

## ARTIGO ORIGINAL

# MODELO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ACESSO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA COVID-19\*

## CARE MODEL IN PRIMARY HEALTH CARE: ACCESS AND COMPREHENSIVE CARE DURING THE COVID-19 PANDEMIC\*

### HIGHLIGHTS

1. Importância da tecnologia para acesso e integralidade do cuidado.
2. Desafios à incorporação de ações inovadoras à saúde.
3. Contribuições para o planejamento das ações da atenção primária.
4. Impactos da pandemia no modelo assistencial da atenção primária.

Carla da Ros<sup>1</sup> 

Aida Maris Peres<sup>2</sup> 

Carmen Elizabeth Kalinowski<sup>2</sup> 

Marli Aparecida Rocha de Souza<sup>3</sup> 

Michele Straub<sup>1</sup> 

Livia Cozer Montenegro<sup>2</sup> 

Maria Manuela Martins<sup>4</sup> 

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the care model in Primary Health Care from the perspective of access and comprehensive care. **Method:** Qualitative research, with data collected from May to December 2021 in each regional health center in the state of Paraná through recorded interviews using a semi-structured script with 26 managers. *IRAMUTEQ* software was used to process and group the data into five classes. The results were analyzed using dialectical hermeneutics. **Results:** Two classes showed actions related to the attributes of access and comprehensiveness present in the care model. Actions to increase access included the participation of a multi-professional team to promote comprehensive care and the use of technological resources while maintaining the biomedical model. **Final considerations:** During the pandemic, there was adaptation and resilience on the part of managers who organized the care model and the inclusion of technological tools to facilitate access and continuity of care.

**DESCRIPTORS:** Primary Health Care; Nursing Models; COVID-19; Pandemics.

### COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:

Ros C da, Peres AM, Kalinowski CE, Souza MAR de, Straub M, Montenegro LC, et al. Care model in primary health care: access and comprehensive care during the COVID-19 pandemic. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2023 [cited in "insert year, month, day"]; 28. Available in: <https://dx.doi.org/10.1590/ce.v28i0.92736>.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>3</sup>Centro Universitário Dom Bosco, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>4</sup>Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, PT, Portugal.

## INTRODUÇÃO

Os modelos assistenciais perpassam pelos marcos reconhecidos pela história da saúde, e se relacionam a diversos fatores, como novas maneiras de cuidado e contextos histórico, cultural, político e econômico<sup>1</sup>.

A dinâmica de organização dos serviços de saúde foi considerada um desafio para a ciência, para os gestores e para a sociedade, pois o momento exigiu novas formas de pensar a gestão dos serviços de saúde e repensar o modelo assistencial<sup>2</sup>. Dessa maneira, a pandemia apontou uma preocupação por parte dos pesquisadores e profissionais de saúde no que se refere ao modelo assistencial, desempenho e processo de trabalho, especialmente, na Atenção Primária à Saúde (APS).

O ano de 2020 foi marcado pela pandemia do novo coronavírus.<sup>3</sup> No contexto mundial, pesquisadores e gestores envidaram esforços para controlar a velocidade da disseminação do vírus, elaborando medidas de isolamento social, visando diminuir os índices de internamento e amparar o sistema de saúde a adequar sua capacidade de atendimento<sup>4</sup>.

Neste sentido, a APS tem um papel importante na rede assistencial de cuidados e, no contexto pandêmico, contribuiu com ações de enfrentamento, tendo o apoio das equipes das unidades de saúde (US) que conhecem a população adscrita e suas vulnerabilidades. Concomitantemente, proporcionou ações de promoção, prevenção e cuidado, criando processos de trabalho na vigilância de saúde e na continuidade do cuidado para a população, estabelecendo prioridades<sup>5</sup>.

O modelo assistencial adotado como referência teórica neste estudo se relaciona com os conceitos apresentados por Bárbara Starfield<sup>6</sup>, convergindo as ações de saúde com o processo de construção e efetivação dos valores e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entende-se que ele contempla o acesso universal, igualitário, a regionalização, a hierarquização e descentralização dos serviços de saúde, na perspectiva da integralidade, que passaram a ser eixos de orientação das práticas assistenciais durante décadas, já que este modelo impactou na melhora dos indicadores de saúde populacional<sup>7</sup>.

Entretanto, com as orientações de novos protocolos exigindo a reorientação das práticas assistenciais com novas lógicas organizacionais devido à pandemia, o modelo assistencial ofertado na APS foi contrastado com o modelo biomédico<sup>3</sup>. Este contraste estimulou os serviços de saúde a se organizarem na lógica da urgência e emergência, com predomínio de consultas médicas e internações hospitalares, mas não excluiu, apesar do fechamento de algumas US, as ações multidisciplinares e centradas na continuidade do cuidado<sup>8</sup>.

