

O APOIO INSTITUCIONAL NO MONITORAMENTO DE CASOS DE COVID-19 DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMAÇARI

Daniele Machado Pereira Rocha
Deisiane dos Santos Silva
Agostinho José Passos Borges
Fundação Estatal Saúde da Família (FESF)

RESUMO

Introdução: O município de Camaçari decretou em 20 de Março de 2020, situação de emergência, após confirmação do primeiro caso de Coronavírus, reorganizando o processo de trabalho das Unidades de Saúde. Com isso, o Apoio Institucional elaborou uma ferramenta que proporciona o monitoramento da evolução dos casos de uma Unidade de Saúde da Família. **Objetivo:** Descrever o processo de monitoramento para identificação do número de atendimentos, casos confirmados e óbitos por COVID-19 realizado pelo AI em uma USF do município de Camaçari/BA. **Metodologia:** Trata-se de um artigo com abordagem quantitativa, utilizando dados primários, como os formulários *Fast-Track* e ficha de notificação, bem como, dados secundários, extraídos dos boletins epidemiológicos do município. **Resultados e discussão:** Com os dados coletados percebemos que até o mês de julho foram 221 casos confirmados de Covid-19 da USF PHOC III, deste observou-se a ocorrência de 01 óbito de usuário com comorbidades e 06 óbitos suspeitos. A maioria dos casos correspondia ao sexo feminino e faixa etária de 20 a 29 anos, destoando dos dados relacionados à totalidade no município, porém corroborando com estudos sobre perfil de casos do Novo Coronavírus em outras localidades. **Conclusão:** O monitoramento tem auxiliado na tomada de decisão, sobretudo na quantidade de profissionais que a USF necessita para um atendimento qualificado. Existem fragilidades e desafios que precisam de um olhar mais cuidadoso, entretanto um monitoramento qualificado, a resiliência dos profissionais atuantes, o trabalho multiprofissional, o conhecimento do território e, sobretudo, a implicação no processo de trabalho contribuem para o enfrentamento da pandemia.

Palavras-chave: Coronavírus; Monitoramento; Vigilância em Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional causada pelo novo Coronavírus (COVID-19), anteriormente denominado 2019-nCoV e atualmente nomeado síndrome respiratória aguda grave 2 (*SARS-CoV-2*). Em 03 de fevereiro de 2020, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), conforme Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011 e por meio da Portaria MS nº 188. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (BRASIL, 2020; OPAS, 2020).

O município de Camaçari, localizado na Região Metropolitana de Salvador, no Estado da Bahia, com população estimada de 299.132 habitantes (IBGE, 2019), possui desde 2019, 03 Distritos Sanitários de Saúde, a saber: Monte Gordo, Abrantes e Sede, totalizando 08 regiões de saúde, com 41 Unidades de Saúde, sendo 34 Unidades de Saúde da Família (USF) (SESAU, 2017). Camaçari registrou o primeiro caso confirmado de COVID-19 no dia 20 de março, no Distrito Sanitário de Abrantes e diante do ocorrido a Prefeitura de Camaçari estabeleceu através do Decreto Nº 7315/2020 de 20 de Março de 2020, situação de emergência com medidas de prevenção e enfrentamento da pandemia no município (SESAU, 2017; CAMAÇARI, 2020).

Uma das medidas de enfrentamento foi reorganização da rede de atendimento à população, determinando dentre outras ações o funcionamento de algumas USF como serviço de enfrentamento da COVID-19, com serviços de triagem, acolhimento com classificação de risco, testagem e atendimento clínico para os (as) usuários (as) sintomáticos respiratórios. Assim, cumprindo os artigos 15 e 17 da Lei 8.080/90 que estabelecem a responsabilidade dos municípios em avaliar, monitorar e divulgar as condições ambientais e da saúde da população, o Apoio Institucional (AI) de uma das Unidades de Saúde da Família designada para o atendimento de usuários (as) com suspeita de COVID-19 elaborou uma ferramenta que proporciona esse acompanhamento da população acolhida (BRASIL, 1990; CAMAÇARI, 2020; SESAU, 2020).

