



**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO À COVID-19:
ANÁLISE DOS PLANOS ESTADUAIS DE CONTINGÊNCIA DO
NORDESTE**

**PRIMARY HEALTH CARE IN THE CONFRONTATION WITH COVID-19:
ANALYSIS OF THE NORTHEASTERN STATE CONTINGENCY PLANS**

**ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN FRENTE AL COVID-19:
ANÁLISIS DE LOS PLANES ESTATALES DE CONTINGENCIA DEL
NORESTE**

Michael Ferreira Machado¹, Tulio Romério Lopes Quirino², Divanise Suruagy Correia³, Maria das Graças Monte Mello Taveira⁴, Carlos Dornels Freire de Souza⁵, Juraci Roberto Lima⁶

RESUMO

Objetivo: analisar de que forma a Atenção Primária à Saúde tem sido pensada pelas estruturas de gestão estadual, no Nordeste brasileiro, na proposição de medidas de contingenciamento para o enfrentamento a esta pandemia. **Método:** trata-se de um estudo documental onde se analisaram os Planos de Contingência elaborados pelas equipes gestoras em 2020 para o Nordeste brasileiro. **Resultados:** identificaram-se os seguintes componentes dos planos: (1) organização e estrutura formal; (2) objetivos definidos, gerais e específicos e (3) propostas definidas para o nível da Atenção Primária à Saúde. A análise dos planos de contingência para a COVID-19 dos Estados nordestinos deu-se à luz das características estruturantes da Atenção Primária à Saúde: atenção ao primeiro contato; integralidade e coordenação do cuidado; longitudinalidade; competência cultural e orientação familiar e comunitária. Mesmo com avanços, existe uma heterogeneidade na organização dos planos. Um dos planos estaduais analisados prevê todas as características estruturantes da Atenção Primária à Saúde, organizando, inclusive, a atuação da APS no sistema prisional em contraste a outro plano estadual analisado, que não prevê nenhuma ação sob responsabilidade da Atenção Primária à Saúde no contexto da COVID-19. Outro aspecto é que, em apenas três, dos nove planos estaduais do Nordeste, se contou com a participação de gestores responsáveis pela Atenção Primária à Saúde. **Conclusão:** a Atenção Primária à Saúde estando fortalecida, sendo ordenadora da rede assistencial e coordenadora do cuidado, combinada com a preparação de respostas rápidas pelos profissionais das urgências e emergências, com a ampliação de leitos para cuidados

^{1,3,4,5,6}Faculdade de Medicina Universidade Federal de Alagoas. Maceió (AL), Brasil.

²Secretaria de Saúde do Recife. Recife (PE), Brasil.

intensivos e medidas de distanciamento social, proporciona respostas mais efetivas à pandemia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Infecções por Coronavírus; Pandemias.

ABSTRACT

Objective: to analyze how Primary Health Care has been conceived by state management structures in northeastern Brazil, in proposing contingency measures to deal with this pandemic. Method: this is a documentary study where the Contingency Plans prepared by the management teams in 2020 for the Brazilian Northeast were analyzed. **Results:** the following components of the plans were identified: (1) organization and formal structure; (2) defined, general and specific objectives and (3) defined proposals for the level of Primary Health Care. The analysis of the contingency plans for COVID-19 in the northeastern states took place in light of the structuring characteristics of the Primary Health Care: attention to the first contact; integrality and coordination of care; longitudinality; cultural competence and family and community orientation. Even with advances, there is heterogeneity in the organization of plans. One of the analyzed state plans provides for all the structuring characteristics of Primary Health Care, including organizing Primary Health Care performance in the prison system in contrast to another analyzed state plan, which does not provide for any action under the responsibility of Primary Health Care in the context of COVID-19. Another aspect is that, in only three of the nine state plans in the Northeast, there was the participation of managers responsible for primary care. **Conclusion:** the Primary Health Care being strengthened, being the organizer of the assistance network and coordinator of care, combined with the preparation of rapid responses by professionals in urgent and emergency situations, with the expansion of beds for intensive care and measures of social distance, provides answers more effective to the pandemic.

