



# Revista Portal – Saúde e Sociedade

E - ISSN 2525-4200

Volume 9 (2024), Fluxo contínuo, e02409007esp-2

 <https://doi.org/10.28998/rpss.e02409007esp-2>

<https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/index>

ARTIGO ORIGINAL – Suplemento Temático PROFSAÚDE

## *Atenção Domiciliar e Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19: análise de uma experiência*

*Home Care and Primary Health Care in coping with the Covid-19 pandemic: analysis of an experience*

*Atención Domiciliaria y Atención Primaria de salud en el enfrentamiento a la pandemia de COVID-19: análisis de una experiencia*

Ana Paula Neri

Prefeitura do Município de Maringá, PR

Helvo Slomp Junior

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Sabrina Stefanello

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Clicie Arrias Fabri

Prefeitura Municipal de Maringá, PR

Caroline Brustolin Ribeiro

Prefeitura Municipal de Colombo, PR

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Autor correspondente: Deivisson Vianna Dantas dos Santos – E-mail: [deivianna@gmail.com](mailto:deivianna@gmail.com)

Recebido em: 29 de agosto de 2023 – Aprovado em: 8 de maio de 2024 – Publicado em: 16 de setembro de 2024

### RESUMO

**Introdução:** O enfrentamento da pandemia de covid-19 impôs inúmeros rearranjos ao sistema de saúde brasileiro, no sentido de mitigar um possível colapso diante do aumento abrupto de casos. **Objetivo:** Analisar a inter-relação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Domiciliar na organização dessa modalidade de cuidado para o enfrentamento da pandemia. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica de abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas com quatorze trabalhadores da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Domiciliar de um município. A análise seguiu o referencial teórico hermenêutico ricoeuriano. **Resultados:** Notou-se a flexibilidade das equipes a fim

### Palavras-chave

Serviços de  
Atenção  
Domiciliar;  
Visita Domiciliar;  
Assistência  
Domiciliar;  
Covid-19.

Revista Portal – Saúde e Sociedade



de se evitar a interrupção dos atendimentos domiciliares. Descreveram-se estratégias de criação e manutenção da Atenção Domiciliar, mesmo em meio a um cenário adverso. A iniciativa pessoal dos trabalhadores contrastou com as decisões de gestão, que esvaziaram a Atenção Primária à Saúde e reduziram o número de Agentes Comunitários de Saúde em atividade, o que trouxe dificuldades para o manejo no território. **Conclusões:** Como estratégias de enfrentamento de futuras emergências em saúde pública, concluímos pela necessidade de aproveitamento das potencialidades já existentes – como a distribuição territorial, o cuidado de proximidade e o vínculo com os usuários – que equipes como as da Atenção Primária à Saúde e da Atenção Domiciliar oferecem, até mesmo reforçando-se tais ações, e não o contrário. Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

## ABSTRACT

**Introduction:** The management of the Covid-19 pandemic has required the Brazilian health system to undergo numerous reorganizations to mitigate a possible collapse in the face of the abrupt increase in cases. **Objective:** To analyze the interrelationship between Primary Health Care and Home Care in the organization of this type of care to cope with the pandemic. **Methods:** This is a descriptive and analytical study with a qualitative approach and interviews with fourteen Primary Health Care and Home Care workers from one municipality. The analysis followed Ricoeur's hermeneutic theoretical framework. **Results:** Team flexibility was identified to avoid disruption to home care. Strategies to create and maintain home care were described, even in the midst of an unfavorable scenario. Staff initiative contrasted with management decisions that deflated primary care and reduced the number of active Community Health Agents, making management in the area difficult. **Conclusions:** As strategies for coping with future public health emergencies, we conclude that it is necessary to take advantage of the existing potential - such as territorial distribution, care close to home and attachment to users - that teams such as Primary Health Care and Home Care offer, and even reinforce these actions, rather than the other way around. This text is the result of the Professional Master's Degree in Family Health (PROFSAÚDE).