O Apoio Institucional dentre outras funções tem o papel de possibilitar a análise e a cogestão do trabalho, assim como, planejar, monitorar e avaliar junto com as equipes de saúde seus processos de trabalho e ações de saúde proposta para a população. No contexto da

COVID-19, Barros e colaboradores (2014) nos convocam para um "não lugar", onde o apoiador institucional lida com as mudanças e necessidades diárias de reafirmação do seu lugar e sua função dentro de uma USF, trabalhando com educação permanente, criando estratégias de comunicação interna e externa, fluxos, redes, ações de enfrentamento, produção de conhecimento e informação para os profissionais e usuários (as) do território mesmo na conjuntura pandêmica (BRASIL, 2008).

O AI contribui também para que a Atenção Primária à Saúde cumpra com o seu papel de porta de entrada do SUS, ordenadora da rede, com resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, orientando e promovendo ações para o território. A USF no contexto da COVID-19 funciona identificando, monitorando e acompanhando os casos leves, bem como, encaminhando os casos mais graves para os outros níveis de atenção à saúde com maior complexidade tecnológica. Assim, o monitoramento dos atendimentos da USF requer planejamento diante das necessidades de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), do quantitativo de profissionais inseridos no acolhimento dos usuários, das dificuldades e possibilidades de melhorias no processo de trabalho (SOUSA, 2018; GUIZARDI *et al*, 2019; SARTI *et al*, 2020).

Importante ressaltar o contexto que se estrutura o processo de trabalho do AI nos Programas Integrados de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Medicina de Família e Comunidade, da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Nesse sentido, o AI trabalha em uma perspectiva interdisciplinar, buscando o protagonismo das equipes de saúde, bem como promovendo diálogo entre os profissionais, para que exista fluidez no processo de trabalho, sobretudo no contexto de pandemia. Isso exige por parte dos profissionais envolvidos ressignificação de condutas, troca de conhecimento, trabalho coletivo, dentre outros fatores que contribuem para o desenvolvimento das atividades (SCHERER; PIRES; JEAN, 2013).

O objetivo deste artigo é descrever o monitoramento para identificação do número de atendimentos, casos confirmados e óbitos por COVID-19 realizado pelo Apoio institucional de uma USF do município de Camaçari/BA.

METODOLOGIA

Trata-se de um artigo com abordagem quantitativa, utilizando dados primários, como os formulários *Fast-Track* e ficha de notificação, preenchidos pelos profissionais de saúde que compõe a equipe de triagem e atendimentos desses usuários (os) que chegam a USF em busca de acolhimento e atendimento com suspeita de COVID-19. Assim como são usados dados secundários, extraídos dos boletins epidemiológicos apresentados diariamente pelo município de Camaçari (COELI, 2010).

O monitoramento foi iniciado no mês de abril de 2020, com previsão de continuidade até o momento pós-pandemia. A coleta de dados é diária, através de planilhas elaboradas pelo AI que tem como editor a *Microsoft Excel*, com dados referentes ao número de notificações, usuários em isolamento com sintomas leves, número de testes rápidos para COVID-19 realizados, número de testes positivos, número de casos positivos por critérios clínico epidemiológicos, bem como uma planilha para monitoramento dos casos positivos e óbitos com endereço e contato telefônico dos (as) usuários (as) que pertencem ao território adscrito da USF PHOC III.