Keywords: Primary Health Care; Coronavirus Infections; Pandemics.

RESUMEN

Objetivo: analizar cómo la Atención Primaria de Salud ha sido concebida por las estructuras de gestión del estado en el Noreste de Brasil, al proponer medidas de contingencia para enfrentar esta pandemia. **Método:** este es un estudio documental donde se analizaron los Planes de Contingencia preparados por los equipos de gestión en 2020 para el Noreste brasileño. **Resultados:** se identificaron los siguientes componentes de los planes: (1) organización y estructura formal; (2) objetivos definidos, generales y específicos y (3) propuestas definidas para el nivel de la Atención Primaria de Salud. El análisis de los planes de contingencia para COVID-19 en los estados del noreste tuvo lugar a la luz de las características de estructuración de la Atención Primaria de Salud: atención el primer contacto; integralidad y coordinación de la atención; longitudinalidad competencia cultural y orientación familiar y comunitaria. Incluso con los avances, hay heterogeneidad en la organización de los planes. Uno de los planes estatales analizados proporciona todas las características de estructuración de la Atención Primaria de Salud, incluida la organización del desempeño de la Atención Primaria de Salud en el sistema penitenciario en contraste con otro plan estatal analizado, que no prevé ninguna acción bajo la responsabilidad de la Atención Primaria de Salud en el contexto de COVID-19. Otro aspecto es que, en solo tres de los nueve planes estatales en el noreste, hubo la participación de gerentes responsables de la Atención Primaria de Salud. **Conclusión:** el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud, siendo el organizador de la red de asistencia y coordinador de la atención, combinado con la preparación de respuestas rápidas por profesionales en situaciones de urgencia y emergencia, con la expansión de camas para cuidados intensivos y medidas de distancia social, proporciona respuestas más eficaces para la pandemia.

INTRODUÇÃO

Há pouco mais de quatro meses, isto é, desde janeiro de 2020, sistemas de saúde por todo o mundo têm enfrentado um dos maiores desafios sanitários da história. Trata-se de uma pandemia de inédita proporção que tem lançado, aos Estados modernos e seus governantes, desafios inesgotáveis para a manutenção da saúde e preservação da vida de sua população.

COVID-19 é a denominação dada a esta nova síndrome respiratória, que atingiu inicialmente a China, reportada ainda em dezembro de 2019, a partir da identificação de relevante número de casos de um tipo de pneumonia aguda, com transmissibilidade elevada, na província de Hubei.¹⁻²

Esta síndrome respiratória é ocasionada pela ação do SARS-CoV-2, uma nova cepa viral da família *Coronaviridae*, reportada na literatura como causadora outras infecções respiratórias, a exemplo do SARS-CoV (causadora da Síndrome Respiratória Aguda Grave) e do MERS-CoV (causador da Síndrome Respiratória do Oriente Médio).³

A COVID-19 tem produzido uma sobrecarga em sistemas de saúde por todo o globo. No Brasil, há que se destacar a difícil tarefa dos gestores da saúde, em seus diferentes níveis, no cumprimento da tarefa a eles impetrada desde a Constituição Federal de 1988, qual seja, a garantia do direito universal, integral e equânime da saúde a toda a população brasileira.

Os sistemas de saúde públicos universais são aqueles que mais acumulam sucesso na manutenção da saúde da população. Alguns destes têm, como uma das suas principais características, a valorização dos cuidados primários em saúde como prerrogativa para a garantia da qualidade de vida das pessoas.⁴

A existência de uma rede de Atenção Primária à Saúde (APS), consolidada e fortalecida, evita o agravamento das doenças e, em consequência, as internações hospitalares nos sistemas locais de saúde.⁵ Torna-se necessário, considerando a centralidade da APS no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, contemplar seus atributos fundamentais e derivados para refletir suas potencialidades e limitações postas na produção de respostas a esta pandemia.

