

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA NERI

ATENÇÃO DOMICILIAR JUNTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID 19: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA
DE IMPLANTAÇÃO

CURITIBA

2022

ANA PAULA NERI

ATENÇÃO DOMICILIAR JUNTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID 19: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA
DE IMPLANTAÇÃO

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção de grau de Mestre em Saúde da Família,
no departamento de saúde coletiva, Setor de
Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Paraná

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos
Santos
Co-orientador: Professor Dr. Helvo Slomp Junior

CURITIBA

2022

N445

Neri, Ana Paula

Atenção domiciliar junto da atenção primária à saúde no enfrentamento da pandemia covid 19: análise de uma experiência de implantação [recurso eletrônico] / Ana Paula Neri. – Curitiba, 2022.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos
Coorientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

1. Serviços de assistência domiciliar. 2. Gestão em saúde. 3. Covid-19. 4. Hermenêutica. I. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos. II. Slomp Junior, Helvo. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WY 115



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA 33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ANA PAULA NERI** intitulada: **A ATENÇÃO DOMICILIAR JUNTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA COVID 19: ANÁLISE DE UMA EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO**, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 12 de Agosto de 2022.

Assinatura Eletrônica

17/08/2022 10:54:41.0

DEIVISSON VIANNA DANTAS DOS SANTOS

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

22/08/2022 11:22:08.0

LEONARDO CANÇADO MONTEIRO SAVASSI

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

Assinatura Eletrônica

17/08/2022 10:43:13.0

CREMILDE APARECIDA TRINDADE RADOVANOVIC

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

rua Padre Camargo, 280, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: profsaudeufpr@gmail.com Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015 Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 215765.

Para autenticar este documento/assinatura, acesse
<https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 215765

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Deivisson Vianna Dantas dos Santos e o Co-orientador Professor Doutor Helvo Slomp Junior, por toda a paciência, empenho e sentido prático com que sempre me orientaram neste trabalho. Muito obrigada por terem me corrigido quando necessário sem nunca me desmotivar, mas sempre por buscar o conhecimento desvelado através da pesquisa, da observação e do processo de dialética. Desejo igualmente agradecer à minha família, minha esposa Clície, meus filhos Gabriel, Lara e Lohan pelo apoio incondicional que me deram, em especial a minha mãe Salete que esteve ao meu lado em todas as adversidades que surgiram no meio do caminho. Agradeço à minha amiga querida, minha conselheira durante essa jornada, que me deu forças para concluir esse trabalho a Professora Doutora Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic. Quero também mencionar aqui os colegas de trabalho que foram essenciais para elaboração deste trabalho, assim como aos professores do PROFSAUDE pela parceria, disponibilidade e ao qual acarretaram em melhorias na construção desta pesquisa.

Presto agradecimento do trabalho com enorme admiração ao autor de vários trabalhos que me inspiraram as minhas reflexões ao desafio novo que emergia frente ao período de pandemia, com quem aprendi tanto durante a elaboração da mesma, o Professor Doutor Leonardo Cançado Monteiro Savassi, carinhosamente chamado pelo Prof. Deivisson como o "Leo".

A todos os que, de alguma maneira, contribuíram comigo nesse caminhar, tanto pessoal como profissional, meus sinceros agradecimentos.

“Tempo é viver, é celebrar, é conhecer. Tempo é poder amar ao nosso tempo. O tempo só pode ser a mágica de fazer tudo acontecer e possibilitar que os sonhos possam florescer, leve o tempo que precisar” (Jeniffer Harth)

RESUMO

A pandemia covid-19 acelerou um processo já em curso de enfraquecimento e retrocesso de diversos processos de trabalho próprios da Atenção Primária à Saúde. A atenção domiciliar foi um dos aspectos mais atingidos, entretanto a tradição do Sistema Único de Saúde brasileiro continua a construir arranjos que se contrapõe a esta adversidade. Os Objetivos dessa dissertação foram identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária relacionadas a coordenação do cuidado da atenção domiciliar durante da Pandemia de Covid-19 e Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde pertencentes à Atenção Primária à Saúde para desempenharem as ações de cuidado. À saúde em cuidados domiciliares e compreender como os trabalhadores do Serviço de Atenção Domiciliar articulam esta forma de cuidado com as equipes de Atenção Primária à Saúde de sua referência, durante a pandemia Covid-19. Pesquisa qualitativa, descritiva e analítica sobre os processos de trabalho e arranjos organizacionais operados por equipes da Atenção Primária à Saúde com o foco na Atenção Domiciliar. Os dados foram coletados durante o 2º semestre de 2021. Os participantes foram oito trabalhadores (seis enfermeiros e dois médicos) da Atenção Primária à Saúde de quatro unidades de saúde do município de Maringá-PR que possuíam maior demanda de casos relacionados a Atenção Domiciliar de acordo com o Serviço de Atenção Domiciliar do município. Também foram entrevistados seis profissionais do Serviço de Atenção domiciliar (dois enfermeiros, dois assistentes sociais, um médico e um fisioterapeuta). As entrevistas foram abertas com perguntas disparadoras sobre a temática e a categorização seguiu a hermenêutica ricoueriana como referencial teórico. Verificou-se através dos resultados que a iniciativa dos profissionais em manter o acesso, o atendimento a demanda foi essencial, assim como a flexibilização e adaptação das equipes em manter a integralidade, uma vez que as equipes de maneira geral foram deslocadas para as frentes de atendimento Covid-19. A iniciativa pessoal dos trabalhadores contrastou com as decisões de gestão que deslocaram trabalhadores das unidades, esvaziando a Atenção Primária à Saúde e reduzindo os agentes comunitários de saúde em atividade, o que trouxe a dificuldade de acessar o território. Constatou-se a criação e valorização de novos canais comunicação entre as equipes e com a comunidade, que apesar de informal, contribui para tele monitoramento eficaz no domicílio. Portanto as equipes da Atenção Primária à Saúde revelaram amaleabilidade e versatilidade mesmo em situações mais adversas como a pandemia, a despeito de decisões necessárias da gestão. Demonstra-se a importância de arranjos antes advindos da antiga política nacional de humanização, que mesmo que não sendo o princípio norteador atual do Sistema Único de Saúde continua vivo na tradição organizativa do sistema principalmente entre os trabalhadores.

Descritores: Serviços de Atenção Domiciliar; Visita Domiciliar; Assistência Domiciliar. Hermenêutica. Gestão em saúde. COVID-19.

ABSTRACT

The covid-19 pandemic accelerated an ongoing process of weakening and setback of several work processes specific to Primary Health Care. Home care was one of the most affected aspects, however the Brazilian Unified Health System continues to build arrangements that oppose this adversity. We aimed to identify the strategies used by primary care health professionals related to the coordination of home care care during the Covid-19 Pandemic; Identify the strategies used by health professionals belonging to Primary Health Care to perform the coordination of health care in home care and understand how SAD workers articulate this form of care with the Primary Health Care teams of their reference, during the Covid-19 pandemic. Qualitative, descriptive and analytical research on work processes and organizational arrangements operated by Primary Health Care teams with a focus on Home Care. Data were collected during the 2nd semester of 2021. The participants were eight workers (six nurses and two doctors) of Primary Health Care from four health units in the city of Maringa-PR that had a greater demand for cases related to Home Care of agreement with the Municipal Home Care Service. Six professionals from the Home Care Service (two nurses, two social workers, a doctor and a physiotherapist) were also interviewed. The interviews were opened with triggering questions about the theme and the categorization followed ricoueriana hermeneutics as a theoretical framework. It was verified through the results that the initiative of the professionals in maintaining access, meeting the demand was essential, as well as the flexibility and adaptation of the teams in maintaining integrality, since the teams in general were moved to the fronts of Covid-19 service. The personal initiative of the workers contrasted with the management decisions that displaced workers from the units, emptying the Primary Health Care and reducing the community health agents in activity, which made it difficult to access the territory. It was found the creation and enhancement of new communication channels between teams and with the community, which despite being informal, contributes to effective telemonitoring at home. Therefore, the Primary Health Care teams revealed their malleability and versatility even in the most adverse situations such as the pandemic, despite misguided management decisions. It demonstrates the importance of arrangements that came from the old national policy of humanization, which, even though it is not the current guiding principle of the Unified Health System, remains alive in the organizational tradition of the system, especially among workers.

Descriptors: Home Care Services. Home calls. Hermeneutics. Health Management. COVID-19.

RESUMEN

La pandemia de covid-19 aceleró un proceso continuo de debilitamiento y retroceso de varios procesos de trabajo propios de la Atención Primaria de Salud. La atención domiciliaria fue uno de los aspectos más afectados, sin embargo, la tradición brasileña del Sistema Único de Salud continúa construyendo arreglos que se oponen a esta adversidad. Los Objetivos fueron identificar las estrategias utilizadas por los profesionales de salud de atención primaria relacionadas con la coordinación de la atención domiciliaria durante la Pandemia de Covid-19; Identificar las estrategias utilizadas por los profesionales de la salud pertenecientes a la Atención Primaria de Salud para realizar la coordinación de la atención a la salud en la atención domiciliaria y comprender cómo los trabajadores de la atención domiciliaria articulan esa forma de atención con los equipos de la Atención Primaria de Salud de su referencia, durante la pandemia de la Covid-19. Investigación cualitativa, descriptiva y analítica sobre los procesos de trabajo y arreglos organizacionales operados por equipos de Atención Primaria de Salud con enfoque en la Atención Domiciliaria. Los datos fueron recolectados durante el 2º semestre de 2021. Los participantes fueron ocho trabajadores (seis enfermeros y dos médicos) de la Atención Primaria de Salud de cuatro unidades de salud de la ciudad de Maringá-PR que tenían mayor demanda de casos relacionados con la Atención Domiciliaria de acuerdo con el Servicio Municipal de Atención a Domicilio. También fueron entrevistados seis profesionales del Servicio de Atención Domiciliaria (dos enfermeras, dos asistentes sociales, un médico y un fisioterapeuta). Las entrevistas se abrieron con preguntas desencadenantes sobre el tema y la categorización siguió como marco teórico la hermenéutica ricoueriana. Se verificó a través de los resultados que fue fundamental la iniciativa de los profesionales en el mantenimiento de los accesos, atendiendo la demanda, así como la flexibilidad y adaptación de los equipos en el mantenimiento de la integralidad, ya que los equipos en general se trasladaron a los frentes del Covid-19 Servicio. La iniciativa personal de los trabajadores contrastó con las decisiones gerenciales que desplazaron a los trabajadores de las unidades, vaciando la Atención Primaria de Salud y reduciendo la actividad de los agentes comunitarios de salud, lo que dificultó el acceso al territorio. Se constató la creación y potenciación de nuevos canales de comunicación entre los equipos y con la comunidad, que, a pesar de ser informal, contribuye a un efectivo telemonitoreo en casa. Por eso, los equipos de la Atención Primaria de Salud demostraron su maleabilidad y polivalencia incluso en las situaciones más adversas como la pandemia, a pesar de decisiones de dirección desacertadas. Demuestra la importancia de arreglos provenientes de la antigua política nacional de humanización, que, a pesar de no ser el actual principio rector del Sistema Único de Salud, permanece vivo en la tradición organizativa del sistema, especialmente entre los trabajadores.

