Journal Health NPEPS
Núcleo de Pesquisa e Extensão em Política, Planejamento, Organização e Práticas (individual e coletiva) em Saúde

http://dx.doi.org/10.30681/252610104994 ARTIGO ORIGINAL

Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19

Influence of basic care coverage on coping with COVID-19

Influencia del cuidado básico de salud en el afrontamiento del COVID-19

Sabrina da Silva de Souza[1], Ana Cláudia da Cunha[2], Samara Eliane Rabelo Suplici[3], Katheri Maris Zamprogna[4], Dione Lúcia Prim Laurindo[5]

RESUMO

Objetivo: avaliar a influência da cobertura da atenção básica nos municípios de Santa Catarina e seus efeitos no enfrentamento da COVID-19. **Método:** estudo observacional e ecológico, realizado em 2020. Foram avaliados o quantitativo de pessoas infectadas pela COVID-19, taxa de mortalidade, taxa de letalidade e percentual de cobertura da atenção básica. **Resultados:** os resultados evidenciaram que as macrorregiões Grande Oeste e Vale do Itajaí tiveram os melhores resultados no que se refere à maior cobertura desses serviços de saúde e menor mortalidade e letalidade por COVID-19. As macrorregiões Sul e Planalto Norte e Nordeste tiveram piores resultados referentes aos indicadores investigados. Isso pode ser resultado das políticas municipais relacionadas à pandemia, uma vez que, os municípios tiveram autonomia nas decisões relacionadas às medidas de prevenção e controle, a partir das determinações estaduais. **Conclusão:** os municípios com melhores coberturas de AB foram capazes de terem menores taxas de letalidade e mortalidade pela COVID-19.

Descritores: Saúde Pública; Infecções por Coronavírus; Enfermagem.

[1]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São José SC e Emergência HU/UFSC. São José, Santa Catarina, Brasil. E-mail: enfermeirasabrina@gmail.com ORCID ID: http://orcid.org/0000-0001-9046-6434 **Autor para Correspondência** - Endereço: Elizeu di Bernardi 200,apto 406ª. Campinas. São José, Santa Catarina, Brasil.

[2]Enfermeira. Especialista em Enfermagem na Saúde da Família. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São José. São José, Santa Catarina, Brasil. E-mail: cau_cunha@yahoo.com ORCID ID: http://orcid.org/0000-0003-2292-3917

[3]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Integrante do Laboratório de Pesquisas e Tecnologia em Enfermagem e Saúde à Pessoa em Condição Crônica. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: samara.eliane@terra.com ORCID ID: http://orcid.org/0000-0002-0334-7195

[4]Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São José. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: katherizamprogna@gmail.com ORCID ID: http://orcid.org/0000-0002-5987-1025

[5]Enfermeira. Especialista em Enfermagem na Saúde da Família. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de São José. São José, Santa Catarina, Brasil. E-mail: dione.prim@gmail.com ORCID ID: http://orcid.org/0000-0001-6233-2527

Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

ABSTRACT
***Objective**: to evaluate the influence of basic care coverage in the municipalities of Santa Catarina and its effects on coping with COVID-19. **Method**: observational, and ecological study conducted in 2020. The number of people infected by COVID-19, mortality rate, lethality rate and percentage of Primary Health Care coverage were evaluated. **Results**: the results showed that the Grande Oeste and Vale do Itajaí macroregions had the best results in terms of greater coverage of these health services and lower mortality and lethality due to COVID-19. The South and Planalto Norte and Northeast macroregions had worse results regarding the investigated indicators. This may be the result of municipal policies related to the pandemic, since the municipalities had autonomy in decisions related to prevention and control measures, based on state determinations. **Conclusion**: the municipalities with the best AB coverage were able to have lower rates of lethality and mortality due to COVID-19.*
***Descriptors**: Public Health; Coronavirus Infections; Nursing.*

RESUMEN
***Objetivo**: evaluar la influencia de lo cuidado básico de salud en los municipios de Santa Catarina y sus efectos en el afrontamiento del COVID-19. **Método**: estudio observacional y ecológico realizado en 2020. Se evaluó el número de personas infectadas por COVID-19, tasa de mortalidad, tasa de letalidad y porcentaje de cobertura de Atención Primaria de Salud. **Resultados**: os resultados mostraron que las macrorregiones Grande Oeste y Vale do Itajaí tuvieron los mejores resultados en términos de mayor cobertura de estos servicios de salud y menor mortalidad y letalidad por COVID-19. Las macrorregiones Sur y Planalto Norte y Noreste tuvieron peores resultados en los indicadores investigados. Esto puede ser el resultado de políticas municipales relacionadas con la pandemia, ya que los municipios tenían autonomía en las decisiones relacionadas con las medidas de prevención y control, basadas en determinaciones estatales. **Conclusión**: los municipios con mejor cobertura de AB pudieron presentar menores tasas de letalidad y mortalidad por COVID-19.*
***Descriptores**: Salud Pública; Infecciones por Coronavirus; Enfermería.*

INTRODUÇÃO

O ano de 2020 é marcado por uma pandemia, decretada pela Organização Mundial da Saúde em 11 de Março de 2020, que tem causa viral e que se iniciou na província de Hubei, na China, gerando a doença COVID-19, causada pelo vírus coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2). No mesmo mês em que se decretou a pandemia, os Estados Unidos da América, Espanha e China estavam em evidência no mundo, já que apresentavam o maior número de casos. Isso gerou um alerta aos órgãos de saúde sobre a velocidade de transmissão do vírus[1].

Neste cenário, enquanto medidas farmacológicas não fossem comprovadas cientificamente, ações de isolamento social, estratégias de

lockdown e medidas de higiene passaram a ser enfatizadas com demasia pelos órgãos de saúde[1].

E esse contexto de medidas de combate à doença reverberou por vários setores da sociedade, principalmente nos serviços de saúde, com enfoque nos atendimentos de casos suspeitos e confirmados, assim como na disponibilidade de leitos e infraestrutura de Unidades de Terapias Intensivas (UTI). Concomitante, acionando a Atenção Básica (AB)[2,3].

A capacidade resolutiva da AB pode estar determinando melhores desfechos em algumas regiões do país durante a pandemia[2].

Nesse sentido, se a AB é considerada potente à redução de iniquidades populacionais[1], para que haja uma maior alocação de incentivos e recursos financeiros em sua estrutura nesse período pandêmico, é necessário que se reconheça sua relação com os indicadores em saúde[4].