É a partir desta premissa que se desenvolve este artigo, que pretende analisar de que forma a APS tem sido pensada pelas estruturas de gestão estadual, no Nordeste brasileiro, na proposição de medidas de contingenciamento para o

enfrentamento a esta pandemia, por meio da análise dos Planos de Contingência elaborados pelas suas equipes gestoras.

MÉTODO

Para a escrita deste artigo, sustenta-se nas premissas de Spink⁶ ao referir o trabalho de “catar documentos” como uma estratégia metodológica que viabiliza a aproximação e a análise de documentos de domínio público, alinhando-se às pesquisas que elegem o cotidiano como objeto de problematização.⁷⁻⁸

Os documentos de domínio público constituem “produtos sociais tornados públicos”⁶ e, como tal, estão “eticamente abertos para análise por pertencerem ao espaço público, por terem sido tornados públicos de uma forma que permite a responsabilização”.⁸ Assim, sua análise é propícia, uma vez que “podem refletir as transformações lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelos aparelhos simbólicos que permeiam o dia-a-dia”, podendo revelar achados importantes para a reflexão dos movimentos da sociedade, no tempo e espaço em que operam.

Isto posto, a escrita deste artigo, de caráter analítico-reflexivo, tomou como artefato empírico as publicações oficiais de secretarias estaduais de saúde dos Estados nordestinos produzidas e tornadas públicas a partir da elaboração de respostas governamentais à pandemia da COVID-19. Origina-se, portanto, de um estudo descritivo de base documental, que buscou reconhecer de que maneira estes documentos apresentam direcionamentos à tomada de decisão em saúde, que possibilitem o enfrentamento à pandemia desde a organização da APS em seus territórios de abrangência.

Assim, foram analisados os Planos de Contingência elaborados pelos governos estaduais dos nove Estados que compõem a Região Nordeste do Brasil, a qual concentra atualmente 28.612 casos confirmados da COVID-19, estando na segunda colocação dentre as regiões do país, atrás apenas da Sudeste, com 46.728 casos notificados. Destaca-se que os Estados do Ceará, Pernambuco, Maranhão e Bahia, situados nesta região, estão entre os dez que mais acumulam casos, destacando-se Ceará e Pernambuco entre os cinco com maior número de óbitos.⁹

Os documentos analisados foram obtidos por meio do acesso à página do Ministério da Saúde dedicada à COVID-19, onde estão armazenados, para consulta pública, os Planos de Contingência e outros documentos normativos elaborados

pelo Governo Federal, bem como pelos governantes de todos os Estados brasileiros.⁹ A busca foi realizada no dia 2 de maio de 2020, a partir da qual os documentos acessados e selecionados foram armazenados para posterior análise.

O processo de análise considerou a identificação dos seguintes aspectos componentes dos planos: (1) organização e estrutura formal; (2) objetivos definidos, gerais e específicos e (3) propostas definidas para o nível da APS. Para a sua operacionalização, foram construídos quadros de análise, preenchidos individualmente, contemplando tais aspectos em cada um dos planos analisados. Os achados foram refletidos tomando como referência o modelo operacional da APS, destacando a sua centralidade no ordenamento e na coordenação do cuidado em rede, conforme inscrito na atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).¹⁰

RESULTADOS

Todos os Estados nordestinos construíram Planos de Contingência face à pandemia da COVID-19. Os Estados de Alagoas e Paraíba publicaram os seus respectivos planos em janeiro de 2020. Bahia e Pernambuco, em fevereiro de 2020. E o Rio Grande do Norte, em abril de 2020. Os demais Estados não fazem menção ao mês de publicação. Há uma heterogeneidade na organização dos documentos, bem como nas ações programáticas e estratégicas a serem desenvolvidas no contexto da pandemia. A seguir, far-se-á uma breve descrição dos Planos de Contingência dos respectivos estados.

