



COVID-19 e atenção primária à saúde: reflexões sobre mudanças nos processos de trabalho em saúde e continuidade da assistência no Brasil e no Peru

COVID-19 and primary health care: reflections on changes in health work processes and continuity of care in Brazil and Peru

COVID-19 Y atención primaria de salud: reflexiones sobre cambios en los procesos de trabajo en salud y la continuidad de la atención en Brasil y Perú

Antônio Carlos de Souza Neto ¹ - <https://orcid.org/0000-0001-9131-8054>

Leonardo Carnut ² - <https://orcid.org/0000-0001-6415-6977>

Celso Zilbovicius ² - <https://orcid.org/0000-0002-0780-8120>

¹ Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

² Universidade de São Paulo (USP)

Autor correspondente: Antônio Carlos de Souza Neto. Endereço eletrônico: antonioneto87@alumni.usp.br. Avenida Engenheiro Heitor Antônio eiras Garcia, 149 – Casa 1, Jardim Esmeralda. CEP: 05588-000 - São Paulo – SP, Brasil

Recebido em: 10/03/2026 ----Aprovado em: 09/09/2026 ----Publicado em: 09/09/2026

RESUMO

A pandemia exigiu mudanças no fluxo da Atenção Primária em Saúde (APS), readequando atendimentos, utilizando telemedicina e priorizando casos respiratórios. Objetivou-se descrever mudanças nos processos de trabalho da APS do Brasil e Peru e as implicações para a continuidade da assistência, sem fins comparativos. Após a busca de materiais nas bases de dados, orientada por uma metodologia integrativa, trabalhou-se com as referências relacionadas ao tema. Houve reflexões sobre as mudanças nos processos de trabalho em saúde das APS e sobre a continuidade da assistência em saúde, com suas mudanças e desafios em ambos os países. Entende-se que a APS brasileira passou pela pandemia com limitações, devido à falta de coordenação em nível federal, ao negacionismo científico e às desigualdades regionais. No Peru, a pandemia fez com que o sistema nacional de saúde entrasse em colapso, denotando fragmentação e limitações, com redução e interrupção dos serviços essenciais de saúde, barreiras econômicas, sociais, e no estabelecimento da telemedicina. Considera-se que promover uma melhoria de investimento imediato nas APS peruana e brasileira, para que se possa promover o acesso da população mais dependente, com resolutividade e estruturação dos sistemas de saúde.

Palavras-Chave

COVID-19;
Atenção Primária à
Saúde;
Brasil;
Peru;
Continuidade da
Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

The pandemic necessitated changes in Primary Health Care (PHC) workflows, requiring the restructuring of care delivery, the use of telemedicine, and the prioritization of respiratory cases. This study aimed to describe changes in PHC work processes in Brazil and Peru and the implications for continuity of care, without making direct comparisons between the two. Following a search of databases guided by an integrative methodology, the relevant literature was analyzed. Reflections were made regarding changes in PHC work processes and the continuity of health care—including the associated changes and challenges—in both countries. It is understood that Brazilian PHC faced the pandemic amidst limitations caused by a lack of federal-level coordination, scientific denialism, and regional inequalities. In Peru, the pandemic caused the national health system to collapse, revealing fragmentation and limitations, including the reduction and interruption of essential health services, economic and social barriers, and obstacles to the implementation of telemedicine. It is concluded that immediate investment in Peruvian and Brazilian PHC is essential to improve access for the most dependent populations, enhance the systems' problem-solving capacity, and strengthen health system infrastructure.

RESUMEN

La pandemia obligó a modificar los flujos de trabajo en la Atención Primaria de Salud (APS), lo que exigió reestructurar la prestación de servicios, implementar la telemedicina y priorizar los casos respiratorios. Este estudio tuvo como objetivo describir los cambios en los procesos de trabajo de la APS en Brasil y Perú, así como sus repercusiones en la continuidad de la atención, sin establecer comparaciones directas entre ambos países. Tras realizar una búsqueda bibliográfica basada en una metodología integradora, se analizó la literatura pertinente. Se reflexionó sobre las modificaciones en los procesos de trabajo de la APS y la continuidad de la atención sanitaria — incluidos los cambios y desafíos asociados — en ambos países. Se constató que la APS en Brasil afrontó la pandemia en un contexto de limitaciones derivadas de la falta de coordinación a nivel federal, el negacionismo científico y las desigualdades regionales. En Perú, la pandemia provocó el colapso del sistema nacional de salud, evidenciando su fragmentación y limitaciones, tales como la reducción e interrupción de servicios de salud esenciales, la existencia de barreras económicas y sociales, y los obstáculos para implementar la telemedicina. Se concluye que resulta fundamental invertir de inmediato en la APS de Perú y Brasil para mejorar el acceso de las poblaciones más dependientes, aumentar la capacidad resolutoria de los sistemas y fortalecer la infraestructura sanitaria.

Keywords

COVID-19;
Primary Health Care;
Brazil;
Peru;
Continuity of Patient
Care.

Palabras Clave

COVID-19;
Atención Primaria de
Salud;
Brasil;
Perú;
Continuidad de la
Atención al Paciente.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Primária à Saúde (APS), entendido como cuidado essencial em saúde, baseada em tecnologias e métodos práticos¹, caracteriza-se como a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS)². No Brasil, esse cuidado tem 3 eixos: longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado³. Entende-se por longitudinalidade o cuidado em saúde ao longo do tempo; por integralidade o cuidado integral do paciente em todas as suas necessidades de saúde e por coordenação do cuidado o encaminhamento que a APS dá ao paciente desde o matriciamento ao encaminhamento para outros níveis de atenção em saúde². Caracteriza-se por ser poliárquico, respondendo equânime, sistematizado e continuamente à grande parte das necessidades de saúde.