Em Santa Catarina, assim como nos demais Estado brasileiros, a COVID-19 tem sido motivo de grande preocupação por parte do poder público, em função dos danos causados à população, do elevado número de casos graves e óbitos. Isso porque, na região Sul, Santa Catarina representou a maior taxa de incidência até o mês de dezembro de 2020 (5.493,6 casos/100 mil habitantes) estando entre os 10 Estados brasileiros com maior número de casos novos, sendo 15.423 que necessitaram de hospitalização e 3.921 óbitos até a 49ª semana de pandemia[5].

Diante disso, este estudo teve como objetivo avaliar a influência da cobertura da AB nos municípios de Santa Catarina e seus efeitos no enfrentamento da COVID-19.

MÉTODO

Estudo observacional e ecológico, realizado no Estado de Santa Catarina, Brasil. Foram avaliados o desempenho dos serviços de saúde sob gestão municipal por meio do número de pessoas infectadas pela COVID-19, taxa de mortalidade, taxa de letalidade e percentual de cobertura de AB.

Os dados foram extraídos dos bancos de dados oficiais do Estado de Santa Catarina, da Diretoria de Vigilância epidemiológica (DIVE/SC), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Informação e Gestão da AB (e-Gestor). A coleta de

dados ocorreu em 28/10/2020, e contou com dados disponíveis de 16/03/2020 até 27/10/2020, data de corte para a coleta de dados. Os dados coletados foram organizados em planilha Excel®, com cálculo das taxas de mortalidade e letalidade a partir do número de casos da COVID-19, número de óbitos da COVID-19 e dos dados populacionais fornecidos pelo IBGE[6].

Para análise dos dados, foi realizada estatística descritiva, por meio de medidas de frequência absoluta e relativa, e apresentação em tabela.

Os dados foram organizados pela população dos municípios, tendo em vista que o número populacional traz consigo semelhanças organizacionais, administrativas e inclusive de saúde: até 5.000 mil; de 5.001 a 10.000; de 10.001 a 20.000; de 20.001 a 50.000; de 50.001 a 100.000; de 100.001 a 300.000; e mais de 300.000 habitantes.

A descrição dos dados considerou a cobertura da AB, estratificando os municípios de uma mesma região que possuem cobertura igual, menor ou diferente de 100%. Esse dado também foi descrito levando em consideração o valor global alcançado pelo Estado de Santa Catarina neste indicador, que foi igual a 88,99% (AB), conforme apresentado no relatório gerado pelo e-Gestor em 28/10/2020, competência julho/2020[7].

Da mesma forma, os dados de mortalidade e letalidade foram descritos, levando em consideração o valor global obtido pelo Estado de Santa Catarina nestes indicadores, que foi igual a 42,68/100.000 habitantes e 1,26%, respectivamente. Estas taxas foram calculadas, com base nos dados fornecidos pelo e-Gestor Atenção Básica (população total do Estado, competência julho/2020) e nos dados obtidos através do Boletim Epidemiológico de 27 de outubro de 2020 da Secretaria de Estado da Saúde referente ao número de casos confirmados e ao número de óbitos.

Foi realizada ainda a descrição tomando como base os municípios com coberturas de AB superiores ao alcançado pelo Estado e com mortalidade e letalidade inferior ao apresentado pelo Estado na sua totalidade.

Foram respeitados todos os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos (CEP), de acordo com a

Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que orienta que pesquisas que utilizam informações de domínio público não precisarão ser submetidas ao sistema CEP/CONEP.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta a cobertura de AB, taxa de mortalidade, letalidade e o número de casos e óbitos.

Tabela 1 – Cobertura AB, casos confirmados, número de óbitos, taxa de mortalidade e taxa de letalidade da COVID 19. 16/03/2020 a 27/10/2020. Santa Catarina, Brasil.

Município	População	Cobertura AB (%)	Casos confirmados*	Óbitos *	Taxa de mortalidade (por 100 mil)	Taxa de Letalidade (%)
ABDON BATISTA	2.563	100	144	0	0,00	0,00
ABELARDO LUZ	17.904	100	452	6	33,51	1,33
AGROLÂNDIA	10.864	100	185	6	55,23	3,24
AGRONÔMICA	5.448	100	89	3	55,07	3,37
ÁGUA DOCE	7.145	100	148	3	41,99	2,03
ÁGUAS DE CHAPECÓ	6.486	100	55	0	0,00	0,00
ÁGUAS FRIAS	2.366	100	113	0	0,00	0,00
ÁGUAS MORNAS	6.469	100	227	2	30,92	0,88
ALFREDO WAGNER	10.036	100	209	1	9,96	0,48
ALTO BELA VISTA	1.937	100	31	1	51,63	3,23
ANCHIETA	5.638	100	34	1	17,74	2,94
ANGELINA	4.801	100	100	0	0,00	0,00
ANITA GARIBALDI	7.133	96,73	259	1	14,02	0,39
ANITÁPOLIS	3.232	100	57	0	0,00	0,00
ANTÔNIO CARLOS	8.513	100	373	11	129,21	2,95
APIÚNA	10.743	100	112	3	27,93	2,68
ARABUTÃ	4.267	100	76	2	46,87	2,63
ARAQUARI	38.129	85,60	977	15	39,34	1,54
ARARANGUÁ	68.228	6,20	2256	46	67,42	2,04
ARMAZÉM	8.674	-	308	5	57,64	1,62
ARROIO TRINTA	3.550	100	68	0	0,00	0,00
ARVOREDO	2.240	100	57	1	44,64	1,75
ASCURRA	7.934	100	164	2	25,21	1,22
ATALANTA	3.210	100	41	0	0,00	0,00
AURORA	5.679	100	82	0	0,00	0,00
BALNEÁRIO ARROIO DO SILVA	13.071	52,79	474	7	53,55	1,48
BALNEÁRIO BARRA DO SUL	10.795	95,88	507	8	74,11	1,58
BALNEÁRIO CAMBORIÚ	142.295	70,10	7880	95	66,76	1,21