O plano de Alagoas foi publicado em 30 de janeiro, com atualizações realizadas nos dias 08 de fevereiro e 12 de março de 2020. Na relação de autores do plano, não constam profissionais responsáveis pelo gerenciamento da APS. Apresentam-se o objetivo definido e sete eixos de ação. O plano prevê dez ações atribuídas à APS, que podem ser agrupadas em duas linhas de trabalho: ações de vigilância e clínico-assistenciais e ações de comunicação em saúde para profissionais de saúde e a população em geral. Não há menção a pactuações com os municípios para as ações relacionadas à APS.¹¹

A Bahia publicou seu plano em fevereiro de 2020, no qual não constam atualizações. O expediente da publicação não cita nenhum gestor diretamente responsável pela APS. Em sua estrutura, o objetivo definido é acompanhado por cinco eixos de ação. Destes, dois relacionam-se à APS: a orientação para os gestores municipais avaliarem sua capacidade operacional, indicando profissionais

e unidades de referência para os casos de COVID-19, e uma ação clínico-assistencial, fomentado a implantação de um protocolo de manejo clínico para toda a rede de atenção à saúde nos diferentes níveis de complexidade.¹²

O documento produzido pelo Ceará informa apenas o ano de publicação, 2020, não apresentando atualizações. A lista de autores não menciona profissionais associados à APS no Estado. O plano cearense apresenta objetivo geral, quatro eixos de ação e 11 ações de responsabilidade da APS. Nas atribuições da APS estão previstas ações clínico-assistenciais, de vigilância em saúde e logística, descritas em orientações gerais para os profissionais nos casos confirmados e suspeitos de COVID-19. O documento não faz referência à negociação com os municípios para a execução das ações na APS.¹³

O plano do Maranhão não detalha sua data de publicação, apenas o ano, 2020. Também não são citadas atualizações e, dentre a lista de autores do documento, não se identificam responsáveis pela APS no Estado. Seu objetivo desdobra-se em quatro eixos de ação. No documento, estão previstas sete ações de responsabilidade e/ou com a participação da APS agrupadas em três frentes de trabalho: aspectos clínico-assistenciais; ações de educação em saúde para a população e os profissionais de saúde (prevendo ações de educação permanente para os trabalhadores da saúde) e ações de comunicação e articulação com outros setores do setor saúde. O plano prevê a pactuação com municípios para a realização das ações.¹⁴

O plano paraibano, editado em janeiro de 2020, não menciona atualizações posteriores no documento. Na lista de autores, não são citados responsáveis pelo gerenciamento da APS no Estado. Há a descrição de um objetivo e quatro eixos de ação. As atribuições da APS aparecem em dois tópicos: o primeiro nomeado "cuidados com o paciente", listando cinco ações relacionadas à manipulação de máscaras e outros equipamentos de proteção individual para profissionais e usuários, e o segundo, nomeado "limpeza e desinfecção de superfícies", contém sete orientações de desinfecção de equipamentos e ambientes. Não é citada a parceria com municípios para as atividades na APS.¹⁵

O Plano de Contingência de Pernambuco foi lançado em fevereiro de 2020. Não são referidas atualizações e, na lista de autores, participam gestores responsáveis pela APS. Apresentam-se, em sua estrutura, objetivos e seis eixos de ação. Não são especificadas ações a serem desenvolvidas pela APS, assim como não se abordam ações colaborativas com os municípios no âmbito da APS.¹⁶

O documento do Estado do Piauí faz referência apenas ao seu ano de publicação, 2020, não mencionando nenhuma atualização. A lista dos autores insere gestores locais da APS. Apresenta seu objetivo e cinco eixos de ação. No plano, estão previstas três ações de responsabilidade da APS: o acolhimento de casos suspeitos; encaminhamentos da APS para outros pontos da rede de saúde e acompanhamento domiciliar nos casos leves. Não cita a participação dos municípios na elaboração das ações da APS.¹⁷