No Brasil, a APS, ordenadora da saúde, une cuidado assistencial e oferta de serviços de prevenção e promoção à saúde, sanando demandas e melhorando a qualidade de vida. Seu principal instrumento são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que abrigam a Estratégia Saúde da Família (ESF). Encontra-se em

constante redefinição de metas e prioridades, pois realiza investigações epidemiológicas para estabelecer melhor assistência à saúde da população³.

No Peru, a APS é responsável por abordar e cuidar de uma gama de necessidades em saúde, com abordagem individual, sustentada no contexto familiar e comunitário. Para fortalecê-la, diversas medidas têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde peruano (MINSA), como o Plano Nacional de Fortalecimento do Primeiro Nível de Atenção e a Lei nº 30885. Apesar dos avanços, o país ainda enfrenta importantes desafios e lacunas que precisam ser superados⁴.

A APS peruana se caracteriza pela divisão entre setor público e privado. O setor público atende às forças armadas e policiais em hospitais próprios para estes trabalhadores, à população formalmente empregada (EsSalud - Seguro Social de Salud, seguro contributivo para trabalhadores formais, aposentados, servidores públicos e suas famílias, financiado através da contribuição de empregadores e trabalhadores⁵), bem como àquela que trabalha de maneira informal (SIS - Seguro Integral de Salud, seguro subsidiado pelo governo, através de impostos, para população pobre, vulnerável e não segurada. Anteriormente, abrangia gestantes e crianças, sendo expandido posteriormente⁵). Já o setor privado é representado pelos convênios de saúde privados (EPS - Entidades Prestadoras de Salud, seguros privados complementares de saúde de trabalhadores que optam por cobertura adicional privada, com pagamento direto do usuário ou empregador⁶) e pagamentos particulares por procedimentos⁷. Demograficamente, o Peru tem território e população bem menores que o Brasil, cerca de 34 milhões de habitantes e com diferenças regionais acentuadas, pois sua população está concentrada em centros urbanos, como a capital Lima, concentrando um terço da população nacional⁸.

A pandemia do novo coronavírus teve seu início em dezembro de 2019 na China como epidemia, mas atingiu status de pandemia em março de 2020¹, quando se expandiu para muitos países de maneira rápida. Na América Latina, até meados de agosto de 2020, Brasil, Peru, Chile, Equador e Colômbia tinham os piores indicadores para mortes por COVID-19. Brasil registrou seu primeiro caso em fevereiro de 2020 e Peru teve seu primeiro registro em março de 2020⁹.

Diante deste quadro, o presente artigo focará esses dois países por terem sido considerados os piores países latino-americanos em resposta à pandemia.

A resposta brasileira à pandemia não teve objetivo inicial claro, devido a minimização da gravidade e efeitos da doença pelo ex-presidente Jair Bolsonaro (2018-2022), falta de articulação do Ministério da Saúde (MS) em nível nacional, responsabilizando estados e municípios por ações de diminuição e mitigação da

doença⁹. No Peru, apesar de um *lockdown* rígido e precoce, houve rápido aumento do número de doentes e mortos por COVID-19, pois o sistema de saúde peruano colapsou pelo trabalho no seu limite de capacidade, com pouco investimento em testagem e falta de liderança de autoridades do setor saúde¹⁰.

O governo federal brasileiro adotou na pandemia (2020-2022) medidas leves de contenção do contágio e mitigação da doença, tentou ocultar dados totais sobre adoecimento e morte por COVID-19, enquanto países latino-americanos declaravam estado de emergência e fechavam fronteiras internacionais. Sendo o último país latino-americano a declarar tal estado, o Brasil fechou fronteiras tardiamente e estabeleceu medidas ineficazes de controle nos aeroportos com maior movimento internacional do país⁹.

No Peru, alguns erros foram cruciais para o aprofundamento da crise sanitária: a) a utilização de tratamentos baseados em opiniões de especialistas e estórias espalhadas pela mídia peruana¹⁰; b) a falta de atitudes na contenção da chegada do vírus no país, sem o fechamento inicial das fronteiras ou do aeroporto internacional Jorge Chavez¹¹; c) a incapacidade de setores da população não compreender termos relacionados a COVID-19 (portador assintomático, vírus, contágio), resultando na manutenção do domínio das igrejas cristãs evangélicas pressionando o poder público para a abertura das igrejas, aglomerando muitas pessoas¹².

Tendo uma economia baseada na informalidade, com uma população que vivia em desigualdade econômica e social, um sistema de saúde fragilizado por falta de investimentos, o Peru não soube lidar com as repercussões da pandemia em vários âmbitos, o que levou ao rompimento da quarentena por várias pessoas. O país contava com precária estrutura hospitalar e falta de leitos em Unidades de Tratamento Intensivo (UTI) para casos mais graves da COVID-19, com concentração dos leitos disponíveis apenas na capital Lima^{11,12}.