Neste contexto, portanto, tem-se a importância da APS na resposta à pandemia, mas, por outro lado, uma valorização do modelo biomédico hospitalocêntrico, influenciando as práticas assistenciais. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi analisar o modelo assistencial na APS na perspectiva do acesso e integralidade do cuidado.

## MÉTODO

Pesquisa qualitativa, integrante do projeto intitulado: Desafios e oportunidades da Rede de Atenção à Saúde em tempos de pandemia da Covid-19: informação, organização e acesso às práticas de saúde. Realizada no Estado do Paraná — Brasil. O Paraná possui 399 municípios organizados em vinte e duas regionais de saúde, e a pesquisa contemplou,

no mínimo, um município de cada regional. Os participantes da pesquisa foram gestores que atenderam aos seguintes critérios: atuar na gestão com funções relacionadas ao planejamento, organização e direção da APS. Os pesquisadores receberam do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR) uma lista com os contatos de e-mail e telefones institucionais dos gestores, como possíveis participantes. Na sequência, houve contato com o convite à participação na pesquisa e, após o aceite, foram agendadas as entrevistas no dia e horário de disponibilidade do participante. Dos abordados, não houve recusa em participar da pesquisa ou necessidade de repetição da entrevista.

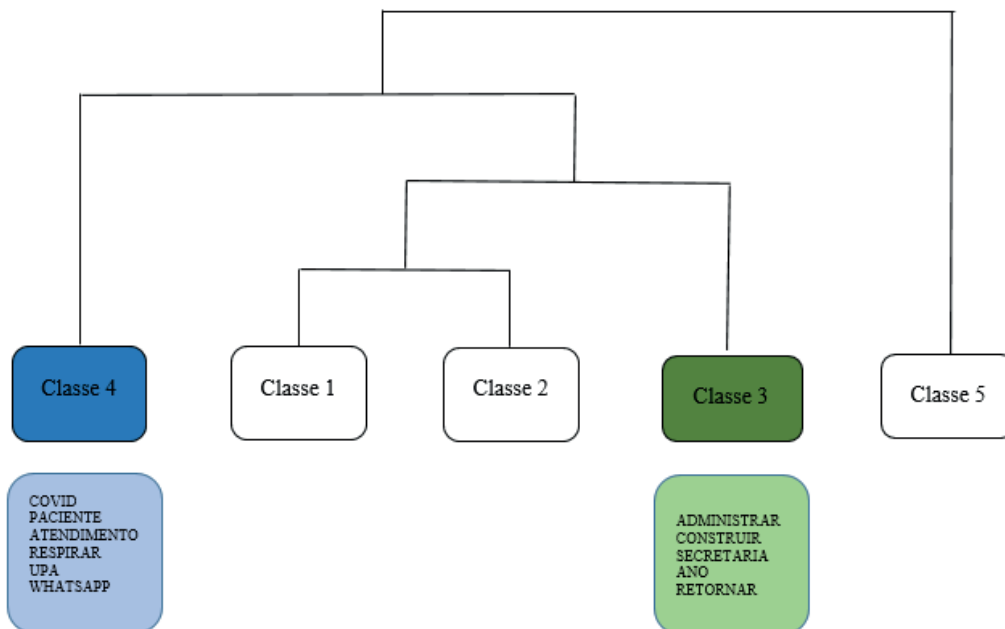
Antes de iniciar as entrevistas, foram realizados dois testes-pilotos. A coleta dos dados se deu, após treinamento prévio, por um grupo de pesquisadores composto por quatro alunas de graduação e duas doutorandas em Enfermagem. O aumento no número de pesquisadores favoreceu novos horários para o agendamento das entrevistas, e facilitou a participação dos gestores, devido à sua alta demanda de trabalho no contexto da pandemia. A coleta de dados ocorreu de maio a dezembro de 2021, por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, contendo cinco perguntas relacionadas à atuação do gestor, ao processo de trabalho e à organização do serviço durante a pandemia. Para cada entrevista realizada, foram necessários dois pesquisadores: um para conduzir as perguntas; e outro que registrou suas observações em um diário de campo e apoiou a infraestrutura.

Foram 26 participantes, e as entrevistas foram gravadas com tempo médio de duração de trinta minutos. Uma entrevista foi na modalidade presencial, e as outras 25 foram realizadas virtualmente, com utilização de ferramenta de gravação da própria plataforma da sala virtual, para promover melhor atenção do (a) pesquisador nas falas durante as entrevistas e proporcionar o rigor necessário na transcrição. Na entrevista presencial, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi encaminhado via e-mail, com esclarecimentos das dúvidas a respeito deste e solicitação da autorização impressa e, nas virtuais, o envio do TCLE e ciência prévia foram enviados pelo e-mail da pesquisadora para o e-mail institucional do participante.