O Estado do Rio Grande do Norte editou seu plano em 2 de abril de 2020, o qual se encontra em sua segunda edição. A lista dos autores contém gestores da APS. Estrutura-se com objetivos estratégicos e cinco eixos de ação. Estão previstas 46 ações de responsabilidade da APS que vão desde o suporte às gestões municipais, organização estrutural das Unidades Básicas de Saúde (UBS), ações de educação e comunicação em saúde, ações clínico-assistenciais, acompanhamento domiciliar e vigilância em saúde. Das 46 ações, o plano prevê 16 ações, exclusivamente, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) no sistema prisional. Os municípios estão inclusos no planejamento e execução das ações.¹⁸

Sergipe publicou seu plano em 2020 sem especificar a data. Na relação de autores, não constam pessoas responsáveis pelo gerenciamento da APS. Possui objetivo definido e sete eixos de ação. Acerca das ações de responsabilidade da APS, consta apenas uma orientação para o acompanhamento de casos leves. Não são mencionadas articulações com os municípios no âmbito da APS.¹⁹

DISCUSSÃO

A APS é reconhecidamente um componente basilar dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto nas condições de saúde da população, com melhorias nos indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema e nos processos de cuidado, maior utilização de práticas preventivas e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços.²⁰⁻²¹

A APS orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, se denominam atributos essenciais: atenção ao primeiro contato; integralidade; coordenação e longitudinalidade. E atributos derivados: competência cultural e orientação familiar e comunitária.²⁰ Assim, para discutir os Planos de Contingência elaborados para a COVID-19 pelos Estados nordestinos, urge importante recorrer a tais eixos estruturantes.

Atenção ao primeiro contato

A expressão “primeiro contato” está relacionada à acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelas pessoas face a um novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde.²⁰ Sinteticamente, o primeiro contato pode ser compreendido como a porta de entrada dos serviços de saúde, ou seja, quando os usuários identificam aquele serviço como o primeiro recurso buscado diante de uma necessidade ou problema de saúde.

Essa característica está presente dentre as atribuições da APS nos Planos de Contingência dos Estados de Alagoas, Bahia, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte. A título de ilustração, esse componente expressa-se em uma das ações previstas à atenção primária no plano piauiense: “acolhimento de casos suspeitos nas unidades básicas de saúde”.¹⁷

No SUS, a APS configura-se como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Espera-se que, nesse nível de atenção, os serviços sejam acessíveis e resolutivos ante às necessidades da população. A abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações e o compartilhamento do poder decisório nos processos de trabalho podem contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato.^{5,20-21} Estes são aspectos que contribuem na resolutividade do sistema no contexto da COVID-19.

Integralidade e coordenação do cuidado

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS que orienta a necessidade de integração entre os diversos pontos da rede de atenção à saúde.^{20,22} A coordenação entre os níveis assistenciais pode ser definida como a articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, de forma harmônica e sincronizada, com o estabelecimento de um objetivo comum, independentemente do local na rede de saúde. Objetiva ofertar à população um conjunto de serviços e informações que respondam, de forma integrada, às suas necessidades de saúde por meio de diferentes pontos de atenção.²¹⁻²²

Essa característica da APS destaca-se nos planos de Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Piauí e Rio Grande do Norte. O documento do Estado da Bahia, por exemplo, expressa a “implantação ou implementação de protocolo de manejo

clínico na rede de atenção à saúde”,¹² com a inclusão da APS no contexto da COVID-19.

A atenção integral e coordenada é justificada e necessária, no contexto da pandemia, porque é cada vez maior o número de pessoas que apresentam sintomas da doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades.