Descriptor: Servicios de Atención de Salud a Domicilio. Visita Domiciliaria. Atención Domiciliaria de Salud. Hermenéutica. Gestión en Salud. COVID-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Circuito Hermenêutico	33
FIGURA 2 – O percurso.....	33
TABELA 1 – Características dos participantes entrevistados.....	34

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AD – Atenção domiciliar
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária em Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CEO – Centro de Especialidade Odontológica
CIEVS - Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde
COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019*
EMAD – Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP – Equipe Multiprofissional de Apoio
EPI's – Equipamentos de Proteção Individual
ESF – Estratégia Saúde da Família
HURM- Hospital Universitário Regional de Maringá
IDH – Índice de desenvolvimento humano
IST– Infecção Sexualmente Transmissível
IPARDES – Instituto Paranaense de desenvolvimento econômico e social
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNUD – Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento
MS – Ministério da Saúde
MT – Ministério do Trabalho
OOM – Órgão Oficial Municipal
OMS – Organização Mundial de Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RT– Residencial Terapêutica
RUE – Rede de urgência e emergência
SAD – Serviço de Atenção Domiciliar
SAMU – Serviço Móvel de Urgência
SAMDU – Serviço de Assistência Médico Domiciliar Urgência
SARS-CoV-2 – Infecção pelo COVID

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SEMUSP– Secretaria Municipal de Serviços Públicos

SUS– Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UEM- Universidade Estadual de Maringá

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

VD – Visita Domiciliar

WHO – *World Health Organization*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 A operacionalidade da atenção primária à saúde e o serviço de atenção domiciliar	16
1.2 A política de atenção domiciliar	18
1.3 A atenção domiciliar no enfrentamento à pandemia da covid-19	21
1.4 A chegada da pandemia e as mudanças da RAS	23
1.5 O início do serviço de atenção domiciliar.	25
2. OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral	26
2.2 Objetivos específicos.....	26
3. O PERCURSO METODOLÓGICO.....	27
3.1 O delineamento da pesquisa	27
3.2 Local da pesquisa.....	27
3.3 Participantes da pesquisa	28
3.4 Coleta de dados	28
3.5 Tratamento dos dados.....	29
3.6 Aspecto éticos	30
3.7 Referencial teórico.....	30
4. RESULTADOS	34
5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	48
7 - IMPLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A ÁREA DA SAÚDE	49
8- REFERÊNCIAS.....	51
APENDICE 1	58
APENDICE 2	59
ANEXO 1	60

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação tem como objeto de estudo a atenção domiciliar na atenção primária a saúde no enfrentamento a pandemia da covid-19.

O estudo está vinculado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), da Universidade Federal do Paraná (UFPR), o qual integra a área de concentração “Saúde da Família”. Visando fortalecer a linha de pesquisa “Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde”, busca-se, nesta dissertação, buscar respostas que me levassem a compreender melhor a relação de saberes e fazeres nas condições crônicas que, sabidamente, constituem-se em nó crítico para os serviços de saúde em razão de sua magnitude, longitudinalidade, integralidade coordenação de cuidado.

A motivação pela temática iniciou em uma operadora de plano de saúde, no Home Care, sendo este o meu primeiro contato com cuidados domiciliares. Após 4 anos, ingressei no SUS, na Estratégia Saúde da Família (ESF) por 8 anos em Maringá, o qual me levou a vivenciar a assistência do cuidado e assim, entender a importância da coletividade, das políticas públicas, na garantia do cuidado próximo. Ao longo dessa trajetória pude compreender os desafios enfrentados para alcançar o fortalecimento da APS, no que se refere ao percurso terapêutico do usuário na rede, o qual deve ser abrangente, resolutivo, integral, acessível.

Aliado ao interesse pessoal pela temática, em 2020, aceitei um grande desafio: construir o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), em meio a pandemia. O SAD teve atuações nas UPAS, nos hospitais, para realização da captação de pacientes covid e não covid. Porém não captava diretamente da APS.

Nessa caminhada fui motivada a buscar conhecimento sobre a AD, a discutir, a descobrir, a lutar por mudanças na atuação dos profissionais envolvidos na AD. Nesta perspectiva, vislumbrei a possibilidade de novas reflexões dentro das práticas, principalmente olhando para o cenário nacional que também apostava os recursos, voltados para a Rede de Urgência e Emergência (RUE), para os hospitais, e não investindo e apostando no cuidado de proximidade da APS. Isto gerou uma inquietação sobre esses aspectos, considerando minha trajetória em AD, conhecendo as potencialidades da ESF, do Home Care e diante de um novo dispositivo como o SAD. Por esse entendimento de cuidados domiciliares, percebo

como o percurso da crise da pandemia teve um importante papel na definição do curso da pandemia e do seu impacto no município e que seria importante, então, discutir que outras medidas, além do distanciamento social, poderiam contribuir para a crise. Nestes dez anos de vivências no SUS, me mostraram grandes desafios a ainda a serem superados. Ao longo deste tempo os desafios para manter vivos, ativos os seus princípios. No entanto, ainda é preciso implementar e discutir sobre a gestão na centralidade da atenção primária a saúde.

Foi acreditando nessas novas perspectivas de construção do SUS que em 2019 intencionei buscar qualificação profissional por meio do mestrado profissional PROFSAUDE e assim configurou-se a presente proposta de estudo.

A estruturação do presente estudo está apresentada conforme modelo proposto pelo Programa de Pós-graduação – Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal do Paraná, com seções divididas em introdução, objetivo, método, resultados, discussão, considerações finais.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Operacionalidade da Atenção domiciliar (AD) na Atenção Primária à Saúde (APS)

Considera-se a APS, por vezes denominada também de atenção básica (AB), como o primeiro contato da população com a rede assistencial do sistema de saúde público, e caracteriza-se, especialmente, pelo foco em seus atributos essenciais, a saber: a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema para o qual se procura atenção à saúde; longitudinalidade que trata da continuidade de atenção ao longo do tempo que requer na criação de vínculo entre a população e o estabelecimento de saúde, a integralidade que na atenção primária deve organizar-se de forma a atender a todos os cidadãos em suas necessidades, nos campos da promoção, da prevenção, de diagnóstico, de tratamento, de reabilitação e palição e a coordenação do cuidado do qual o serviço de APS deve ser capaz de integrar todo o cuidado, através de planejamento, com o foco nas necessidades dos usuário. Essas funções também são encargos de outros níveis de atenção e podem, no entanto, serem assumidos em outros níveis de cuidado (STARFIELD, 2002).

A APS apresenta dois aspectos muito claros e interdependentes: primeiro constitui-se em uma organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, assim como um segundo, que é um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde.

Nesse contexto destacamos a importância da Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito da APS. Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) essa estratégia foi eleita como principal modelo assistencial, é principal porta de entrada, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. O modelo da ESF busca favorecer a aproximação da unidade de saúde das famílias; promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e aumentar, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local (BRASIL, 2006).

Dentro desse cenário trazemos a Atenção Domiciliar (AD), é definida como uma modalidade de atenção à saúde que envolve ações de promoção da saúde,

prevenção, tratamento, reabilitação e palição em domicílio, de forma integrada com as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016) afim de um cuidado continuado, substitutivo ou completar no domicílio, minimizando-se intercorrências clínicas, a partir da manutenção de cuidado sistemático das equipes de AD; diminuindo ou prevenindo os riscos de infecções hospitalares pelo longo tempo de permanência de pacientes no ambiente hospitalar, a AD também oferece suporte emocional, paliativo necessário para pacientes em estado grave ou terminal, efamiliares; institui o papel do cuidador, que se responsabiliza pelo cuidado junto aos profissionais de saúde; e propõe autonomia para o paciente no cuidado fora do hospital. O uso do domicílio como espaço de atenção procurou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar (BRASIL,2014).

No entanto, essa assistência em saúde domiciliar não traduz apenas o ato de delegar ao cuidador informal a função da assistência prestada ao usuário, mas em incorporar o território domiciliar como próprio ao cuidado, como uma ambiência de ação em saúde (KERBER et al.,2008)

A desospitalização é um dos eixos centrais da AD, permite a desinstitucionalização de pessoas internadas em ambiente hospitalar, contribuindo para a reinserção dos usuários nas RAS (BRASIL, 2012).

Quando articulada com a desospitalização, a APS proporciona a continuidade do cuidado de maneira integral e com a RAS, tanto de forma vertical, entre a APS e os demais níveis pertencentes ao sistema, ou na horizontalidade, articulando-se entre a própria equipe da APS, os demais serviços de saúde e os equipamentos sociais (RODRIGUES, 2014). O entendimento sobre desospitalização amplia-se para além de uma saída exclusivamente resolutive da superlotação dos hospitais; não é uma ferramenta apenas passageira de readaptação dos usuários fora do hospital (SILVA; SOUZA; LIMA, 2015), mas um dispositivo estratégico para transição entre pontos de atenção diferentes para continuidade na linha de cuidados.

O conceito de AD demarcado pela Portaria nº 2.527 de 2011 traz elementos muito importantes, eles consistem em Modalidade de Atenção “substitutiva ou complementar”: pode tanto substituir o cuidado prestado em outro ponto da Rede de Atenção à Saúde, a exemplo do hospital, como complementar os cuidados iniciados em qualquer um dos pontos, a exemplo da APS (BRASIL, 2011).

Assim, “a atenção domiciliar pode ser trabalhada como um dispositivo para a

produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” (MEHRY; FEUERWERKER, 2008); a ser entendida como:

- ✓ **Ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde:** traz um escopo amplo de objetos e finalidades para as equipes que cuidam dos pacientes no domicílio, não se restringindo à assistência, tendo como uma das finalidades o aumento no grau de autonomia do paciente, de seu cuidador e familiares;
- ✓ **Continuidade do cuidado:** a AD possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente, ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e ao usuário, em seu próprio domicílio;
- ✓ **Integração com a RAS:** a AD potencializa a transversalidade da atenção, ao colocar o usuário e suas necessidades nas ações, para isto o SAD deve estabelecer seus fluxos e protocolos com os demais pontos de atenção dessa rede (BRASIL, 2012).

Consideram-se elegíveis à AD1 aqueles cujo estado de saúde esteja estável, possibilitando que a assistência seja realizada no domicílio, por cuidadores informais ou formais, sob a responsabilidade de acompanhamento mensal pela APS. Para a AD2 eleger-se aqueles em condições agudas ou crônicas agudizadas, com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais, minimamente semanais, por equipe multiprofissional, e, caso demandem equipamentos e procedimentos de maior complexidade, estes passarão à modalidade de AD3 (BRASIL, 2016).

Numa análise mais criteriosa ao território, este demonstra situações que exijam um cuidado mais intensivo do que a própria APS conseguem propiciar. A AD tem-se mostrado um dispositivo potente para responder a algumas dessas necessidades. Sua intervenção é necessária durante períodos às vezes prolongados, até que o usuário ou os cuidadores adquiram a autonomia necessária para levar adiante aquele novo contexto de produção da vida sem uma ajuda tão próxima (FEUERWERKER, MERHY, 2008).

1.2 A Política de Atenção Domiciliar

A dificuldade de acesso e o aumento da demanda nas portas de entrada dos serviços de saúde nos últimos anos influencia a implantação de políticas que

assegurem os direitos de acesso aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2019; BRASIL, 2020).

No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF (BRASIL, 2017; BRASIL, 2020).