## RESUMEN

**Introducción:** El enfrentamiento a la pandemia de covid-19 ha impuesto numerosos reordenamientos en el sistema de salud brasileño para mitigar un posible colapso ante el fuerte aumento de casos. **Objetivo:** Analizar la interrelación entre la Atención Primaria de Salud y la Atención Domiciliaria en la organización de este tipo de atención para enfrentar la pandemia. **Métodos:** Se trata de un estudio descriptivo y analítico con un abordaje cualitativo, con entrevistas a catorce trabajadores de Atención Primaria de Salud y Atención Domiciliaria de un municipio. El análisis siguió el marco teórico hermenéutico ricoeuriano. **Resultados:** Se constató la flexibilidad de los equipos para evitar la interrupción de la atención domiciliaria. Se describieron estrategias para crear y mantener la atención domiciliaria, incluso en medio de un escenario adverso. La iniciativa personal de los trabajadores contrastó con las decisiones de gestión, que vaciaron la Atención Primaria de Salud y redujeron el número de Agentes Comunitarios de Salud activos, lo que dificultó la gestión en el territorio. **Conclusiones:** Como estrategias para hacer frente a futuras emergencias de salud pública, concluimos que es necesario aprovechar el potencial existente -como la distribución territorial, la atención de proximidad y el vínculo con los usuarios- que ofrecen equipos como los de Atención Primaria de Salud y Atención Domiciliaria, incluso reforzando estas actuaciones, y no al contrario. Este texto es el resultado del programa de postgrado *stricto sensu* Maestría Profesional en Salud de la Familia (PROFSAÚDE).

## Keywords

Home Care Services;  
Home visit;  
Home Assistance;  
Covid-19.

## Palabras clave

Servicios de Atención Domiciliaria;  
Visita a casa;  
Asistencia a domicilio; COVID-19.

## Introdução

A infecção por SARS-CoV-2, também conhecido como novo coronavírus, provocou grande impacto epidemiológico e social, assim como nos serviços de saúde, chegando de forma avassaladora e causando morbidade e mortalidade em todo o mundo. Com manifestações graves, como pneumonia e insuficiência respiratória aguda, trata-se de um vírus altamente contagioso e letal, com a gravidade do quadro por ele produzido dependendo de fatores de risco, como idade e comorbidades, entre outros (1).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 11 de março de 2020, oficialmente a infecção pelo SARS-CoV-2 como uma pandemia (2). A partir de então, o SUS vem apresentando fragilidades diversas em sua estrutura, o que tornou o enfrentamento da pandemia ainda mais difícil, colocando o desempenho brasileiro no combate à Covid-19 como um dos piores do mundo (3).

O enfrentamento político da crise no Brasil, através de discursos contraditórios relacionados às ações nas diferentes esferas governamentais, gerou, em parte, uma minimização das medidas de controle da transmissão e, como consequência direta, uma grande procura da população por atendimento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (4). Tal demanda súbita exigiu novos esforços por parte dos gestores e equipes nas várias instâncias do sistema, a fim de responder às demandas da pandemia, e, nesse movimento, as articulações se deram sobre propostas de reorganização das RAS.

A ênfase inicial, diante da grande letalidade e das complicações causadas pela doença, foi em equipar a atenção hospitalar. Nesse processo, muitos municípios de médio e grande porte – em alguns estados, com coordenação e incentivo estaduais – concentraram seus esforços em deslocar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) para a Rede de Urgência e Emergência (RUE) (5). O contingente de pessoal para esse enfrentamento também se mostrou muito fragilizado e aquém das necessidades exigidas. As altas taxas de contaminação pelo vírus da Covid-19 impactaram diretamente a gestão dos hospitais, diante da necessidade de oferta de leitos por um tempo prolongado (6).

A dificuldade de acesso e o aumento da demanda na porta de entrada dos serviços de saúde, nos últimos anos, influenciou a implantação de políticas que assegurassem o direito de acesso aos usuários do SUS. A APS é o primeiro nível de atenção em saúde, caracterizando-se por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma

atenção integral que impacte positivamente a situação de saúde das coletividades (7).

A atenção domiciliar (AD) apresentou-se também como uma opção particularmente efetiva, cujos objetivos estratégicos incluíram: a interrupção da transmissibilidade ao manter as pessoas em casa; um atendimento seguro no domicílio; e o fornecimento de leitos hospitalares por meio da desospitalização de pacientes com Covid-19 estáveis, possibilitando a continuidade dos cuidados em casa (8). A AD representou, para os municípios que escolheram fortalecê-la nesse período, uma estratégia importante para as RAS, possibilitando que menos usuários percorressem desnecessariamente os equipamentos de saúde, diminuindo, com isso, o risco da exposição ao SARS-CoV-2 (9).

Nessa perspectiva, o estudo teve como objetivo analisar a inter-relação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Domiciliar (AD) na organização dessa modalidade de cuidado, no enfrentamento da pandemia Covid-19 em um município do Paraná.

## Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e analítica sobre os processos de trabalho e arranjos organizacionais operados por equipes da APS com o foco na AD. O estudo foi realizado no município de Maringá, no noroeste do estado do Paraná, região Sul do Brasil, com uma população estimada de 436.472 habitantes, em 2021 (10).

