

Pandemia de covid-19 na Atenção Primária à Saúde: experiências comparadas entre Brasil e países europeus

COVID-19 pandemic in Primary Health Care: Comparative experiences between Brazil and European countries

La pandemia de COVID-19 en la Atención Primaria de Salud: experiencias comparativas entre Brasil y países europeos

Simone de Pinho Barbosa¹, José Ramon Martinez Riera², Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso³, Aliete Cunha Oliveira³, César Iván Avilés González⁴, Manuela Racis⁵, Marcos Alex Mendes da Silva⁶, Luiza Itaborahy Ferraz Martins¹, Maria Marta Amancio Amorim⁷, Francisco Carlos Felix Lana⁸

DOI: 10.1590/2358-2898202615111631P

RESUMO Este estudo qualitativo teve por objetivos identificar, analisar e comparar as diferenças e semelhanças do impacto da pandemia de covid-19 nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil, da Espanha, da Itália e de Portugal. É um recorte de pesquisa multicêntrica de cooperação internacional, realizada em países com sistemas nacionais de saúde universais, organizados com porta de entrada na APS. Foram realizadas entrevistas com 75 profissionais de saúde brasileiros e estrangeiros de diferentes categorias profissionais. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática, fundamentada no referencial teórico de Bardin. Os resultados evidenciaram que os sistemas de saúde desses países mantiveram a APS como principal porta de entrada dos serviços de saúde, por meio da atuação das equipes de saúde da família, embora com restrições de acesso. Observaram-se reorganização dos serviços e modificações no funcionamento das unidades, considerando as especificidades territoriais na oferta e manutenção das ações de saúde. Houve revezamento de profissionais, sentimentos de luta e luto diante das perdas de usuários e trabalhadores, além da realização de teleconsultas por médicos e enfermeiros em todos os países investigados. O estudo aponta diferentes formatos de organização, porém com o mesmo propósito de garantir continuidade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Covid-19. Pandemia. Atenção Primária à Saúde. Tecnologia em saúde. Cooperação internacional.

ABSTRACT This qualitative study aims to identify, analyze, and compare the differences and similarities in the impact of the COVID-19 pandemic on Primary Health Care (PHC) services in Brazil, Spain, Italy, and Portugal. It is a section of multicentre research on international cooperation, carried out in countries with universal national health systems organized as a gateway for PHC. Interviews were conducted with 75 Brazilian and foreign health professionals from different professional categories. The data were submitted to thematic content analysis, based on Bardin's theoretical reference. The results show that the health systems in these countries maintain PHC as the main gateway to health services, which is why the family health teams have access restrictions. Reorganization of services and modifications in the functioning of the units were observed, considering the territorial specificities in the offer and maintenance of health services. There has been a revival of professionals, feelings of mourning and mourning for the loss of users and workers, as well as the implementation of teleconsultations by doctors and nurses in all the countries investigated. The study includes different organizational formats, for the same purpose of guaranteeing continuity of care.

KEYWORDS COVID-19. Pandemic. Primary Health Care. Health technology. International cooperation.

RESUMEN Este estudio cualitativo identificó, analizó y comparó el impacto de la pandemia de COVID-19 en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) de Brasil, España, Italia y Portugal. Integra una investigación multicéntrica de cooperación internacional, desarrollada en países con sistemas nacionales de salud universales y APS como puerta de entrada. Se entrevistó a 75 profesionales sanitarios brasileños y europeos de distintas categorías. Los datos fueron sometidos a análisis temático de contenido, según Bardin. Los resultados mostraron que los cuatro sistemas mantuvieron la APS como principal acceso a los servicios de salud, mediante equipos de salud familiar, aunque con restricciones. Los servicios se reorganizaron y las unidades modificaron su funcionamiento de acuerdo con las particularidades territoriales, para sostener acciones esenciales. Hubo rotación de profesionales, sobrecarga laboral y sentimientos de lucha y duelo ante la pérdida de usuarios y trabajadores. Médicos y enfermeros realizaron teleconsultas en todos los países, favoreciendo la continuidad asistencial, aunque con limitaciones de acceso, vínculo y calidad del contacto. Las respuestas variaron según la coordinación, la infraestructura y la madurez digital de cada sistema. En conclusión, se observaron diferentes formas de organización, pero un propósito común de garantizar la continuidad del cuidado durante la emergencia sanitaria en territorios estudiados.

PALABRAS CLAVE COVID-19. Pandemia. Atención Primaria de Salud. Tecnología sanitaria. Cooperación internacional.

¹Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Departamento de Medicina - Governador Valadares (MG), Brasil.
simone.pinho@ufjf.br

²Universidade de Alicante (UA), Faculdade de Ciências da Saúde (FSU) - Alicante, Espanha.

³Universidade de Coimbra (UC), Escola Superior de Enfermagem (ESE) - Coimbra, Portugal.

⁴Università Degli Studi di Cagliari (UniCa) - Cittadella Universitaria di Monserrato, Cagliari, Sardenha, Itália.

⁵Azienda Socio-Sanitaria del Medio Campidano (ASL Medio Campidano) - Sardenha, Itália.

⁶Universidade Federal Fluminense (UFF), Instituto de Saúde de Nova Friburgo (ISNF), Departamento de Formação Específica (FFE) - Nova Friburgo (RJ), Brasil.

⁷Universidade Aberta (UAb), Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI) - Lisboa, Portugal.

⁸Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Escola de Enfermagem (EE), Belo Horizonte (MG), Brasil.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel fundamental na organização das demandas dos serviços, na resolução de problemas e na capacidade de resposta da rede de serviços de saúde de uma população-território. É a primeira entrada e a via preferencial dos sistemas de saúde universais, com serviços próximos dos domicílios e da vida das pessoas, fundamentais na proteção e promoção da saúde, na prevenção de agravos por meio de diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, acompanhamento e monitoramento das pessoas, em extensão às suas famílias, sendo basilar ao processo saúde-doença¹.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a covid-19 como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional e, em 11 de março do mesmo ano, como pandemia. Isso desafiou nações e estadistas à tomada de decisão em curto espaço de tempo, tanto na compra de insumos materiais de saúde e medicamentos quanto na organização das populações e sua exposição para o controle de casos, impondo aos sistemas de saúde um desempenho célere, com ajustamentos urgentes para o combate à franca disseminação².