Hoje, há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS) disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. Ela envolve outras iniciativas o atendimento domiciliar e visita domiciliar, recurso este utilizado na APS para compreender o contexto de vida das pessoas que residem no território de abrangência das UAP e a coordenar o cuidado de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2021).

De acordo com a CASAPS, o atendimento domiciliar é uma atividade essencial no escopo de trabalho dos ACS, que visa à realização de cadastramento, do reconhecimento e do mapeamento de sua microárea, e ao acompanhamento de usuários e famílias. Para tanto, cada casa e cada família têm sua forma de viver, sua cultura, hábitos, crenças e valores, que necessitam ser compreendidos e respeitados (BRASIL, 2021, p. 46).

O início da experiência brasileira com a AD em sistema público de saúde foi em 1949, com o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), vinculado ao Ministério do Trabalho (MT) (MENDES JUNIOR, 2000). Nos anos 90, com a criação do SUS, a legislação ampliou-se para a AD através da Portaria 2.416/1998 que colocou requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de internação domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).

A AD ressurgiu nas políticas da ESF e na política de Atenção ao Idoso, e também com a Portaria GM/MS nº 1.531/2001, que regulamentou a ventilação mecânica não invasiva no domicílio para pacientes portadores de distrofia muscular progressiva, sob os cuidados de equipes específicas (e não da APS) (BRASIL, 2011). E, no seguimento, a Portaria GM/MS 1.370/2008, regulamentada pela Portaria SAS/MS 370/2008, amplia os critérios de doenças elegíveis para o atendimento em oxigenoterapia domiciliar, todas estas ações fora do eixo da APS (BRASIL, 2012).

Essa reorganização da APS, em conjunto com outras oportunidades de atenção em saúde com novos dispositivos de assistência, amplia o caminho para novas discussões acerca da AD. A PNAB de 2006 definia a VD dentro do processo de trabalho das equipes de APS, ao mesmo tempo a RDC nº 11/2006 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) introduzia a AD no SUS e em serviços suplementares, porém de forma sobreposta, concorrente e não conjuntamente.

A portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 revogado pela Portaria MS/GM nº 963 de 27 de maio de 2013, apresenta elementos que consideram a APS e o SAD como integrados na assistência de acordo com os movimentos para ampliação de novos SAD, orientando-se pelas diretrizes do Programa Melhor em Casa (PMC), integrado ao Programa S.O.S Emergências na Rede de atenção às Urgências no âmbito do SUS, pela Portaria ministerial n 1208 de 18 de junho de 2013 (BRASIL, 2013).

Quando se fala dessas políticas de Atenção Domiciliar, vislumbramos um incremento ao compreender a APS como responsável pelo AD1, e que esta classificação atenderia o paciente, permitindo-o transitar, caso necessário, pelas outras modalidades, tanto AD2 como AD3, organizadas de forma mais harmoniosa entre a APS e o SAD. A evolução entre ambos os serviços está entre vencer a forma concorrente e não integrada, mas delimitando a sobreposição de ações assistenciais (SAVASSI, 2016).

Na subsequente reformulação, e atualmente orientando a AD, dispomos da

Portaria Ministerial n 825 de 25 de abril de 2016, consolidada pela Portaria Ministerial n 5 de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2016, 2017).

Portanto, a assistência domiciliar, aplicada pela APS e pelo SAD, classificam-se da APS como o nível 1 da Atenção Domiciliar (AD1), que se integram a dois níveis de AD (AD2 e AD3) atribuídos por Equipes Multiprofissionais de AD (SAVASSI, 2016).

1.3 A AD no enfrentamento a Pandemia Covid-19

O SARS-CoV-2, também conhecido como novo coronavírus, representa uma nova condição clínica com manifestações graves como pneumonia e insuficiência respiratória aguda, que pode levar à morte. No entanto, o vírus é altamente contagioso e letal e depende de fatores de risco como idade e comorbidades. Então o impacto é enorme, com o vírus produzindo um grande número de casos graves nos serviços de saúde primários, secundários e terciários (FARIAS et al, 2020).

Em 11 de Março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou oficialmente que a infecção pelo SARS-CoV-2 elevou-se ao estado de pandemia (WHO, 2020).

No entanto o SUS aponta fragilidades diversas em sua estrutura, o que tornou o enfrentamento a pandemia ainda mais difícil, colocando o Brasil como um dos piores desempenhos no combate ao COVID -19 (SOUSA, 2020). No entanto, houve também, por parte dos gestores e equipes, esforços a fim de responder as demandas da pandemia, e nesse movimento as articulações se deram sobre a organização das redes de atenção. A ênfase inicial foi por equipar a atenção hospitalar diante da grande letalidade e complicações pela doença, e, 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 APS para a RUE (FAVORETO, 2020).

A pandemia pressionou os sistemas de saúde a se reorganizarem diante da ameaça e de colapso e por vezes tal fato ter ocorrido de fato, ficando mais explícito na procura por leitos de internação e profissionais capacitados para atender as diferentes necessidades que a pandemia gerou. O contingente de recursos humanos

para o enfrentamento também se demonstrou muito fragilizado e aquém das necessidades exigidas.

As altas taxas de contaminação pelo vírus da Covid-19 trouxeram características importantes que impactaram diretamente na gestão por parte dos hospitais nas necessidades de ofertas de leitos por um tempo prolongado.

Outro aspecto importante a ser destacado foi o enfrentamento político da crise no Brasil através de discursos contraditórios para as ações nas diferentes esferas governamentais, isto gerou em parte uma minimização das medidas de controle da pandemia, que tiveram como consequência direta a grande procura da população por atendimento nas RAS (SEIXAS et al, 2020)

Visto os movimentos de reestruturação em tempo real dos serviços de saúde para atender a essas necessidades, novos protocolos clínicos foram reestabelecidos na intenção de fortalecer determinados modelos e estruturas assistenciais de saúde, além de redefinir a função de diferentes espaços de cuidado e sua reorganização, através dos modos de atenção que consideram os individuais, a coletividade tendo como protagonista os arranjos hospitalocêntricos ou os de base comunitária como resposta a crise e na produção do cuidado (MELLAN,2020).

De maneira geral as estratégias implementadas como resposta a pandemia foram o distanciamento social, a oferta de mais leitos hospitalares, abertura de hospitais de campanha exclusivos COVID-19, compra de mais insumos e a suspensão das atividades assistenciais ambulatoriais em virtude da busca pela ampliação do atendimento pela demanda de pacientes com suspeita ou confirmado de COVID-19, consequentemente desativando serviços. (SEIXAS et al, 2020).

Portanto, há que se considerar a potência deste cuidar em domicílio também numa situação de calamidade de saúde, onde o sistema pode chegar a situações de colapso, pois estão sujeitos à sobrecarga e superlotação, trabalhando com capacidade máxima (BRASIL,2020)

No que diz respeito à COVID-19, a AD apresenta-se como uma opção particularmente eficaz cujos objetivos estratégicos incluíram a interrupção da transmissibilidade mantendo as pessoas em casa; proporcionou um atendimento diferenciado e seguro no domicílio e forneceu leitos hospitalares por meio da desospitalização de pacientes COVID-19 estáveis e não COVID-19 também possibilitando a continuidade a esses cuidados em casa. Considerando a alta com

responsabilidade e segurança, avaliando o estado clínico do paciente e a probabilidade de continuidade do cuidado por uma equipe multidisciplinar (BRASIL,2020).

A atenção Domiciliar também traz aspectos reorganizativos para as VD durante a pandemia. O MS orienta o uso de equipamentos de Proteção Individual (EPI's) adequado para a equipe visitadora, reforçar a necessidade de isolamento, e o monitoramento em 48 horas, podendo ser por telemonitoramento, aplicativos com o objetivo de quaisquer intercorrências no domicílio necessitando de demais estratégias para identificar as demandas para fluxos ao longo da RAS.

Outro aspecto a ser destacado é que tanto a APS como as Equipes multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD's) necessitam criarem mecanismos para a abordagem dos pacientes que necessitem de AD. As ferramentas de comunicação digital e a presença do ACS, geram subsídios para decidir em quais casos ocorrerá a VD.

A AD representa uma estratégia importante para a RAS, exige novas conformações e demanda a redução dos pacientes percorrendo desnecessariamente e aumentando o risco da exposição da Covid-19(SAVASSI,2020).

1.4. A chegada da Pandemia e as mudanças na RAS

O início da pandemia no Município de Maringá, Paraná ocorreu oficialmente na data de 13/03/2020 através dos decretos: Decreto n.º 411/2020 de 12 de março de 2020, que instituiu o Grupo Executivo Municipal de Emergência em Saúde Pública – GEM-ESP e o Decreto n.º 414/2020 de 13 de março de 2020 que instituiu o serviço do Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde – CIEVS de Maringá, no qual definiu suas atribuições, composição e coordenação.

Em 17/03/2020 o Decreto nº 436/2020 de 16 de março de 2020, institui medidas transitórias de Emergência de Saúde Pública, para o combate do COVID19 e suspendeu por 30 dias as atividades: eventos; aulas públicas e privadas; férias de servidores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria de Segurança de Municipal (SSM) e Secretaria Municipal de Serviços Públicos (SEMUSP), dentre outras.

Em 18/03/2020, o Decreto nº 445/2020, de 18 de março de 2020, declarou situação de emergência no Município de Maringá, e definiu outras medidas de

enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus: suspendeu por 30 dias casas noturnas, pubs, lounges, tabacarias, boates e similares, academias de ginástica, teatro, cinemas e demais casas de eventos, clubes, associações, galerias, shoppings, comércio varejistas e atacadistas; atividades religiosas e outros.

No dia 03/04/2020, o Decreto nº 497/2020, de 02 de abril de 2020, declarou estado de calamidade pública no Município de Maringá para enfrentamento da pandemia decorrente do coronavírus (MARINGÁ, 2020)

As portarias Municipais trouxeram as instruções acerca das aplicações dos decretos para a RAS que impactaram da seguinte forma: em 18/03/2020 O.O.M – Nº 3293 e Portaria nº 016/2020 – Saúde, de 18 de março de 2020, realizou a suspensão imediata de ações relacionadas aos serviços de saúde próprios do município pelo período de 30 dias; das consultas e exames especializados; dos procedimentos de cirurgia eletiva; estender validade de prescrições de uso contínuo; contingenciamento de insumos; disponibilização de kit; suspensão de atividades de rotina da Vigilância Sanitária e Ambiental; suspensão férias e licença dos servidores.

Em 26/03/2020, no O.O.M – Nº 3302, através da Portaria nº 021/2020-Saúde, de 23 de março de 2020, a respeito das visitas domiciliares e vistorias dos quintais pelos Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate as endemias (ACE) restringe as visitas desses profissionais em seus territórios de atuação e redução de carga horaria; sendo na sequência, em 31/03/2020, a Portaria nº 023/2020 – Saúde, de 24 de março de 2020, que alterou o Fluxo de atendimento do Serviço Social na Atenção Primária em Saúde (UBSs); definição de solicitações de procedimentos (oxigenoterapia domiciliar, dieta industrializada, fórmula infantil, Bipap e exames para gestantes de alto risco); pois estas atividades de oxigenoterapia domiciliar, dieta industrializada, fórmula infantil, Bipap passariam a compor o SAD/ e a Portaria nº 027/2020 – Saúde, de 26 de março de 2020, que flexibilizou a lotação dos profissionais vinculados a Secretaria Municipal de Saúde, e permitiu desta forma a transferência dos profissionais para qualquer ponto da rede que se fizesse necessário no enfrentamento a pandemia.