Os dados foram coletados durante o segundo semestre de 2021 com 14 participantes. Os participantes foram oito trabalhadores (seis enfermeiros e dois médicos) da APS, das quatro unidades básicas de saúde (UBS) do município que tinham maior demanda de casos relacionados à AD, de acordo com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município. Também foram entrevistados seis profissionais do SAD (dois enfermeiros, dois assistentes sociais, um médico e um fisioterapeuta), serviço esse criado um pouco antes do início do nosso estudo, no primeiro semestre de 2020.

Os participantes foram identificados através da letra “E” de entrevistado, seguido pela letra “A” de atenção primária e “S” de serviço domiciliar, ambas seguidas de um numeral indicativo do número da entrevista, ficando, por exemplo, assim codificados: EA1...EA8 e ES1... ES6.

Para o recrutamento dos participantes, foi realizado um levantamento com todos os nomes dos trabalhadores das quatro unidades de saúde da atenção básica (UBS) do município que apresentavam maior demanda de casos relacionados à AD. O contato deu-se por telefone. Para aqueles que aceitavam participar

da pesquisa, a pesquisadora principal formalizava, então, o convite e agendava a entrevista. Uma versão eletrônica do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) foi encaminhada aos participantes para a concordância.

As entrevistas foram semiestruturadas, seguindo os temas seguintes: a experiência de atendimento domiciliar durante a pandemia, o acompanhamento das pessoas que precisam de cuidados domiciliares, a procura pelos serviços na UBS e no SAD, a organização dos serviços para atender às demandas, o trabalho em saúde nas RAS, a relação entre os serviços UBS e SAD e as mudanças nos serviços em relação à Covid-19. Perguntas similares, mas com as mesmas temáticas, foram utilizadas tanto para os trabalhadores da APS quanto para os do SAD, realizando-se as adaptações pertinentes.

Para a categorização, foi utilizada, como referencial teórico, a hermenêutica ricoeuriana (11). Após a transcrição por meio do *software* Microsoft Word®, manteve-se o sentido das falas originalmente criadas pelos participantes. Foram sintetizados os textos, enfatizando-se as ideias repetidas. Os vícios de linguagem foram transformados em escrita, para tornar o texto mais compreensível, sem perder a essência das falas dos entrevistados. Depois, foi criada uma tabela no *software* Microsoft Excel (2003)®, agrupando-se as falas semelhantes, a fim de organizar o material em categorias. Seguiu-se, assim, o preceito hermenêutico de buscar o significado a partir dos fenômenos emanados dos discursos (11).

Utilizou-se como apoio para a análise dos dados o referencial da hermenêutica e as bases conceituais da Política Nacional de Atenção básica (12) e das Políticas Nacionais de Atenção Domiciliar (8,13-14), no que se refere ao trabalho em equipe, à interdisciplinaridade e à organização dos serviços.

Este estudo atendeu ao disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que versa sobre as diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisa com seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná – UFPR (parecer n.º 5.002.530; CAAE n.º 50513921.7.0000.0102).

## Resultados

Os entrevistados foram, em sua maioria, do sexo feminino, com no mínimo dois anos de atuação no serviço na APS e um ano de atuação no SAD. Para a análise das entrevistas dos participantes, criaram-se três categorias de discurso, apresentadas a seguir.

## Cenário de dificuldades relacionado à realização de visitas domiciliares na APS durante a COVID-19

As histórias narradas revelaram um cenário de dificuldades para a realização das visitas domiciliares (VD) no contexto da APS, chegando, em alguns casos extremos, à interrupção do atendimento durante a pandemia. De forma geral, as dificuldades para a realização das VD no contexto da APS demonstraram-se atreladas às mudanças ocorridas na RAS, no que tange às decisões da gestão municipal para o enfrentamento da pandemia, através de decretos municipais, observando-se o retraimento das ações de cuidado.

*Quando estourou o “boom” da pandemia veio a ordem lá de cima: para tudo, para tudo, a gente cancelou a agenda de todos os médicos, inclusive de visita domiciliar, parou tudo, tudo. (EA1)<sup>1</sup>*

*A gente tinha uma rotina antes da pandemia e a gente, é, organizava as visitas. Como, quando começou a pandemia, aí a gente acabou meio que cessando as visitas. (EA4)*

A equipe da atenção domiciliar aponta que, no momento inicial da pandemia, as equipes das UBS se retraíram. Houve temor de realizar visitas tanto pelo medo da transmissibilidade do vírus como pela demanda maior que aportava nas UBS. Um tempo foi necessário para que as atividades domiciliares fossem retomadas. Além disso, a continuidade dessa atividade foi, de acordo com os entrevistados, uma iniciativa da equipe e não das diretrizes gerenciais vigentes. Apesar desse direcionamento da gestão, a equipe retomou as VD, com o apoio do SAD, embora de forma limitada, em razão do número reduzido de profissionais.