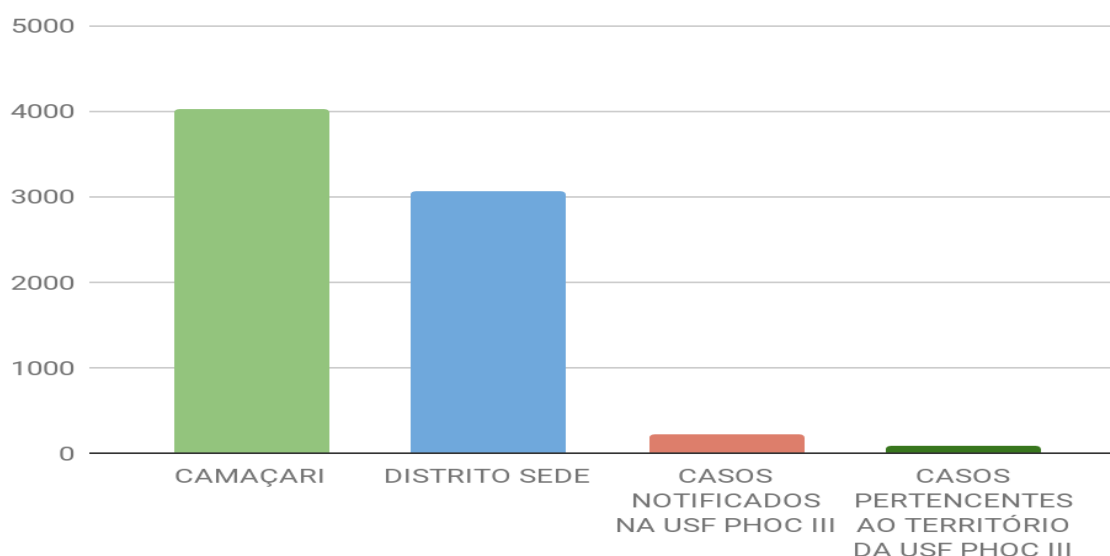
O monitoramento dos atendimentos de casos de COVID-19 realizado pelo Apoio Institucional ocorre na USF PHOC III, localizado no Distrito Sanitário SEDE, bairro Tancredo Neves, localidade com o nome alterado após implantação dos PHOCs - Projeto Habitacional Orientado de Camaçari. A USF possui 02 equipes de saúde da família para atendimento de uma população estimada em 5.060 pessoas. O bairro tem características vulneráveis apresentando população com renda média de 01 salário mínimo, faixa etária predominante de 20 a 39 anos, raça/cor autodeclarada parda e maioria em situação de desemprego (e-SUS, 2020).

Com a reorganização dos serviços de saúde no município, a USF iniciou no mês de março o atendimento de usuários sintomáticos respiratórios e com isso houve a necessidade de (re) organização do processo de trabalho e conseqüentemente o registro dos atendimentos, casos novos e óbitos decorrentes do novo coronavírus. Importante salientar a relevância da construção coletiva desde o registro qualificado à confecção dos gráficos para apresentação das informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De posse dos dados coletados até o mês de julho de 2020, percebeu-se a distribuição de casos de Covid-19 no município de Camaçari. Registrou-se um quantitativo de 4.024 casos de infecção pelo novo Coronavírus; o Distrito Sede, onde se encontra situada a USF PHOC III, com 3.066 casos; e o quantitativo de casos notificados nesta unidade corresponde a 221 casos de Covid-19, sendo que esse número de casos positivos confirmados na USF também abrange pacientes de outras unidades de saúde pertencentes ao Distrito Sede. Já o número de paciente com diagnóstico positivo para Covid-19 pertencente à área adstrita da USF PHOC III, como mostra no gráfico abaixo, corresponde a 84 casos.

Gráfico 01: Consolidado de dados Covid-19 Camaçari

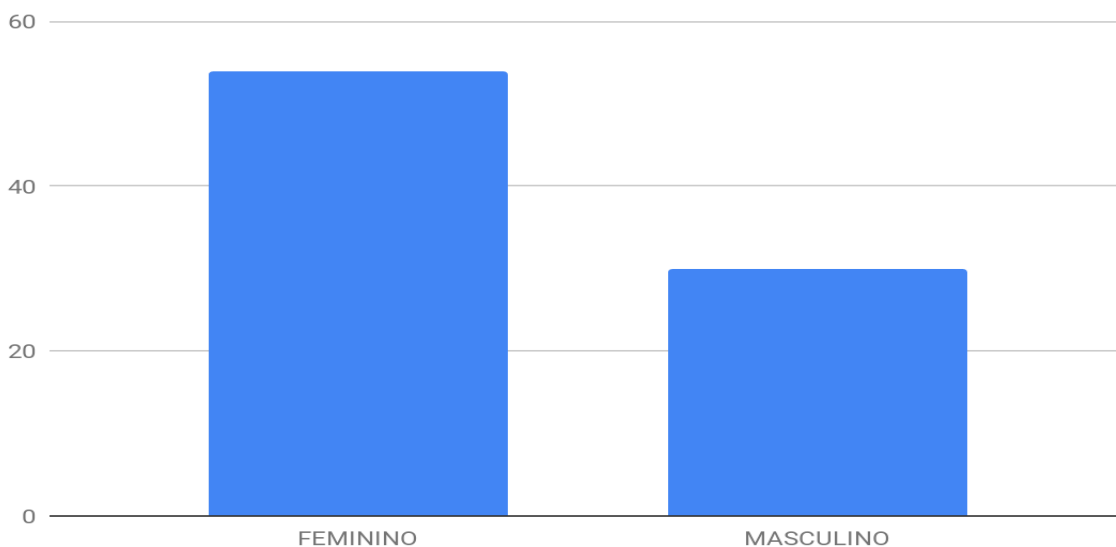


Fonte: Elaborado pelos autores.