Após a transcrição das entrevistas, utilizou-se o *software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)* para agrupamento dos dados em classes. Após o agrupamento, foram realizadas as seguintes análises: as textuais clássicas, de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a de similitude e a nuvem de palavras<sup>9</sup>. As entrevistas transcritas não foram devolvidas para *feedback* dos participantes.

Nas análises foram obtidos 1269 segmentos de texto, dos quais, 1094 obtiveram 86,21% de aproveitamento. Após o dimensionamento dos segmentos de texto classificados em função dos vocabulários, as classes de segmentos de texto foram definidas. O *corpus* foi dividido em cinco *sub-corpus*, e, neste artigo, foram abordados os resultados obtidos dos *sub-corpus* da Classe 4 e 3, os quais atendiam ao objetivo proposto. A Classe 4, com 263 UCE, que corresponde a 25,2% das UCE, e originaram a Classe 3, com 159 UCE, correspondendo a 15,2% do total das UCE. As Classes 3 e 4 estão relacionadas ao mesmo contexto e, por esse motivo, foram analisadas em conjunto para este artigo. As classes 1, 2 e 5 abordam a temática do modelo assistencial, porém, em outro contexto desta pesquisa. Como critério, optou-se pela utilização das palavras que apresentaram um qui-quadrado ( $\chi^2$ ) maior que 3,84 e um  $p < 0,0001$ , por determinar a força de ligação entre elas, representadas na figura 1.

Algumas palavras apresentadas no dendrograma da Figura 1 foram analisadas concomitantemente, por fazerem parte de um mesmo contexto, apesar de processadas separadamente pelo sistema. Fato que ocorreu devido à forma de expressão de cada participante em relatar a mesma situação, como outras que, apesar de um qui-quadrado ( $\chi^2$ ) elevado e um  $p < 0,0001$ , contiveram pouca ou nenhuma representatividade ante o tema da pesquisa — não sendo, portanto, analisadas.



**Figura 1** - Dendrograma das classes. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Fonte: As Autoras (2023).

Na sequência, foram realizadas as análises das convergências e divergências evidenciadas, e as requeridas no modelo assistencial instituído nos municípios participantes, onde foi utilizada a Hermenêutica dialética (HD) para interpretar e analisar a complexidade inerente ao fenômeno social<sup>10</sup>. Utilizou-se o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para conferência das etapas do método.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (UFPR), e pela instituição coparticipante, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, sob os pareceres n.º 4.450.267 e n.º 4.590.722, respectivamente.

## RESULTADOS

O processamento dos dados evidenciou que o modelo assistencial vigente durante a pandemia se destacou pela necessidade de ampliação do acesso e por ações de fortalecimento da integralidade, como parte do contexto da reorganização da APS. Assim, apresentam-se, concomitantemente, as seguintes classes: a retomada das ações em saúde na atenção primária durante a estabilização da pandemia da Covid-19; e a organização do modelo assistencial durante a pandemia da Covid-19 na APS.

O Plano de Contingência do Paraná Covid-19 propunha a organização de US sentinelas como portas de acesso a pacientes com sintomas respiratórios. As outras US fariam a cobertura dos demais tipos de atendimentos:

*[...] Com o início da pandemia uma dessas US passou a ser de atendimento exclusivo à covid [...]* (gestor 02)

*[...] Montamos um centro de especialidades para atender a covid, não paramos com o atendimento da população, e permanecemos com o cuidado no território [...]* (gestor 06)

As primeiras ações de reorganização assistencial foram desenvolvidas nas Unidades

de Pronto Atendimento (UPA) e nos hospitais. Na APS, os atendimentos foram voltados aos casos com sintomas respiratórios leves a moderados, e os considerados eletivos, foram adiados:

*[...] porque muitos exames foram deixados de fazer cirurgias eletivas que pararam de acontecer, os preventivos em alguns momentos foram suspensos[...]* (gestor 02)

Na estruturação do modelo assistencial com tantas variáveis, em um curto espaço de tempo e com a urgência que a situação exigia, apontaram que foram necessários ousadia e criatividade para elaborar uma nova forma de atendimento:

*[...] Entendo que precisamos separar o momento atual que é um momento extraordinário, [...] porque foi preciso implantar estratégias [...] logo teremos que de novo lançar mão disso porque a onda aumenta e diminui [...]* (gestor 09)

A composição da rede assistencial considera questões estruturais, econômicas e locais. Os municípios menores, muitas vezes, utilizam os serviços de saúde do município vizinho melhor estruturado, principalmente, para os atendimentos especializados e hospitalares:

*[...] Tivemos que nos reinventar na situação da covid e da pandemia, nos estruturar de uma forma diferente [...] meu município é pequeno, então eu não tenho um hospital [...]* (gestor 14)

Apontaram a importância de ampliar a atuação das diferentes categorias profissionais que atuaram na porta de entrada do sistema, na avaliação inicial dos usuários com sintomas da síndrome Covid-19, direcionando o paciente conforme avaliação e necessidade:

*[...] os atendimentos vêm desde o agente comunitário, passando pelo enfermeiro e pelo técnico[...]* (gestor 01)

Uma das principais dificuldades em reorganizar a rede assistencial esteve relacionada à impossibilidade de ampliar os recursos humanos. Além disso, e como forma de cuidado e medidas protetivas, muitos profissionais de saúde da APS foram afastados devido à condição de saúde, reduzindo a equipe sem possibilidade de contratação imediata:

*[...] diminuiu o contingente de profissionais e tivemos que reorganizar, alocar-se e tudo apurado durante a prática na pandemia [...]* (gestor 24).