*E aí, quando a covid vem e fala ‘você não pode entrar na casa, você não pode mais fazer determinadas coisas’, essa equipe se retrai, volta para dentro da UBS e fica ali no atendimento ambulatorial. E toda a estrutura da atenção básica, ela acabou, acho, que se perdendo, mas ela, ela retraiu. (ES2)*

*A gente como equipe não deixou de fazer visita domiciliar, era limitado...eu tive dois agentes de saúde afastados e o médico também... ficou afastado onze meses. (EA6)*

Esse deslocamento dos trabalhadores da saúde do município para outros serviços de saúde que não a APS gerou quebra da longitudinalidade de diversos atendimentos, o que também prejudicou o planejamento das VD. Isso foi relatado como uma “dificuldade muito grande de dar andamento” (EA3) à AD. Muitos usuários procuravam por suas equipes no intuito de serem atendidos, de encontrarem os seus

<sup>1</sup> Procurou-se manter a sintaxe e o vocabulário dos participantes.

profissionais de referência, mas muitos deles não estavam mais lá, pois haviam sido remanejados para outros pontos de atenção.

### Reorganização das equipes de APS para realizar as visitas domiciliares

As dificuldades apontadas acima, geradas tanto pela pandemia de Covid-19 quanto pela gestão municipal, tornou necessária a reorganização das equipes de saúde para atender às demandas da população. Os profissionais informaram certa preocupação em manter o acesso dos usuários ao serviço de saúde, respeitando as limitações impostas pela pandemia.

*Eu acho que a pandemia trouxe isso para mostrar assim, a gente não consegue, é... planejar e realizar, a gente recebia a demanda. (EA2)*

*(...) então eu fiquei nesse ano todo com uma agente de saúde só. E o médico também contraiu covid... Mesmo assim a gente não deixou de fazer as visitas domiciliares. (EA6)*

Organizaram-se, assim, atendimentos através de contato telefônico, e, de acordo com as necessidades e com o andamento das solicitações, foram planejadas novas VD. Relatou-se que tal estratégia de contato possibilitou manter a continuidade, facilitando, mesmo que por via telefônica, o acompanhamento da população adscrita ao território. Alguns entrevistados trouxeram esta reflexão, que seria importante manter um vínculo através desse tipo de monitoramento.

*Então assim, se tinha que fazer alguma visita domiciliar, era eu que tinha que estar indo avaliar esse paciente e verificando se encaminhava, se acionava o SAD, se o médico. (EA2)*

A equipe da atenção domiciliar do município também relatou que foi mandatório se articular com as equipes da APS. Relataram reconhecer a importância da Atenção Básica (AB), principalmente quanto à facilidade de acesso e à proximidade das famílias, embora o aumento da demanda oriunda dos casos de COVID tenha sido uma barreira para começarem a discutir os casos e planejarem ações de forma articulada. Identificaram que a adscrição desse usuário – assim que inserido em um banco de informações no SAD, relacionando-o com o território de onde ele veio – agilizou a comunicação com as UBS.

*Então a gente precisa trabalhar ainda em conjunto. Só que a gente vai descobrir ainda as formas de que cada um abrace um pouco do seu serviço. Se é uma atenção domiciliar, é um serviço contínuo. (ES1)*

*A gente comunica sempre quando inclui o paciente para que a UBS tome ciência dessa inclusão. Então logo que o paciente entra a gente também faz essa ponte inicial para que equipe tenha ciência e faça o acompanhamento também. (ES3)*

## A comunicação e o cuidado compartilhado entre SAD e APS

As características e conformações da RAS em face da realidade da pandemia trouxeram angústias e desafios para os entrevistados da APS, que demonstravam desconhecer o novo dispositivo (o SAD) como pertencente à rede para o enfrentamento à pandemia. No entanto, os relatos apontam para a potencialização de certas demandas represadas.