No segundo gráfico observa-se a distribuição de casos de Covid-19 no território da USF PHOC III por sexo, sendo 54 casos em pessoas do sexo feminino e 30 do sexo masculino. A predominância dos casos no sexo feminino dialoga com o perfil da população do território do PHOC III que segundo o e-SUS APS tem um quantitativo de 2063 mulheres e 1781 homens (e-SUS, 2020). Os dados corroboram com os números apresentados no município, onde 2.264 são do sexo feminino e 2185 do sexo masculino (CAMAÇARI, 2020). Em estudo realizado no Maranhão, também mostra uma predominância de casos da Covid-19

entre o sexo feminino, representando 52% dos casos, dados esses que podem ser justificados, pois historicamente as mulheres procuram mais pelo serviço de saúde em relação à população masculina, podendo assim haver uma subnotificação desses casos (ALMEIDA *et al*, 2020).

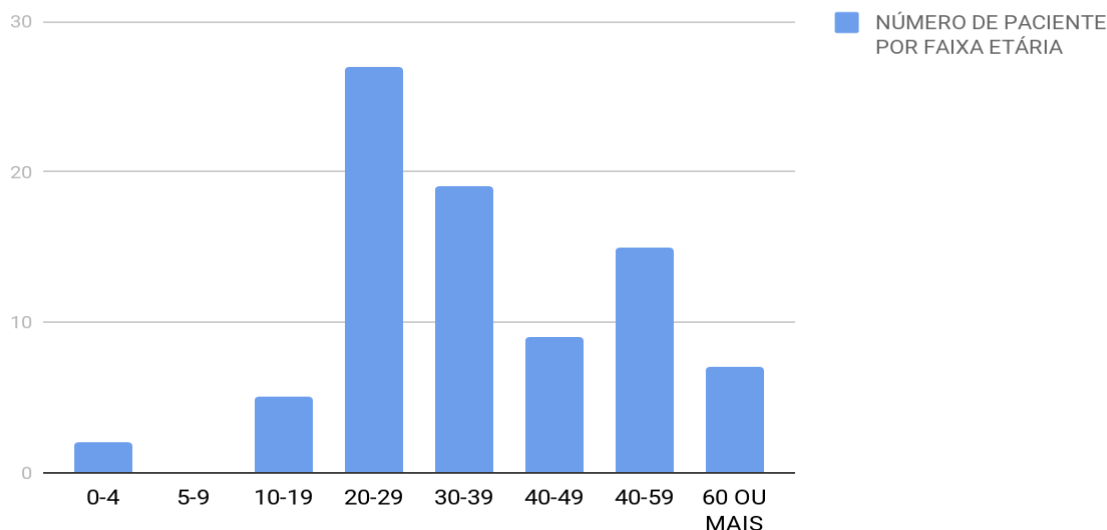
Gráfico 02: Distribuição de casos Covid-19 por sexo



Fonte: Elaborado pelos autores.

No terceiro gráfico, foi realizada a distribuição de casos por faixa etária, sendo 02 casos na população de 0 a 04 anos, 05 casos entre 10 e 19 anos, 27 casos na faixa etária de 20 a 29 anos, 19 entre 30 e 39 anos, 09 entre 40 e 49 anos, 15 casos entre 50 e 59 anos, 07 casos na população com 60 anos ou mais e nenhum caso na faixa etária de 05 a 09 anos. Nota-se então uma maior incidência na faixa etária entre 20 e 29 anos, dados esses que divergem dos apresentados pelo município de Camaçari, que apresentou um número maior de casos, cerca de 1.372, na faixa etária entre 30 e 39 anos (CAMAÇARI, 2020). Silva e Colaboradores (2020) também mostram estudo em que há maior prevalência de casos na população entre 30 e 39 anos. Na análise desses dados, podemos perceber que há uma maior incidência dos casos na faixa etária que diz respeito à população economicamente ativa, reforçando assim a adoção de medidas socioeconômicas frente ao combate do novo coronavírus (ALMEIDA *et al*, 2020).