O Plano de Contingência do Paraná Covid-19 destacou o uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs), dentre elas, a teleconsulta, como uma estratégia de acesso e de longitudinalidade. Condições que facilitaram ou dificultaram o uso das mesmas, tais como: as condições geográficas, os culturais e sociais, e a tendência por parte da equipe e gestores de manter o modelo assistencial existente:

*[...] não usamos teleconsulta porque a gente fez um protocolo bem definido com horários, e, como é uma cidade pequena [...]* (gestor 03)

*[...] não implementamos o teleatendimento porque nossa população é bem característica rural [...] é rural, a maioria tem internet[...]* (gestor 06)

O telefone e o aplicativo de mensagem como ferramenta de apoio para acompanhamento dos pacientes com sintomas gripais foram outros dispositivos incorporados ao modelo assistencial e entendidos como algo positivo e inovador:

*[...] o WhatsApp tem sido fundamental, inclusive, criamos um canal para onde se dirigiam às pessoas com alguns sintomas característicos de gripe [...]* (gestor 13)

Os participantes evidenciaram o desafio para reorganizar o modelo assistencial, tanto para os gestores quanto para a equipe assistencial, pois fatores estruturais, emocionais e

físicos impactaram consideravelmente no processo de reestruturação da APS:

*[...] A questão do processo de trabalho [...], porque nós perdemos todo o nosso processo de trabalho [...]. Eles estão extremamente cansados, trabalhando bastante, desgastados [...] e você quer reorganizar o processo de trabalho e tem um fator que é do individual de cada um [...]* (gestor 12)

No período de estabilidade, destacou-se a retomada das ações em saúde na APS, especialmente, às atividades coletivas, prevalecendo o modelo assistencial com foco nas condições crônicas de saúde:

*[...] O que mudou foram as atividades coletivas, como os grupos que sempre fazíamos [...] eventos deixaram de acontecer, e esse ano voltou com melhora; o novembro azul, o outubro rosa. Esses eventos, durante a pandemia ficaram difíceis de serem executados, [...]* (gestor 02)

Por outro lado, entenderam que algumas ações inovadoras, vivenciadas como a consulta virtual, podem ser mantidas e inseridas no modelo assistencial da APS, para facilitar o acesso e continuidade do cuidado:

*[...] Hoje estamos em um processo de retomada [...] pensar algumas inovações, talvez trazer essa experiência do teleatendimento para a APS [...]* (gestor 08)

Além do desafio no manuseio clínico dos casos, houve o desconhecimento da doença. Os profissionais de saúde demonstraram medo pelo risco de contaminação seu e de familiares, bem como da população:

*[...] em certos momentos no início todo mundo ficou amedrontado inclusive médico se escondeu e queria fazer receita no fundo da unidade [...]* (gestor 16)

Por outro lado, durante a pandemia, a equipe de saúde da APS se manteve mais unida, demonstrando preocupação e cuidado com o outro:

*[...] teve uma parte de união. Eu acho que para um cuidar do outro [...] que tivemos que olhar mais o emocional [...]* (gestor 18).

Os gestores citaram a educação permanente como fundamental para as equipes da APS, para contribuir para a formação profissional e para a construção do modelo assistencial:

*[...] tem que ter educação permanente. Então eu avalio a educação permanente como fundamental, imprescindível [...]* (gestor 12)

Destacam-se, nos resultados desta pesquisa, dois atributos essenciais da APS: o acesso; e a integralidade. O acesso é demonstrado nas falas dos participantes relacionadas a novas formas de organização da APS, ao uso de tecnologias para facilitar o acesso e acompanhamento da população, tanto para condições agudas quanto crônicas. E a integralidade é evidenciada nos relatos sobre a organização da rede assistencial no que se refere aos desafios e potencialidades.

## DISCUSSÃO

Existem diferentes formas de organizar o modelo assistencial na APS nos municípios brasileiros, sendo necessário considerar as particularidades e a realidade local, os recursos e a decisão de gestão relacionadas à: organização do acesso aos serviços; vigilância em saúde; promoção da saúde; e cuidado das pessoas e das famílias e gestão compartilhada<sup>11</sup>.