*Eu conheci o SAD quando eu estava em outra UBS, que o pessoal foi lá apresentar o fluxo de atendimento... como que poderiam ser encaminhados! (EA2)*

*O SAD já tem um prontuário eletrônico, a gente consegue estar acompanhando o trabalho. Então, o SAD vem às vezes, faz o curativo, a gente dá o suporte quando precisa também dos outros dias para fazer curativo, orientar. (EA4)*

*A gente teve que aprender a fazer é uma ponte com essa atenção básica que tinha se estagnado naquele momento por conta da demanda da covid, né? (ES2)*

As ações de fortalecimento mútuo se destacaram entre equipes de ambos os serviços. Outro destaque apontado nas entrevistas foi a comunicação entre os pontos de atenção no contexto da AD, que criou um vínculo entre as equipes. A construção de uma regularidade de espaços de comunicação com a UBS, através de reuniões periódicas, foi fundamental para a manutenção das ações de AD. Na visão dos profissionais do SAD, esse tipo de estratégia foi necessário para garantir um espaço de negociação e definição de ações conjuntas junto com a APS. Um dos profissionais apontou que a comunicação foi importante para que o fluxo de rede acontecesse entre os serviços e sugeriu o uso das “ferramentas digitais” como dispositivos de transferências de informações.

*Porque daí, se eu tenho que o paciente precisa continuar o cuidado lá na atenção básica, eu preciso que essa atenção básica tenha uma linha de comunicação comigo. E algumas vezes isso ficou um pouco fragilizado... foi um momento, assim, de repensar formas de comunicação. Porque, hoje, o serviço – eu não sei se isso foi uma coisa que até de certa forma positiva –, mas, por exemplo, hoje a gente teve que aprender a lidar com ferramentas digitais que a gente não usava. (ES2)*

Para outros participantes, houve problemas na comunicação entre ambos os serviços, assim como fragilidade na prestação de cuidado em saúde por parte da APS.

*A gente (do SAD) não conseguiu ver um “feedback”. O retorno, nós só temos quando nós vamos atrás.....então, a gente acaba ouvindo esse retorno do familiar (que atendemos apenas). (ES1)*

*Com o SAD, então assim, diretamente, eu nunca tive, assim, um relacionamento com o SAD, né? Então, para a gente poder ter um número direto que eu posso ligar, que eu posso trocar uma ideia antes de estar fazendo minha conduta...até seria interessante se tivesse, né? (EA7)*

## Discussão

Verificou-se, através dos resultados, que a iniciativa e a flexibilidade dos profissionais de APS foram essenciais para a manutenção do atendimento integral da população adscrita aos serviços de AB analisados com o apoio do serviço especializado de AD. A iniciativa pessoal dos trabalhadores, que permitiu a continuidade da realização de VD e a criação de novas ferramentas de comunicação, contrastou com decisões de gestão que deslocaram trabalhadores das unidades e esvaziaram a APS, reduzindo, por exemplo, o número de agentes comunitários de saúde (ACS) em atividade. Enquanto a adaptação das equipes demonstrou a resiliência da APS diante de momentos de crise, as medidas adotadas pelas diversas esferas governamentais terminaram por dificultar e comprometer as ações no território durante o período de pandemia (15).

A desmobilização da APS não foi exclusividade do município analisado. Durante a pandemia, houve ênfase inicial na estruturação da assistência hospitalar, dos serviços de urgência, de triagem Covid-19 e de terapia intensiva nos municípios de médio e grande porte do Brasil, o que levou a uma consequente desmobilização das UBS, com o deslocamento de profissionais das equipes para os polos de atendimento especializado a vítimas da Covid-19 e o redirecionamento dos recursos da APS para a assistência hospitalar, favorecendo o enfraquecimento daquela (16). Ademais, o SUS, a partir do governo ultraliberal de 2019-2022, foi ainda mais desfinanciado, vivenciando um grande desmantelamento de programas antes conformados como políticas de Estado. A própria APS teve seu financiamento reduzido com o fim dos incentivos à saúde bucal e aos núcleos de especialistas, que antes apoiavam as ações do território (17).

Ademais, a matriz avaliativa do Ministério da Saúde para a APS regrediu para um modelo que induzia um produtivismo focado em realização de procedimentos apenas. Os indicadores avaliativos, antes amplos e que mensuravam as dimensões estruturais e de resultados, foram reduzidos a apenas sete, que mediam apenas processos. Essa mudança, induzida pelo governo ultraliberal da época, relegou elementos de articulação entre serviços, de gestão da clínica e das subjetividades dos processos de trabalho, próprios da área de saúde, ao último plano (18).

Apesar desse esvaziamento da APS, observou-se uma grande mobilização de gestores das diferentes esferas estaduais no sentido de responder às demandas da pandemia – com a maior ênfase recaindo sobre uma reorganização das RAS para atender à população – que não envolviam diretamente o fortalecimento da APS. Constatou-se que a criação e a valorização de novos canais de comunicação entre as equipes e com a comunidade, apesar de informais, contribuíram para um telemonitoramento efetivo no domicílio. Portanto, as equipes da APS revelaram maleabilidade e versatilidade, mesmo nas situações mais adversas da pandemia, a despeito de decisões que a gestão, seguindo uma tendência que predominava no SUS naquele momento, entendeu como necessárias (19).