Gráfico 03: Distribuição de casos Covid-19 por faixa etária



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados apresentados no Boletim Epidemiológico do estado da Bahia (SESAB, 2020) corroboram com os números apresentados neste estudo, uma vez que houve uma maior incidência de casos entre 20 a 49 anos, sendo essa parcela da população mais produtiva no mercado de trabalho, passando um longo período fora de casa e enfrentando transportes públicos lotados, ficando assim mais suscetível a circulação do vírus, explicando assim o maior número de notificações em indivíduos dessa faixa etária (SILVA *et al*, 2020). Já em relação ao sexo, pode-se perceber uma predominância entre o sexo feminino, o que pode ser explicado pelo processo de feminização, levando em consideração que as mulheres representam uma porcentagem maior da população, em relação ao sexo masculino (IBGE, 2010).

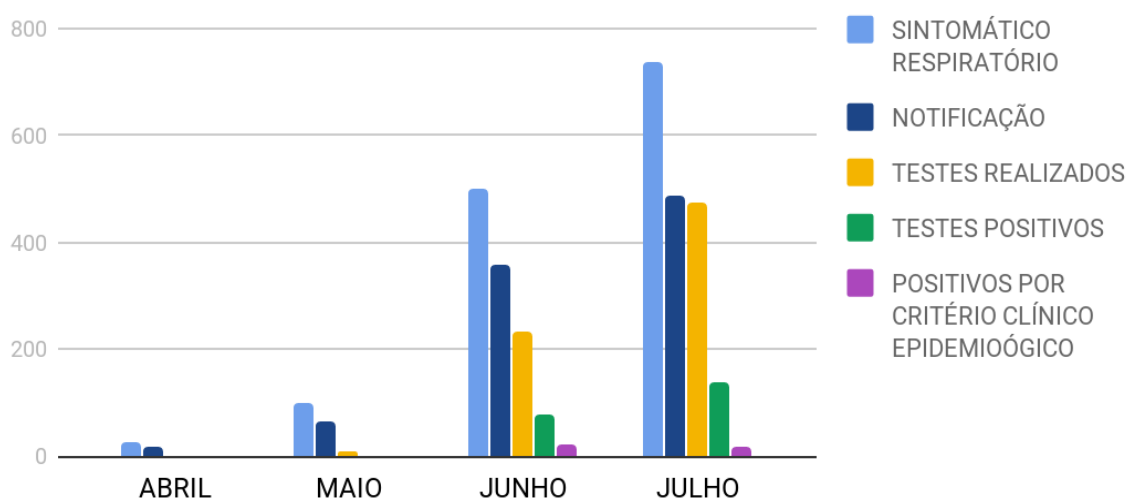
Embora muitos estudos mostrem um maior número de casos do Novo Coronavírus entres mulheres, percebe-se também uma maior taxa de hospitalização e agravamento dos casos levando a uma maior taxa de letalidade entre a população masculina, o que pode ser explicado pelo fato de que os homens têm menor adesão às medidas de isolamento social, além de que as mulheres tendem a procurar o serviço de saúde com mais frequência, o que leva a um diagnóstico precoce da Covid-19 e de outras comorbidades que podem levar ao

agravamento desta doença, sendo assim as mulheres são diagnosticadas mais precocemente, tendo melhores resultados em relação ao tratamento (SOUZA, RANDOW E SIVIERO, 2020; SILVA *et al*, 2020; GIRÃO *et al*, 2020).

O gráfico 04 apresenta o número de casos atendidos na USF por mês, dividindo-se em número de casos sintomático respiratório, número de notificações realizadas, total de testes rápido, número de testes positivos e número de pacientes positivos por critério clínico epidemiológico. Podemos observar que no mês de abril, a unidade já atendia pacientes sintomáticos respiratórios, mas ainda não estava realizando testes rápidos para detecção do Covid-19; no mês de maio, nota-se um aumento considerável de casos de pacientes sintomáticos respiratório, 101 casos, 64 notificações e dos 08 testes realizados, 02 apresentaram resultados positivo.

Nos meses de junho e julho, esses números mais que triplicaram, percebendo um aumento da curva apresentado no gráfico. Em junho foram 499 casos de pacientes sintomático respiratório, 357 notificações, 232 testes realizados, 80 testes positivos e 21 casos confirmados por critério clínico epidemiológico. Em julho esses números aumentaram ainda mais, com 738 pacientes atendidos com sintomas respiratórios, 488 notificações, 475 testes realizados, destes 139 apresentaram resultado positivo e 17 casos confirmados por critério clínico epidemiológico.