Esse cenário pandêmico apontou que os centros da APS, além dos hospitais e das Unidades de Pronto Atendimento, foram o primeiro contato das pessoas com o serviço de saúde, sendo fundamentais no apoio e na busca de informações e de assistência para a proteção e contenção da disseminação do vírus³.

Diversos estudos apontam que os profissionais da APS possuem pouco conhecimento específico sobre as precauções; porém, fatores como a falta de estrutura, de capacitação e de garantia dos materiais, além de conflitos de papéis e de competências profissionais, podem afetar essas práticas. O volume de pacientes, as complexidades culturais e institucionais e as políticas de saúde também influenciam as medidas de precaução^{4,5}.

Fornecer informações sobre a estrutura e a capacidade de resposta das Unidades Básicas de Saúde (UBS) pode subsidiar os sistemas de saúde no planejamento e na tomada de decisões, em diferentes níveis de gestão, para determinar estratégias e reforçar a responsabilidade da APS em situações de pandemias e outras calamidades⁶.

Ao considerar os desafios durante a pandemia de covid-19, em que os serviços tiveram que moldar novos fluxos de atendimento, ofertar ações e serviços essenciais e se organizar de modo a proteger a saúde dos profissionais e da população em um curto espaço de tempo, o estudo justifica-se na medida em que a co-operação tecnológica internacional amplia o conhecimento, fortalece a compreensão e estimula a inovação. Essas ações permitem conhecer diferentes práticas a partir de uma mesma experiência, na busca de elevar a capacidade de resposta dos sistemas públicos de saúde e a qualidade da assistência, proporcionando avanço sobre o fenômeno estudado.

Assim, esta investigação tem por objetivos identificar, analisar e comparar as diferenças e semelhanças do impacto da pandemia de covid-19 nos serviços de APS do Brasil, da Espanha, da Itália e de Portugal.

Esses países foram selecionados por possuírem legislações e princípios doutrinários semelhantes, com direito à saúde constitucional, ancorados na APS, e com modelo assistencial de acesso do tipo saúde da família⁷.

Material e métodos

Estudo multicêntrico, internacional e comparativo, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Programa de Pós-Doutorado e Doutorado no Exterior (PDE), realizado em 2022 e 2023. Participaram da investigação: as Universidades Federais de Minas Gerais e de Juiz de Fora (Minas Gerais/MG, Brasil), a Universidade Federal Fluminense (Rio de Janeiro/RJ, Brasil), a

Universidade de Alicante (Alicante, Espanha), a Universidade de Cagliari (Sardenha, Itália) e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Coimbra, Portugal).

No Brasil, a pesquisa ocorreu em Governador Valadares/MG e Nova Friburgo/RJ. Na Espanha, em Alicante; na Itália, na região metropolitana de Cagliari e Médio Campidano, ao sul da Sardenha; e, em Portugal, na região de Coimbra.

Trata-se de estudo qualitativo, exploratório e descritivo, com triangulação de métodos realizados a partir de pesquisa documental, entrevistas gravadas e observação direta participante em 15 serviços de saúde do Brasil, da Espanha, da Itália e de Portugal. A seleção dos 5 centros de saúde foi feita por indicação dos pesquisadores. A amostra constitui-se de 75 profissionais de saúde, 15 por município/país, com permanência mínima de 6 meses no mesmo serviço, de ambos os sexos e maiores de 18 anos.

Esse recorte de estudo aborda os impactos da covid-19 na prática das ações e no serviço de saúde e a existência de porta de entrada exclusiva para a síndrome gripal. As entrevistas ocorreram entre novembro de 2022 e outubro de 2023, em português, espanhol e italiano, sendo gravadas e transcritas com o uso da ferramenta Whisper da OpenAI, com conferência detalhada dos discursos. A saturação das informações definiu o encerramento da coleta de dados, que foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin, organizados em núcleos de sentido, temas e categorias de interesse⁸. Utilizou-se o *software* MAXQDA Analytics Pro (24.1.0)⁹, com codificação por dois pesquisadores independentes. O coeficiente Kappa de Cohen foi de 0,99¹⁰, indicando concordância quase perfeita, evidenciando total consistência na codificação temática quanto ao impacto da covid-19 no serviço de saúde.

A pesquisa atendeu às Resoluções nº 466/2012¹¹ e nº 510/2016¹², do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (Certificado de

Apresentação para Apreciação Ética – CAAE nº 55881522.3.0000.5147; Parecer nº 5.399.351).

Foram utilizadas as ferramentas ChatGPT (versão 5.2) e Clarice IA para organização, formatação e revisão gramatical do texto, com responsabilidade integral dos autores sobre o conteúdo.

Resultados e discussão

Dos 75 profissionais de saúde entrevistados, a maioria era composta por mulheres 79% (55) com idade entre 24 e 65 anos, predominando a faixa etária acima de 49 anos. O tempo de trabalho no serviço variou de 1 a 35 anos, concentrando-se em até 10 anos de atuação. Quanto à formação e função que ocupam, tiveram maior representação os enfermeiros, com 39% (29) da amostra, seguidos dos médicos, com 21% (15), e dos dentistas, com 8% (6), além de outras categorias profissionais (32%): psicólogo, assistente social, técnico de enfermagem, operador socioassistencial, assistente de saúde, Agente Comunitário de Saúde (ACS) e técnico de higiene bucal.

Os países estudados possuem diferentes categorias profissionais que atuam na linha de frente dos serviços de APS e estiveram presentes durante a pandemia, em escala de revezamento, enfrentando insegurança e medo diante das incertezas sobre proteção, cura, tratamento das pessoas e enfrentamento da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).

Eles possuem sistemas de saúde universais, com financiamento público predominante, embora com diferentes mecanismos complementares de financiamento e organização assistencial. Os dados apontam destaque na taxa de mortalidade por covid-19, com o Brasil registrando a maior taxa com 337,58 seguido pela Itália com 334,51, Espanha com 284,76 e Portugal com a menor taxa com 254,64 óbitos por 100 mil habitantes. Com relação à cobertura vacinal, em 2023, Portugal apresentou o maior percentual (95%), enquanto Brasil e Espanha registraram 87% (tabela 1).