Tal resiliência do SUS pode ser explicada pelo histórico e base social de sua formação. Na pandemia, apesar do descaso em termos de planejamento e financiamento para as ações e programas de saúde, os trabalhadores, gestores e usuários do sistema atuaram para articular e propor soluções locais para o funcionamento da rede. O replanejamento foi constante em face dos desdobramentos da pandemia e dos desafios impostos pelos embates políticos travados com o Governo Federal. Órgãos, como CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), secretarias estaduais e municipais de saúde, a grande custo de seus gestores, assumiram funções de regulação e planejamento regional, outrora de responsabilidade federal (20).

Essa resiliência da gestão do sistema ocorreu não apenas no plano macro-organizacional. Diversos trabalhos (21-23) relatam experiências e estratégias provenientes de saberes locais e lógicas organizacionais inventivas, como as que presenciamos entre SAD e APS em nossa pesquisa. Verificamos uma rearticulação da clínica a partir dos trabalhadores, reatando contatos personalizados entre pessoas de diferentes pontos da rede e retomando o formato matricial de fazer rede, em alguns cenários (23). Por mais que não fossem oriundos de uma diretriz federal, esses formatos personalizados de articulação do cuidado mostraram-se mais efetivos para a inclusão da integralidade do usuário, facilitando um seguimento compartilhado de casos complexos, como aqueles que necessitam de AD.

Diante de todas as adversidades que ameaçam a continuidade do cuidado de pacientes que necessitam de AD, as unidades tiveram que se reinventar e aderir a “novas” maneiras para manter o vínculo com os pacientes, sendo adotadas a utilização dos recursos tecnológicos e estratégias de cuidado e orientação por meio de ligações telefônicas. A importância de tais estratégias de articulação foi corroborada por outros estudos (9,24-25).

A AD, portanto, é uma estratégia que transcende serviços e deve ser desenvolvida de forma intrassetorial, com serviços de saúde da Rede de Atenção. A estratégia, em si, embora pouco aproveitada, poderia ter um papel ainda mais impactante no combate à pandemia, por atuar em três pontos: (I) cessar a transmissão de humano para humano, ao proteger as pessoas em casa; (II) identificar precocemente, isolar e cuidar de pacientes infectados, oferecendo tratamento diferenciado; e (III) disponibilizar leitos hospitalares com desospitalização ágil de pacientes hospitalizados infectados por COVID-19 ou por outra doença, dando continuidade ao tratamento em seu domicílio (26). Esse ponto dialoga com os nossos achados, pois, nas entrevistas, foram apontadas as contribuições do diálogo com o SAD para a consolidação de um trabalho em rede, numa relação dialógica e reflexiva, buscando os alicerces dos atributos da APS.

A AD configura-se, portanto, como atribuição da APS; pois, no cuidado domiciliar e comunitário, se inscreve no papel de conhecedora das condições de saúde, familiares e sanitárias das pessoas sob responsabilidade de cada equipe. Se, por um lado, a AD tem um arcabouço clínico, destinado a realizar cuidados por meio de procedimentos técnicos e orientações; por outro, necessita de uma abordagem territorial, a fim de conhecer a casa e os elementos comunitários que podem auxiliar no cuidado ampliado de uma família (27). Dessa forma, as ações, para não serem unilaterais, necessitam de alguns arranjos organizacionais, que vimos ao longo do nosso trabalho, seja por estabelecimento de espaços coletivos de planejamento entre as UBS e equipes do SAD, seja pela criação de canais eletrônicos mais facilitados, ou, ainda, pelo acompanhamento, por ambas as equipes, da clientela adscrita. Tais arranjos podem proporcionar uma continuidade ao processo de cuidar, remetendo a um processo de construção dessa relação com a APS, mesmo diante de seu assolamento.

Demonstra-se, assim, a importância de arranjos antes advindos da antiga Política Nacional de Humanização (PNH) (reuniões de equipe, planejamento conjuntos, personalização das referências e contrarreferências etc.), valores que continuam vivos na tradição organizativa do sistema, principalmente entre os trabalhadores. A PNH foi um exemplo de política focada nas articulações intrassetoriais do cuidado e em arranjos organizacionais democráticos e centradas no usuário (28). Considerando-se a tradição participativa e de construção coletiva, é possível explicar a alta adesão dos trabalhadores a essa política, o que manteve seus princípios independentemente da política oficial vigente. Essa adesão também é reflexo da importância da dimensão da gestão da clínica na APS. Esses trabalhadores demonstraram a necessidade da articulação de redes, das discussões de casos que foram negligenciadas pelo paradigma avaliativo focado apenas na produção de procedimentos.