Gráfico 04: Consolidado de dados de Covid-19 USF PHOC III

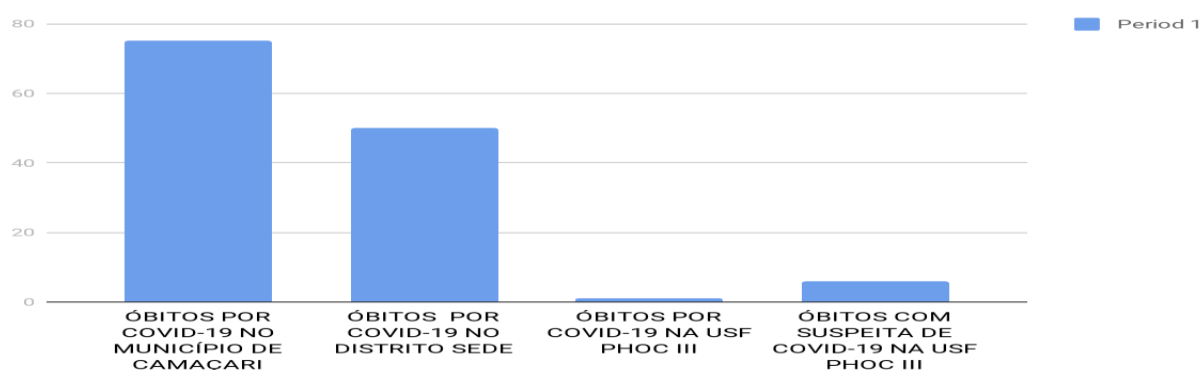


Fonte: Elaborado pelos autores.

O gráfico 05 trás o número de óbitos por Covid-19, sendo que dos 75 óbitos do município de Camaçari-BA, 50 são do Distrito Sanitário Sede, 01 óbito confirmado do território do PHOC III e 06 óbitos em investigação. Informações do Boletim Epidemiológico de Camaçari mostra que os casos de óbitos têm maior incidência na população acima dos 60 anos (CAMAÇARI, 2020), corroborando com estudos que mostram também o maior número de casos de óbitos em indivíduos nessa faixa etária (SILVA *et al*, 2020; GIRÃO *et al*, 2020; SILVA *et al*, 2020). Em relação à imunidade e a senescência, estudos apontam que a idade avançada pode representar por si só um fator de risco para o SARS-CoV-2, pois no envelhecimento, biológico ou cronológico, as células responsáveis pela imunidade, diminuem a sua capacidade de reconhecimento e apresentação do antígeno, fator este que pode além de produzir uma resposta aguda menos específica à infecção, também influenciar na efetividade da resposta adaptativa (GIRÃO *et al*, 2020; SILVA *et al*, 2020).

A pessoa com óbito confirmado no PHOC III tinha um pouco menos de 60 anos. Entretanto, possuía comorbidades como Hipertensão Arterial, Obesidade e Diabetes. Silva e colaboradores (2020) informam que além da idade, as comorbidades associadas ao consumo maior de medicamentos podem colaborar para o agravamento do quadro e possivelmente ao aumento da mortalidade (SILVA *et al*, 2020). Munster e colaboradores (2020) relatam que as doenças crônicas ligadas ao sistema imunológico e cardiovascular potencializam as complicações por Covid-19.

Gráfico 05: Distribuição de casos de óbito por Covid-19



Fonte: Elaborado pelos autores

É importante salientar que a Covid-19 se espalha de maneira assimétrica em todo o território nacional; áreas como a do território abordado neste artigo, onde há maiores índices de vulnerabilidade, merecem atenção especial, pois o avanço do contágio tende a repercutir de forma mais grave nas condições de saúde/doença de populações mais vulneráveis. Segundo censo do IBGE (2010), 11,4 milhões de pessoas vivem em territórios precarizados, sendo estes espaços constituídos por favelas ou também chamados de aglomerados subnormais. Considerando os três serviços básicos de saneamento: acesso a rede de esgoto, coleta de lixo e água encanada, 15,6% da população no Brasil não possui coleta de lixo adequada; 14,5% não têm abastecimento de água encanada e 31,7% da população não têm esgotamento sanitário adequado em sua moradia (IBGE, 2019). Aspectos estes que por si só já influenciam na situação de saúde e doença da população.