Longitudinalidade

A longitudinalidade indica um ponto regular de atenção à saúde para as pessoas, com sua utilização ao longo do tempo, independentemente do tipo de problema relacionado à saúde.²⁰ Este atributo aparece de forma mais explicitada nos planos dos Estados do Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe. Como ilustração, destaca-se, no plano sergipano, a seguinte orientação: “os casos leves devem ser acompanhados pela APS e instituídas medidas de precaução domiciliar e isolamento social”.¹⁹

Mesmo em um contexto de pandemia, a presença do atributo da longitudinalidade tende a produzir diagnósticos e tratamentos mais precisos, garantindo o monitoramento dos casos, a identificação de possíveis comorbidades, reduzindo os encaminhamentos desnecessários para especialistas, além de ações que evitem o agravamento e complicações dos quadros em casos leves.²¹⁻²²

Competência cultural

Competência cultural diz respeito à capacidade de o sistema de saúde levar em consideração os aspectos culturais e comportamentais e as necessidades apresentadas pelas pessoas e seus territórios na organização das ações.²⁰ Essa característica estruturante da APS está contemplada nos planos do Maranhão e do Rio Grande do Norte.

O documento potiguar expressa como uma das ações da APS: “identificar, acompanhar e articular ações de proteção e cuidado, em parceria com a Assistência Social e outros segmentos da sociedade, voltadas para populações específicas e/ou tradicionais como: População de Rua, Ciganos, trabalhadores rurais sem-terra, quilombolas, índios, povos de matrizes africanas, população do campo, outras”.¹⁸

Convém ressaltar que a competência cultural não se reduz ao conhecimento de hábitos e costumes, mas da habilidade de comunicação, acessando e compreendendo os sistemas de crenças e as práticas das comunidades, que são cenários de atuação das ações institucionalizadas da saúde.²³ No contexto da pandemia, essas habilidades de comunicação são fundamentais para a adoção de medidas protetivas pelas famílias e comunidades nos diferentes contextos, levando em consideração os diversos modos de vida.

Orientação familiar e comunitária

A orientação familiar é um componente norteador da APS que leva em consideração a necessidade de uma atenção integral com foco no contexto familiar.²¹⁻²² Em relação à orientação comunitária, um aspecto importante é o reconhecimento de que as necessidades de saúde das pessoas estão relacionadas com o contexto social onde vivem. Isso requer, do sistema de saúde, o reconhecimento dos aspectos sociais e a inclusão destes no planejamento das ações de prevenção e promoção da saúde.²⁴

Essa característica aparece de forma mais evidente nos planos de Alagoas, Maranhão e do Rio Grande do Norte. A título de exemplificação, no plano de Alagoas, está descrita a necessidade da APS em “orientar a população quanto às medidas de prevenção e controle para a COVID-19”.¹¹ Nesse sentido, essa ação só pode ser desenvolvida de forma efetiva pela capacidade da APS em planejar e desenvolver ações que levem em consideração os modos de vida dos usuários e os aspectos familiares e comunitários.

CONCLUSÃO

A literatura repostou que aproximadamente 80% dos agravos de saúde poderiam ser acompanhados e resolvidos no âmbito da APS.^{5,10} Ao mesmo tempo, no caso da COVID-19, estima-se que 80% dos casos demonstrados são leves e, mesmo os moderados, recorrem inicialmente aos serviços básicos de saúde,^{2,25} com poucos destes evoluindo para quadros mais graves, que necessitariam de intervenção intensiva, demonstrando o potencial da APS em atuar preventivamente no agravamento da situação de saúde da população frente a este agravo.²⁵

Ao considerar os Planos de Contingência analisados, visando a proposições de respostas da APS ante à COVID-19, destaca-se que apenas em três, dos nove Estados do Nordeste, ocorreu a participação das equipes de gestão da APS destes. Isto pode reorientar os objetivos desenhados para a APS na ótica dos seus gestores, com a priorização de ações centradas nos serviços de média e alta complexidade, tendo em vista o já reportado agravamento agudo de sintomas da doença. Quando se considera, ainda, a ausência de menções acerca da pactuação das ações junto aos municípios, os quais respondem pela gestão plena da APS, esta situação torna-se ainda mais delicada, tendo em vista a sobreposição de posturas ante à gerência do Sistema de Saúde, ocasionando a fragmentação da rede de atenção, com baixa integração dos serviços e efeitos na continuidade da assistência, contribuindo para a não concretização dos objetivos da APS expressos em seus atributos.^{5,22}