Tabela 1. Comparação dos países segundo população, acesso ao sistema de saúde, financiamento, mortes por covid-19, taxa de mortalidade e cobertura vacinal, Brasil, Espanha, Itália, Portugal, 2023

País	População 2023 (hab.)	Forma de financiamento da APS	Acesso ao sistema de saúde	Mortes por covid-19 acumulado 2026 (hab.)	Taxa de mortalidade por covid-19 (100 mil/hab.)	Cobertura vacinal 2023
Brasil	211,50 milhões	Tributação com cobertura integral	Universal	704 mil	337,58	87%
Itália	59,49 milhões	Tributação e copagamento de ticket sanitário FFS	Universal	199 mil	334,51	85%
Espanha	47,91 milhões	Tributação e copagamento para medicamentos (reembolso)	Universal	122 mil	284,75	87%
Portugal	10,43 milhões	Tributação e copagamentos moderados FFS	Universal	29,7 mil	254,64	95%

Fonte: elaboração própria com base em dados da WHO e do European Observatory on Health Systems and Policies¹³⁻¹⁶.

O Brasil apresenta desafios maiores decorrentes da sua extensão territorial, do valor populacional, da pronunciada desigualdade social histórica e da dificuldade na coordenação nacional durante a pandemia, com rotatividade de gestores da saúde no executivo federal. Muitos serviços de saúde enfrentaram limitações de infraestrutura, recursos humanos e capacidade organizacional, comprometendo a força da resposta territorial da APS⁶. Países com maior integração entre APS, vigilância e comunicação pública conseguiram reorganizar de maneira mais rápida seus serviços essenciais e reduzir impactos indiretos da pandemia¹⁷. Os dados reforçam que a universalidade do acesso, isoladamente, não garante respostas homogêneas diante de crises emergenciais de saúde pública. Sistemas fragmentados tendem a apresentar maior vulnerabilidade em emergências sanitárias¹⁸, enquanto a resiliência depende não apenas da capacidade de absorção do caos, mas também da adaptação e transformação estrutural contínua dos sistemas de saúde¹⁹.

Os dados das entrevistas foram organizados e apresentados em quatro categorias, descritas a seguir, o que permitiu reunir um número

maior de informações por meio de agrupamentos de palavras, expressões e sentidos.

Acesso à Atenção Primária à Saúde: estratégias de mitigação no âmbito dos serviços

O acesso à APS apresentou diferentes restrições no Brasil, na Espanha, na Itália e em Portugal, sendo baixo, alto, variável por região e moderado, respectivamente, evidenciando o papel da coordenação do sistema e da infraestrutura tecnológica como determinantes da continuidade do cuidado durante a pandemia. Embora os países estudados tenham sistemas de saúde universais organizados pela APS e pelo modelo assistencial de saúde da família como principal porta de acesso, diferentes formas foram adotadas, conforme demonstrado no *quadro 1*. De modo geral, o acesso à APS durante a pandemia variou de presencial contínuo, porém precário (Brasil), a bloqueios institucionais (Espanha e Itália) e estratégias seletivas e controladas (Portugal). A dimensão do acesso revelou-se diretamente associada ao grau de coordenação sistêmica e maturidade digital dos serviços de saúde.

Quadro 1. Comparativo segundo a entrada nos serviços de saúde, uso de tecnologia digital e forma de acesso nos serviços de APS, Brasil, Espanha, Itália, Portugal, 2023

País	Restrição de acesso aos		
	serviços de APS	Tecnológicas de acesso	Formas de acesso
Brasil	Baixo	Presencial, uso digital restrito, telefone	Acesso físico mantido, mas precário e com acesso remoto limitado
Espanha	Alto	Telefone, e-mail	Acesso remoto, reduzido e distanciamento
Itália	Variável por região	Telepresencial, Telefone, Zoom	Acesso remoto, presencial seletivo desigual e coordenação fragmentada
Portugal	Moderado	Telefone, e-mail Plataforma Trace Covid-19	Acesso remoto, presencial seletivo e controlado

Fonte: elaboração própria.

No Brasil, os relatos apontaram estratégias diferentes das adotadas nos demais países: as unidades de saúde, em sua maioria, não foram fechadas. O acesso foi mantido aberto, e a APS manteve-se preservada como porta de entrada do sistema público de saúde, contudo, de forma reduzida, atendendo às urgências e síndromes gripais, segundo relatos dos entrevistados descritos na sequência.

Parou tudo, a rotina toda. Mas o serviço nunca parou. Nem quando estava doente, nada. Estava lotado todos os dias. Durante a pandemia, tínhamos dois espaços distintos: zona limpa e zona suja, para os doentes respiratórios (60).

O paciente que chegava com queixa de síndrome gripal entrava pela mesma porta do paciente de rotina, mas a gente atendia prioritariamente a síndrome gripal. Não paramos em nenhum momento (50).

No Brasil, a ausência de teleatendimento estruturado ocasionou a dependência do acesso presencial, o que gerou riscos e sobrecarga de trabalho aos profissionais. Sendo assim, o acesso foi assegurado de forma contínua, porém inseguro e desigual, com interrupção parcial de ações coletivas e programáticas e aumento das demandas espontâneas, conforme relato do entrevistado 53.

Não fizemos teleconsulta durante a pandemia, nem pelos dispositivos digitais. As consultas que tinham eram presenciais. Pacientes crônicos a gente acompanhava e somente atendia diante de alterações, como pressão arterial, glicemia e continuamos com as renovações de receita. A gente evitava a vinda dos doentes crônicos na unidade.

Na Espanha, o acesso foi restringido, com fechamento temporário de alguns centros de saúde e forte controle de primeiro contato com porta alternativa exclusiva para síndrome gripal, organizados da seguinte maneira conforme relatado pelo entrevistado 2: “Durante a pandemia, tínhamos dois espaços distintos. Uma zona limpa e uma zona suja, para os doentes respiratórios”.

Os pacientes crônicos ficaram inicialmente desassistidos, e a população teve dificuldade em retomar os serviços de saúde após a reabertura. Houve realização de consultas telefônicas e por e-mail, embora consideradas pouco eficazes, o que criou uma espécie de barreira e distanciamento na relação dos profissionais com seus usuários, sobretudo com pessoas idosas e com baixa capacidade de operar as tecnologias digitais, conforme explica o entrevistado espanhol 5.