Frente a essas desigualdades sociais, além das diretrizes já implementadas de contenção da pandemia, é importante lembrar-se da necessidade de medidas de proteção social que possam minorar as repercussões negativas da pandemia nestes espaços e populações, dada a conjugação mutuamente potencializada de efeitos deletérios tanto do vírus como da exclusão social (FIOCRUZ, 2020).

Com o intuito de reduzir essas disparidades e aproximar a população da USF e dos profissionais que compõe o serviço, sendo eles, profissionais da equipe mínima, juntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o AI, ocorreram planejamento e implementação de ações no território, com foco na orientação e distribuição de máscara e panfletos informativos sobre a Covid-19, bem como publicações em redes sociais que informavam a população sobre os principais cuidados para enfrentamento da pandemia e informações sobre o funcionamento e serviços disponibilizados na USF, evitando aglomerações e circulação do vírus.

Além das ações relacionadas à Covid-19, o AI auxilia a equipe no conhecimento acerca do território utilizando os relatórios da situação territorial, extraídos através do sistema e-SUS. Os dados são discutidos em reuniões de equipe, já que possibilita ao coletivo o espaço de diálogo e problematização para o planejamento de ações em saúde e a identificação de locais com maior vulnerabilidade social. Nesses encontros, há também intencionalidade de destacar os principais problemas enfrentados pela comunidade e desenvolver estratégias de

enfrentamento na perspectiva da prevenção e agravamento da doença e da promoção da saúde extramuro, evitando agravos na saúde e superlotação no serviço.

CONCLUSÃO

O processo de monitoramento desenvolvido pelo AI tem auxiliado na tomada de decisão, sobretudo na quantidade de profissionais que a USF necessita para um atendimento qualificado. Percebe-se também a evolução da quantidade de casos atendidos na USF PHOC III e os óbitos deste território em um curto espaço de tempo, uma vez que o monitoramento é realizado em tempo hábil, para que as equipes de saúde da família realizem ações de educação em saúde para população e possam intensificar orientações quanto à necessidade de isolamento domiciliar e a importância do uso da máscara e cuidados básicos de higiene para evitar a proliferação do novo Coronavírus.

Assim como em outras situações de trabalho, o cenário da pandemia para a Atenção Primária à Saúde trouxe fragilidades e desafios que precisam de um olhar mais cuidadoso. A informatização das Unidades de Saúde mostrou um ponto vulnerável no processo de monitoramento dos dados, pois houve comprometimento no envio das notificações e registros dos casos, assim como ausência de discussão de informações pertinentes ao contexto com setores específicos, como a Vigilância Epidemiológica.

A fragilidade na informatização de Unidades de Saúde da Família pode ser estendida a nível nacional e, nessa mesma amplitude, percebeu-se também que a reposição dos EPI's para os profissionais de saúde foi algo notadamente comprometedor no início da pandemia. Isso pode ter gerado afastamento no território por parte, sobretudo, dos ACS e profissionais da equipe mínima e NASF.

O trabalho em uma USF que recebe usuários (as) sintomáticos e de grupo de risco requer, além de um eficiente monitoramento de dados, boa condução e resiliência dos profissionais atuantes. Ademais, o trabalho multiprofissional, o conhecimento do território e a implicação no processo de trabalho são aspectos preponderantes para organização do trabalho de uma USF que passou a incorporar características de complexidade mais elevada que a habitual.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, Joelson dos Santos *et al.* Caracterização epidemiológica dos casos de Covid-19 no Maranhão: Uma breve análise. **Revista Prevenção em Infecção e Saúde**, 2020; 6:10477. Disponível em: <<https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10477>>. Acesso em: 01 de agosto de 2020.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de *et al.* O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1107-1117, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18suppl1/1107-1117/pt/>>. Acesso em: 01 de agosto de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria Nº 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União. Seção 1, 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre a organização do SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 7.616, de 17 de novembro de 2017**. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional - ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde - FN-SUS. Diário Oficial da União. Seção 1, 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7616-17-novembro-2011-611793-norma-pe.html>>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – HUMANIZASUS**. Documento de base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008.