BALNEÁRIO GAIVOTA	10.979	62,85	232	8	72,87	3,45
BALNEÁRIO PIÇARRAS	23.147	100	974	10	43,20	1,03
BALNEÁRIO RINCÃO	12.760	100	406	10	78,37	2,46
BANDEIRANTE	2.678	100	12	0	0,00	0,00
BARRA BONITA	1.677	100	3	0	0,00	0,00
BARRA VELHA	29.168	100	1026	18	61,71	1,75
BELA VISTA DO TOLDO	6.337	100	8	0	0,00	0,00
BELMONTE	2.706	100	6	0	0,00	0,00
BENEDITO NOVO	11.652	100	169	2	17,16	1,18
BIGUAÇU	68.481	100	2800	35	51,11	1,25
BLUMENAU	357.199	100	13567	159	44,51	1,17
BOCAINA DO SUL	3.474	99,31	33	2	57,57	6,06
BOM JARDIM DA SERRA	4.743	100	148	1	21,08	0,68
BOM JESUS	3.010	-	94	3	99,67	3,19
BOM JESUS DO OESTE	2.142	100	25	1	46,69	4,00
BOM RETIRO	9.966	100	96	4	40,14	4,17
BOMBINHAS	19.769	100	1219	10	50,58	0,82
BOTUVERÁ	5.246	100	161	0	0,00	0,00
BRAÇO DO NORTE	33.450	100	2378	20	59,79	0,84
BRAÇO DO TROMBUDO	3.743	100	64	1	26,72	1,56
BRUNÓPOLIS	2.420	100	34	0	0,00	0,00
BRUSQUE	134.723	91,88	6143	57	42,31	0,93
CAÇADOR	78.595	65,84	1049	32	40,72	3,05
CAIBI	6.148	100	55	2	32,53	3,64
CALMON	3.346	100	11	2	59,77	18,18
CAMBORIÚ	82.989	85,13	3107	47	56,63	1,51
CAMPO ALEGRE	11.978	100	172	6	50,09	3,49
CAMPO BELO DO SUL	7.016	100	89	1	14,25	1,12
CAMPO ERÊ	8.526	100	103	0	0,00	0,00
CAMPOS NOVOS	36.244	76,15	1414	16	44,15	1,13
CANELINHA	12.240	100	543	10	81,70	1,84
CANOINHAS	54.401	74,45	783	11	20,22	1,40
CAPÃO ALTO	2.525	-	24	1	39,60	4,17
CAPINZAL	22.848	97,82	1955	8	35,01	0,41
CAPIVARI DE BAIXO	24.871	100	1077	18	72,37	1,67
CATANDUVAS	10.861	31,77	221	3	27,62	1,36
CAXAMBU DO SUL	3.642	100	129	1	27,46	0,78
CELSO RAMOS	2.728	100	95	1	36,66	1,05
CERRO NEGRO	3.124	100	45	1	32,01	2,22
CHAPADÃO DO LAGEADO	2.988	100	40	1	33,47	2,50
CHAPECÓ	220.367	100	7603	75	34,03	0,99
COCAL DO SUL	16.684	100	573	18	107,89	3,14
CONCÓRDIA	74.641	100	3565	24	32,15	0,67
CORDILHEIRA ALTA	4.453	100	89	1	22,46	1,12

CORONEL FREITAS	9.981	69,13	337	2	20,04	0,59
CORONEL MARTINS	2.549	100	9	0	0,00	0,00
CORREIA PINTO	12.795	80,89	428	11	85,97	2,57
CORUPÁ	15.909	43,37	367	5	31,43	1,36
CRICIÚMA	215.186	81,92	7802	111	51,58	1,42
CUNHA PORÃ	11.086	100	146	1	9,02	0,68
CUNHATAÍ	1.962	100	7	0	0,00	0,00
CURITIBANOS	39.745	84,54	692	10	25,16	1,45
DESCANSO	8.250	100	111	2	24,24	1,80
DIONÍSIO CERQUEIRA	15.498	100	96	5	32,26	5,21
DONA EMMA	4.146	100	114	0	0,00	0,00
DOUTOR PEDRINHO	4.064	84,89	71	3	73,82	4,23
ENTRE RIOS	3.203	100	366	4	124,88	1,09
ERMO	2.063	100	91	1	48,47	1,10
ERVAL VELHO	4.412	100	153	3	68,00	1,96
FAXINAL DOS GUEDES	10.667	100	406	4	37,50	0,99
FLOR DO SERTÃO	1.582	100	26	0	0,00	0,00
FLORIANÓPOLIS	500.973	74,08	19010	150	29,94	0,79
FORMOSA DO SUL	2.510	100	82	1	39,84	1,22
FORQUILHINHA	26.793	88,46	959	10	37,32	1,04
FRAIBURGO	36.443	96,73	528	9	24,70	1,70
FREI ROGÉRIO	2.023	100	47	2	98,86	4,26
GALVÃO	2.873	100	18	0	0,00	0,00
GAROPABA	23.078	100	513	2	8,67	0,39
GARUVA	18.145	100	519	9	49,60	1,73
GASPAR	69.639	88,57	3113	35	50,26	1,12
GOVERNADOR CELSO RAMOS	14.471	47,68	818	8	55,28	0,98
GRÃO PARÁ	6.569	100	215	2	30,45	0,93
GRAVATAL	11.501	93,90	596	9	78,25	1,51
GUABIRUBA	23.832	86,86	817	10	41,96	1,22
GUARACIABA	10.090	100	159	1	9,91	0,63
GUARAMIRIM	44.819	89,36	1765	20	44,62	1,13
GUARUJÁ DO SUL	5.160	100	16	0	0,00	0,00
GUATAMBÚ	4.704	73,34	150	0	0,00	0,00
HERVAL D'OESTE	22.606	61,05	848	13	57,51	1,53
IBIAM	1.957	100	29	0	0,00	0,00
IBICARÉ	3.202	100	87	1	31,23	1,15
IBIRAMA	18.950	100	564	8	42,22	1,42
IÇARA	56.421	100	1562	13	23,04	0,83
ILHOTA	14.184	100	598	6	42,30	1,00
IMARUÍ	10.135	100	329	3	29,60	0,91
IMBITUBA	44.853	100	1591	12	26,75	0,75
IMBUIA	6.197	100	62	1	16,14	1,61
INDAIAL	69.425	89,45	1817	13	18,73	0,72