A pandemia, além de reafirmar a importância da APS para o sistema de saúde, trouxe um alerta de que, apesar dos inúmeros desafios que estão sendo enfrentados, a APS deve ser fortalecida para que se encontrem meios para superá-los, a fim de garantir a universalidade e a integralidade no cuidado. Devem-se aproveitar as potencialidades já existentes – como a distribuição territorial, o cuidado de proximidade e o vínculo com os usuários – para ofertar um maior suporte e acesso às diversas estratégias possíveis no combate à Covid-19. Mesmo que se criem estratégias e arranjos específicos para a atenção domiciliar, como o SAD, eles não podem prescindir da tradição e da potência de atenção à saúde da APS (29).

Como limitações do estudo, observa-se que o SAD foi implantado no início da pandemia, não havendo, assim, possibilidade de um comparativo dessas relações entre os serviços analisados com o que ocorria antes do surgimento da Covid-19.

## Conclusão

Seguindo a realidade do cenário nacional durante a pandemia, presenciamos, do ponto de vista federal, um descaso da função articuladora e gestora da emergência de saúde pública que foi a COVID-19. Tal inação resultou em um esvaziamento da APS, o que trouxe dificuldades para que as ações no território fossem manejadas. Em oposição a isso, observou-se grande resiliência das equipes, tanto da APS quanto do SAD, no âmbito da AD, no sentido de manter o cuidado integral e longitudinal dos pacientes, a despeito de decisões dos gestores que pudessem obstar a devida atenção em saúde.

A AD é uma atividade que depende de arranjos de gestão da clínica – como ações conjuntas, reuniões de planejamento, e coordenação do cuidado – para que se articulem diversos outros recursos do território. As equipes se valeram de tradições prévias organizacionais próprias da antiga PNH – como a valorização do vínculo com os usuários, a personalização dos contatos entre o SAD e as equipes da APS, o planejamento de ações conforme adscrição de clientela territorial e a prática da discussão de casos – como estratégias de enfrentamento dessa emergência em saúde pública. Concluímos pela necessidade de aproveitamento das potencialidades já existentes da APS para o fortalecimento da AD com o apoio dos serviços de especialidade, no sentido de fortalecer a primeira, valorizando os atributos essenciais da própria APS, como a integralidade, a proximidade com o território e a coordenação do cuidado.

Este texto é fruto do programa de pós-graduação *stricto sensu* Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

## Referências

1. Farias LABG, Colares MP, Barreto FKA, Cavalcanti LPG. O papel da atenção primária no combate ao Covid-19. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15(42):2455. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2455](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2455). Acesso em: 09 jul. 2023
2. World Health Organization. Discurso de abertura do Diretor-Geral da OMS na conferência de imprensa sobre COVID-19, realizada em 11 de março de 2020. Genebra: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-oncovid-19---11-march-2020>. Acesso em: 14 ago. 2022.
3. Souza RP. Covid-19 no Brasil: um flagelo em busca de sua metáfora. In: Teixeira CA et al. Covid-19 e atenção primária as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/ PROFSAÚDE, 2020. 142 p.
4. Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TBE, Slomp Junior H, Cruz KT. Crisis as potentiality: proximity care and the epidemic by Covid-19. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25(Supl. 1): e200379. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Acesso em: 14 ago. 2022.
5. Favoreto CAO. Atenção primária forte: elemento central no combate à pandemia de covid-19. In: Teixeira CA et al. Covid-19 e atenção primária as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE). Rio de Janeiro: Anais/Sessões temáticas/ PROFSAÚDE, 2020. 142 p.
6. Rache B, Rocha R, Nunes L, Spinola P, Massuda A. Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid-19. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde; 2020. (Nota Técnica, 7). Disponível em <https://ideas.repec.org/p/amc/tecnol/007.html>. Acesso em: 14 ago. 2022.
7. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, pág. 52-81 2002.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_domiciliar\\_melhor\\_casa.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_domiciliar_melhor_casa.pdf). Acesso em 12 ma. 2023.
9. Savassi LCM, Reis GVL, Dias MB, Vilela LO, Ribeiro MTAM, Zachi MLR, Nunes MRPTM. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15 (42): 2611. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2611](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2611). Acesso em 12 mai. 2023.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2022. Disponível em: [www.cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama](http://www.cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/maringa/panorama). Acesso em 12 mai. 2023.
11. D' Assunção Barros J. Tempo e narrativa em Paul Ricoeur: considerações sobre o círculo hermenêutico. *Revista de História e estudos culturais*; v.9, n.1, p.1-27.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 12 mai. 2023.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Domiciliar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2016/prt0825\\_25\\_04\\_2016.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau delegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html). Acesso em 12 mai. 2023.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.: il. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_domiciliar\\_primaria\\_sau.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_domiciliar_primaria_sau.pdf). Acesso em 12 mai. 2023.
15. Paim, JS. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. spe5, pp. 15-28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>. Acesso em 12 maio 2023.
16. Mota PHS, Santana FR, Rizzotto MLF, Cury GC, Giovanella L, Facchini LA et al. A Atenção Primária à Saúde e o cuidado aos usuários com COVID-19 nas regiões brasileiras. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023;28(12):3451-60. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/RDThVQcPhnQdrtVWky6Ny/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 03 mar. 2024.
17. Marques RM, Ferreira MRJ. O financiamento do SUS no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Brazil J Polit Econ* [Internet]. 2023Apr;43(2):465-79. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/9cxF8w3r3PHBdxWyyJyc37D/abstract/?lang=pt>. Acesso em 03 mar. 2024.
18. Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MF. Governança federal na construção da política de enfrentamento à COVID-19 na atenção primária à saúde brasileira. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2023;28(12):3643-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tGqGrVvm9ZWqDrdrvDvXN4zD/>. Acesso em 03 mar. 2024.
19. Mendes Á, Carnut L, Melo M. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. *Saude soc* [Internet]. 2023;32(1):e210307pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLQ5wL5wHGjtjntNS/>. Acesso em 03 mar. 2024.