Notei que implementamos medidas restritivas para o acesso dos pacientes, o que tem tornado mais difícil para eles retornarem como costumavam fazer anteriormente. Houve uma mudança nesse sentido. Agora,

precisamos reorientar os pacientes para se adaptarem a esse novo cenário.

Por parte de um dos entrevistados da Espanha, foi relatada importante redução no acesso, bem como aumento das filas e sensação de perda da empatia e do vínculo, devido ao distanciamento e uso das tecnologias quanto à prestação do cuidado.

O serviço ficou menos humanizado, pois praticamente todos os atendimentos eram realizados por telefone. O que diminui o contato com os pacientes e não é possível perceber nenhuma sensação. Talvez menos empatia. Ficamos todos um pouco menos calorosos, devido a diminuição do contato. A comunicação ficou menos humana. Não vemos o rosto das pessoas, suas expressões (3).

Alguns profissionais veem a telemedicina como avanço e necessária; outros, tais qual o entrevistado 10, como limitada, especialmente para pessoas idosas.

Durante praticamente um ano o serviço ficou parado, não pudemos trabalhar. Nenhuma atividade foi realizada, apenas por atendimento telefônico e videoconferência, porém não tinha muito sentido, pois a maioria dos pacientes são idosos e não tem habilidade com esse modelo de assistência, com isso, perde-se muito tempo em cada consulta. Quando reabrimos, não tínhamos mais tantos pacientes.

Os atendimentos digitais ofertados pela APS cresceram rapidamente durante a pandemia de covid-19, promovendo segurança para os usuários e protegendo os profissionais de saúde da doença²⁰.

Na Itália, o acesso foi heterogêneo e fragmentado, variando conforme as regiões. Em algumas localidades, houve interrupção total de serviços; em outras, funcionamento reduzido com teleatendimento improvisado. Determinadas localidades criaram fluxos híbridos de triagem e teleatendimento, presencial e remoto, como relatado pelo profissional 12.

A triagem telefônica é um método utilizado para orientar os pacientes a agendar a entrada na clínica, mas é necessário estabelecer um protocolo específico para o atendimento desses casos.

Houve ausência de protocolo e de coordenação unificada, o que gerou desigualdade no acesso e insegurança entre as pessoas, famílias e comunidades, que deixaram de procurar o serviço por falta de orientação e de canais de comunicação adequados, tornando o acesso irregular, frágil e fragmentado, como explica o entrevistado 15.

No entanto, ainda existem questões a serem abordadas, como a falta de um protocolo para o manejo de pacientes suspeitos de doenças respiratórias. Acredito que seria importante desenvolver um protocolo que estabeleça diretrizes claras para o atendimento de pacientes com suspeita de doenças respiratórias, assim como para o atendimento de outros pacientes com diferentes condições de saúde. Isso poderia contribuir para a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde que trabalham na unidade.

Nesse contexto, observa-se a fragilidade do atributo de coordenação do cuidado, que comprometeu a integralidade e a continuidade assistencial¹. Em situações extremas, quando o cuidado era necessário, alguns sistemas na Itália e na Índia foram incapazes de fornecer atendimento de forma adequada devido ao número de pacientes com covid-19 que requeriam atenção²⁰.

Em Portugal, houve restrição controlada do acesso, mas sem o fechamento completo dos centros de saúde, conforme relatos.

Durante a pandemia, houve uma área específica de atendimento respiratório na qual os pacientes com sintomas desse tipo esperavam (17).

Não paramos o trabalho. A unidade estava sempre de portas abertas, mas apenas realizando cuidados essenciais. Durante esse período, continuamos a atender gestantes, pacientes infantis e realizamos consultas de vigilância de saúde materna. Pacientes com diabetes e hipertensão somente eram atendidos em casos de descompensação (22).

Circuitos e fluxos separados e redução das agendas foram criados, garantindo continuidade de assistência a gestantes, lactantes e pacientes crônicos descompensados. Utilizaram a plataforma ‘Trace Covid-19’, designada para a identificação de cadeias epidemiológicas (*tracing*), que se transformou no principal sistema de gestão da pandemia²¹. O acesso se manteve seletivo para casos prioritários, com menor ruptura da longitudinalidade do cuidado em comparação aos demais países. Portugal manteve o princípio da porta de entrada ordenada, demonstrando resiliência organizacional conforme preconiza a OMS²².

A criação de circuitos exclusivos para doenças respiratórias e o uso da plataforma ‘Trace Covid-19’ possibilitaram uma regulação do fluxo assistencial, conforme explicam os entrevistados, em seguida.

Abrimos uma consulta específica para doenças respiratórias, que possuía uma entrada separada da entrada principal da clínica. Essa entrada era utilizada apenas por pacientes que haviam entrado em contato telefônico prévio com a clínica e tinham sido orientados a utilizar essa porta específica. Os pacientes eram recebidos por uma equipe especializada e equipada para atender casos respiratórios, sem que houvesse contato com outras áreas da clínica. No entanto, para manter essa equipe dedicada à consulta de doenças respiratórias, precisamos reduzir outras áreas da clínica, incluindo a realização de exames preventivos, e tivemos que diminuir o número de equipes disponíveis (22).

Também tínhamos o chamado trace covid, onde ligávamos diariamente para os pacientes em isolamento, registrando os sintomas e acompanhando sua evolução. Continuamos fazendo visitas domiciliares com proteção adequada. Nunca deixamos de atender os pacientes domiciliados (18).

A pandemia de covid-19 causou uma redução no acesso a serviços de saúde rotineiros e até mesmo essenciais para salvar vidas não relacionadas a essa doença, em todo o mundo, pressionando os Ministérios da Saúde a reduzir gastos públicos ou desviar recursos para o seu tratamento. Países de baixa e média renda foram particularmente prejudicados por essas interrupções, bem como os de alta renda enfrentaram dificuldades no acesso aos serviços de saúde²³.

Reorganização e funcionamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde: a prioridade da prioridade

Os profissionais entrevistados relataram que a pandemia provocou uma reconfiguração profunda da estrutura e do processo de trabalho na APS, afetando tanto o modo de operar das equipes quanto o nível de integração entre profissionais e instituições.

No quadro 2, é apresentado um comparativo em relação à organização dos serviços, força de coordenação da atenção e continuidade do cuidado na APS, durante a pandemia de covid-19 no Brasil, na Espanha, na Itália e em Portugal, ilustrados nos discursos apresentados.