No Brasil, a pandemia de COVID-19 exigiu mudanças significativas no fluxo da APS, readequando atendimentos, utilizando-se da telemedicina e priorizando casos respiratórios^{13,14,15}. Também se mostrou essencial no combate à pandemia, oferecendo suporte à parcelas vulneráveis da população e diminuindo a sobrecarga em outros níveis de atenção^{15,16,17} ainda que a sobrecarga das equipes de saúde fosse um desafio persistente ao longo da pandemia^{13,16}.

No Peru, tendo uma APS com dificuldades estruturais, de recursos humanos e de gerenciamento dos serviços prestados, houve a redução dos atendimentos presenciais⁷, o aumento do uso da telemedicina^{18,19,20}, restando o desafio de manter o acesso a serviços essenciais para a assistência a doentes

crônicos e populações vulneráveis^{7, 18, 21}.

Problematizar o contexto pandêmico e pensar nos casos brasileiro e peruano de enfrentamento permitem entender as mudanças nos fluxos de trabalho em saúde e a continuidade da assistência da APS para dimensionar problemas que os sistemas nacionais de saúde enfrentaram, revelando consequências dessas mudanças, como os impactos sociais e econômicos (distanciamento social, restrição de circulação de pessoas, fechamento de serviços não-essenciais)^{11,12,22,23}; e os impactos na saúde, afetando usuários e trabalhadores da assistência em saúde^{24,25,26}.

A partir do panorama exposto, o presente estudo objetiva a partir da descrição das mudanças nos processos de trabalho da APS, analisar as implicações para a continuidade da assistência em saúde, estabelecendo comparações entre o contexto da pandemia no Brasil e no Peru.

MÉTODO

Este artigo orientou-se por uma metodologia de revisão integrativa²⁷, uma vez que era necessário responder às questões oriundas da vivência durante a crise sanitária da covid. Para um dos autores, saltou aos olhos as mudanças no atendimento em saúde e na continuidade desses atendimentos, percebidas no exercício de sua profissão. Assim, chegou-se a um projeto de pesquisa qualitativa. Numa revisão de literatura, buscaram-se materiais em bases de dados científicas relacionadas à saúde. As buscas se deram nas seguintes plataformas: Scielo (34 artigos, sendo selecionados 16), Scopus (31 artigos, sendo selecionados 17), PubMed (42 artigos, sendo selecionados 24), Lilacs (48 artigos, sendo selecionados 21), Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico - REDIB (56 artigos, sendo selecionados 19) e Latindex (39 artigos, sendo selecionados 28). Os descritores, combinados pelo operador booleano AND foram: “COVID-19, Atenção Primária à Saúde, Brasil, Peru, Continuidade do Cuidado”. Nesta pesquisa foram encontrados 250 artigos, sendo a maioria deles publicados em mais de uma base de dados. Descartados os repetidos, restaram cerca de 125 artigos originais cujos títulos e resumos foram lidos atentamente para proceder à seleção. O critério de inclusão foi exigir que a abordagem do texto tratasse das mudanças nos processos de trabalho na atenção primária no contexto da pandemia, excluindo-se todos os outros artigos que não atendiam a essa abordagem. Aplicado esse critério, restaram 15 artigos que atendiam ao tema. A elegibilidade deles se deu exclusivamente pela abordagem da COVID-19 no Brasil e no Peru.

Essa delimitação geográfica da pesquisa se deve ao fato de esses dois países terem sido os piores no enfrentamento à crise sanitária, o que levou a pesquisa a direcionar o questionamento aos conflitos e às mudanças nessas duas realidades.

Tendo em vista que esses 15 artigos não eram suficientes para a revisão, uma vez que eles não deram conta de contemplar os dois temas norteadores. Então, buscaram-se mais artigos via Google Acadêmico. Embora essa plataforma inclua na sua busca outras bases não tão confiáveis, ela permite que se tenha acesso a artigos das bases de dados anteriormente citadas que não aparecem nas buscas iniciais. Esse levantamento trouxe cerca de 44 mil artigos. Todos os artigos descartados não estavam indexados nas bases de dados citadas anteriormente, todas elas confiáveis para pesquisa em saúde. Dos 44 mil artigos, sobraram 10 mil, cujos títulos foram lidos atentamente, tendo sido descartados cerca de 9 mil, respeitando-se o critério “mudanças nos processos de trabalho”. Num segundo momento, procedeu-se à leitura dos resumos e das palavras-chave, chegando-se a 20 que se somaram aos 15 anteriores, totalizando 35 artigos. Esses 35 artigos selecionados foram lidos em sua integralidade a fim de avaliar os estudos, resultando na redação deste artigo. Foram privilegiados, além de artigos científicos e de revisão de literatura, manuais ou materiais de instituições governamentais ou autarquias ligadas a associações de classe, como conselhos médicos. A seleção do material se deu entre janeiro e agosto de 2025.

O período de publicação ficou determinado entre 2020 e 2025, anos que marcam o início da pandemia e o da realização desta revisão quando a pandemia ficou mais controlada e solidificou aspectos da APS, o que permitiu encontrar artigos que já abordassem as implicações da COVID-19 com a ampliação das análises durante e após a pandemia.

Esse estudo permitiu descrever duas realidades distintas referentes à pandemia de covid no Peru e no Brasil. Descritas essas realidades, os autores se depararam com a necessidade de problematizar a realidade, identificando problemas referentes ao modo como a crise foi mudando os processos de trabalho em saúde e a continuidade em assistência. Para esse percurso cujo ponto de chegada é uma análise crítica, os autores se basearam em um método crítico e a um raciocínio ético.