IOMERÊ	2.945	100	32	0	0,00	0,00
IPIRA	4.446	100	92	1	22,49	1,09
IPORÃ DO OESTE	8.996	100	84	2	22,23	2,38
IPUAÇU	7.514	91,83	523	3	39,93	0,57
IPUMIRIM	7.593	100	188	1	13,17	0,53
IRACEMINHA	3.976	100	107	0	0,00	0,00
IRANI	10.419	100	233	1	9,60	0,43
IRATI	1.930	100	79	2	103,63	2,53
IRINEÓPOLIS	11.222	92,23	55	0	0,00	0,00
ITÁ	6.169	100	139	1	16,21	0,72
ITAIÓPOLIS	21.669	100	344	7	32,30	2,03
ITAJAÍ	219.536	100	8638	174	79,26	2,01
ITAPEMA	65.312	100	3545	67	102,58	1,89
ITAPIRANGA	16.872	100	454	6	35,56	1,32
ITAPOÁ	20.576	100	459	13	63,18	2,83
ITUPORANGA	25.086	100	603	7	27,90	1,16
JABORÁ	3.936	100	86	1	25,41	1,16
JACINTO MACHADO	10.416	100	246	3	28,80	1,22
JAGUARUNA	20.024	100	1127	10	49,94	0,89
JARAGUÁ DO SUL	177.697	68,43	3735	45	25,32	1,20
JARDINÓPOLIS	1.570	-	52	0	0,00	0,00
JOAÇABA	30.118	100	1204	9	29,88	0,75
JOINVILLE	590.466	94,36	24173	359	60,80	1,49
JOSÉ BOITEUX	4.997	100	325	4	80,05	1,23
JUPIÁ	2.101	100	60	0	0,00	0,00
LACERDÓPOLIS	2.246	100	46	1	44,52	2,17
LAGES	157.544	100	3905	80	50,78	2,05
LAGUNA	45.814	99,07	1181	18	39,29	1,52
LAJEADO GRANDE	1.427	100	37	1	70,08	2,70
LAURENTINO	6.970	100	121	0	0,00	0,00
LAURO MULLER	15.244	100	698	10	65,60	1,43
LEBON RÉGIS	12.107	100	46	4	33,04	8,70
LEOBERTO LEAL	3.041	100	51	0	0,00	0,00
LINDÓIA DO SUL	4.563	75,61	263	2	43,83	0,76
LONTRAS	12.130	100	182	2	16,49	1,10
LUIZ ALVES	12.859	100	303	1	7,78	0,33
LUZERNA	5.685	60,69	197	1	17,59	0,51
MACIEIRA	1.775	100	3	1	56,34	33,33
MAFRA	56.292	100	516	3	5,33	0,58
MAJOR GERCINO	3.442	100	132	3	87,16	2,27
MAJOR VIEIRA	8.103	100	84	2	24,68	2,38
MARACAJÁ	7.293	-	185	4	54,85	2,16
MARAVILHA	25.762	100	933	19	73,75	2,04
MAREMA	1.797	100	67	1	55,65	1,49

MASSARANDUBA	16.916	100	699	1	5,91	0,14
MATOS COSTA	2.520	100	28	0	0,00	0,00
MELEIRO	7.015	100	264	5	71,28	1,89
MIRIM DOCE	2.309	100	41	1	43,31	2,44
MODELO	4.209	100	95	2	47,52	2,11
MONDAÍ	11.742	58,76	60	0	0,00	0,00
MONTE CARLO	9.866	100	252	5	50,68	1,98
MONTE CASTELO	8.275	100	64	1	12,08	1,56
MORRO DA FUMAÇA	17.796	100	771	9	50,57	1,17
MORRO GRANDE	2.893	100	95	0	0,00	0,00
NAVEGANTES	81.475	84,17	2965	50	61,37	1,69
NOVA ERECHIM	5.019	100	177	3	59,77	1,69
NOVA ITABERABA	4.331	100	68	0	0,00	0,00
NOVA TRENTO	14.549	100	675	3	20,62	0,44
NOVA VENEZA	15.166	90,99	657	7	46,16	1,07
NOVO HORIZONTE	2.442	-	40	0	0,00	0,00
ORLEANS	22.912	100	1079	13	56,74	1,20
OTACÍLIO COSTA	18.744	100	650	3	16,01	0,46
OURO	7.295	94,59	471	2	27,42	0,42
OURO VERDE	2.217	-	67	4	180,42	5,97
PAIAL	1.505	100	25	0	0,00	0,00
PAINEL	2.359	100	15	0	0,00	0,00
PALHOÇA	171.797	81,60	8080	61	35,51	0,75
PALMA SOLA	7.423	100	75	0	0,00	0,00
PALMEIRA	2.627	100	57	0	0,00	0,00
PALMITOS	16.169	64,01	311	6	37,11	1,93
PAPANDUVA	19.320	100	111	6	31,06	5,41
PARAÍSO	3.437	100	14	0	0,00	0,00
PASSO DE TORRES	8.823	100	224	2	22,67	0,89
PASSOS MAIA	4.147	100	68	1	24,11	1,47
PAULO LOPES	7.494	100	346	4	53,38	1,16
PEDRAS GRANDES	3.976	100	108	5	125,75	4,63
PENHA	32.531	100	1113	21	64,55	1,89
PERITIBA	2.787	100	77	1	35,88	1,30
PESCARIA BRAVA	10.091	100	654	5	49,55	0,76
PETROLÂNDIA	5.937	100	30	1	16,84	3,33
PINHALZINHO	20.313	100	439	1	4,92	0,23
PINHEIRO PRETO	3.555	100	25	1	28,13	4,00
PIRATUBA	3.854	100	218	1	25,95	0,46
PLANALTO ALEGRE	2.870	100	82	0	0,00	0,00
POMERODE	33.447	100	960	5	14,95	0,52
PONTE ALTA	4.682	100	145	3	64,08	2,07
PONTE ALTA DO NORTE	3.414	100	79	1	29,29	1,27
PONTE SERRADA	11.593	100	137	6	51,76	4,38
PORTO BELO	21.388	100	913	7	32,73	0,77