Em 14/04/2020, o O.O.M – Nº 3315, na Portaria n.º 033/2020 – Saúde, estabeleceu critérios para o afastamento dos servidores do quadro efetivo do município, cargo ACS, vinculados a Secretaria de Saúde. Em 17/04/2020 O.O.M – Nº 3317 Portaria nº 015/2020 – Saúde estendeu o horário de atendimento das 5 UBS (Quebec, Pinheiros, Mandacaru, Iguazu e Zona Sul) durante 24 horas

ininterruptas, e reorganizou as UPAs, PAC Zona Norte, CAPS III e HMM. Esta reorganização caracterizou-se pela transformação das cinco maiores UBS do Município em UPAs, com a reorganização das Equipes de Estratégia Saúde da Família, alguns permaneceram no mesmo local, enquanto que outras foram transferidas para as UBS mais próximas, reorientado-se de acordo com a demanda.

Os profissionais do Núcleo Atenção Saúde Família (NASF) foram transferidos para outros pontos da RAS, permanecendo nas UBS apenas as categorias profissionais de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos (na triagem COVID das UBS), ACS/ACE, profissionais de serviços gerais e administrativos.

1.5 O Início do serviço de Atenção Domiciliar

O SAD foi implantado no município em 23 de março de 2020, inicialmente com 1 equipe de EMAD e 1 equipe de EMAP, alocado primeiramente na UPA Zona Norte onde permaneceu por um período de 9 meses e após transferido para o Hospital Municipal de Maringá, onde permanece até a presente data.

Os profissionais constituintes dessa formação inicial foram: três profissionais enfermeiros, um profissional médico, um profissional fisioterapeuta, cinco técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais, e dois nutricionistas, uma coordenadora, um auxiliar administrativo. A frota de veículos foi composta por quatro carros.

O processo de trabalho foi definido pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, que priorizou como medida emergencial a “desupalização” e a desospitalização de pacientes elegíveis para a atenção domiciliar. Logo, as configurações de atendimento foram as transferências de internações hospitalares para internações domiciliares no modelo Home Care, realizando medicações endovenosas, curativos, oxigenoterapia e suporte nutricional. Outros hospitais do município que atendiam leitos SUS foram incluídos na desospitalização.

Foram construídos os protocolos assistenciais para essas formas de atendimento. A busca ativa desses pacientes ocorreu nos pontos de captação acima mencionados. A captação de pacientes diretamente da APS não foi incluída nos primeiros 6 meses de pandemia, considerando-se o número restrito de pessoal. Foram criados grupos de Whats App para as solicitações e discussão dos casos

clínicos com os serviços envolvidos no cuidado desses pacientes e foram instituídos mecanismos de contrarreferência para a APS.

Em agosto de 2021 através da portaria GM/MS Nº 1.938, de 12 de agosto de 2021, houve a habilitação do serviço de uma equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e de uma equipe multiprofissional de apoio (EMAP).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar a interrelação entre a atenção primária a saúde e atenção domiciliar no cuidado no contexto de enfrentamento da pandemia pela COVID-19

2.2 Objetivos Específicos:

- Identificar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde pertencentes à APS para desempenharem essa relação de cuidado à saúde em cuidados domiciliares.
- Compreender como os trabalhadores do SAD articulam esta forma de cuidado com as equipes de APS de sua referência, durante a pandemia COVID-19.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, analítica, que teve como referencial teórico a hermenêutica de Paul Ricoeur e como base conceitual a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL,2017) e as Políticas Nacionais de Atenção Domiciliar (PNAD) (BRASIL,2016).

A pesquisa qualitativa objetiva entender e compreender o significado individual e/ou coletivo desse processo. O modelo qualitativo proporciona uma maior abertura ao entrevistado e aprofundamento sobre o tema abordado (WEISS, 1997; SERAPIONI, 2016). A opção por essa abordagem justifica-se por possibilitar aos dados maior concisão, ainda mais quando se trata de um estudo exploratório devido à sua peculiaridade de proporcionar uma visão geral da temática, algo que se torna necessário quando se investiga um assunto ainda pouco explorado (POLIT & BECK, 2019).

A pesquisa seguiu o *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (SOUZA et al, 2021) desde o início da proposta até o seu desenvolvimento final.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no município de Maringá, no noroeste do estado do Paraná, região sul do Brasil. Possui uma população estimada de 436.472 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e estatística, em 2021 (IBGE, 2022). É sede de Regional de Saúde, cuja população corresponde a aproximadamente 600.000 habitantes. Sua densidade demográfica é de 828,61 habitantes/Km², de acordo com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2016), com área territorial de 486,433 Km². O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,808, segundo o último censo do IBGE realizado em 2010 (IBGE, 2010).

A rede municipal de saúde é composta 34 unidades básicas de saúde, um Ambulatório de IST e HIV/AIDS, um setor de imunização (Sala de Vacinação) sendo referência para imunobiológicos especiais, um Complexo de Saúde Mental, contendo três unidades distintas, sendo elas: Centro de Apoio Psicossocial II, Centro

de Apoio Psicossocial Álcool e Droga (CAPS II, CAPS AD) e Residência Terapêutica (RT); Policlínicas com consultas e exames especializados, incluindo o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), o Serviço Móvel de Urgência (SAMU), o Hospital Municipal, o Laboratório e Farmácia Central e a Farmácia de Manipulação, e duas UPA, distribuídas uma ao norte outra ao sul da cidade, adjacente ao Hospital Municipal (BRASIL, 2020).

O modelo de Atenção Primária adotado pela Secretaria de Saúde do município de Maringá é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), onde atualmente as 74 ESF, distribuídas pelas 34 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes, têm uma população delimitada sob a sua responsabilidade, localizada em determinado território geográfico. Consideradas a porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema, as ESF em Maringá já alcançam uma cobertura de 85% da assistência (MARINGÁ, 2020). As UBS são: Céu Azul, Universo, São Silvestre, Piatã, Império do sol, Quebec, Olímpico, Mandacaru, Guaiapó-Requião, Internorte, Vardelina, Zona 6, Zona 7, Paris, Floriano, Iguatemi, Aclimação, Morangueira, Vila Esperança, Operária, Ney Braga, Iguazu, Portal das Torres, Alvorada I, Alvorada III, Cidade Alta, Parigot de Souza, Pinheiros, Grevíleas, Industrial, Zona Sul, Paraíso Tuiuti e Maringá Velho (MARINGÁ, 2020).

Essa pesquisa foi realizada em quatro unidades de saúde do município de Maringá-PR que possuíam maior demanda de casos relacionados a AD de acordo com o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) do município.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram selecionados por conveniência, dentro dos critérios de inclusão estabelecidos. Assim, participaram do estudo trabalhadores da APS (médicos, enfermeiros) das quatro UBS que mais tiveram pacientes atendidos pelo SAD; trabalhadores do SAD (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e fisioterapeutas); assim temos os profissionais do SAD e da APS entrevistados da pesquisa que em razão do sigilo da pesquisa tem sua identificação com siglas EA 01 ou ES01.

3.4 COLETA DOS DADOS

Após ter obtido lista com os nomes dos possíveis participantes, a abordagem do participante ocorreu por telefone onde foi realizado o convite para a participação e as orientações acerca dos objetos e método do estudo. Após aceite, combinou data e horário da entrevista, respeitando-se qual o melhor horário disponível para os(as) entrevistados(as). A coleta de dados ocorreu no período de xxpor meio de entrevista aberta, no local de trabalho. Foi utilizada uma sala da UBS que pudesse garantir a privacidade e o silêncio para que as entrevistas fossem gravadas através de um aplicativo de *smartphone*. Após, elas foram armazenadas em diretório virtual - nuvem com acesso protegido por senha. Oportunamente as entrevistas foram transcritas, e a análise surgiu deste material.

O tempo de entrevista não excedeu ao de uma hora. Quando das análises e divulgação dos resultados, as identidades foram substituídas por um identificador que não fazia menção aos nomes, devido à proximidade dos participantes, a fim de garantir confidencialidade. Tanto o áudio, quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o material transcrito estão guardados em arquivos protegidos nos computadores e arquivos pessoais da pesquisadora principal, e todo o material será destruído após seu uso nas análises da pesquisa transcorrido o tempo estabelecido de guarda de 5 anos conforme a Resolução CNS nº 466/12.

A primeira UBS é composta por duas equipes de ESF, porém apenas uma se mantinha com seus profissionais (médico e enfermeiro) que participaram da pesquisa, e a outra equipe teve o médico e a enfermeira transferidos para outros pontos da RAS.

Na segunda UBS, composta por duas equipes de ESF, apenas o profissional médico foi transferido, mantendo um médico e dois enfermeiros, no entanto o profissional médico estava afastado para tratamento de saúde, e somente os profissionais enfermeiros participaram da pesquisa.

Na terceira UBS, composta por três equipes de ESF, manteve-se duas equipes, permanecendo um médico e dois enfermeiros, tendo sido os demais profissionais também realocados para outros pontos da RAS.

Uma quarta UBS era composta por duas ESF, tendo permanecendo uma equipe, e foi entrevistado um enfermeiro (este médico também estava afastado para tratamento de saúde).

3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

Após a transcrição em Word®, as entrevistas foram lidas várias vezes e colocadas para a análise para que trouxesse as experiências dos participantes, onde pudesse captar e recolher o sentido das falas; depois foi criada uma tabela em Excel® agrupando as falas semelhantes, na tentativa de organizar o material em núcleos argumentativos e estes em categorias.

Utilizou como apoio para a análise dos dados, o referencial da Hermenêutica e as bases conceituais a Política Nacional de atenção básica e as Políticas Nacionais de atenção domiciliar.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado atendendo 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 (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido ao Comitê de ética da Plataforma Brasil, o qual gerou o parecer de aprovação CAAE: 50513921.7.0000.0102 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (SCS/UFPR) sob o parecer de nº.5.002.530.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foram seguidos todos os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa resolução apresenta os quatro princípios básicos da bioética (autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça) e, visa assegurar os direitos e deveres da comunidade científica, dos participantes da pesquisa e, no que se refere à confidencialidade, anonimato dos participantes, sigilo das informações e uso dos resultados unicamente para fins de publicação eventos e revistas de cunho científico. (BRASIL, 2012).

3.7 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hermenêutica segundo Paul Ricoeur (1978) foi utilizada para análise dos dados, por meio dela é possível captar o sentido do discurso, na existência da linguagem e compreender, pois, através dela é que se processam os significados, que está carregado da própria realidade que o gera. A partir das narrativas que trazem uma realidade complexa, precisamos objetivar para poder captar o real

“De certo modo o pesquisador é o interprete da realidade que se expõe diante dele. Ele está cheio de realidades, teorias e experiências que se defrontam com outras realidades, teorias e experiências que são constitutivas de uma determinada visão de mundo que implica o processo de investigação” (GHEDIN,2003).