Por se tratar de uma revisão de literatura, não houve a necessidade de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa, por utilizar dados secundários advindos dos artigos selecionados. Este manuscrito foi elaborado de forma independente e não há conflitos de interesses a serem declarados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: PANDEMIA COMO MARCO TEMPORAL, INDICANDO UM COMPROMETIMENTO NA MANUTENÇÃO DOS ATENDIMENTOS

CASO BRASILEIRO

Os sistemas nacionais de saúde brasileiro e peruano precisaram adaptar-se para responder às demandas da pandemia, modificando processos de trabalho dentro da APS. Houve a necessidade de rápida adaptação no fluxo da assistência à saúde, para evitar sobrecarga e aglomeração. No Brasil, ações rotineiras de promoção da saúde e prevenção de doenças foram suspensas, priorizando-se casos respiratórios, ampliando-se o teleatendimento e reduziram-se consultas presenciais^{15,16,17}, estabelecendo-se fluxo específico para casos sintomáticos de COVID-19, com monitoramento e averiguação de sintomas respiratórios e temperatura corporal em ambientes externos às UBS¹⁶.

Mesmo não havendo informações e protocolos de atendimento e biossegurança consolidados para atendimento de casos sintomáticos, assintomáticos e não contaminados, a prioridade de assistência foi dada aos casos com sintomatologia respiratória, a despeito da condução da doença e falta de equipamentos de proteção individual¹³. Essa prioridade do atendimento, sem a existência de protocolos e de biossegurança, vão apontar o despreparo das políticas públicas de saúde para lidar com a crise sanitária, bem como vão apontar para uma postura que, futuramente, serão caracterizadas como negacionistas.

O lugar mais seguro para o usuário de saúde durante uma crise sanitária é a aproximação do sistema de saúde, que ficaria encarregado de fornecer informações, de explicar protocolos, de expor os elementos relacionados à biossegurança. No entanto, o efeito mais perceptível, quando comparados o período de fevereiro a dezembro de 2020 e os mesmos meses em 2019, foi uma acentuada redução nos atendimentos, pois houve deslocamento de profissionais da saúde para frente de combate à pandemia, somado ao medo da infecção, causando queda na busca dos usuários pelos serviços de saúde¹⁷.

Após algum tempo de pandemia, percebeu-se a necessidade de expansão da assistência dos serviços de saúde, resultando na ampliação da utilização de serviços de teleatendimento e telemedicina, o que possibilitou a retomada e continuidade dos atendimentos eletivos. O TelessaúdeRS teve muitas teleconsultorias sobre a COVID-19, sendo utilizado majoritariamente por médicas com maior média de idade, aumento na busca do serviço por enfermeiras e enfermeiros, com maioria das teleconsultorias originárias do Sudeste brasileiro e com expansão para outros níveis de assistência, ainda que o nicho de trabalho seja na APS¹⁵. Para dar continuidade na assistência de gestantes, crianças menores de 5 anos de

idade e doentes crônicos, a utilização de chamadas telefônicas, videochamadas e aplicativos para acompanhamento individual e coletivo mostraram-se importantes para adoção de novas formas de cuidado¹⁴. Entretanto, esse esforço não foi suficiente para garantir o atendimento em saúde. Esse modelo tem suas limitações, porque há atendimentos que obrigatoriamente precisam ser feitos de forma presencial, como atendimento dentário ou pré-natal, mostrando a incapacidade do sistema em contemplar as necessidades em saúde durante uma crise sanitária.

Somente após longo período sem assistência, após alguns meses de restrições nos atendimentos realizados nas UBS brasileiras, as Equipes de Saúde (ES) receberam demandas rotineiras da população (cuidado de hipertensos e diabéticos, por exemplo) por se tornarem agudas. Instituídas de maneira vertical, as normativas para a assistência ao longo da pandemia deixaram pouco espaço para autonomia dos profissionais, geraram afastamento dos profissionais considerados grupo de risco (maiores de 60 anos de idade, com comorbidades sistêmicas) não os repondo, causando a sobrecarga de trabalho nas ES^{13,16}. O resultado desse descompasso gerou insatisfação, descrédito e abriu mais espaço para os negacionistas.

CASO PERUANO

A redução do número de consultas presenciais foi algo esperado com as restrições aos cuidados eletivos, além da redução do uso de serviços de prevenção de doenças²⁸. No Peru, atendimentos presenciais diminuíram enquanto teleatendimentos aumentaram, atingindo diretamente populações consideradas empobrecidas, principalmente em relação ao cuidado de doenças crônicas^{7,18,21}. Essa mudança nos processos de trabalho não foi suficiente para garantir plenamente a continuidade dos cuidados de saúde.

Entre março e dezembro de 2020, mais de 26 milhões de peruanos não receberam assistência, revelando interrupção significativa na assistência em saúde como consequências negativas da falta de acesso aos serviços de saúde⁷. Serviços de saúde materno-infantil também diminuíram drasticamente a assistência em 2020, como consequência das restrições para diminuição do contágio por COVID-19. Das três regiões do país (Amazônica, Costa e Cerros), a mais afetada foi a Amazônica²¹.