PORTO UNIÃO	35.398	97,46	210	5	14,13	2,38
POUSO REDONDO	17.453	100	217	5	28,65	2,30
PRAIA GRANDE	7.319	100	177	3	40,99	1,69
PRESIDENTE CASTELLO BRANCO	1.568	100	61	0	0,00	0,00
PRESIDENTE GETÚLIO	17.471	100	484	6	34,34	1,24
PRESIDENTE NEREU	2.287	100	42	2	87,45	4,76
PRINCESA	2.924	100	27	0	0,00	0,00
QUILOMBO	9.887	100	319	8	80,91	2,51
RANCHO QUEIMADO	2.878	100	69	3	104,24	4,35
RIO DAS ANTAS	6.205	100	26	2	32,23	7,69
RIO DO CAMPO	5.940	100	55	0	0,00	0,00
RIO DO OESTE	7.489	100	98	2	26,71	2,04
RIO DO SUL	71.061	86,17	1280	11	15,48	0,86
RIO DOS CEDROS	11.676	88,64	132	3	25,69	2,27
RIO FORTUNA	4.611	100	195	4	86,75	2,05
RIO NEGRINHO	42.302	100	558	3	7,09	0,54
RIO RUFINO	2.483	100	31	1	40,27	3,23
RIQUEZA	4.598	75,03	67	1	21,75	1,49
RODEIO	11.551	100	270	3	25,97	1,11
ROMELÂNDIA	4.786	100	77	0	0,00	0,00
SALETE	7.642	100	152	1	13,09	0,66
SALTINHO	3.781	100	38	0	0,00	0,00
SALTO VELOSO	4.718	100	43	1	21,20	2,33
SANGÃO	12.678	81,64	544	3	23,66	0,55
SANTA CECÍLIA	16.830	82	268	6	35,65	2,24
SANTA HELENA	2.223	100	31	0	0,00	0,00
SANTA ROSA DE LIMA	2.142	100	102	1	46,69	0,98
SANTA ROSA DO SUL	8.358	100	345	6	71,79	1,74
SANTA TEREZINHA	8.787	100	36	1	11,38	2,78
SANTA TEREZINHA DO PROGRESSO	2.428	100	80	1	41,19	1,25
SANTIAGO DO SUL	1.260	100	65	0	0,00	0,00
SANTO AMARO DA IMPERATRIZ	23.245	100	889	17	73,13	1,91
SÃO BENTO DO SUL	84.507	55,74	731	13	15,38	1,78
SÃO BERNARDINO	2.336	-	48	0	0,00	0,00
SÃO BONIFÁCIO	2.838	100	117	1	35,24	0,85
SÃO CARLOS	11.281	100	102	2	17,73	1,96
SÃO CRISTOVÃO DO SUL	5.549	100	1	2	36,04	200,00
SÃO DOMINGOS	9.445	100	284	0	0,00	0,00
SÃO FRANCISCO DO SUL	52.721	45,81	1443	30	56,90	2,08
SÃO JOÃO BATISTA	37.424	82,97	1322	25	66,80	1,89
SÃO JOÃO DO ITAPERIÚ	3.733	100	198	2	53,58	1,01
SÃO JOÃO DO OESTE	6.381	100	153	4	62,69	2,61

SÃO JOÃO DO SUL	7.297	100	193	3	41,11	1,55
SÃO JOAQUIM	26.952	100	366	6	22,26	1,64
SÃO JOSÉ	246.586	79,14	11167	99	40,15	0,89
SÃO JOSÉ DO CEDRO	13.829	100	164	0	0,00	0,00
SÃO JOSÉ DO CERRITO	8.295	100	117	2	24,11	1,71
SÃO LOURENÇO DO OESTE	24.076	100	244	4	16,61	1,64
SÃO LUDGERO	13.410	100	682	5	37,29	0,73
SÃO MARTINHO	3.180	100	231	2	62,89	0,87
SÃO MIGUEL DA BOA VISTA	1.820	100	117	1	54,95	0,85
SÃO MIGUEL DO OESTE	40.482	100	756	4	9,88	0,53
SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA	5.823	59,25	335	2	34,35	0,60
SAUDADES	9.745	100	170	0	0,00	0,00
SCHROEDER	21.365	95,62	496	3	14,04	0,60
SEARA	17.541	100	666	3	17,10	0,45
SERRA ALTA	3.263	100	62	0	0,00	0,00
SIDERÓPOLIS	14.007	100	427	7	49,98	1,64
SOMBRIO	30.374	100	819	17	55,97	2,08
SUL BRASIL	2.461	100	78	0	0,00	0,00
TAIÓ	18.395	93,78	385	5	27,18	1,30
TANGARÁ	8.676	100	184	3	34,58	1,63
TIGRINHOS	1.633	100	103	0	0,00	0,00
TIJUCAS	38.407	100	2116	28	72,90	1,32
TIMBÉ DO SUL	5.348	64,51	180	3	56,10	1,67
TIMBÓ	44.238	100	1182	12	27,13	1,02
TIMBÓ GRANDE	7.877	100	38	1	12,70	2,63
TRÊS BARRAS	19.275	100	405	3	15,56	0,74
TREVISO	3.929	100	166	2	50,90	1,20
TREZE DE MAIO	7.081	100	318	0	0,00	0,00
TREZE TÍLIAS	7.840	100	125	0	0,00	0,00
TROMBUDO CENTRAL	7.360	93,75	130	4	54,35	3,08
TUBARÃO	105.686	100	6061	95	89,89	1,57
TUNÁPOLIS	4.543	100	415	0	0,00	0,00
TURVO	12.899	100	432	3	23,26	0,69
UNIÃO DO OESTE	2.464	100	49	0	0,00	0,00
URUBICI	11.235	100	153	3	26,70	1,96
URUPEMA	2.465	100	6	0	0,00	0,00
URUSSANGA	21.268	100	863	16	75,23	1,85
VARGEÃO	3.573	100	43	2	55,98	4,65
VARGEM	2.477	100	84	1	40,37	1,19
VARGEM BONITA	4.492	100	113	1	22,26	0,88
VIDAL RAMOS	6.338	100	39	1	15,78	2,56
VIDEIRA	53.065	84,80	1880	17	32,04	0,90

VITOR MEIRELES	4.979	100	67	0	0,00	0,00
WITMARSUM	3.965	100	37	0	0,00	0,00
XANXERÊ	50.982	97,68	2332	32	62,77	1,37
XAVANTINA	3.933	100	100	0	0,00	0,00
XAXIM	28.706	68,98	1231	33	114,96	2,68
ZORTÉA	3.363	100	370	2	59,47	0,54

*Óbitos e casos confirmados. Taxa de mortalidade = nº de óbitos/população total do municípioX100.000; Taxa de letalidade = nº de óbitos/casos confirmadosX100.
Fonte: e-Gestor Atenção Básica.