Nesse sentido, cabe reforçar que uma APS fortalecida, ordenadora da rede assistencial e coordenadora do cuidado, combinada com a preparação de respostas rápidas pelos profissionais das urgências e emergências, a ampliação de leitos para cuidados intensivos e as medidas de distanciamento social proporcionam respostas mais efetivas à pandemia. O desafio é integrar decisões político-administrativas, competências técnico-gerenciais e suporte prático-assistencial contínuo, com permanente fluxo comunicativo, para vencer este contexto pandêmico. A saída é complexa, mas a porta de entrada, certamente, é a APS.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://tinet.net/who-director-generals-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-11-march-2020/>
2. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2):e2020166. Doi: 10.5123/s1679-49742020000200024
3. Lima CMAO. Information about the new coronavirus disease (COVID-19). *Radiol Bras*. 2020; 53(2):5-6. Doi: 10.5123/s1679-49742020000200024
4. Giovanella L, Stegmüller K. Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus. In: Almeida PF, Santos AM, Souza MKB, organizadores. *Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde*. Salvador: EDUFBA; 2015. p. 19-44.
5. Mendonça MHM, Gondim R, Matta GC, Giovanella L. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 29-47.

6. Spink P. Análise de documentos de domínio público. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. São Paulo: Cortez; 2000. p. 123-51.
7. Spink PK. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicol Soc.* 2008; 20 (Spe):70-7.
8. Spink PK. Análise de documentos de domínio público. In: Spink MJ, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez; 2004.
9. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus Brasil [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Apr 15]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
11. Alagoas (Estado), Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas. Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas; 2020.
12. Bahia (Estado), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Plano Estadual de Contingências para Enfrentamento do Novo Coronavírus - 2019-nCoV. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia; 2020.
13. Ceará (Estado), Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Plano Estadual de Contingência para Resposta às Emergências em Saúde Pública. Novo Coronavírus (2019-nCoV). Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará; 2020.
14. Maranhão (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão. Plano Estadual de Contingência do Novo Coronavírus 2019-nCoV. São Luís: Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão; 2020.
15. Paraíba (Estado), Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. Plano De Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba; 2020.
16. Pernambuco (Estado), Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Plano de Contingência para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Recife: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; 2020.
17. Piauí (Estado), Secretaria de Estado da Saúde do Piauí. Plano Estadual de Contingência para o enfrentamento da infecção humana pelo Coronavírus (2019-nCoV) do Estado do Piauí. Teresina: Secretaria de Estado da Saúde do Piauí; 2020.
18. Rio Grande do Norte (Estado), Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Covid-19. Natal: Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte; 2020.

19. Sergipe (Estado), Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Plano de Contingência Estadual para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus 2019-nCoV. Aracajú: Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe; 2020.
20. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
21. Organização Panamericana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.
22. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MG, Martins CL, Almeida PF, et al. Primary care in health regions: policy, structure, and Organization. *Cad Saúde Pública*. 2019; 35(Suppl 2):e00099118. Doi: 10.1590/0102-311x00099118
23. Gouveia EAH, Silva RO, Pessoa BHS. Cultural Competence: an Answer Required to Overcome Barriers to Health Care Access for Minoritized Populations. *Rev Bras Educ Med*. 2020; 43(Suppl 1):82-90. Doi: 10.1590/1981-5271v43suplemento1-20190066
24. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Family and community orientation in children's primary healthcare. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 Jan; 21(1):119-27. Doi: 10.1590/1413-81232015211.05682014.
25. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen L. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020 Jan; 4(1):bjgpopen20X101041. Doi: 10.3399/bjgpopen20X101041