Os fenômenos ocorridos nos processos de trabalho que entrelaçam tanto a APS como o SAD, no que diz respeito a AD, causados pela pandemia Covid-19 podem ser desvelados através das narrativas dos sujeitos sobre as diversidades de situações vividas. Dessa análise podemos avaliar a interrelação dos serviços. A partir de uma abordagem hermenêutica podemos mencionar que o texto é a mensagem, a fala e o discurso dos sujeitos envolvidos, e o contexto desse texto passa a ser o contexto social do sujeito (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012).

As relações entre ambos os serviços e seus trabalhadores, através da pesquisa qualitativa, permitem o reconhecimento e análise de diferentes perspectivas (FLICK, 2008).

Para Ricoeur,

“[...] compreender uma sucessão de ações, de pensamentos, de sentimentos que apresentam ao mesmo tempo determinada direção, mas também surpresas (coincidências, reconhecimentos, revelações). A partir desta perspectiva, a conclusão de um enredo histórico nunca é dedutível ou previsível” (RICOUER,1986, p.177).

A partir do referencial teórico buscou acessar as experiências enfrentadas no contexto da pandemia por Covid-19, utilizando da narrativa, numa abordagem interpretativa, em uma investigação sobre essas vivências de práticas.

O discurso é toda situação que envolve a comunicação dentro do contexto expondo o fato, dentro do tempo pelo sujeito.

A hermenêutica abre os caminhos do desvelar pela compreensão/interpretação indicados pelas expressões.

“A hermenêutica pressupõe um texto ou uma expressão que tenha algo a dizer e que pode ser Interpretado ou re-dito de outra maneira. Essa noção, que recai em dois dos significados clássicos do termo Hermenêutica - uma tradução, ou técnica de tradução para deixar as expressões mais claras” (GARNICA,1993).

Ricoeur aponta em sua reflexão, no mesclar entre o que ele chama de “tempo vivido” e a “narração”, a “experiência” ou “consciência”. Integrando de forma dialética, ou seja, a história se constitui simultaneamente como lógica discursiva da narração histórica e como o tempo vivido e a vivencia temporal apoiada na narrativa e a narrativa passa a ser significativa, quando passa a desenhar na narrativa essa experiência temporal (NASCIMENTO, 2020).

Em razão disso justifica-se aqui explorar a história como o círculohermenêutico de Ricoeur, cuja estrutura acontece em três fases: Mimese 1, Prefiguração do campo prático; Mimese 2, Configuração textual; Mimese 3, Refiguração na recepção da obra.

Estas três fases recriam as experiências de campo e representação do objeto do estudo. Logo a M1, é a representação do campo prático, é a vivência temporal; a M2 é a representação textual da experiência, transformado em texto, em narrativa, e a M3 é o ajuste dessa narrativa onde recria-se através da compreensão da narrativa ressignificada na ação.

Os tempos cronológico e psicológico são enfatizados por Ricoeur, considerando não haver priorização, e sim cada qual dentro de suas perspectivas particulares, tendo sua veracidade quando organizado de modo narrativo. “Retratar os aspectos da experiência temporal” (D’ASSUNÇÃO BARROS, 2012).

Sobre o fato, este gênero narrativo se constitui como específico, humanizado. A narrativa é feita através dos relatos que irão construir a história e seus episódios interligados para dar significado à trama: as experiências vividas no período pandêmico, onde as estruturas e os processos de trabalho sofreram modificações estruturais e de desafios importantes; a crise vivida no sistema de saúde, somada às demandas de saúde, às relações entre os serviços, às ações desempenhadas por estas equipes no que se refere a coordenação do cuidado à saúde no âmbito

domiciliar, trazem aqui a necessidade de contextualizar esse momento de mudanças desvelados em narrativas a partir das entrevistas.

O sujeito que realiza o relato propõe-se documentar, com veracidade, uma sequência de fatos da sua realidade, por debruçar-se em experiências que já ocorreram, acrescidos de detalhes subjetivos desta experiência, e vivências aolongo deste tempo.

Diante do exposto, as narrativas serão reproduzidas o mais próximo possível do original. Paul Ricoeur (ano) nos traz que a narrativa é construída de uma trama de seus episódios, que se entrelaçam entre si, e constrói-se um enredo mais amplo, abrangendo-se uma totalidade significativa. Logo, as entrevistas são transformadas em narrativas, e a seguir passa-se a agrupar as falas por semelhança. Estes grupos de falas, por sua vez, nos revelam as categorias desses conteúdos, que são desvelados em núcleos argumentativos. Desta forma, traçamos a relação entre os textos e a experiência vivida usando os próprios recursos linguísticos de quem teve a experiência.

Alcançamos assim o círculo hermenêutico (figura 1), que é uma conciliação das informações, o articular da verdade, dos fatos, afim de desvelá-los e trazermos as respostas para as perguntas acerca do objeto deste estudo. Portanto justifica-se desta forma a busca por este referencial teórico.



Figura 1. Circuito Hermenêutico. Fonte: RICOUER, 1978.

O percurso metodológico utilizado nesta pesquisa para a obtenção de uma compreensão hermenêutica do problema proposto está representado através da Figura 2.



Figura 2. O percurso. Fonte: RICOUER, 1978.

4. RESULTADOS

No presente estudo foram avaliadas as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde da atenção primária e da APS relacionadas a coordenação do cuidado da atenção domiciliar (AD) durante da Pandemia de Covid-19. As entrevistas tiveram duração média de 20 minutos cada. A partir da análise foram elencadas algumas informações relevantes. A Tabela 1 se refere às características principais dos profissionais que participaram do estudo.

A equipe de profissionais da APS contou com 08 profissionais e a SAD com 06 profissionais.

Tabela 1. Características principais dos participantes entrevistados do APS e SAD

Entrevistado	Sexo	Anos de atuação	Categoria profissional
EA1	Feminino	6 anos	Enfermeira
EA2	Feminino	2 anos	Enfermeira
EA3	Masculino	2 anos	Médico
EA4	Feminino	Mais de dois anos	Enfermeira
EA5	Masculino	35 anos	Médico
EA6	Feminino	16 anos	Enfermeira
EA7	Feminino	3 anos	Enfermeira
EA8	Feminino	4 anos	Enfermeira
ES1	Feminino	20 anos	Enfermeira
ES2	Feminino	20 anos	Assistente Social
ES3	Feminino	4 anos	Fisioterapeuta
ES4	Feminino	6 anos	Assistente Social
ES5	Masculino	2 anos	Médico
ES6	Masculino	15 anos	Enfermeiro

Fonte: o autor (2022).

No tocante às características dos profissionais, é possível observar na Figura 3, que a maioria dos entrevistados são do sexo feminino, com no mínimo dois anos de atuação no serviço. Na APS foram entrevistados seis profissionais enfermeiros e dois médicos ambos da ESF, referente as quatro UBS selecionadas. No SAD foram entrevistados dois profissionais assistentes sociais, um profissional fisioterapeuta, um profissional médico e três profissionais enfermeiros.

Para a análise das entrevistas dos participantes permitiu-se a criação de categorias de discurso: A primeira categoria intitulada **“O enfrentamento dos trabalhadores da APS para a realização das visitas domiciliares”**, refere-se às dificuldades das VD no contexto da APS durante o período da pandemia, e refletem o impacto da mesma na reorganização da APS. A segunda **“A organização das equipes de APS para realizar as visitas domiciliares durante a pandemia”**, desvela o manejo dessas equipes que permaneceram nas UBS para o atendimento aos pacientes domiciliados. A terceira categoria **“Os desafios de compartilhar o cuidado através da AD pela APS e SAD”** esta categoria inclui os desafios apresentados pelas equipes com o novo dispositivo da RAS, o SAD; como essas equipes entendem o SAD, e compreendem como uma ferramenta de compartilhamento do cuidado, assim como se ocorreu a comunicação entre esses dois pontos de atenção no contexto da AD. A última categoria **“A percepção da equipe do SAD na integração com APS”**, neste contexto foram relacionados o entendimento das equipes da atenção domiciliar sobre seu trabalho na RAS, a percepção frente a continuidade e compartilhamento dos cuidados

O enfrentamento dos trabalhadores da APS para a realização das visitas domiciliares

As histórias narradas revelaram um cenário de dificuldades para a realização das VDs no contexto da APS, chegando em alguns casos extremos de interrupção no atendimento. De forma geral, as dificuldades para a realização das VDs 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, o qual observou-se o retraimento das ações de cuidado.

Dos entrevistados, três referiram que pararam com todos os atendimentos,

“Quando estourou o “bum” 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).

“É... não estava acontecendo visita domiciliar por parte dos agentes comunitários, por causa do decreto [...] se trazia a questão para o médico, mas assim a domicílio eles não iam.” (EA2).

“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).

Entretanto, dois profissionais relataram que a equipe não deixou de fazer a VD, embora que, de forma limitada, em razão do número reduzido da equipe.

“A gente como equipe não deixou de fazer visita domiciliar, era limitado...eu tive dois agentes de saúde afastado, então eu fiquei nesse ano todo com uma agente de saúde só. E o médico também contraiu covid ele também ficou afastado onze meses. Mas mesmo assim a gente não deixou de fazer as visitas domiciliares (EA6).

“Durante a pandemia não teve um período em que não fosse realizado VD. Foi orientado e que a gente realizasse mais visitas de urgência naquelas rotineiras a gente deixar ali em stand-by. Mas interrupção não teve (EA7).

A preocupação com a possibilidade de não realização do cuidado continuado foi narrada por um dos profissionais como um obstáculo: *“dificuldade muito grande de dar andamento” (EA3)*. O atributo da longitudinalidade, demonstrou como um fator essencial para que o atendimento funcione, pois, os pacientes procuravam por suas equipes no intuito de serem atendidos, de encontrarem os profissionais e muitos deles não estavam mais lá, pois haviam sido remanejados para outros pontos de atenção.

A organização das equipes de APS para realizar as visitas domiciliares

A pandemia provocada pelo covid-19 tornou-se necessária a reorganização dos serviços de saúde para atender as demandas da população. Percebe-se certa preocupação de todos os profissionais em manter o acesso dos pacientes ao serviço de saúde, respeitando as limitações impostas pela pandemia.

“Antes da pandemia a visita domiciliar era o agente comunitário de saúde que marcava, porque elas estavam na rua, viam a necessidade e agendava no caderninho que ficava com elas. Depois da pandemia o caderninho veio para mim, para a gente fazer aquela avaliação previa, e ficou. Tinha visita que eles não deixavam a gente entrar... Era olhar o paciente da porta, porque eles tinham medo da gente também” (EA1).

“A gente estava muito de mãos atadas com toda situação. E eu acho que a pandemia trouxe isso para mostrar assim, a gente não consegue, é... planejar e realizar tudo o que a gente planeja... e eu não consegui, não conseguia atender tudo, era uma dificuldade de dar andamento naquilo, a gente recebia a demanda e uma dificuldade muito grande de dar andamento. Então acho que ficaram muitos casos a desejar, muitos pacientes assim sem o atendimento devido! Um sentimento de impotência, você não ter com quem contar, para onde correr com aquela situação! Uma demanda grande, população cobrando muito e a parte de como conseguir se organizar” (EA2).

“A gente diminuiu muito o número de visitas e acabou prejudicando o nosso atendimento, porque assim os pacientes ficaram um tempo sem atendimento, sem dar continuidade ao tratamento. Pacientes descompensaram, teve alguns que tiveram pioras, precisaram ficar internados. Então atrapalhou bastante a nossa rotina com a pandemia mesmo (EA4).