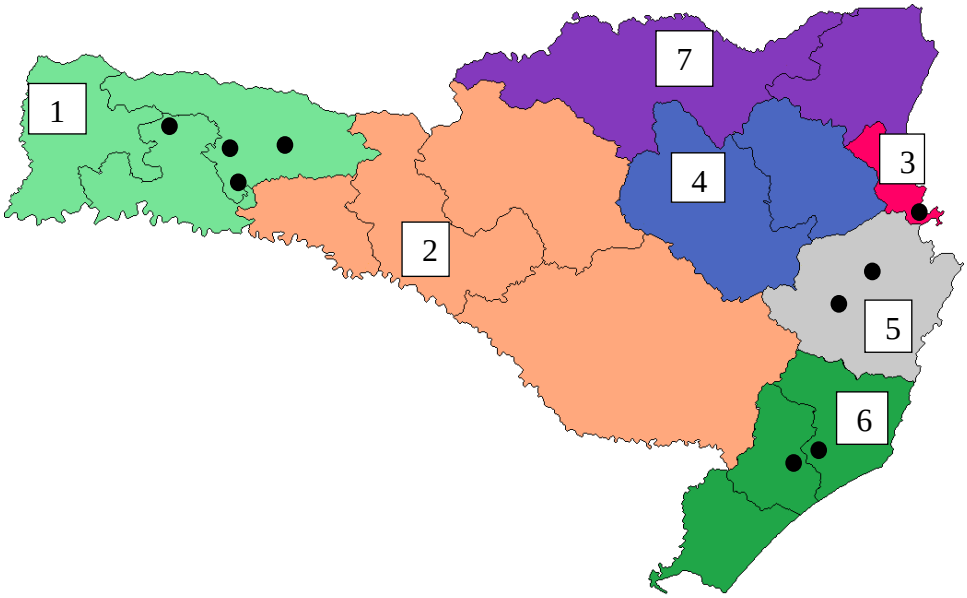
A Tabela 1 mostra que 223 municípios apresentaram cobertura de AB igual a 100%. Destes, 94 apresentaram uma população menor que 5.000 habitantes; 50 apresentaram uma população entre 5.000 e 10.000 habitantes; 43 apresentaram uma população entre 10.000 e 20.000 habitantes; 26 apresentaram uma população entre 20.000 e 50.000 habitantes; cinco apresentaram uma população entre 50.000 e 100.000 habitantes; quatro apresentaram uma população entre 100.000 e 300.000 habitantes e um apresentou população acima de 300.000 habitantes. Outros 72 apresentaram cobertura de AB menores que 100%, dos quais, 12 apresentaram uma população menor que 5.000 habitantes; 10 apresentaram uma população entre 5.000 e 10.000 habitantes; 16 apresentaram uma população entre 10.000 e 20.000 habitantes; 14 apresentaram uma população entre 20.000 e 50.000 habitantes; 12 apresentaram uma população entre 50.000 e 100.000 habitantes; seis apresentaram uma população entre 100.000 e 300.000 habitantes; dois apresentaram uma população com mais de 300.000 habitantes.

Dos municípios com mais de 300.000 habitantes, nenhum tinha cobertura de AB igual a 100%.

À título organizacional, o Estado se divide em sete macrorregiões (Figura1), sendo que nove municípios (sinalizados em preto) tiveram taxa de mortalidade maior que 100 óbitos/100.000 habitantes. Fazem parte desse grupo, os municípios de Antônio Carlos, Cocal do Sul, Entre Rios, Irati, Itapema, Ouro Verde, Pedras Grandes, Rancho Queimado e Xaxim. Destes, quatro pertencem a Macrorregião de Saúde do Grande Oeste (Entre Rios, Irati, Ouro Verde e Xaxim), dois pertencem a Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis (Antônio Carlos e Rancho

Queimado), outros dois pertencem a Macrorregião de Saúde Sul (Cocal do Sul e Pedras Grandes) e o município de Itapema que pertence a Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí.

Figura 1 – Distribuição das Macrorregiões e Regiões de Saúde no Estado de Santa Catarina.



Legenda:
1- Macrorregião de Saúde do Grande Oeste
2- Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e Serra Catarinense
3- Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí
4- Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí
5- Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis
6- Macrorregião de Saúde Sul
7- Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste

Fonte: Plano Diretor de Regionalização (PDR) – 2018.

A Macrorregião de Saúde do Grande Oeste composta por três Regiões de Saúde, apresenta uma população de referência de 798.367 habitantes[8] e abrange 78 municípios. Destes, 65 registraram cobertura de AB igual a 100% e 13 com cobertura de AB menor que 100%. Do total de 78 municípios, 37 (47,44%) apresentaram cobertura de AB igual ou maior que as coberturas alcançadas globalmente pelo Estado de Santa Catarina, e taxa de mortalidade e letalidade menor que os valores alcançados pelo Estado.

A Macrorregião de Saúde do Meio Oeste e Serra Catarinense é composta por quatro Regiões de

Saúde, com uma população referência de 919.122 habitantes[8] e abrange 71 municípios. Destes, 54 apresentaram cobertura de AB igual a 100% e 17 com cobertura de AB menor que 100%. Do total de 71 municípios, 26 (36,62%) apresentaram cobertura de AB maior ou igual que as coberturas alcançadas pelo Estado, e taxa de mortalidade e letalidade menor que os valores do Estado.

A Macrorregião de Saúde da Foz do Rio Itajaí é constituída por apenas uma Região de Saúde. Apresenta uma população referência de 715.485 habitantes[8], num total de 11 municípios. Destes, oito apresentaram cobertura de AB igual a 100% e três com cobertura de AB menor que 100%. Do total de 11 municípios, três (27,27%) apresentaram cobertura de AB maior ou igual que as coberturas alcançadas pelo Estado, e taxa de mortalidade e letalidade menor que os valores do Estado.

A Macrorregião de Saúde do Vale do Itajaí é formada por duas Regiões de Saúde, com uma população de referência de 1.093.190 habitantes[8] e abrange 42 municípios. Destes, 33 apresentaram cobertura de AB igual a 100% e nove com cobertura de AB menor que 100%. Do total de 42 municípios, 16 (38,10%) apresentaram cobertura de AB maior ou igual que as coberturas alcançadas pelo Estado, e, taxa de mortalidade e letalidade menor que os valores do Estado.