19. Furtado JHL, Queiroz CR, Andres SC. Atenção primária à saúde no Brasil [livro eletrônico]: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande: Editora Amplla, 2021. 356 p. **Disponível em:** <https://ampllaeditora.com.br/books/2021/04/eBook-Atencao-Primaria.pdf> Acesso em 03 mar. 2024.
20. Castro JL, Magnago C, Belisário SA, Ribeiro SS, França T, Pinto ICM. A gestão da pandemia de covid-19 e as suas repercussões para o gestor do SUS. Saude soc [Internet]. 2023;32:e230491pt. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023230491pt>. Acesso em 03 março 2024.
21. Bortoli MC, Sanine PR, Araújo BC, Oliveira CF, Costa MIS, Tesser TR. Estratégias dos serviços de Atenção Primária durante a pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão de escopo. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023;28(12):3427–37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/WTwFjxsB6zg5385fd8JbfZR/>. Acesso em 03 mar. 2024.
22. Anéas TV, Lima MN, Braga FJL, Oliveira TL, Menezes NTA, Viana MMO *et al.* Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023;28(12):3483–93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.06062023>. Acesso em 03 mar. 2024.
23. Mattos MP, Gutiérrez AC. Novas conformações do apoio matricial em tempos de pandemia de COVID-19. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2023;28(12):3495–506. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yqpDMkck3gjfb3pz98VddD/>. Acesso em 03 mar. 2024.
24. Silva JL, Teston EF, Marcon SS, Arruda BCCG, Ramos AR, Batiston AP. Perception of health professionals about shared care between primary care and home care. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2021, v. 42, e20200410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200410>. Acesso em 03 mar. 2024.
25. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 6, e00104120. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>. Acesso em 03 mar. 2024.
26. Tonin L, Lacerda MR, Caceres NT de G, Hermann AP. Recommendations in covid-19 times: a view for home care. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73:e20200310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0310>. Acesso em 02 mai. 2024.
27. Savassi LCM. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016;11(38):1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf11(38)1259). Acesso em 02 mai. 2024.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização, 1ª Edição, Brasília-DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em 02 maio 2024.
29. Franco TB, Hubner LC. A Atenção Básica e os cuidados intermediários: um debate necessário. Saúde em Debate [online]. v. 44, n. 125, pp. 516-526. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012518>. Acesso em 02 mai. 2024.

**Como citar**

Neri AP, Slomp Junior H, Stefanello S, Fabri CA, Ribeiro CB, Santos DVD Atenção domiciliar e Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da pandemia Covid 19: análise de uma experiência. Revista Portal Saúde e Sociedade, 9 (único): e02409007esp-2. DOI: 10.28998/rpss.e02409007esp-2



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*

Redação preliminar; Concepção e/ou delineamento do estudo; Aquisição, análise ou interpretação dos dados; Revisão crítica da versão preliminar: APN, HSJ, SS, CAF, CBR, DVDS. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.