Quadro 2. Comparativo em relação à organização dos serviços, força de coordenação da atenção e continuidade do cuidado na APS, durante a pandemia de covid-19, Brasil, Espanha, Itália, Portugal, 2023

País	Organização dos serviços	Força da coordenação da APS	Continuidade do cuidado
Brasil	Adaptativa e experimental	De baixa a média	Contínua e precária
Espanha	Segmentada por regiões de saúde	Média	Parcial e pouco humanizada
Itália	Fragmentada e regionalizada	Baixa	Intermitente, em intervalos programados
Portugal	Integrada e normatizada	Alta	Mantida com estabilidade

Fonte: elaboração própria.

No Brasil, o funcionamento manteve-se contínuo graças à flexibilidade das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Observou-se readequação de papéis profissionais como dentistas e equipes multiprofissionais, atuando em testagem e vacinação e autogestão local das rotinas. Essa experiência confirma o papel central da autonomia das UBS na manutenção da APS em contextos de crise. No entanto, a ausência de diretrizes unificadas e de suporte institucional resultou em funcionamento empírico, sustentado pela capacidade adaptativa das equipes, conforme relatos.

Parou o grupo, a gente evitava atender gestante, porque era um risco. A unidade não fechou. Nós nem tiramos férias. Ai depois os grupos foram voltando e tal. Até o pessoal perdeu o medo, tomou um pouquinho. Visitas domiciliares a gente fazia de urgência, mas ia todo paramentado, mas a gente evitava (51).

Não tinha uma porta separada para covid, porque a maioria que veio, veio como... vou usar a palavra, um enxame (59).

Na Espanha, o funcionamento das unidades caracterizou-se por segmentação e perda de integração. Houve uma reorganização emergencial, com a criação de zonas separadas e o cancelamento de consultas presenciais, resultando em equipes fragmentadas: alguns profissionais dedicados apenas à covid-19, outros afastados de suas funções habituais. Isso ocasionou funcionamento reduzido, mecanizado e com perda da integração da equipe. Em seguida, os discursos dos entrevistados 1 e 12.

A maioria dos pacientes expressa insatisfação por terem se sentido negligenciados ao longo dos últimos dois anos. A impossibilidade de acessar o centro de saúde trouxe prejuízos para eles, uma vez que muitos acompanhamentos de pacientes crônicos não puderam ser realizados (1).

Fizemos muitas teleconsultas, mas as atividades presenciais com pessoas que precisavam de nossa atenção presencial foram suspensas (12).

A telemedicina foi introduzida de forma rápida, mas sem padronização, o que resultou em desorganização operacional e sentimento de desumanização do cuidado, conforme menciona este profissional brasileiro.

Durante praticamente um ano o serviço ficou parado, não pudemos trabalhar. Nenhuma atividade foi realizada, apenas por atendimento telefônico e videoconferência, porém não tinha muito sentido, pois a maioria dos pacientes são idosos e não tem habilidade com esse modelo de assistência, com isso, perde-se muito tempo em cada consulta (4).

Os profissionais de saúde enfrentaram um duplo desafio: ampliar seus conhecimentos sobre uma nova doença e adaptar-se a uma nova forma de prestar cuidado. Os avanços em tecnologias interativas em saúde podem ser uma opção eficaz e segura para facilitar o contato virtual entre profissionais de saúde e pacientes²⁴. Contudo, tal cenário expressou uma quebra da acessibilidade de primeiro contato, um dos atributos essenciais da APS¹.

Na Itália, a organização mostrou-se fragmentada e regionalizada, com ausência de diretrizes comuns. Houve relatos de improvisação na gestão, falta de recursos humanos e escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). O funcionamento dependeu da iniciativa local de profissionais e gestores, revelando baixa coesão e vulnerabilidade organizacional. A falta de coordenação intersetorial e de integração com a saúde pública comprometeu a resposta do sistema, de acordo com o relato de outro profissional.

Ainda existem questões a serem abordadas, como a falta de um protocolo para o manejo de pacientes suspeitos de doenças respiratórias. É necessário estabelecer um protocolo específico que estabeleça diretrizes claras para o teleatendimento de pacientes com suspeita de doenças respiratórias e com

diferentes condições de saúde. Isso poderia contribuir para a segurança dos pacientes e dos profissionais de saúde que trabalham na unidade (36).

Em Portugal, a reorganização foi altamente coordenada e normativa, conduzida pela Direção-Geral da Saúde e pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, garantindo padronização nacional. Turnos alternados, equipes espelhadas e protocolos unificados foram implantados para manter a segurança e a regularidade do serviço. O funcionamento baseou-se em planejamento, controle e cooperação intersetorial, preservando a governança e a comunicação entre os níveis assistenciais. Houve forte presença da vigilância epidemiológica e da comunicação institucional. Essa resposta reforça a resiliência institucional e a capacidade adaptativa da APS portuguesa. Os serviços funcionaram com estabilidade, mesmo em regime de contenção, conforme resume o profissional 17.

Durante a pandemia, o centro de saúde teve que adaptar-se às necessidades dos pacientes, oferecendo serviços mínimos essenciais e adotando novas formas de atendimento, como consultas por telefone. No entanto, mesmo com as restrições, os profissionais de saúde continuaram a cuidar dos

pacientes, oferecendo-lhes todo o apoio necessário para lidar com a pandemia.

Diante das fragilidades quanto à operacionalização dos atributos da APS, reforça-se a importância de reorganizar o processo de trabalho diante da pandemia de covid-19, a fim de preservar tais atributos: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e orientação comunitária²⁵.

Oferta das ações e práticas assistenciais

A pandemia provocou uma reorientação das práticas da APS, priorizando respostas emergenciais à covid-19 e restringindo ações de promoção e prevenção. Essa mudança afetou diretamente a integralidade do cuidado, um dos atributos essenciais descritos por Starfield¹.

De modo geral, a oferta assistencial deslocou-se da integralidade para o enfoque emergencial, mantida em nível mínimo no Brasil; já a Espanha e a Itália apresentaram maior ruptura das práticas básicas e, em Portugal, foi parcialmente preservada (quadro 3).