Embora obstáculo para muitos que procuravam por atendimento domiciliar, as prioridades eram atendidas, segundo o relato de um dos profissionais.

“Então, a gente, acabava fazendo onde tinha as prioridades, que ela identificava que precisava, daí eu ia fazer a visita se precisava de curativo, se nascia uma criança, porque criança também é, para a gente, considerado prioridade. Então, a gente sempre priorizava assim, ou era o idoso, às vezes, que saiu de internamento ou criança ou alguém que estava para fazer curativo, que estava necessitado” (EA6).

Também era realizado os atendimentos, através de contato telefônico e conforme a necessidade o andamento das solicitações das visitas domiciliares, conforme o relato de três profissionais.

“Trazia a questão para o médico e o médico conseguia resolver na unidade e fazer os encaminhamentos dentro da unidade, então assim, eu não tinha muito uma equipe pra “tá” contando pra “tá” é... desenvolvendo o trabalho. Então assim, a gente estava mais, é... bem assim apagando fogo, enxugando gelo” (EA2).

“Se tinha alguma queixa, é, alguma solicitação era retransmitida para a enfermeira e para o médico, nós tentávamos suprir essa deficiência, nós tentávamos resolver o problema aqui na unidade” (EA8).

“Tinha muito decreto, mas nossas pacientes continuavam precisando de atenção, a gente até hoje não conseguiu programar as visitas dos nossos, é acamado pela demanda. Tem bastante demanda, então a gente ainda combina com a família de quando for necessário eles entram em contato. Então, entravam em contato, a gente conversava sobre o caso e agendava a visita. Sim, muitas ligações. A gente não trabalhava com o telefone, começamos a trabalhar e a gente monitorou o idoso” (EA10).

Percebe-se que para a continuidade do cuidado vão surgindo, e se confirmando nos relatos, novas maneiras de se construir as relações no objetivo de se alcançar essa população adstrita ao território, manter-se um vínculo através desse monitoramento, capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde.

Dentro desse aspecto destacamos a percepção da intenção, de alguns dos entrevistados, de manter a APS com as ações de acesso à rede mesmo de dentro do domicílio, ou na UBS, devido à restrição de deslocamentos.

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

“Então, eu posso fazer por aqui o encaminhamento. É... de derivar para a fisioterapia, para o neurologista para você fazer o acompanhamento.” (EA3).

O desafio de compartilhar o cuidado através da AD pela APS e SAD

Numa tentativa de uma abordagem mais ampla, relacionadas a um valor que se expressa na forma como esses profissionais respondem aos que os procuram.

“Ah, uma coisa que a gente percebeu, é, foi bastante influência do SAD. É, casos assim que, antibióticos né? Aqueles casos assim, que poderiam ir para casa, foi realmente realizado essa desospitalização mais rápido.” (EA7).

“Na medida do possível a gente tentava orientar a conduta, mas quando não era possível orientávamos que o paciente deveria procurar o serviço de urgência e emergência.” (EA8).

“Maioria das visitas que eu fiz, eu ia, avaliava se o paciente né, teve casos que eu tive que acionar o SAMU, teve casos que era para acionar o SAD mas daí assim, eu não tinha muito uma referência” (EA2).

A novas características e conformações da RAS trouxeram as angústias dos entrevistados e os desafios apresentados pelos trabalhadores, que demonstravam desconhecer o novo dispositivo como pertencente à rede para o enfrentamento a pandemia:

“Mas, é que a gente só recebe, as vezes paciente procura por iniciativa própria o UPA, então eu fiquei, por um tempo, por um ano né, assim, então eu não sabia o que estava acontecendo no

domicilio...É de olhos, assim fechados. Eu fiquei sem informação nenhuma, fiquei cega, sem informação da área...não conseguiu acompanhar” (EA1).

No entanto, quando se observa o SAD dentro da RAS, os relatos são para a potencialização de formas mais amplas de intervir na saúde, especialmente com relação a 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! E também lá, dos encaminhamentos de contra referência que vocês passavam para a gente” (EA2).

“Coisa que eu acho que isso não acontece em todo município. Então, é um diferencial muito grande ter o SAD. ” (EA2).

“Oh, eu acho, a criação do SAD maravilhosa. A iniciativa foi muito, muito boa mesmo. É (pausa), eu queria poder encaminhar aqui da UBS (risos), seria muito bom” (EA1).

Neste último depoimento observa-se a necessidade de ampliação da configuração inicial do serviço do SAD, que as demandas são grandiosas, quanto às necessidades de acesso à RAS.

Quanto à compreensão sobre a VD pelo SAD, funciona como ferramenta de compartilhamento do cuidado, e os entrevistados relatam o que cada serviço conseguiu oferecer em termos de integração dessas ações, mesmo que em diferentes locais de atenção, para suprir as necessidades dos pacientes:

“Da necessidade do SAD, eu acho que é importantíssimo! E... uma procura grande, a população aqui procura bastante a unidade, e assim, esse apoio, essa, parte da rede né, esse componente da rede, o SAD, é importantíssimo para dar continuidade ao atendimento, para dar um apoio para a equipe Saúde da Família. porque a gente não tem condição mesmo assim. Eu vejo de estar, é... suprindo toda necessidade e precisa desse apoio da rede né! ” (EA2).

“O SAD eu acho que vem pra ajudar a gente mesmo. Ele já tem um prontuário eletrônico, a gente consegue ver quando o SAD está acompanhando o paciente, o dia de antibiótico e tudo. Então, acho que foi bem, é interessante a relação do SAD com a saúde da família. Eu acho que isso vem somar mesmo com a estratégia de saúde da família, porque a gente acaba trabalhando em conjunto. Então, o SAD vem às vezes faz o curativo, a gente dá o suporte quando precisa também dos outros dias para fazer curativo, orientar. Então, eu não vejo problema em trabalhar junto com o SAD. Para mim eu acho que é até melhor, assim, para o paciente, traz mais benefícios. (EA4).

As ações de fortalecimento se destacam entre ambos os serviços, uma conexão harmoniosa e horizontal, onde as informações fluem através dos serviços em benefício dos pacientes.

“Eh, a gente acaba cuidando do mesmo paciente, muitas vezes a gente não se encontra, mas aí eu acabo olhando no gestor, vendo a as orientações que, foi feito, vendo o atendimento que foi feito. E a gente acaba reforçando aqui o que a SAD falou, isso da fisioterapeuta, falou que tem que fazer isso, fazer aquilo, você está fazendo? Então, aí eu sempre, se eu sei que eles tão acompanhando, eu sempre dou uma olhada antes no prontuário e vejo como é que foi a visita, como é que foi a orientação, né? Então facilita muito, facilita tanto para eles quanto para a gente, porque nós não temos essa estrutura de estar fazendo esses internamentos. No início da SF a gente até fazia lá em vinte anos atrás quando eu entreia gente fazia essas coisas. Então assim, é um trabalho de continuidade do que foi feito” (EA6).

Outro destaque apontado nas entrevistas é a comunicação entre os pontos de atenção no contexto da atenção domiciliar, o comunicar-se revela-se como um aspecto bastante relevante, que norteia as relações entre a APS e o SAD:

“Do SAD no prontuário, no prontuário, nas devoluções tem tudo certinho, no sistema gestor de Maringá, a gente olha no prontuário do paciente, todas as evoluções, tudinho, se foi feito curativo, a medicação tudo certinho. A gente fica sabendo só depois “tá”

terminado o tratamento com o SAD, sabe?! A gente tem o e-mail, acompanhar no e-mail” (EA1).

Para este entrevistado a necessidade maior de comunicação, a criação de um vínculo entre as equipes no sentido de apoio, de fortalecimento através dessa ordenação mais organizada entre ambos:

“Com o SAD, então assim, diretamente, eu nunca tive assim um relacionamento com o SAD. 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. Mais para a frente uma, interação maior entre médico e o SAD direto. Porque daí ele, tanto o médico pode também solicitar um, um procedimento, né? E, tirar dúvidas até de sobre uma conduta e o SAD também orientar melhor o médico. ” (EA3).

Aqui o entrevistado, remetendo-se às dificuldades decorrentes de se pulverizar as informações nos outros pontos da rede em que o paciente é direcionado, para que as condutas se harmonizem:

“Sim, vem sempre as contra referências via e-mail, a gente sabe que tem muito rodízio de profissionais novos, credenciados, muitos não são dali, é, não conhecem o protocolo, não são passados para eles. Ó esse é o protocolo do SAD, no UPA, não sei se de repente. O profissional que atendeu não tinha esse conhecimento, eu sei que, é, passou a medicação para o paciente vir tomar na UBS! ” (EA7).

A percepção da equipe do SAD na integração com APS

Na percepção da maioria dos participantes das equipes do SAD, este serviço é parte integrante da rede de cuidados, e em processo de construção. As falas reforçam a necessidade de que este serviço venha integrar as equipes da APS.

“Então ela (a APS) já criou um serviço é.... de confiança com a família. Então eu preciso agora que eles trabalhem em conjunto com atenção domiciliar (SAD). Que nós acreditamos que é um serviço bom, que veio para ficar, que veio para fortalecer. 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).

“Então a gente recebe dentro disso e fazer o acompanhamento dessas pessoas a partir de todas essas vertentes. É... nesse processo, acho que nesse (processo), tenta para organizar esse equilíbrio. 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. (ES2).

Na visão dos profissionais do SAD esse tipo de cuidado acontece num momento em que são nítidos os emaranhados do processo de trabalho devido a pandemia, e a evidente necessidade de se negociar:

“Fazer uma leitura das demandas desse usuário e poder encaminhar ele para a rede de serviço. E aí que vem aquela questão. Da importância da comunicação entre esses dois pilares. 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).

Um dos profissionais aponta que a comunicação é importante para que o fluxo de rede aconteça entre os serviços, a descoberta e uso das “ferramentas digitais” como dispositivos de interrelações transferências de informações.

“É de deixar claro assim. O que é o papel do SAD, que é o papel da atenção básica? O que elas se complementam? Eu acho que, cada uma tem o seu papel específico, mas realmente falta uma conversa entre os serviços para deixar bem claro o papel de cada uma” (ES4).

Outro fator importante revelado nas entrevistas por três entrevistados foram as contribuições do SAD para a consolidação de um trabalho em rede, a partir da experiência de construção do serviço em conjunto com a APS, tentando minimizar a fragmentação desse cuidado, numa relação dialógica e reflexiva:

“Então fazer esse desenho junto com a equipe, com a atenção básica também foi uma coisa que eu acho que foi bem importante, foi um caminho longo até né? Que a gente foi trabalhando, no cotidiano né? Em alguns momentos, a gente acabava tendo que fazer a provocação disso na atenção primária.” (ES2).

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 da, para que equipe tenha ciência e faça o acompanhamento também” (ES3).

“Porque a gente está tentando negociar, conversar, mas nesses dois anos de pandemia a gente ainda não conseguiu uma parte tão resolutive, acredito eu. Mas pode ser conversado e trabalhado e a gente tem muito a oferecer para a população ainda em conjunto. Então nessa parte a gente ainda tem como crescer. Vai ter que sentar, vai ter que conversar com a equipe, triar um pouco. Os parâmetros de um e de outro” (ES1).