Considerando as realidades distintas de cada município, os gestores no período pandêmico precisaram repensar o modelo assistencial nos diferentes pontos de atenção à saúde, incluindo a APS. Com apoio do Estado/dos órgãos estaduais e federais, tiveram de elaborar um plano de contingência, criando adaptações para a realidade local, com destaque para a ampliação do acesso, revendo diferentes formas na APS, e estabelecendo discussão remota acelerada na pandemia.

A ampliação do acesso aos serviços e profissionais de saúde aptos a atuar na porta de entrada do SUS é uma forma de garantir atenção à saúde com qualidade, equidade e integralidade<sup>12</sup>. Neste sentido, é importante reconhecer as especificidades de cada lugar, ao requerer pensar estratégias singulares para reduzir os problemas do acesso aos serviços de saúde, bem como considerar a diversidade geográfica, social e cultural da população<sup>13</sup>. Para Starfield<sup>6</sup>, o primeiro contato implica acessibilidade dos serviços de saúde, e a APS é entendida como principal porta de entrada da rede assistencial, sendo o primeiro recurso a ser buscado.

O Estado do Paraná elaborou um plano de contingência para enfrentamento da Covid-19. Este Plano teve como objetivo definir responsabilidades entre Estado e municípios, com apoio do Ministério da Saúde, como também propor estratégias de modo a atender com rapidez e resolutividade as situações relacionadas à Covid-19. Além disso, neste documento, constam esclarecimentos sobre a doença, medidas de controle e ações prioritárias na organização dos espaços de saúde<sup>14</sup>.

Nesta pesquisa, os gestores demonstraram que as ações implantadas durante a pandemia seguiram as estabelecidas por esse plano. Também foi possível reconhecer que os gestores que participaram da organização dos serviços de APS e adaptaram as ações do modelo assistencial necessitaram de habilidades como: capacidade criativa, perseverança e resiliência.

Ficou claro que na APS, os atendimentos estavam voltados aos casos com sintomas respiratórios leves a moderados, e as demais condições de saúde consideradas eletivas foram adiadas. Na estruturação das ações no modelo assistencial com variáveis apresentadas pelos gestores, em um curto espaço de tempo e com a urgência que a situação exigia, foram necessárias ousadia e criatividade para elaborar diferentes e resolutivas formas de atendimento de saúde às pessoas.

A APS, durante os surtos de doenças e epidemias, tem um papel crucial na resposta à situação, pois oferece atendimento precoce e resolutivo, além de manter a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, o que aumenta a chance de identificação de casos graves que devem ser tratados e encaminhados para a rede assistencial.<sup>1</sup>

A integralidade implica adaptações a serem realizadas pela APS para o paciente ter acesso aos diversos tipos de serviço. Ainda que alguns possam ser ofertados no âmbito da unidade de saúde, incluindo o encaminhamento para os demais pontos da rede de atenção da rede para problemas de saúde específicos, são considerados suporte fundamental da APS, como, por exemplo, o internamento<sup>6</sup>.

Há significativa diferença na distribuição e disponibilidade de serviços de saúde no Brasil<sup>12</sup>, fato identificado no estado-cenário desta pesquisa, com destaque nos municípios menores e nos de fronteira. As desigualdades de recursos em saúde se observam no âmbito da APS, nos municípios com diferente disponibilidade de ações, ocasionadas pela composição das equipes, seja no quantitativo, seja nas categorias profissionais, pela diminuição dos recursos financeiros recebidos historicamente, comprometendo a resposta da APS<sup>12</sup>. A dimensão da integralidade é entendida como preservação do acesso aos diversos níveis de atenção da rede assistencial, desde a APS ao serviço hospitalar, cuja característica é a diferença nas densidades tecnológicas da assistência em saúde<sup>6</sup>.

A pandemia exigiu mudança nos serviços de saúde municipais de maneira simultânea, principalmente, na APS, assumindo o controle da pandemia e assegurando que as ações

rotineiras não fossem negligenciadas, organizando e fortalecendo as ações territoriais<sup>12</sup>. Assim como, durante a pandemia, foi desafiador para os gestores propor e implementar ações facilitadoras ao acesso e ao cuidado há muito tempo em pauta na APS, sendo uma delas a consulta virtual em alguns municípios participantes da pesquisa.

Em relação à consulta médica virtual, é importante destacar que foi autorizada desde 2002 por meio da Resolução n.º 1643 do Conselho Federal de Medicina (CFM) e a do enfermeiro pela Lei n.º 13.989 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), respaldada pela Resolução n.º 634/2020, que autoriza e normatiza a prática.

Nos últimos anos, houve um aumento no uso da “teleconsulta”, o que pode ter impactado positivamente no modo das pessoas que dependem dos serviços de saúde. No entanto, uma das preocupações se refere à dificuldade de acesso devido a fatores sociais ou tecnológicos<sup>15</sup>. Percebe-se que há dificuldade de inserir novas tecnologias no cuidado na APS dos municípios, devido a condições geográficas, culturais e sociais da população. Bem como da tendência, por parte da equipe e gestores, de manter o processo de trabalho presencial, além da dificuldade financeira dos municípios para inserir novas tecnologias.

