng KFD. Modifications to the delivery of NHS face-to-face general practice consultations during the COVID-19 pandemic in England. *F1000Res*. 2021;10:1-20. DOI: <https://doi.org/10.12688/f1000research.52161.3>
44. Mota PHDS, Santana FR, Rizzotto MLF, et al. A atenção primária à saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(12):3451-3460. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06242023>
45. Russell A, Wildt GD, Grut M, et al. What can general practice learn from primary care nurses' and healthcare assistants' experiences of the COVID-19 pandemic? A qualitative study. *BMJ Open*. 2022;12(3):e055955. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055955>
46. Wanat M, Hoste M, Gobat N, et al. Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries. *Br J Gen Pract*. 2021;71(709):e634-642. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1112>
47. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Recomendações sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) na atenção primária à saúde para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 [Internet]. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2020 abr 27 [acesso em 2025 fev 24]. Disponível em: <https://antigo.saude.sc.gov.br/coronavirus/arquivos/Nota-Tecnica-003-2020-DAPS-SPS-SES-SC.pdf>

48. Arnaldo JGS, Radovanovic CAT, Magnabosco GT, et al. Reorganização do processo de trabalho na atenção primária à saúde no enfrentamento à covid-19. *Cogitare Enferm.* 2023;28:e86126. DOI: <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86126>
49. Ardisson MD, Busatto LS, Rohr RV, et al. O papel da enfermagem no enfrentamento à COVID-19: percepções no contexto da atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. *Tempus Actas Saúde Colet.* 2023;16(4):99-108. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v16i4.3058>
50. Burn E, Fisher R, Locock L, et al. A longitudinal qualitative study of the UK general practice workforce experience of COVID-19. *Prim Health Care Res Dev.* 2022;23:e45. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1463423622000391>
51. Silva BF, Matos PES, Mendes HJ, et al. Atuação do cirurgião-dentista da atenção primária à saúde durante a pandemia da covid-19. *Rev Ciênc Plural.* 2023;9(1):1-17. DOI: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2023v9n1ID30251>
52. Maciel FBM, Santos HLPCD, Carneiro RADS, et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(Supl 2):4185-4195. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>
53. Prado NMDBL, Vilasbôas ALQ, Nunes CA, et al. Organização da atenção e vigilância em saúde na atenção primária frente à COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro. *Ciênc saúde coletiva.* 2023;28(5):1325-1339. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.18052022>
54. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Fluxo de manejo clínico na atenção primária à saúde em transmissão comunitária: versão 8 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020 abr [acesso em 2025 fev 25]. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/5uxp3>
55. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saúde Pública.* 2020;36(5):e00068820. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00068820>
56. Khorram-Manesh A, Burkle FM. Disasters and public health emergencies—current perspectives in preparedness and response. *Sustainability.* 2020;12(20):8561. DOI: <https://doi.org/10.3390/su12208561>
57. Anderson M, Pitchforth E, Edwards N, et al. The United Kingdom: health system review. *Health Syst Transit.* 2022;24(1):i-194.
58. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.

Recebido em 25/08/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Editor responsável: Mario Parada, Universidad de Valparaíso (UV), Valparaíso, Chile. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2526-5972> - e-mail: mapale.2008@gmail.com