Para outros três participantes, houve problemas na comunicação entre ambos os serviços, resultando em desalinhamentos do cuidado assistencial:

“É, a gente entende ser imprescindível o trabalho em parceria. SAD e atenção primária, mas, infelizmente, algumas vezes isso não acontece. A gente tem casos de paciente que está na internação domiciliar, às vezes até com ventilação mecânica e algumas atribuições que são de responsabilidade da UBS é, às vezes acaba a UBS tentando passar isso para o SAD” (ES4).

“Então a gente faz o nosso trabalho, só que a UBS não está conjunta conosco. Única coisa que a gente faz, é após o término encaminhar esse paciente de novo pra UBS só que a gente não tem uma relação, a gente não discute sobre o caso durante esse internamento. Então é nesse momento agora de pandemia” (ES6).

“Comunicação verbal, não. Nem por telefone, isso nunca fiz. O que eu tenho feito é, existe prontuário. Prontuário, serve para isso, então não, no prontuário eu coloco observação, oriento iniciar tal medicamento, sugiro fazer tal coisa, sugiro iniciar tal medicamento da UBS nunca tive nenhuma ligação, nenhum contato verbal” (ES5).

Surgiu no discurso de dois participantes a fragilidade da prestação de cuidado em saúde por parte da APS:

“A gente não conseguiu ver um feedback. O retorno nós só temos quando nós vamos atrás.....então, a gente acaba ouvindo esse retorno do familiar. Da unidade básica, raramente. Então, geralmente a gente não consegue. Nós vamos muito atrás da informação, nós vamos muito solicitar a visita ao Saúde da Família. Só que o que a gente vê é que às vezes você solicita numa semana, na outra semana eles ainda não foram” (ES1).

“Então, a atenção primária, quando vem essa demanda, eles também se perdem um pouco, acho que por conta disso, a gente tinha uma linha de atenção primária que vinha muito forte, até já tinha enfraquecido um pouco se a gente for pensar...Mas ela vinha, ela vem de uma linha de atenção no domicílio, de visita domiciliar, de cuidado continuado né? E aí quando o covid vem e fala você não pode entrar na casa, você não pode mais fazer determinadas coisas, a, 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).

5. DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificou-se através dos resultados que a iniciativa dos profissionais em manter o acesso, o atendimento a demanda foi essencial, assim como a flexibilização e adaptação das equipes em manter a integralidade, uma vez que as equipes de maneira geral foram deslocadas para as frentes de atendimento Covid- 19.

A sociedade Brasileira de Medicina de Família e comunidade disponibilizou, em conjunto com a Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar, recomendações para o cuidado domiciliar durante a vigência da pandemia. Tais sugestões incluem a realização de visitas peridomiciliares pelos Agentes comunitários de Saúde e cita o uso do teleatendimento como agente facilitador no monitoramento de pacientes crônicos acompanhados pela UBS, sendo a visita domiciliar realizada quando necessário e mediante consenso entre equipe e cuidadores (SAVASSI et al 2020).

A iniciativa pessoal dos trabalhadores contrastou com as decisões de gestão que deslocaram trabalhadores das unidades, esvaziando a APS e reduzindo os agentes comunitários de saúde em atividade, o que trouxe a dificuldade de acessar o território, relatado no enfrentamento pelos trabalhadores da APS quanto a realização das visitas domiciliares nos relatos de paralização de todos os atendimentos, assim como a nível nacional, observou-se no Brasil uma grande mobilização de gestores das diferentes esferas governamentais no sentido de responder às demandas da pandemia. Nessa mobilização, a maior ênfase recaiu sobre a organização das redes de atenção para atender os casos de insuficiência respiratória aguda (IRA), como a criação de hospitais de campanha, ampliação dos leitos de terapia intensiva, aquisição de equipamentos (respiradores artificiais e de proteção individual – EPI).

De acordo com Teixeira et al (2020), a ênfase inicial na estruturação da assistência hospitalar, dos serviços de urgência e de terapia intensiva dos municípios de médio e grande porte levou a uma desmobilização das unidades de atenção básica, com deslocamento de profissionais das equipes para polos de atendimento a vítimas da COVID-19 e redirecionamento dos recursos da atenção básica para a assistência hospitalar, favorecendo o enfraquecimento da APS, como identificado nos resultados apontando para a redução das equipes de ESF.

A pandemia além de reafirmar a importância da atenção primária para o sistema de saúde, trouxe um alerta que apesar dos inúmeros desafios que estão sendo enfrentados, a APS deve ser fortalecida e encontrar meios para superá-los a fim de garantir a universalidade e integralidade no cuidado. Deve-se aproveitar as potencialidades já existentes como a distribuição territorial, o cuidado de proximidade e vínculo com os usuários para ofertar um maior suporte e acesso às diversas estratégias possíveis no combate à COVID-19 (FURTADO, QUEIROZ, ANDRES, 2021).

Constatou-se a criação e valorização de novos canais comunicação entre as equipes e com a comunidade, que apesar de informal, contribui para tele monitoramento eficaz no domicílio. Portanto as equipes da APS revelaram a maleabilidade e versatilidade mesmo em situações mais adversas como a pandemia, a despeito de decisões necessárias naquele momento da gestão.

Antes do pronunciamento da OMS declarando a COVID-19 como uma pandemia as equipes eram responsáveis por manter contato contínuo de atendimento domiciliar, realizando atendimentos de livre demanda, como também educação em saúde. Diante de todas as adversidades que ameaçam a continuidade do cuidado de pacientes que necessitam de atenção domiciliar as unidades tiveram que se reinventar e aderir as “novas” maneiras para manter o vínculo com os pacientes, sendo adotados a utilização dos recursos tecnológicos, e estratégias de cuidado e orientação por meio de ligações telefônicas, corroborando com outros estudos (RODRIGUES et al 2021; SAVASSI et al 2020; DAUMAS et al 2020).

A manutenção dos cuidados a pessoas que estão impossibilitadas temporariamente ou definitivamente de comparecer às Unidades de Cuidados é função da APS, o que traz para o cerne desta discussão o dilema da impossibilidade do cuidado às questões crônicas na UBS, devido ao risco de exposição à COVID-19 ao permanecer em casa (BRASIL, 2020); onde fica claro a percepção da intenção, de alguns dos entrevistados, de manter a APS com as ações de acesso à rede mesmo de dentro do domicílio.

A atenção domiciliar é uma opção que busca alcançar três dos objetivos estratégicos do Sistema Único de Saúde (SUS) em combate a pandemia: cessar a transmissão de humano para humano, ao proteger as pessoas em casa; identificar precocemente, isolar e cuidar de pacientes infectados, oferecendo tratamento diferenciado; Disponibilizar leitos hospitalares com desospitalização ágil a pacientes hospitalizados, ao infectados por COVID-19 ou outra doença, dando continuidade no

tratamento em seu domicílio (TONIN, 2020); e um fator importante revelado nas entrevistas foram as contribuições do SAD para a consolidação de um trabalho em rede, a partir dessa nova experiência de construir o serviço em conjunto com a APS, tentando minimizar a fragmentação desse cuidado, numa relação dialógica e reflexiva, buscando os alicerces dos atributos da APS.

O atendimento domiciliar configura-se como atribuição da APS, e os critérios que definem a inclusão e frequência deste cuidado baseiam-se em: questões clínicas, geográficas, sociais, culturais, estrutura e grau de acesso dos serviços e aquelas relacionadas à vulnerabilidade individual, familiar e social (BRASIL, 2020). Notadamente em equipes de Saúde da Família (eSF), o papel do cuidado no domicílio é reforçado pela presença do agente comunitário de saúde (ACS), que é conhecedor das condições de saúde, familiares e sanitárias que cercam as pessoas sob responsabilidade de cada equipe (BRASIL, 2020; SAVASSI, 2016).

O Atendimento Domiciliar compreende-se como uma modalidade destinada a realizar cuidados por meio de procedimentos técnicos e orientações, sendo que a periodicidades deste atendimento dependerá da complexidade do quadro clínico, e é recomendada para pacientes que necessitem de cuidados contínuos, visando proporcionar a autonomia do paciente e da família, preservando uma assistência individualizada centrada nas necessidades do cliente (BRASIL, 2020); e que vão surgindo das narrativas a preocupação do SAD para que não seja unilateral, e sim para que proporcione uma continuidade ao processo de cuidar, remetendo a um processo de construção dessa relação com a APS mesmo diante de seu assolamento.

A pandemia, ocasionou a impossibilidade do contato físico direto, a fim de preservar a saúde do profissional, do paciente e da família, sendo assim necessário pensar em estratégias para atuação da atenção domiciliar (TONIN et al., 2020).

Percebe-se que para a continuidade do cuidado vão surgindo, e se confirmando nos relatos, novas maneiras de se construir as relações no objetivo de se alcançar essa população adstrita ao território, manter-se um vínculo através desse monitoramento, capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde.

6. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Diante deste estudo podemos delinear algumas limitações percebidas ao longo do trajeto da pesquisa. A primeira limitação inicial foi o fato da pesquisadora ser a coordenadora do SAD em termos relativos essa fluidez das entrevistas, ou o senso de timidez profissional, ou retraimento acerca dos assuntos abordados e pertinentes ao exercício de funções por parte destes entrevistados.

Outra limitação encontrada foi a circunstância do remanejamento dos profissionais nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais da APS, e que estes não fizeram parte da amostra, por terem sido remanejados para outros pontos da RAS, não sendo entrevistados esses participantes e não possibilitando a coleta desses dados pretendidos.

Também é pertinente destacar a falta de acesso dos entrevistados da APS em solicitar diretamente a internação domiciliar ao SAD. Essa perspectiva do seu processo de formação e estabelecimento de fluxo, no intuito de encontrar o cuidado mais próximo, mais ágil e de fortalecer o vínculo entre ambos os serviços, não foi possível. Consideramos importante a oportunidade de análise dessas entrevistas, o seu contexto e que possibilitem alcançar a realidade vivida naquele momento singular da pandemia.

7 - IMPLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A ÁREA DA SAÚDE

Este estudo permitiu expor sugestões para possíveis caminhos de investigações mais aprofundadas a cerca dessa interrelação entre ambos os serviços de saúde estudados. A coordenação desse cuidado a partir da análise de ordenação, do preceito das funções de cada qual envolvido é substancialmente significativo. Com efeito, pode-se por salientar a inferência a novos estudos sobre as concepções de coordenação de cuidado a partir dessas relações. As visões da relação de cuidado foram detectadas a partir desse estudo mesmo no momento de formação e construção dessa nova ferramenta da RAS, não se alargando o estudo para além deste segundo momento ou para antes desse momento, do qual não haviam referências do serviço SAD. Assim, sugere-se a continuação das investigações

desses profissionais, procurando-se compreender se as concepções apresentadas naquele momento, permanecem ainda e como elas estão.

Para os entrevistados, o trabalho colaborativo apresentou várias potencialidades. E que a partir disso percebe-se que se constituem em um elemento-chave com um papel fundamental na organização e construção das atividades de cooperação, de trabalho sinérgico.

Portanto, em estudos futuros podemos ter a atenção mais aprofundada sob a ótica da coordenação do cuidado, sendo interessante compreender as perspectivas em relação aos processos de colaboração, nomeadamente as potencialidades que isso trará.