A teleconsulta é vista como uma oportunidade de contribuir com orientações em saúde às pessoas, em geral, principalmente, com condições crônicas, podendo ser uma ferramenta importante para o cuidado longitudinal de maneira segura<sup>16</sup>, retratados nos depoimentos que ilustram essas percepções dos participantes acerca desta modalidade de atendimento.

Ao mesmo tempo que a teleconsulta foi um componente crítico para aumentar a capacidade dos serviços de saúde seguramente, e em diferentes momentos na pandemia, foi também uma alternativa eficaz às visitas domiciliares a pacientes com outras necessidades de cuidado, ou com condições crônicas<sup>17</sup>. Em um estudo recente que promove a análise das facilidades e limitações da telemedicina, ficaram evidenciadas como limitações desta modalidade, o exame físico, as habilidades para manejo de tecnologias e as questões técnicas durante o atendimento. Em contraposição às facilidades identificadas, a manutenção e alcance dos cuidados em saúde, o conforto, a eliminação do tempo perdido para deslocamento e a participação da família foram os obstáculos encontrados<sup>18</sup>.

Em contrapartida, há gestores que, com base nas experiências vividas, passaram a pensar em novas maneiras de cuidar da população, utilizando ferramentas inovadoras, como a consulta virtual na APS. A situação emergencial ocasionada pela pandemia da Covid-19 possibilitou a modificação e adaptação das formas de assistir à saúde da população<sup>19</sup>.

As marcas deixadas pela pandemia no conjunto da sociedade ainda não foram suficientemente mensuradas nos planos biológico, emocional, econômico e social. Entre os profissionais de saúde que atuaram no momento de maior pico da doença, o sentimento de medo foi presente. Sentimento ancorado em diversas preocupações, entre eles: a contaminação; ser vetor para seus familiares; o desconhecimento sobre a doença; e a falta de clareza acerca de como proceder diante de uma situação desconhecida. É importante destacar que, além do desconhecido e da pressão psicológica em face ao risco iminente de contaminação, havia a preocupação no cuidado e na comunicação com os pacientes<sup>20</sup>. Contexto de múltiplas pressões sobre as equipes de saúde e percebido pelos gestores.

O cuidado com as pessoas que trabalharam na linha de frente e em diferentes espaços demandou muita dedicação e energia de todos — profissionais, e gestores, e na esfera emocional devido à ansiedade, incertezas e frustrações<sup>21</sup>. Ao mesmo tempo, a solidariedade e a união entre as pessoas ficaram mais evidentes nas equipes de saúde.

Com a diminuição dos números de casos da Covid-19, os serviços de saúde retomaram as ações rotineiras e pertinentes /comuns na APS. Porém, percebe-se que, apesar de vivenciar novas estratégias e processos de trabalho durante a pandemia, nos quais os dados destacaram a facilidade do acesso neste período, muitas equipes retornaram, mas permaneceram com um processo de trabalho fragmentado e focado em patologias



específicas.

Não se tem clareza sobre o impacto na saúde da população causado por essas ações, muitas vezes, organizadas em meses específicos. Inclusive, seria necessário ampliar a análise desses indicadores para, e a partir disso, planejar e organizar uma ação com foco na necessidade daquela população durante os diversos meses do ano. No processo de retomada, ressalta-se a importância da educação permanente na formação do gestor e dos profissionais, facilitando, proporcionando e compartilhando conhecimentos novos, assegurando novas e seguras práticas profissionais<sup>20</sup>.

A importância da promoção de treinamentos continuados é atestada nos depoimentos dos gestores entrevistados. Percebe-se, portanto, a importância de ações de educação permanente com os profissionais de saúde, pois a pandemia trouxe momentos de insegurança, preocupação e ansiedade, entre outros sentimentos. Assim como medo do adoecimento próprio ou do seu familiar, constata-se a importância de se proporcionar um tempo da jornada de trabalho para ações que envolvam a troca de experiência sobre a vida cotidiana e do trabalho, cuidados relacionados à proteção individual e atualizações técnicas relevantes para enfrentar o cenário da pandemia<sup>22</sup>.

Como limitação para realização da pesquisa, houve dificuldade de agendar horários com esses profissionais, por estarem diretamente envolvidos na organização da rede assistencial durante a pandemia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que, no auge dos números de casos confirmados para Covid-19, tornou-se necessária a capacidade de adaptação e de resiliência por parte dos gestores, que organizaram ações de cuidado no modelo assistencial. Porém, este modelo que, durante a pandemia, apresentou destaque para o acesso facilitado e a integralidade do cuidado na APS, não manteve sua continuidade no período de retomadas das ações. Os relatos evidenciaram que os profissionais retornaram às práticas anteriores, tais como a organização do processo de trabalho de maneira fragmentada e focado em patologias específicas, demonstrando o quanto é desafiador incorporar ações inovadoras no cotidiano.