Quadro 3. Comparativo em relação à garantia dos serviços essenciais, uso de teleatendimento e foco assistencial na APS, Brasil, Espanha, Itália, Portugal, 2023

País	Serviços essenciais	Uso de teleatendimento	Foco assistencial
Brasil	Parcial	Baixo	Covid-19, testagem e vacinação
Espanha	Limitado	Alto	Covid-19 e urgências
Itália	Parcial	Média	Covid-19 e vacinação
Portugal	Total	Alto	Covid-19 e grupos prioritários

Fonte: elaboração própria.

No Brasil, as equipes mantiveram a oferta contínua de vacinação e pré-natal, mas suspenderam ações coletivas e preventivas (grupos,

visitas domiciliares e coleta de preventivos). A oferta concentrou-se em triagem de síndromes gripais, testagem e imunização, com

envolvimento de múltiplos profissionais em funções emergenciais. Houve redução da diversidade e da natureza integral da APS, mas manutenção da presença territorial e da capacidade de resposta comunitária. O resultado disso foi uma oferta focalizada e emergencial, com redução da prevenção e promoção da saúde. A equipe multidisciplinar e a/o ACS foram incorporados às tarefas emergenciais, com perda da diversidade de ações da APS, conforme esclarece o entrevistado 51.

No início da campanha da covid, teve uma campanha realizada pela equipe - Eu sou Vacinadora. O pessoal do Nasf sentava ali fora, nas três mesas, e como tinha muita planilha, eles preenchiem tudo para mim e eu fazia a vacina. Da rotina parou muita coisa, dentista foi o que parou mais tempo, por causa de mexer com a boca, aerossol. Alguns atendimentos do Nasf tiveram que parar por um bom tempo. A gente não parou de trabalhar em nenhum momento, a gente tinha que acolher o pessoal.

Na Espanha, houve suspensão quase total de consultas programadas, exames e acompanhamentos de pacientes crônicos. As ações reduziram-se ao atendimento de urgências respiratórias e à triagem para covid-19. O modelo passou de integral a focalizado e reativo. Isso resultou em colapso parcial da oferta assistencial e perda da resolutividade da APS. A enfermagem foi redistribuída em tarefas específicas, como retratado na fala do profissional 8, perdendo a lógica de equipe de referência.

Eram realizadas teleconsultas em muitos casos. No início da pandemia, era necessário contatar os testados, suas famílias e dar instruções de isolamento, por dia, eram feitas entre 100-200 chamadas. Entre os profissionais havia pessoas mais cuidadosas, menos cuidadosas, muita gente com medo. Tínhamos poucas informações sobre o vírus e não tínhamos equipamentos suficientes, nem máscaras cirúrgicas, PFF2, PFF3. Nós íamos aos domicílios e foram suspensas as demandas eletivas e as consultas (8).

Na Itália, muitos serviços especializados foram interrompidos ou centralizados, incluindo a odontologia e a ginecologia preventiva. As ações priorizaram a vacinação e o atendimento à covid-19, com forte redução da cobertura de outras condições. A telemedicina foi usada de forma desigual e sem continuidade, gerando perda da longitudinalidade e da integralidade. O resultado disso foi uma oferta descontinuada e fortemente limitada pela logística e pela falta de recursos. O profissional 44 explica o ocorrido na época da covid-19.

No entanto, muitas vezes as mulheres ou casais precisavam da presença física do profissional, então eles vinham até a unidade de saúde usando máscaras e recebiam as informações necessárias. Em alguns casos, como na assistência obstétrica, não era possível trabalhar online devido à necessidade de tocar as pacientes. Essa redução de atendimento teve impacto nas mulheres atendidas pela unidade de saúde. As visitas à casa do usuário foram reduzidas e, quando realizadas, eram feitas apenas após contato telefônico prévio e seguindo as medidas de segurança necessárias (44).

Em Portugal, manteve-se a oferta seletiva e planejada, priorizando a vacinação, o pré-natal, a puericultura e os doentes crônicos descompensados. A teleconsulta foi amplamente utilizada para manter rastreios e acompanhamento remoto. Houve atrasos nos diagnósticos e rastreamentos, mas o sistema recuperou gradualmente a capacidade de oferta. Essa experiência evidencia a operacionalização prática do princípio da integralidade seletiva em contextos de emergência. Isso resultou em uma oferta seletiva, planejada e reestabelecida gradualmente, explicada na fala do entrevistado.

Durante a pandemia da covid-19, tivemos que reduzir os atendimentos de consultas de vigilância para poder dar resposta a situações de doenças agudas. Apesar disso, nunca suspendemos o serviço e criamos unidades de atendimento de doenças respiratórias. Priorizamos o atendimento

de doenças covid-19 e promovemos a limitação de mobilidade das pessoas. Para as consultas de saúde infantil, apenas eram vigiadas as crianças nos meses de vacinação, deixando de fazer as consultas de intervalo. As consultas de diabetes e hipertensão eram realizadas por telefone, com o médico passando receitas e pedidos de análises e exames. O paciente ia fazer as análises e recebia a avaliação online da situação pelo médico, que entrava em contato para prescrever a medicação necessária (27).

Embora a pandemia de covid-19 seja uma situação crítica e indesejada, as experiências decorrentes desse período podem oferecer uma oportunidade para melhorar processos e fluxos no uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde²⁵.

No que tange aos desafios relativos à capacidade resiliente dos sistemas de saúde, é necessário especial atenção a cinco dimensões: estrutura adequada dos serviços; coordenação integrada entre os serviços de saúde nos diferentes níveis assistenciais; garantia da universalidade do acesso; capacidade adaptativa e transformadora; e maturidade digital e governança da informação. Nessa perspectiva, o fortalecimento da APS é apontado na manutenção contínua de investimentos, no fortalecimento dos atributos essenciais da APS,

como acesso, longitudinalidade e coordenação da atenção; que infraestrutura e organização são fatores determinantes na capacidade de respostas. A pandemia de covid-19 demonstrou que resiliência não significa apenas sobreviver às crises, mas aprender com elas e transformar estruturalmente os sistemas de saúde em direção à equidade, universalidade e sustentabilidade^{6,17-19,26}.