Documentos oficiais publicados em 2005 e 2009 aprovam e regulamentam a telemedicina no Peru. O mais recente guia as opções de utilização do teleatendimento: tele prevenção, telediagnóstico, telemonitoramento, teleconsultas, tele emergências, e tele vigilância epidemiológica em especialidades médicas¹⁹. Antes da pandemia, esses serviços de teleatendimento e telemedicina eram praticamente inexistentes, mas passaram a ser opção viável na assistência remota de doentes crônicos e de questões de

saúde mental. Houve a diminuição da busca por serviços hospitalares, da sobrecarga das ES e do tempo de espera por atendimento e houve o aumento do acesso de usuários de áreas remotas¹⁸.

Apesar desses esforços, havia limitações para sua utilização, como falta de conexão via internet nos Centros de Saúde (CS) peruanos, falta de acesso à tecnologia adequada para ligações de voz e vídeo, rede muitas vezes limitada em zonas rurais, impactando diretamente os atendimentos prestados¹⁸, bem como revelando que as maiores vítimas eram aquelas que menos recursos dispunham ou que mais distantes estavam dos grandes centros. A consequência dessas limitações foram significativas interrupções em serviços essenciais de saúde, como vacinação infantil, pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, tendo queda de até 50% em alguns indicadores. De todo o país andino, os departamentos mais afetados foram Tacna, Tumbes, Lima e Loreto, com redução de visitas pré-natais, puerperais e partos institucionalizados²¹.

A CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE: MUDANÇAS E DESAFIOS

CASO BRASILEIRO

No caso brasileiro, a APS enfrentou desafios estruturais, políticos e operacionais, devido à falta de coordenação em nível federal, ao negacionismo científico e desigualdades regionais^{29,30,31}, estando todos esses elementos relacionados entre si. O sistema de saúde estava enfraquecido pelas decisões políticas do então presidente Jair Bolsonaro (2019-2022)³² e limitado pelo corte orçamentário do presidente anterior, Michel Temer (2016-2018)³³. Assim, o país falhou na implementação de um plano nacional de resposta para controlar e prevenir a transmissão do novo coronavírus, tornando-se um dos epicentros de COVID-19.

Outro fator importante foi a existência de quatro ministros ao longo da pandemia, demonstrando o desalinhamento entre Jair Bolsonaro e os ministros da pasta da saúde³¹. O médico Luiz Henrique Mandetta atuou como ministro de 1º de janeiro de 2019 a 16 de abril de 2020, sendo demitido por seguir as recomendações da OMS. Nelson Teich, também médico, atuou de 16 de abril de 2020 a 15 de maio de 2020. Eduardo Pazuello, general da ativa do Exército, permaneceu no cargo de ministro da saúde de 15 de maio de 2020 a 15 de março de 2021, seguindo a mesma tratativa do ex-presidente Jair Bolsonaro, com recomendação de tratamento precoce com o uso de hidroxicloroquina. Demorou na negociação com laboratórios responsáveis pelas vacinas contra COVID-19. Por fim, o médico Marcelo Queiroga esteve no comando do MS entre 23 de março de 2021 e 31 de dezembro de 2022, defendia o isolamento social e era contra o tratamento precoce para a COVID-19, não pautando seus discursos nestes aspectos, mas no que o

ex-presidente Jair Bolsonaro determinava³⁴.

Para Rocha-Filho et al (2022), o negacionismo foi o maior problema para a mitigação da pandemia no Brasil: negar a eficácia das máscaras, das vacinas, a importância do distanciamento social e propor o tratamento preventivo sem evidência científica compõem a ideologia do negacionismo à COVID-19. As grandes consequências foram o aumento de exposição, do contágio e número de mortos²².

Matos et al (2020) já traziam uma preocupação com as taxas de imunização em geral ao redor do mundo, não apenas devido à hesitação vacinal, mas também devido à diminuição da produção de imunobiológicos para a vacinação. De fato, a vacinação ficou comprometida desde 2018, com o retorno de casos do sarampo, erradicado do Brasil dois anos antes. Além disso, associa-se como consequências o desencorajamento à vacinação com a veiculação de notícias falsas e a desconfiança nas vacinas disponíveis³⁵.

Outro fator que comprometeu a continuidade da assistência está associado às desigualdades regionais que foram consideradas fatores de influência sobre as mudanças, bem como eram também influenciadas por essas mudanças. O financiamento evidenciou essas desigualdades, com o aumento, em 2020, de 5% no aporte financeiro do MS aos estados em comparação ao repasse de fundos dos estados aos municípios, com exceção do Acre e Amapá, em que os municípios receberam menos repasse federal que os estados²⁹.

Disparidades também foram evidenciadas nos gastos de cada esfera governamental. Os governos de Roraima, Sergipe, Minas Gerais e Espírito Santo gastaram menos no setor saúde quando comparados com gastos de 2019. Com exceção de municípios dos estados do Rio de Janeiro e Paraná, os municípios brasileiros aumentaram seus gastos com saúde²⁹.

CASO PERUANO

Para a realidade peruana, destacam-se como desafios a fragmentação e as limitações do sistema de saúde, a redução e a interrupção de serviços essenciais, os próprios desafios estruturais e socioeconômicos para implementação da telemedicina pelo país, bem como as barreiras sociais e econômicas. O sistema de saúde fragmentado e segmentado constrangeu severamente a capacidade do estado de dar assistência em saúde de boa qualidade aos cidadãos peruanos, afetando diferentes componentes do sistema nacional de saúde, gerando dinâmicas entre atores de diferentes níveis, com implicações nas provisões de cuidado em saúde³⁶.