CAMAÇARI. **Boletim Epidemiológico Interativo**. Disponível em: <<http://www.camacari.ba.gov.br/boletimcovid/>>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

CAMAÇARI. **Decreto Nº 7315/2020 de 20 de março de 2020**. Declara situação de emergência no Município de Camaçari/Ba, estabelece medidas complementares de prevenção e enfrentamento à pandemia decorrente do COVID-19 e dá outras providências. Diário Oficial Nº 1377, 2020. Disponível em: <<http://www.camacari.ba.gov.br/arquivos/diario-oficial/>>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

COELI, Cláudia Medina. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 335-6, 2010. Disponível

em:<<https://pdfs.semanticscholar.org/ebce/0dd17d26cc10d76af770894a72825ab44a3e.pdf>>.
Acesso em: 20 de agosto de 2020.

e-SUS. **Relatório de Cadastro Individual**. 2020. Disponível em:< <http://e-sus.camacari.ba.gov.br/esus/#/pec>>. Acesso em: 18 de agosto de 2020.

FIOCRUZ. **Nota técnica**. Covid-19 e vulnerabilidades - Considerações sobre proteção social nas favelas. Observatório Covid-19: Informação para ação, 2020. Disponível em:<<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41456/2/Covid-19Vulnerabilidades.pdf>>.
Acesso em: 20 de Agosto de 2020.

GIRÃO, Milena Maria Felipe *et al.* Perfil Epidemiológico dos Pacientes de SARS-COV-2 no Brasil. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia** V.14, N. 51 p. 646-658, 2020. Disponível em:<DOI: 10.14295/idonline.v14i51.2605>. Acesso em: 20 de Agosto de 2020.

GUIZARDI, FRANCINI LUBE *et al.* Apoio institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 28, n. 04. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280421>>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dia Nacional da Habitação**: Brasil tem 11,4 milhões de pessoas vivendo em favelas. 2017. Disponível em:<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/15700-dados-do-censo-2010-mostram-11-4-milhoes-de-pessoas-vivendo-em-favelas>>. Acesso em: 20 de Agosto de 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2019. Disponível em:<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba/camacari.html>>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

MUNSTER, Vincent *et al.* A novel coronavirus emerging in China - key questions for impact assessment. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 692-694, 2020. Disponível em:<<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMP2000929>>. Acesso em: 20 de agosto de 2020.

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde. **Folha informativa – COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus), 2020. Disponível em:<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875#historico>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise Elvira Pires de; JEAN, Rémy. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 de agosto de 2020.

SESAU, Secretária Municipal de Saúde. **Plano de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus**. Camaçari/BA, 2020. Disponível em: <<http://arquivos.camacari.ba.gov.br/cgm/transparencia/publicacoes/030720011329315799.pdf>>. Acesso em: 12 de Agosto de 2020.

SESAU, Secretária Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão**. Camaçari/BA, 2017. Disponível em: <<https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=29&codTpRel=01>>. Acesso em: 12 de Agosto de 2020.

SILVA, Anderson Walter Costa *et al.* Caracterização clínica e epidemiologia de 1560 casos de COVID-19 em Macapá/AP, extremo norte do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, e150985499, 2020 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.33448/rsdv9i8.5499>>. Acesso em: 10 de Agosto de 2020.

SILVA, Anderson Walter Costa *et al.* Perfil epidemiológico e determinante social do COVID-19 em Macapá, Amapá, Amazônia, Brasil. Revista **Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. São Paulo, ano 5, ed. 4, v. 4, abr. 2020. Disponível em:<DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/covid-19-em-macapa>. Acesso em: 10 de Agosto de 2020.

SILVA, João Pedro Bandeira da *et al.* Epidemiological analysis of confirmed Covid-19 cases in Caxias, Maranhão, Brasil. **Revista Prevenção em Infecção e Saúde**,v.6, n.10817, 2020. Disponível em:<DOI: <https://doi.org/10.26694/repis.v6i0.10816>>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.

SILVA, Tiago Medeiros da *et al.* Perfil epidemiológico da morbimortalidade da Covid-19 no Estado do Piauí: Uma atualização do cenário atual. **Research, Society and Development**, v.9, n. 8, 2020. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6091>>. Acesso em: 05 de Agosto de 2020.

SOUSA, Allan Nuno. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, 2018. Disponível em:<<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S119>>. Acesso em: 07 de Agosto de 2020.