Sentimentos e percepções dos profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de covid-19

A dimensão subjetiva revelou a profunda carga emocional e moral enfrentada pelos profissionais da APS em todos os países (quadro 4). As narrativas expressam sofrimento ético, medo, exaustão e sentimento de impotência diante das limitações estruturais e da sobrecarga. Essas manifestações refletem a tensão entre o compromisso ético do cuidado e as limitações estruturais dos sistemas de saúde. Em todos os contextos, a pandemia expôs a necessidade de políticas de cuidado aos cuidadores e de fortalecimento da saúde mental dos profissionais da APS, dimensão frequentemente negligenciada na governança sanitária.

Quadro 4. Comparativo em relação aos sentimentos e consequências psicossociais dos profissionais da APS durante a pandemia de covid-19, Brasil, Espanha, Itália e Portugal, 2023

País	Sentimentos predominantes	Consequências psicossociais
Brasil	Medo, luto e resiliência	Sobrecarga e desgaste físico e emocional
Espanha	Queda na humanização e medo	Perda de empatia e de vínculo
Itália	Ansiedade, trauma e impotência	Perda de produtividade, comprometimento da saúde emocional e aumento da violência doméstica
Portugal	Cansaço e superação	Impacto na saúde mental e na coesão das equipes

Fonte: elaboração própria.

No Brasil, emergiram sentimentos intensos de medo, luto, culpa, exaustão e sofrimento pessoal. Além disso, afloraram sentimentos de solidariedade e resiliência coletiva na atuação interprofissional, apesar da ausência de suporte institucional. As perdas pessoais e a sobrecarga emocional foram compensadas por um forte senso de pertencimento e de compromisso com o território. As equipes se reconhecem como verdadeiros pilares da resposta social local, apesar da ausência de apoio institucional, conforme a fala a seguir:

O pessoal ficou com muito medo, né? De receber a gente, tivemos que suspender as visitas. Era só serviço interno, porque o pessoal não recebia. Não adiantava fazer visita, porque teve aquela época de isolamento, então era mais interno. A síndrome gripal, então, o sintoma daí fazia o teste. Era mais interno. Todo mundo entrava pela mesma porta. Tínhamos equipamento para paramentar, todo mundo virou linha de frente e o serviço nunca parou. Rotina foi suspensa, atendíamos só urgência e síndrome gripal (64).

Na Espanha, houve perda na humanização do cuidado, associada à mediação tecnológica e à impossibilidade de contato presencial. Outrossim, registraram-se relatos de medo, insegurança e sofrimento emocional diante da falta de EPI e da sobrecarga de trabalho, bem como sentimentos de culpa e impotência diante da mortalidade e da distância dos pacientes. O profissional 3 retrata a perda do vínculo com os pacientes, a sensação de frieza e a diminuição da empatia.

O serviço ficou menos humanizado, pois praticamente todos os atendimentos eram realizados por telefone. O que diminui o contato com os pacientes e não é possível perceber nenhuma sensação. Talvez menos empatia. Ficamos todos um pouco menos calorosos, devido a diminuição do contato. A comunicação ficou menos humana. Não vemos o rosto das pessoas, suas expressões (3).

Na Itália, o discurso revelou ansiedade, trauma e sensação de colapso moral, sem apoio psicológico. Também foram mencionados efeitos sociais indiretos, como o aumento da violência doméstica e da pobreza, o que reforça a dimensão comunitária do sofrimento. Houve ainda alusão à mistura de orgulho profissional e frustração, com ênfase no sofrimento ético e moral. O medo constante e a insegurança são relatados pelos entrevistados.

Já em Portugal, os sentimentos foram de cansaço, medo, solidão e tensão prolongada, bem como de orgulho e cooperação institucional. As equipes reconheceram o esforço coletivo e a eficácia das medidas organizacionais, o que amenizou o impacto psicológico. Destacase a dificuldade de retomada da convivência e da motivação das equipes, conforme discursiva do profissional 24.

Lembro-me especialmente do início da pandemia, quando havia medo até mesmo entre os colegas de trabalho. O contágio entre nós era uma preocupação, e muitos profissionais acabaram sendo infectados. Havia momentos em que tínhamos medo, e quando retornávamos para casa depois de fazer o teste molecular, tentávamos nos isolar para evitar o contágio (48).

Tensão emocional, exaustão física decorrente das longas jornadas e dificuldades em lidar com as perdas, além da escassez de EPI e outros recursos materiais, contribuíram para o sofrimento psicológico dos profissionais de saúde que prestaram atendimento direto, na linha de frente, a pacientes com covid-19. Esses profissionais devem estar psicologicamente preparados para dar suporte emocional, assumindo uma postura empática e de respeito a todas as necessidades dos pacientes acometidos pela covid-19²⁷.

Considerações finais

Os discursos dos profissionais apontam diferenças na coordenação dos serviços, na

capacidade estrutural dos sistemas públicos de saúde diante da emergência sanitária, na reorganização das equipes, na manutenção dos serviços por classificação de gravidade e no uso de tecnologias digitais para garantir o acesso à assistência, embora com perdas na qualidade do contato, vínculo, empatia e longitudinalidade.

Dentre os principais aprendizados do estudo perante as experiências da pandemia de covid-19, destaca-se que a resiliência dos sistemas de saúde universais depende menos de respostas emergenciais isoladas e mais da capacidade histórica de construir políticas públicas contínuas e territorializadas. Evidenciou-se que o fortalecimento contínuo da APS, a integração entre vigilância e assistência, a capacidade de coordenação do cuidado e maior articulação entre equipe e comunidade apresentam respostas mais consistentes diante da situação de crise sanitária.

A transformação digital, quando orientada pela inclusão e pelas equipes, ampliou a capacidade de monitoramento, comunicação e continuidade do cuidado. Da mesma forma, a valorização dos trabalhadores e o fortalecimento das capacidades institucionais mostraram-se essenciais para garantir adaptação, resposta rápida e sustentabilidade das ações em saúde.