Outro aspecto relevante é que, apesar da gravidade e urgência do contexto da pandemia, que valorizou o modelo biomédico e hospitalocêntrico, percebe-se no discurso dos gestores o potencial da APS em adaptar-se às necessidades dos usuários, em ser ponto de apoio ao absorver os casos leves e moderados da Covid-19 e, ainda, incorporar novas tecnologias de cuidado.

Evidenciou-se a necessidade de incluir e construir tecnologias que apoiem o cuidado da população, bem como as atividades de educação permanente que amparem processos de mudança nos serviços de saúde, com maior ênfase em temas relacionados às atribuições dos cargos de gestão, no planejamento estratégico e processo de mudança.

Em face do exposto, são oportunas a reflexão e pesquisas acerca do quanto a pandemia da Covid-19 e outras crises que possam advir impactam na vida profissional e pessoal, e quais são os principais determinantes da retomada das atividades. Esta pesquisa pode contribuir para subsidiar os gestores na organização, elaboração do planejamento das ações e serviços — entre eles, o uso da tecnologia e inovação, os quais foram ofertados no modelo de atenção à saúde para a população na APS — em situações de crise e que podem se estender ao cotidiano das unidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Menéndez EL. Hegemonic medical model: possible trends and more or less imaginary trends. *Salud Colect.* [Internet]. 2020 [cited in 2020 Dec. 10]; 16. Available in: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2615>.
2. Rafael RMR, Neto M, Carvalho MMB de, David HMSL, Acioli S, Faria MGA de. Epidemiology, public policies and Covid-19 pandemics in Brazil: what can we expect? *Rev. Enferm. UERJ.* [Internet]. 2020 [cited in 2020 May 13]; 28. Available in: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 9. [Internet]. Brasília; 2020 [cited in 2020 May 13]. Available in: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>.
4. Bousquat A, Medina MG, Mendonça MHM de, Almeida PF de, Aquino R, Santos A de F dos, et al. Primary health care in the 25 years of *Journal Ciência & Saúde Coletiva*. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2020 [cited in 2020 Dec. 10]; 25(12). Available in: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.23342020>.
5. Giovanella L, Martufi V, Ruiz DC, Mendonça MHM de, Bousquat A, Aquino R, et al. The contribution of primary health care in the SUS network to face Covid-19. *Saúde debate.* [Internet]. 2021 [cited in 2021 Dec. 10]; 45(30). Available in: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113014>.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004 [cited in 2020 Nov. 06]. 726 p. Available in: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>.
7. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 20 Sept. 1990.
8. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TB do E, Slomp Junior H, Cruz KT da. Crisis as potentiality: proximity care and the epidemic by Covid-19. *Interface.* [Internet]. 2021 [cited in 2023 Feb. 03]; 25. Available in: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>.
9. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ. [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018 [cited in 2020 Oct. 11]. Available in: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
11. Engstrom EM, Melo EA, Giovanella L, Pereira AMM, Graboys V, Mendonça MHM. Organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da covid-19. In: Portela MC, Reis LGC, Lima SML, editores. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde*. [Internet]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022 [cited in 2022 Dec. 10]. Available in: <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0011>.
12. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19. Relatório. In: Seminário Virtual Rede APS Abrasco. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Nov. 15]. Available in: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf>.
13. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Access barriers to primary health care in remote rural municipalities of Western Pará state, Brazil. *Trab educ saúde.* [Internet]. 2022 [cited in 2022 Dec. 10]; 20. Available in: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>.
14. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Plano de contingência do Paraná Covid-19 (nível 3 – execução). [Internet]. Curitiba: SESA-PR; 2020 [cited in 2020 Nov. 06]. Available in: <https://www.saude.>

[pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-04/plano\\_de\\_contingencia\\_do\\_parana\\_covid\\_19\\_nivel\\_3.pdf](http://pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/plano_de_contingencia_do_parana_covid_19_nivel_3.pdf).