A Macrorregião de Saúde da Grande Florianópolis é composta por uma Região de Saúde, apresenta uma população referência de 1.209.818 habitantes[8], num total de 22 municípios. Destes, 16 apresentaram cobertura de AB igual a 100% e seis com cobertura de AB menor que 100%. Do total de 22 municípios, oito (36,36%) apresentaram cobertura de AB maior ou igual que as coberturas alcançadas pelo Estado, e taxa de mortalidade e letalidade menor que os valores do Estado.

A Macrorregião de Saúde Sul é constituída por três Regiões de Saúde, com um total de 1.009.288 habitantes[8] em 45 municípios. Destes, 33 apresentaram cobertura de AB igual a 100% e 12 com cobertura de AB menor que 100%. Do total de 45 municípios, sete (15,56%) apresentaram cobertura de AB maior ou igual que as coberturas alcançadas pelo Estado, e taxa de mortalidade e

letalidade menor que os valores do Estado.

A Macrorregião de Saúde do Planalto Norte e Nordeste é formada por duas Regiões de Saúde, com um total de 1.419.518 habitantes[8], abrangendo 26 municípios. Destes, 14 apresentaram cobertura de AB igual a 100% e 12 com cobertura de AB menor que 100%. Do total de 26 municípios, três (11,54%) apresentaram cobertura de AB maior ou igual que as coberturas alcançadas globalmente pelo Estado de Santa Catarina, e taxa de mortalidade e letalidade menor que os valores do Estado.

Ao analisar isoladamente cada município, levando em consideração as coberturas e as taxas de mortalidade e letalidade, observou-se que 63 municípios apresentaram taxas de mortalidade e letalidade igual à zero. Destes, 56 municípios registraram coberturas de AB igual a 100% e sete apresentaram cobertura de AB menor que 100%.

Do total dos municípios que compõem o Estado de Santa Catarina, 65 apresentaram coberturas de AB menores que 100% e mortalidade e letalidade maiores que zero, sendo sete municípios com uma população menor que 5.000 habitantes, 17 municípios com população menor que 10.000 habitantes, 31 com população menor que 20.000 habitantes, 45 municípios com população menor que 50.000 habitantes, 57 apresentaram uma população menor que 100.000 habitantes, e dois maiores que 300.000 habitantes.

Em relação a divisão populacional dos 65 municípios, sete possuem até 5.000 habitantes, 10 entre 5.001 e 10.000 habitantes, 14 entre 10.001 e 20.000 habitantes, 14 entre 20.001 e 50.000, 12 entre 50.001 e 100.000, seis entre 100.001 a 300.000 habitantes e dois municípios tem mais de 300.000 habitantes.

Também é importante salientar que 51 municípios tiveram cobertura de AB maiores ou iguais aos valores alcançados globalmente pelo Estado de Santa Catarina, e taxas de mortalidade e de letalidade maiores ou iguais aos valores do Estado. Paralelamente, 26 municípios registraram cobertura de AB menores ou iguais aos valores alcançados globalmente pelo Estado de Santa Catarina, e mortalidade e letalidade menores ou iguais aos valores do Estado.

Um município (São Cristóvão do Sul) apresentou cobertura igual a 100% e taxa de letalidade igual a 200%.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que as macrorregiões Grande Oeste e Vale do Itajaí tiveram os melhores resultados no que se refere a cobertura de AB, e menor mortalidade e letalidade por COVID-19. As macrorregiões Sul, Planalto Norte e Nordeste tiveram piores resultados referentes aos mesmos indicadores. Isso pode ser resultado das políticas municipais relacionadas à pandemia, uma vez que, os municípios tiveram autonomia nas decisões relacionadas às medidas de prevenção e controle, a partir das determinações estaduais[9].

Essas diferenças regionais encontradas no Estado demonstram a necessidade de ações no sentido de fortalecer o sistema de saúde, em especial nos municípios que vêm apresentando mortalidade e letalidade maiores que o Estado[10]. Sabe-se que o acesso aos serviços de saúde é variável de região para região, a história da doença difere em cada espaço e, portanto, o seu prognóstico ou resultado também sofre variações[11], conforme apresentado neste estudo.

Nesse contexto, a AB como porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), pode atuar resolutivamente nos casos leves e moderados de COVID-19, bem como na identificação e encaminhamento precoce dos casos graves para outros níveis de atenção. Por isso, uma maior cobertura da AB aumenta o potencial de oferta das ações e serviços de saúde básicos para a população, podendo melhorar os desfechos relacionados à pandemia.

A assistência à COVID-19 engloba as necessidades dos pacientes nas diferentes fases da infecção e em todo o espectro de gravidade, em uma linha de cuidado que envolve desde o monitoramento de casos leves em isolamento domiciliar, com orientações para o manejo de sintomas e para a identificação precoce de sinais de alerta, até a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) e a reabilitação após a alta hospitalar. A minimização dos riscos de infecção deve balizar a escolha das melhores estratégias de organização da rede para atender a essas necessidades[12].

Merece destaque as taxas de mortalidade e letalidade iguais a zero encontradas em municípios que apresentavam cobertura da AB iguais a 100%, podendo inferir que a cobertura da AB ajuda no enfrentamento da

pandemia, pois as equipes da AB possuem informações anteriores sobre as famílias e isto é valioso para orientar novas ações, sejam estas associadas à COVID-19 ou às doenças/agravos que podem potencializá-la.

Para corroborar com essa inferência, acredita-se que uma maior cobertura da AB pode mitigar os efeitos da pandemia através do potencial deste modelo de atenção, ao implementar os atributos da AB, como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária[13].

Os estudos apontam que cerca de 80% dos casos de COVID-19 são leves e moderados[14], sendo que, parte deles procuram a AB como primeiro acesso na busca por cuidados[15]. A literatura ressalta ainda que o papel direto da AB na assistência aos casos moderados e graves é bastante restrito[13]. No entanto, uma AB articulada com os demais níveis da RAS, dispondo de recursos humanos qualificados e em número adequado pode contribuir no melhor gerenciamento das demandas relacionadas ao risco de infecção e complicações[15], especificamente quando no acompanhamento dos casos leves ou assintomáticos[13].

Mesmo que o Brasil apresente uma AB com problemas de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços, resultados positivos têm sido alcançados no que se refere à redução da morbidade e mortalidade por distintas condições de saúde[1]. E o mesmo pode ser verdadeiro em relação à COVID-19.