A pandemia da covid-19 demonstrou que sistemas resilientes são construídos continuamente como parte de um projeto estruturado de nação, baseado no desenvolvimento econômico e na determinação social da saúde. Resiliência não significa apenas sobreviver às crises, mas também aprender com elas e aprimorar estruturalmente os sistemas de saúde, com enfoque na equidade, universalidade e sustentabilidade. Esses resultados reforçam a importância dos investimentos em gestão, infraestrutura, formação profissional e fortalecimento dos serviços públicos de saúde.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo incentivo à pesquisa científica. O financiamento e o reconhecimento proporcionados foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Contribuições de autoria

Barbosa SP (0000-0003-1073-3219)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, obtenção de financiamento, submissão do projeto ao comitê de ética em pesquisa e condução dos ajustes necessários à sua aprovação, obtenção de dados nacionais e internacionais, tratamento, descrição, análise, interpretação e discussão dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito, e coordenação técnica da pesquisa. Martinez Riera JR (0000-0002-4926-6622)*, Barroso TMMDA (0000-0002-9411-6113)*, Oliveira AC (0000-0001-8399-8619)*, Avilés González CI (0000-0002-1566-1974)*, Racis M (0009-0008-3724-5673)* e Silva MAM (0000-0003-4059-925X)* contribuíram para orientação nacional e internacional da pesquisa, articulação e organização dos cenários de coleta de dados, estabelecimento das referências institucionais do estudo nos sítios de pesquisa, obtenção de dados, colaboração nos eixos temáticos da pesquisa e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Martins LIF (0009-0005-8253-4667)* contribuiu para fichamento conceitual e científico, tratamento do *corpus* de dados e descrição dos resultados do manuscrito. Amorim MMA (0000-0001-8268-2508)* contribuiu para redação e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. Lana FCF (0000-0001-9043-3181)* contribuiu para coordenação científica e orientação da pesquisa, análise e interpretação dos dados, obtenção de financiamento e revisão crítica do conteúdo intelectual do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
2. Barbosa SP, Silva AVFG. A prática da atenção primária à saúde no combate da Covid-19. APS (Juiz Fora). 2020;2(1):17-9. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i1.62>
3. Sako MP, Felix AMS, Kawagoe JY, et al. Knowledge about precautions in primary health care: tool validation. Rev Bras Enferm. 2018;71(Supl 4):1589-95. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0886>
4. Maroldi MAC, Felix AM, Dias AAL, et al. Adherence to precautions for preventing the transmission of microorganisms in primary health care: a qualitative study. BMC Nurs. 2017;16:49. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0245-z>
5. Alfahan A, Alhabib S, Abdulmajeed I, et al. In the era of coronavirus: health care professionals' knowledge, attitudes, and practice of hand hygiene in Saudi primary care centers: a cross-sectional study. J Community Hosp Intern Med Perspect. 2016;6(4):32151. DOI: <https://doi.org/10.3402/jchimp.v6.32151>
6. Furlanetto DLC, Santos WD, Scherer MDA, et al. Structure and responsiveness: are Primary Health Care Units prepared to face COVID-19? Saúde Debate. 2022;46(134):630-47. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213403>
7. Barbosa SP, Martinez-Riera JR, Barroso, TNND, et al. Sistemas nacionais de saúde, legislação e seus determinantes sociais: um estudo comparativo entre Brasil, Espanha, Portugal e Itália. Cad Saúde Pública. 2024;40(6):e00169423. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT169423>
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
9. MAXQDA [Internet]. Versão 24.1.0. Berlin: Verbi Software; 2024 [acesso em 2026 jun 6]. Disponível em: <https://www.maxqda.com/>
10. Cohen J. A coefficient of agreement for nominal scales. Educ Psychol Meas. 1960;20(1):37-46. DOI: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/001316446002000104>
11. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e revoga as Resoluções CNS nºs. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2013 jun 13; Edição 112; Seção I:59-62.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). 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, Brasília, DF. 2016 maio 24; Edição 98; Seção I:44-6.
13. World Health Organization. Countries [Internet]. Geneva: World Health Organization; [2023] [acesso em 2026 ago 12]. Disponível em: <https://data.who.int/countries>
14. European Observatory on Health Systems and Policies. Fee-for-service (FFS): payment model based on payments made directly to health care providers for procedures, consultations and examinations. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2024.
15. World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard: deaths [Internet]. Geneva: World Health Organization; [2023] [acesso em 2026 ago 12]. Disponível em: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths?n=c>
16. World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard: vaccines [Internet]. Geneva: World Health Organization; [2023] [acesso em 2026 ago 12]. Disponível em: <https://data.who.int/dashboards/covid19/vaccines?n=o>

17. Haldane V, De Foo C, Abdalla SM, et al. Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med*. 2021;27(6):964-80. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
18. Lal A, Erondur NA, Heymann DL, et al. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*. 2021;397(10268):61-7. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)
19. Witter S, Thomas S, Topp SM, et al. Health system resilience: a critical review and reconceptualisation. *Lancet Glob Health*. 2023;11(9):e1454-8. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00279-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00279-6)
20. Abel ZDV, Roope LSJ, Duch R, et al. Access to health-care services during the covid-19 pandemic: a cross-sectional analysis of income and user-access across 16 economically diverse countries. *BMC Public Health*. 2024;24(1):2678. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20147-y>
21. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (PT). Trace Covid-19: plataforma de suporte à vigilância e acompanhamento da covid-19. Lisboa: SPMS; 2020.
22. World Health Organization. Fostering resilience through integrated health system strengthening: technical meeting report. Geneva: WHO; 2021.
23. Tuczyńska M, Matthews-Kozanecka M, Baum E. Accessibility to non-covid health services in the world during the covid-19 pandemic: review. *Front Public Health*. 2021;9:760795. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.760795>
24. Celuppi IC, Lima GS, Rossi E, et al. Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da covid-19 no Brasil e no mundo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00243220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>
25. Brito PS, Pascoal LM, Costa MVT, et al. Primary Health Care assessment in the COVID-19 pandemic from physicians' and nurses' perspective. *Rev Bras Enferm*. 2023;76:e20220475. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0475>
26. Pagliari C. Digital health and primary care: past, pandemic and prospects. *J Glob Health*. 2021;11:01005. DOI: <https://doi.org/10.7189/jogh.11.01005>
27. Rodrigues JLSQ, Villar VCFL, Duarte SCM, et al. Perspectiva do paciente sobre a assistência à saúde no contexto da Covid-19. *Saúde Debate*. 2022;46(Esp 1):165-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E111>

Recebido em 15/02/2026

Aprovado em 19/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

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

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Editor responsável: Leonardo Vidal Mattos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro/RJ), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0343170437330734>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4800-0010>, e-mail: leonardomattos@iesc.ufrj.br