15. Genezini BS, Santos MP, Betssaneti FT. Patient users' perspectives of barriers to remote consultation pre and peri-pandemic. In: 10 Congresso Brasileiro de Engenharia de Produção; 2020 Dec. p. 1-12; Online, Brasil, ConBRepro; 2020.
16. Pereira FA da C, Correia DM da S. Use of remote consultation by nurses to cardiopathes: a reflection during Pandemic by COVID-19 in Brazil. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Dec. 20]; 11(n.esp):167-71. Available in: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3729>.
17. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN de, Ribeiro G da R, Santos DL, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Dec. 20]; 36(5). Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>.
18. Silva LC, Almeida HLS, Coutinho MM, Medeiros APAS, Guimarães JMM, Comper MLC. Barreiras e facilitadores na telemedicina: uma revisão integrativa da literatura. Congresso Internacional em Saúde. [Internet]. 2021 [cited in 2021 Dec. 20]; (8). Available in: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19428>.
19. Rodrigues MA, Hercules ABS, Gnatta JR, Coelho JC, Mota ANB, Pierin AMG, et al. Teleconsultation as an advanced practice nursing during the COVID-19 pandemic based on Roy and Chick-Meleis. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2022 [cited in 2022 Aug. 20]; 56(n.esp):e20210438. Available in: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0438en>.
20. Paula ACR de, Carletto AGD, Lopes D, Ferreira JC, Tonini NS, Trecossi SPC. Reactions and feelings of health professionals in the care of hospitalized patients with suspected covid-19. *Rev. Gaúcha de Enferm*. [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov. 10]; 42(n.esp). Available in: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>.
21. Meneses AS de. Emergencial management of primary health care resources in covering the pandemic of covid-19. *Scielo Preprints*. No prelo 2020.
22. Alves AR, Gomes ILV, Custódio LL. Permanent education in nursing at covid-19: experience report. *Cadernos ESP*. [Internet]. 2021 [cited in 2023 Feb. 03]; 15(1):58-62. Available in: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/534>.

## MODELO ASSISTENCIAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ACESSO E INTEGRALIDADE DO CUIDADO DURANTE A PANDEMIA COVID-19\*

### RESUMO:

**Objetivo:** analisar o modelo assistencial na Atenção Primária à Saúde na perspectiva do acesso e integralidade do cuidado. **Método:** pesquisa qualitativa, com dados coletados no período de maio a dezembro de 2021, em cada regional de saúde do estado do Paraná, por meio de entrevistas gravadas, de roteiro semiestruturado com 26 gestores. Utilizou-se o software IRAMUTEQ para processamento e agrupamento dos dados em cinco classes. A análise dos resultados foi conduzida pela Hermenêutica dialética. **Resultados:** evidenciaram-se em duas classes ações relacionadas aos atributos acesso e integralidade, presentes no modelo assistencial. As ações para ampliação do acesso contaram com a participação de equipe multiprofissional na promoção da integralidade do cuidado e inserção de recursos tecnológicos, mantendo, porém, o modelo biomédico. **Considerações finais:** durante a pandemia, houve adaptação e resiliência por parte dos gestores que organizaram o modelo assistencial, a inclusão de ferramentas tecnológicas para facilitar o acesso e a continuidade do cuidado.

**DESCRITORES:** Atenção Primária em Saúde; Modelos Assistenciais; Covid-19; Pandemia.

## MODELO ASSISTENCIAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD: ACCESO Y ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19\*.

### RESUMEN:

**Objetivo:** analizar el modelo asistencial en Atención Primaria a la Salud desde la perspectiva del acceso y la atención integral. **Método:** investigación cualitativa, con datos recogidos de mayo a diciembre de 2021, en cada centro regional de salud del estado de Paraná, a través de entrevistas grabadas, utilizando un guion semiestruturado con 26 gestores. Se utilizó el software IRAMUTEQ para procesar y agrupar los datos en cinco clases. Los resultados se analizaron utilizando la hermenéutica dialéctica. **Resultados:** dos clases mostraron acciones relacionadas con los atributos de acceso e integralidad, presentes en el modelo de atención. Las acciones para aumentar el acceso incluyeron la participación de un equipo multiprofesional para promover la atención integral y la inclusión de recursos tecnológicos, manteniendo el modelo biomédico. **Consideraciones finales:** durante la pandemia, hubo adaptación y resiliencia por parte de los gestores que organizaron el modelo de atención, incluyendo herramientas tecnológicas para facilitar el acceso y la continuidad de la atención.

**DESCRIPTORES:** Atención Primaria en Salud; Modelos de Atención; Covid-19; Pandemia.

\*Artigo extraído da dissertação de doutorado "Prática clínica do enfermeiro na atenção primária à saúde em tempos de pandemia Covid-19: Análise na perspectiva da gestão em saúde", Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil, 2023.

Recebido em: 04/02/2023

Aprovado em: 26/06/2023

Editora associada: Dra. Luciana Kalinke

### Autor Correspondente:

Carla da Ros

Universidade Federal do Paraná

Av. Prefeito Lothário Meissner, 623 - Jardim Botânico, Curitiba - PR, 80210-170

E-mail: carlaros77@gmail.com

### Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - **Ros C da, Peres AM, Kalinowski CE**. Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - **Ros C da, Peres AM, Kalinowski CE, Souza MAR de, Straub M, Montenegro LC, Martins MM**. Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - **Ros C da, Peres AM, Kalinowski CE**. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

ISSN 2176-9133



Este obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).