Como parte da fragmentação do sistema de saúde peruano, os serviços de assistência em saúde

pública tiveram uma lacuna aberta durante a pandemia, pois de março de 2020 a dezembro de 2022, mais de 26 milhões de cidadãos não tiveram assistência em saúde, mostrando uma significativa interrupção na assistência e evidenciando as consequências negativas da falta de acesso aos serviços de assistência à saúde⁷.

No cuidado de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1, Zafra-Tanaka et al (2021) trouxeram que, em 16 março de 2020, a assistência de serviços públicos e privados foram cancelados, com suspensão de visitas clínicas, exames laboratoriais e farmácias públicas, tanto pela falta de recursos humanos como pela diminuição de oferta de serviços de atenção primária ou ainda pela não oferta desses serviços. Com isso, pacientes diabéticos ficaram sem acesso a consultas ou sem ter onde recolher sua medicação e insulina²⁰, mostrando que preparar-se para as crises sanitárias é importante para garantir a continuidade da assistência em saúde.

Outro desafio estava na implementação da telemedicina, pois houve diferentes limitações: a) falta de familiaridade dos profissionais de saúde e pacientes com tecnologias da informação para a saúde; b) possível percepção dos pacientes de que a telemedicina é de menor qualidade de assistência; c) impossibilidade de leitura de expressões corporais; d) falta de contato físico; e) desafios técnicos (sinal de internet, compatibilidade do dispositivo para videochamadas, boa recepção e transmissão de áudio) e f) maior reincidência de problemas clínicos. Esse quadro¹⁹ mostra as fragilidades do teleatendimento, revelando a importância de se incorporar tecnologias, mas também saber manter atendimento presencial.

Países com renda média ou baixa tiveram diminuição no acesso e procura dos serviços de saúde devido à falta de equipamento adequado, falta de protocolos para enfrentamentos da crise sanitária e de recursos, afetando a população mais vulnerável, de baixa renda e dependente do sistema público. Nesse grupo se inclui o sistema de saúde do país andino⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu, diante das questões enfrentadas pelos dois sistemas nacionais de saúde durante a crise sanitária, problematizar o contexto das mudanças nos processos de trabalho e da continuidade do cuidado e evidenciou a necessidade de treinamento e atualização das ES para outros episódios de crise sanitária, visto que a OMS prevê outras crises, cujo enfrentamento deve ser feito a partir dos aprendizados advindos desta pandemia. Brasil e Peru foram considerados os piores países da América Latina no enfrentamento à pandemia, com os piores indicadores de contaminação e morte por COVID-19, sendo Peru

considerado o pior país do mundo neste enfrentamento, mostrando o colapso do seu sistema nacional de saúde frágil e sem ações efetivas de saúde para a população em nível de APS, havendo a necessidade de fortalecimento, investimento e melhoria imediata na APS, pois o sistema trabalhou no seu limite de capacidade, mantendo-se fragmentado e segmentado, retornando ao padrão de atendimento anterior à pandemia.

Também ficou claro que o SUS, mesmo desfinanciado, pôde realizar ações de mitigação e superação da pandemia de COVID-19, sendo a população mais afetada aquela menos favorecida socioeconomicamente, a parcela da população SUS-dependente. Assim, mesmo com a APS enfraquecida, ainda pôde ser notada uma resposta mínima no Brasil.

Pode-se, portanto, concluir que a APS tem um papel fundamental e, por isso, merece receber das políticas públicas em saúde um aporte jurídico e financeiro, digno de sua importância. Ela necessita de um sólido financiamento e fortalecimento, visando sempre as populações mais carentes, a fim de adaptar qualquer sistema de saúde a eventuais crises sanitárias.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia [Internet]. Washington, D.C.: OPAS/OMS; 11 mar 2020; [Acesso em 19 de jul 2025]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-Covid-19-pandemic>.
2. Ministério da Saúde (BR). Atenção Primária [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [ano desconhecido] [citado 4 de dez. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017; [Acesso em 19 de jul. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf/view>.
4. Becerra-Canales B. Evaluación de la atención primaria durante la pandemia por COVID-19, en una región del Perú. *Enferm Glob* [Internet]. 2023;(69):283–295. [Acesso em 10 de dez. 2025]. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000100010. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.521201>
5. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2011 [Acesso em 10 de dez. 2025];53(supl 2):S243–S254. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es.
6. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougenot B, Murillo J, Villegas-Ortega J, et al. Health insurance coverage: the Peruvian case since the universal insurance act. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019;36(2):196–206. [Acesso em 27 de ago. 2025]. Disponível em:

Revista Portal – Saúde e Sociedade

- https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31460630/. DOI: 10.17843/rpmesp.2019.362.3998.
7. Villarreal-Zegarra D, Bellido-Boza L, Erazo A, Pariona-Cárdenas M, Valdivia-Miranda P. Impact of the COVID-19 pandemic on the services provided by the Peruvian health system: an analysis of people with chronic diseases. *Sci Rep* [Internet]. 2024;14(1):3664. [Acesso em 27 de ago. 2025]. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41598-024-54275-7>. DOI: 10.1038/s41598-024-54275-7.
8. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). *Salud en las Américas: Perfil de País – Perú*. HIA [Internet]. 2023. [Acesso em 15 de maio de 2024]. Disponível em: <https://hia.paho.org/es/paises-2022/perfil-peru>.
9. Benítez MA, Velasco C, Sequeira AR, Henríquez J, Menezes FM, Paolucci F. Responses to COVID-19 in five Latin American countries. *Health Policy Technol* [Internet]. 2020;9(4):525–559. [Acesso em 27 de ago. 2025]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7451099/pdf/main.pdf>. DOI: 10.1016/j.hlpt.2020.08.014.
10. Schwalb A, Seas C. The COVID-19 pandemic in Peru: what went wrong? *Am J Trop Med Hyg* [Internet]. 2021;104(4):1176–1178. [Acesso em 27 de ago. 2025]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33591940/>. DOI: 10.4269/ajtmh.20-1323.
11. Lossio J. COVID-19 en el Perú: respuestas estatales y sociales. *Hist Cienc Saude Manguinhos* [Internet]. 2021;28(2):581-585. [Acesso em 10 de jul. 2026]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/Jm4F4MvZ6DHyT5jKvvdLShy/?format=pdf&lang=es>. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021005000001>.
12. RIVERA, P. B. Religión y COVID-19 en el Perú del Bicentenario. *Laicidad de colaboración y reacciones evangélicas a la pandemia*. *Estudos de Religião, São Paulo*, v. 34, n. 2, p. 431-462, 2020. [Acesso em 2 de agosto 2025]. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/40e3/697e0d0f2d5356106d1356924091a9bae572.pdf>.
13. Campos AR, Campos GWS, Gutiérrez AC, Costa OS, Anéas TV, Rosa-Cómitre ACD, Nahoum JA. Investigação sobre atenção primária durante a pandemia em territórios vulneráveis de Campinas, São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 12, p. 3461–3470, [periódico na Internet], dez. 2023; [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mVtXh8JcP8WtXHvJST3HWgD/abstract/?lang=pt>. DOI: 10.1590/1413-812320232812.07772023EN.
14. Silva G, Orçay AAS, Lima ALA, Santos MF, Silva TS, Dias FK, Rodrigues C. COVID-19 pandemic in the context of primary health care in Brazil: a narrative review. *International Journal of Health Science*, [periódico na Internet], 2022; [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/artigo-revista/covid-19-pandemic-in-the-context-of-primary-health-care-in-brazil-a-narrative-review>. DOI: 10.22533/at.ed.1592252225058.
15. Silva R, Schmtiz CAA, Harzheim E, Molina-Bastos CG, Oliveira EB, Roman R, Umpierre RN, Gonçalves M. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: Uma Experiência Brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 6, p. 2149-2157, [periódico na Internet], 2021 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GZ4MV5Ffzn9m96Bj7zxc7Nh/?lang=pt>. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>.
16. Rosa-Cómitre ACD, Campos AR, Silva FG, Jandoso B, Rodrigues CRC, Campos GWS. Processo de descaracterização da Atenção Primária à Saúde durante a Pandemia no SUS, Campinas-SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 28, n. 12, p. 3553–3562, [periódico na Internet], dez. 2023 [Acesso em 3 de jul. 2024]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6zDkhSJM9jNm44RMG8hNhCj/>. DOI: 10.1590/1413-812320232812.06342023.

17. Chisini LA, de Castilhos ED, Costa FDS, D'Avila OP, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Rev Bras Epidemiol*. [periódico na Internet], 2021 ;24:e210013. [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XFbBvgSPLDWSD98vpcS3TRQ/?lang=en>. DOI:10.1590/1980-549720210013.
18. Villarreal-Zegarra D, García-Serna J, Segovia-Bacilio P, Mayo-Puchoc N, Navarro-Flores A, Huarcaya-Victoria J. In-Person and Teleconsultation Services at a National Hospital in Peru: Time Series Analysis of General and Psychiatric Care Amid the COVID-19 Pandemic. *JMIR Mental Health*, v. 11, art. e53980, [periódico na Internet], 8 jul. 2024. [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11263901/>. DOI: 10.2196/53980.
19. Alvarez-Risco A, Del-Aguila-Arcentales S, Yáñez JA. Telemedicine in Peru as a result of the COVID-19 pandemic: perspective from a country with limited internet access. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, v. 105, n. 1, p. 6-11, [periódico na Internet], 2021 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.ajtmh.org/view/journals/tpmd/105/1/article-p6.xml>. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0255>.
20. Zafra-Tanaka J, Najarro L, Tenorio-Mucha J, Lazo-Porras M, Bartra D, Bazán G, Anteparra M, Bonilla U, Motta V, Beran D. COVID-19's impact on type 1 diabetes management: a mixed-methods study exploring the Peruvian experience. *The International Journal of Health Planning and Management*, [periódico na Internet], 2022 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.3536>. DOI: 10.1002/hpm.3536.
21. Huicho L, Huayanay-Espinoza CA, Valladares R, Oviedo-Rios AG, Ruiz-Lpopez SS, Akseer N, Maíga A, Matijasevich A, Amouzou A. Impact of COVID-19 on the utilisation of maternal and child health services in Peru at national and subnational levels: an interrupted time series analysis. *Journal of Global Health*, v. 14, art. 05039, [periódico na Internet], dez. 2024 [citado em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39703982/>. DOI: 10.7189/jogh.14.05039.
22. Rocha-Filho TM, Lucio ML, Scorza FA, Moret MA. COVID-19 denialism in Brazil: a multifactor study. *medRxiv*, [periódico na Internet], 2022 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. DOI: 10.48550/arXiv.2210.10840. Disponível em: <https://arxiv.org/abs/2210.10840>
23. Cabral ERM, Bonfada D, Melo MC, Cesar ID, Oliveira REM, Bastos TF, et al. Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. *InterAmerican J Med Health*. [periódico na Internet], 2020 [Acesso em 27 de agosto de 2025];3:1-12. DOI:10.31005/iajmh.v3i0.87. Disponível em: <https://iajmh.emnuvens.com.br/iajmh/article/view/87>.
24. Guimarães-Teixeira E, Machado AV, Lopes Neto D, Costa LS, Garrido PHS, Aguiar Filho W, Soares RS, Santos BR, Cruz EA, Contrera MA, Delgado PGG. Comorbidades e saúde mental dos trabalhadores da saúde no Brasil. O impacto da pandemia da COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, 2023. [Acesso em 26 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10192023>.
25. Baca AMC, Pacheco AEV. La Pandemia del COVID-19 y su repercusión en la salud pública en Perú. *Acta Médica de Perú*, v. 38, n. 8, p. 161-162, 2021. [Acesso 25 jul.2025]. Disponível em: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172021000300161. DOI: 10.35663/amp.2021.383.2227.
26. Oliveira BVS, Alencar Neta RL, Nascimento IMG, Oliveira GS, Medeiros RLSFM, Feitosa ANA. Impacto da pandemia do COVID-19 sob o cuidado na atenção primária à saúde: percepção de enfermeiros. *Saúde Coletiva*, Barueri, v. 11, n. COVID, p. 7057-7072, 2021. [Citado em 26 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/>