Atualmente o SAD apresenta-se como um serviço habilitado, implantado na RAS, atende as demandas municipais de desospitalização e desupalização assim como a APS alcançou o acesso direto ao serviço, através do envolvimento da eqESF em conjunto com o serviço SAD, superando as expectativas iniciais desse estudo, sendo possível ir um pouco mais além do que foi planejado, também destacamos o convite ao SAD para participar de dois projetos de extensão em conjunto com a Universidade Estadual de Maringá (UEM) e o Hospital Universitário Regional de Maringá (HURM) ambos com objetivos de qualificar a desospitalização e construir ferramentas virtuais de acesso dos pacientes internados no SAD diretamente com os serviços envolvidos.

8.REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 20 set. 1990a.. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.60.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde**. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. 208, 28 out. 2011b. Seção 1. p. 44

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Domiciliar**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 2 v

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 825 de 25 de abril de 2016**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sus e atualiza as equipes habilitadas. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, 25 abril 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016prt0825._25_2016.html. Acesso em: 13 dez.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 9/2020 – CGAHD/DAHU/SAES/MS**. Recomendações da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar e Domiciliar em relação à atuação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) – Programa Melhor em Casa na pandemia do coronavírus (COVID-19) [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020; disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/20/doc-nota-tecnica-covid19---1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desospitalizacao_reflexoes_cuidado_atuacao_multiprofissional.pdf. Acesso em: 13 jun .2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde: versão 9**. Brasília, DF, maio 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/atencao-primaria-orientacoes-do-ministerio-dasaude-sobre-covid-19/>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)**. Brasília 2020. 83 p. Livroilus. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude.pdf.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R.; SEIXAS, C. T.; CASTRO, E. A. B.; ANDRADE, M. A.; SILVA, Y. C. Oferta e demanda na atenção domiciliar em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 903-12, 2016.

CAMPOS, G. W. S.; DOMINITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>>. Acesso em: 28 mai. 2021.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de et al. Organização da atenção domiciliar com o Programa Melhor em Casa. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 39, e2016-0002; 2018. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2016-0002>

CONASEMS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde** 4ª edição – Brasília: Ministério da Saúde <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads>.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada**: guia prático para análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2009.

DIAS, M. B. et all. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. **J Manag Prim Heal Care.** 2015; 6(1):1-7

ELIAS, PE. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo perspect.** v.18, n.3, p.41-46, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300005&lng=pt &nrm=isso

FEURWERKER, L.C.M, MERHY, E.E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica.** 2008;24(3):180–8.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 1763-1771, 2012

FURTADO J.H.L; QUEIROZ C.R; ANDRES S.C. **Atenção primária à saúde no Brasil** [livro eletrônico]: desafios e possibilidades no cenário contemporâneo. Campina Grande: Editora Amplla, 2021. 356 p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

GOMES, J. S., et al. Teoria fundamentada nos dados como referencial metodológico para pesquisas com famílias na enfermagem brasileira/ Grounded theory as a methodological reference for research with families in brazilian nursing. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 16, n. 4, 19 dez. 2017

GUEDHIN, E. **Hermenêutica e pesquisa em educação**: caminhos da investigação interpretativa. <https://arquivo.sepq.org.br/II-SIPEQ/Anais/pdf/gt1/10.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades@**: Paraná - Maringá. 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411520&search=parana|maringa>>. Acesso em: 12 fev 2021.

IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Perfil avançado do município de Maringá**. Disponível em:

<http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=309&btOk=ok>. Acesso em: 18 fev. 2021.

KERBER. NPC, et al. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Cad Saude Publica** 2008; (24) 3:485-493

MARINGÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Maringá** 2018-2021. Acesso em 15 de nov. 2020.

MEDINA MG, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**. 2020; 36(8).

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-COVID-19-o-que-fazer>

MELLAN TA, HOELTGEBAUM HH, MISHRA S, et al. Subnational analysis of the COVID-19 epidemic in Brazil. **MedRxiv** 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2022.05.09.20096701v2.full.pdf+html>

MENDES, A.O; OLIVEIRA, FA. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Rev. Bras. Med. Fam. e Com.**, v. 2, n. 8, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001

MORAES, A.; MONTALVÃO, C. **Ergonomia: conceitos e aplicações**. Rio de Janeiro: 2 AB, 1998.

NETO, A.V.O; DIAS, MB. Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS): o que representou o Programa Melhor em Casa? Rio de Janeiro: **Saúde e Debate** 2014. (51): 58-72.

NOUGUCHI, M.; et al. Families' opinions about caring for patients with psychiatric disorders after involuntary hospitalization in Japan. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 62, n. 2, p. 167-75, 2016.

OLARIO, P. S. Desospitalização em cuidados paliativos oncológicos: reconfiguração da gestão do cuidado para a atuação multiprofissional. Orientadora: Marléa Chagas Moreira. 2019. Tese (**Doutorado em Enfermagem**) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Considerations for implementing and adjusting public health and social measures in the context of COVID-19**. Interim guidance. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-in-adjusting-public-health-and-social-measures-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

PEITER, C.C; et al :Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados Referência - **Revista de Enfermagem Coimbra**, vol. IV, n. 11, p.61- 69, 2016.

RIBEIRO, S.P; CAVALCANTI, M.L.T. **Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade.** DOI: 10.1590/1413-81232020255.34122019

RICOEUEUR, P. **O conflito das Interpretações.** Ensaios de Hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

RICOEUEUR, P. **Du texte à l'action.** Paris: Seuil, 1986.

RICOEUEUR, P. **O conflito das interpretações.** Ensaios de Hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

RICOEUEUR, P. **Interpretação e Ideologias.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

RICOEUEUR, P. **Hermenêutica e ideologias.** 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2013 4ª. Reimpressão 2019.

RICOEUR, P. Tempo e narrativa em Paul Ricoeur: considerações sobre o círculo Hermenêutico. **Revista de História e Estudos Culturais.** Vol. 9 Ano IX nº 1, 2012.

SALCI, M. A., SILVA, D. M. G. V., MEIRELLES, B. H. S. Evaluation in the brazilian health system. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, 2018. Doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.41937>.

SANTOS, J. L. G., et al. Methodological perspectives in the use of grounded theory in nursing and health research. **Escola Anna Nery.** v. 20, n. 3, e20160056. 2016. Doi: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160056>.

SAVASSI, L. C. M.; REIS, G. V. L.; DIAS, M. B. et al. Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASAD. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2611, 2020. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/2611>. Acesso em: 6jun. 2022.

SAVASSI, LCM; MF, DiaS. Visita domiciliar. **Grupos de estudo em saúde da família.** Belo Horizonte: AMMFC, 2006.

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. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1259](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1259).

STARFIELD B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

SERAPIONI, M. Conceitos e Métodos para a Avaliação de Programas Sociais e Políticas Públicas. **Revista da Faculdade de Letras da Universidade de Porto**, v. 31, n. August, p. 59–80, 2016.

SOUZA VR, MARZIALE MH, SILVA GT, NASCIMENTO PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. **Acta Paul Enferm**. 2021;34:eAPE02631.

<http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02631>

TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. 2020.

TEIXEIRA, C.P et al. COVID-19 e Atenção Primária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE) / organizado por Carla Pacheco Teixeira [et al.]. -Rio de Janeiro: ANAIS/SESSÕES TEMÁTICAS / PROFSAÚDE, 2020.

TONIN L. Recomendações em tempo de COVID-19, um olhar para o cuidado domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2020; 73(2).

<https://www.scielo.br/j/reben/a/wLfPdCbYv4LxQBHhvBzSgij/?lang=pt>.

WEISS, C.H. “**Theory-Based Evaluation**: Past, Present, and Future”, *New Directions for Evaluations*, 76, p. 41-55, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **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>

APÊNDICE 1

Roteiro preliminar de entrevista semiestruturada a equipe multidisciplinar da UBS/ESF

Parte 1 - Caracterização

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Função/cargo: _____

Tempo de Participação no Programa Saúde da Família: _____

UBS: _____

Parte 2 – Perguntas disparadoras

1. Conte-me como está sendo sua experiência de atendimento domiciliar durante o período da pandemia?
2. Como tem sido o acompanhamento das pessoas que precisam de cuidados domiciliares?
3. Teve alguém que procurou por você aqui na Ubs? E por qual motivo?
4. Como você se organizou em relação a isso para atender essa ou essas demandas? Conte-me
5. E a rede de atenção à saúde? Como foi?
6. Como você e o SAD trabalham?
7. Você pode me dar exemplos dessa relação?
8. Em com o Covid o que mudou?

APÊNDICE 2

Roteiro preliminar de entrevista semiestruturada a equipe multidisciplinar do SAD

Parte 1 - Caracterização

Nome: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Função/cargo: _____

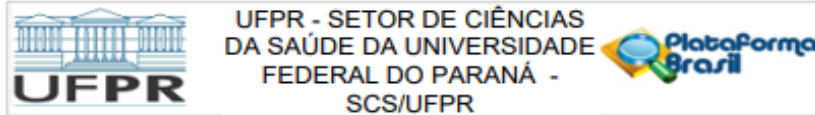
Tempo de Participação no Serviço de Atenção Domiciliar: _____

Parte 2 – Perguntas disparadoras

1. Conte-me como está sendo sua experiência de atendimento domiciliar durante o período da pandemia?
2. Como tem sido o acompanhamento das pessoas que precisam de cuidados domiciliares?
3. Como você se organizou em relação a isso para atender essa ou essas demandas? Conte-me
4. E a rede de atenção à saúde? Como foi?
5. Como você e a APS trabalham?
6. Você pode me dar exemplos dessa relação?
7. Em com o Covid o que mudou?

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção domiciliar na atenção primária a saúde: a interrelação na coordenação do cuidado durante a pandemia da Covid-19

Pesquisador: Deivisson Vianna Dantas dos Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50513921.7.0000.0102

Instituição Proponente: Mestrado Profissional em Saúde da Família

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.002.530

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "Atenção domiciliar na atenção primária a saúde: a interrelação na coordenação do cuidado durante a pandemia da Covid-19" sob a coordenação e orientação do Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos, docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, com a coorientação do Prof. Dr. Helvo Slomp Junior e participação e mestranda Ana Paula Neri.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

"Avaliar a interrelação entre a atenção primária a saúde e atenção domiciliar na coordenação do cuidado no contexto da pandemia da Covid-19."

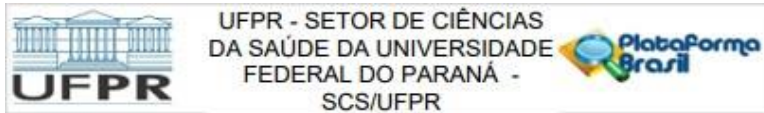
Objetivo Secundário

"Descrever as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde pertencentes a Atenção Primária à Saúde para desempenharem a coordenação do cuidado a saúde em cuidados domiciliares."

"Compreender como os trabalhadores da Atenção Domiciliar articulam esta forma de cuidado com as equipes de atenção primária de sua referência durante a pandemia Covid-19."

"Analisar as ações desempenhadas por estas equipes no que se refere a coordenação do cuidado a saúde em cuidados domiciliares durante a pandemia Covid-19."

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 9.002.539

Outros	ANALISEMERITO.pdf	14:21:14	ANA PAULA NERI	Aceito
--------	-------------------	----------	----------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 28 de Setembro de 2021

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