Apesar disso, alguns municípios com cobertura de AB maiores que os valores alcançados globalmente pelo Estado tiveram taxas de mortalidade e de letalidade maiores que os valores do Estado. E por outro lado, municípios com cobertura de AB menores que os valores alcançados globalmente pelo Estado tiveram mortalidade e letalidade menores ou iguais aos valores do Estado.

Essa condição pode estar relacionada para além de fatores de infraestrutura e organização da rede, como aspectos ambientais, climáticos e de perfil de saúde da população[16]. Isso, reforça a premissa que a AB deve repensar seu território de cuidado, a partir de suas características e dados epidemiológicos, para que então alcance melhores indicadores.

Por isso, há que se destacar que embora a cobertura da AB possa trazer melhores resultados na saúde da população em muitas condições sensíveis, individualmente ela não é suficiente na redução da mortalidade durante uma pandemia[17,18]. Ainda assim, por meio da AB e¤ possível a descentralização dos atendimentos, a busca ativa de novos casos, seguimento de casos confirmados e ações (promoção e prevenção) que podem fortalecer o controle local da expansão do SARS-CoV-2[19]. E tão breve, caracterizará como ambiente responsável por uma das ações mais complexas durante a pandemia, a realização da vacina contra o novo coronavírus, que pode determinar o controle da doença[20].

Até lá, é fundamental adotar estratégias que incentivem e ofereçam às equipes de AB condições humanas, laborais e técnico-científicas para exercerem a coordenação do cuidado[21]. E, acertadamente, recursos para manejar a COVID-19 e evitar novas vítimas[22].

Entre as limitações do estudo, tem-se o fato de o estudo ser descritivo sem associação estatística que pudesse evidenciar a relação causal. Outra limitação se refere à escassez de estudos dessa natureza em Santa Catarina, o que dificulta o maior aprofundamento da análise, especificamente durante a pandemia.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que taxas de mortalidade e letalidade iguais a zero foram encontradas em municípios que, em sua maioria, apresentavam cobertura de AB iguais a 100%. Os municípios com melhores coberturas de AB foram capazes de terem menores taxas de letalidade e mortalidade pela COVID-19.

Tais achados levam a compreensão de que a cobertura da AB pode influenciar nas repercussões da pandemia, uma vez que, quanto maior a cobertura da AB maior será a possibilidade de acolhimento e intervenção frente aos fatores de risco.

REFERÊNCIAS

1. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida ABC. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. Epidemiol Serv Saúde. 2020; 29(2):e2020166.

2. Alves MTG. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020; 15(42):2496.

3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 [acesso em 16 nov de 2020]. Disponível em: ttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

4. Mendonça FD, Rocha SS, Pinheiro DLP, Oliveira SV. Região Norte do Brasil e a pandemia de COVID-19: análise socioeconômica e epidemiológica. J Health NPEPS. 2020; 5(1):20-37.

5. Brasil. Painel Coronavirus [acesso em 16 nov de 2020]. Disponível em: https://covid.saude.gov.br/.

6. IBGE. Cidades [acesso em 16 nov de 2020]. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/.

7. E-GESTOR [acesso em 16 nov de 2020]. Disponível em: https https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml.

8. Santa Catarina (SES). Plano Diretor de Regionalização 2018 [acesso em 16 nov de 2020]. Disponível em: https://www.saude.sc.gov.br.

9. Borges TDP. Santa Catarina: o agravamento da pandemia e os desafios da descentralização no enfrentamento. Associação brasileira de Ciência Política; 2020 [acesso em 16 nov de 2020]. Disponível em: https://googleweblight.com/sp?u=https://cienciapolitica.org.br/analises/especial-abcp-4a-edicao-governos-estaduais-e-acoes/artigo/especial-abcp-acoes-santa-catarina-enfrentamento&grqid=jPxeCmFQ&hl=pt-BR

10. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, et al. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cad saúde pública. 2020; 36(6):e00104120.

11. Souza SS. Acesso e cobertura na Atenção Primária à Saúde: uma análise dos indicadores de tuberculose no Brasil. Rev Enferm Comunitaria. 2019; 15:e1395.

12. World Health Organization. Operational considerations for case management of COVID-19 in health facility and community: interim guidance [acesso em 16 nov de 2020]. Disponível em: http://www.euro.who.int/en/health-

top ics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/ technical-guidance/2020/operational-con siderations-for-case-management-of-covid- 19-in-health-facility-and-community-interim-guidance,-19-march-2020.

13. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. BJGP Open. 2020; 4(1):bjgpopen20X101041.

14. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA. 2020; 323(13):1239-1242.

15. Poças KC, Freitas LRS, Duarte EC. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. Epidemiol Serv Saúde. 2017; 26(2):275-284.

16. Joyce KE, Weaver SR, Lucas SJE. Geographic components of SARS-CoV-2 expansion: a hypothesis. J Appl Physiol. 2020; 129(2):257–262.

17. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020; 382:727-733.

18. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atença□o prima□ria no combate ao Covid-19: impacto na saúde pu□blica e perspectivas futuras. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020; 15(42):2455.

19. Farias LABG, Colares MP, Barretoti FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atença□o prima□ria no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2020; 15(42):2455.

20. Guimarães R. Vacinas Anticovid: um Olhar da Saúde Coletiva. Ciênc Saúde Colet. 2020; 25(9):3579-3585.

21. Daumas RP, Azevedo e Silva G,Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, Grabois V, Campos GWS. O Papel da Atenção Primária no Enfrentamento da COVID-19. Cad Saúde Pública. 2020; 36(6):e00104120.

22. Ventura-Silva JMA, Ribeiro OMPL, Santos MR, Faria ACA, Monteiro MAJ, Vandresen L. Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. J Health NPEPS. 2020; 5(1):e4626.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Souza SS.
- **Desenvolvimento:** Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM, Laurindo DLP.
- **Redação e revisão:** Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM, Laurindo DLP.

Como citar este artigo: Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM, Laurindo DLP. Influência da cobertura da Atenção Primária no enfrentamento da COVID-19. J Health NPEPS. 2021; 6(1):1-21.

Submissão (***Fast Track*** **COVID-19)**: 09/11/2020
Aceito (***Fast Track*** **COVID-19)**: 21/12/2020
Publicado (***Fast Track*** **COVID-19)**: 08/01/2021