- 1550.
27. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto - enferm* [Internet]. 2008 Oct;17(4):758–64. [Acesso em 19 jul. 2025]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
28. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The COVID-19 pandemic and the future of telemedicine. Paris: OECD Publishing; 2023 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: https://www.oecd.org/en/publications/the-covid-19-pandemic-and-the-future-of-telemedicine_ac8b0a27-en.html.
29. Bigoni A, Malik A, Tasca R, Carrera M, Schiesari L, Gambardella D, Massuda A. Brazil's health system functionality amidst of the COVID-19 pandemic: an analysis of resilience. *Lancet Regional Health – Americas*, v. 10, e100222, [periódico na Internet], 2022 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00039-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00039-4/fulltext). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100222>.
30. Silva S, Pena AL. Collapse of the public health system and the emergence of new variants during the second wave of the COVID-19 pandemic in Brazil. *One Health*, v. 13, e100287, [periódico na Internet], 2021 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235277142100077X?via%3Dihub>. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100287>.
31. Cotrin P, Moura W, Gambardella-Tkacz C, Pelloso F, Santos L, Carvalho M, Pelloso S, Freitas K. Healthcare workers in Brazil during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional online survey. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, v. 57, [periódico na Internet], 2020 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33034257/>. DOI: <<https://doi.org/10.1177/0046958020963711>>.
32. Cameron MA, Hurtado V, Sosa Villagarcia P, Gombata M. A tale of two crashes: pandemic politics in Brazil and Peru. *Journal of Democracy*, v. 33, n. 4, p. 44–58, [periódico na Internet], Oct. 2022 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10265254/>. DOI: 10.1353/jod.2022.0040. ISSN 1086-3214.
33. Nunes DH, Abílio AG. O impacto da Emenda Complementar 95/2016 nas políticas públicas de educação e de saúde. *Anais do I Congresso Internacional da Rede Ibero-Americana de Pesquisa em Seguridade Social*, n. 1, p. 240–253, out. 2019. [Acesso em 1 de ago. 2025]. Disponível em: <https://revistas.unaerp.br/rede/article/view/1564>.
34. Motta, A. Mandetta, Teich, Pazuello e Queiroga: os 4 ministros da Saúde da pandemia. UOL, 15 mar. 2021. [periódico na Internet]. Atualizada em: 16 mar. 2021 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/15/mandetta-teich-pazuello-e-queiroga-os-4-ministros-da-saude-da-pandemia.htm>.
35. Matos CCSA, Barbieri CLA, Couto MT. Covid-19 and its impact on immunization programs: reflections from Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, n. 114, p. 1-6, 2020. [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/gGYQtGczJsHRQ6pPL4phGPS/?lang=en> DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054003042.
36. Gianella C, Gideon J, Romero M. What does COVID-19 tell us about the Peruvian health system? *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement*, v. 42, p. 55-67, [periódico na Internet], 2020 [Acesso em 27 de agosto de 2025]. Disponível em: https://www.cmi.no/publications/7419-what-does-covid-19-tell-us-about-the-peruvian-health-system_ <https://doi.org/10.1080/02255189.2020.1843009>.

Como citar	SOUZA NETO, A. C. D., CARNUT, L., & ZILBOVICIUS, C. (2026). COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:: REFLEXÕES SOBRE MUDANÇAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE E CONTINUIDADE DA ASSISTÊNCIA NO BRASIL E NO PERU. <i>Revista Portal: Saúde E Sociedade</i> , 13(unico). https://doi.org/10.28998/rpss.v13iunico.20744
	Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado
Conflito de interesses	Sem conflito de interesse
Financiamento	Sem apoio financeiro
Contribuições dos autores	Contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do trabalho: ACSN, LC, CZ. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: ACSN. Elaboração do rascunho do trabalho: ACSN, LC, CZ. Revisão crítica para conteúdo intelectual importante: ACSN, LC, CZ. Aprovação final da versão a ser publicada: ACSN, LC, CZ
	Concordância em prestar contas de todos os aspectos do trabalho: ACSN, LC, CZ