

## Continuidade do cuidado e ações no território durante a COVID-19 em municípios de São Paulo, Brasil: barreiras e facilitadores

Care continuity and actions in the territory during COVID-19 in São Paulo municipalities, Brazil: barriers and facilitators

Maria Izabel Sanches Costa (<https://orcid.org/0000-0002-9117-5089>)<sup>1</sup>  
Tereza Etsuko da Costa Rosa (<http://orcid.org/0000-0001-9285-0472>)<sup>1</sup>  
Fabiana Santos Lucena (<https://orcid.org/0000-0002-3928-1300>)<sup>1</sup>  
Michelle Fernandez (<https://orcid.org/0000-0003-0224-0991>)<sup>2</sup>  
Ligia Schiavon Duarte (<https://orcid.org/0000-0001-5822-9033>)<sup>1</sup>  
Cláudia Malinverni (<https://orcid.org/0000-0003-2218-283X>)<sup>1</sup>  
Luzia Aparecida de Albuquerque Dantas (<https://orcid.org/0009-0008-9148-9177>)<sup>3</sup>

**Abstract** *The discontinuity of care and actions in the territory in primary health care during pandemic periods can escalate acute and chronic complications and mortality. In this sense, this article aims to present the barriers and facilitators for care continuity and actions in the territory during the COVID-19 pandemic in São Paulo municipalities. This qualitative analysis was conducted through 37 interviews with health managers and professionals from six municipalities. Two facilitators were identified: the availability of a specific service for attending COVID-19-related respiratory demands and the integration of the health team professionals before the pandemic. Two barriers were identified: a fragile primary healthcare structure before the pandemic and the lack of alignment of health professionals' actions with the community and territorial care model. We concluded that municipalities with a structured PHC system before the pandemic faced fewer hardships in preserving care continuity and actions in the territory.*

**Key words** *Primary Health Care, Care continuity, Actions in the territory, COVID-19, State capacity*

**Resumo** *A descontinuidade do cuidado e as ações no território na atenção primária à saúde em períodos de pandemia podem resultar em um aumento de complicações agudas, crônicas e mortalidade. Nesse sentido, este artigo tem como objetivo apresentar as barreiras e os facilitadores para a continuidade do cuidado e as ações no território durante a pandemia da COVID-19 em municípios do estado de São Paulo. Trata-se de uma análise qualitativa de 37 entrevistas com gestores e profissionais da saúde de seis municípios. Foram identificados dois fatores facilitadores: a existência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias relacionadas à COVID-19 e a integração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia. Evidenciaram-se duas barreiras: frágil estrutura de atenção primária à saúde antes da pandemia e a falta de alinhamento das ações dos profissionais de saúde ao modelo de atendimento comunitário e territorial. Concluiu-se que os municípios que já tinham uma APS estruturada antes da pandemia tiveram menos dificuldade para manter a continuidade do cuidado e as ações no território.*

**Palavras-chave** *Atenção Primária à Saúde, Continuidade do cuidado, Ações no território, COVID-19, Capacidade estatal*

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. R. Santo Antônio 590, Bela Vista. 01314-000 São Paulo SP Brasil. [belcost@gmail.com](mailto:belcost@gmail.com)

<sup>2</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

<sup>3</sup> Pesquisadora independente. São Paulo SP Brasil.

## Introdução

Em sistemas bem estruturados e organizados, a Atenção Primária à Saúde (APS) é preferencialmente o primeiro local de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, o que se espera que ocorra também durante uma pandemia<sup>1,2</sup>. Nesse sentido, a APS exerce historicamente um papel importante em crises sanitárias. Em diferentes epidemias, como nos casos da dengue, da Zika e do ebola, esse nível de atenção atuou exitosamente na prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de pacientes<sup>3,4</sup>.

A APS refere-se a um conjunto de práticas integrais de cuidado à saúde individual e coletivo, por meio de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação<sup>5</sup>. São sete os atributos fundamentais nesse nível de atenção: porta de entrada (serviço de primeiro contato), longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural<sup>6</sup>.

Entre esses atributos, a longitudinalidade (continuidade do cuidado) tem sido considerada característica central e exclusiva da APS<sup>6,7</sup>. Apesar de muitas vezes esses termos serem utilizados com significados semelhantes, alguns autores os compreendem com algumas especificidades. Neste artigo trabalhamos com o conceito de continuidade do cuidado relacionado a um dado problema de saúde e um conjunto de atendimentos, que podem ou não ser realizados pelo mesmo profissional, mediado por transferência de informações potencialmente dadas por registros que subsidiarão o tratamento do usuário. Nesse caso não há uma preocupação de estabelecimento de uma relação terapêutica ao longo do tempo, como o proposto pelo conceito de longitudinalidade<sup>7</sup>.

Além da importância da APS no gerenciamento eficaz de uma resposta a emergências de saúde, ela também tem um papel central na continuidade do cuidado durante uma crise sanitária<sup>8</sup>. A população que necessita acessar um serviço de saúde por outros motivos que não estejam relacionados estritamente à pandemia, devem ter na APS um lugar de acolhida<sup>2,9</sup>, visto que também durante esses eventos há demandas de cuidado continuado não adiáveis, como atendimento a pacientes crônicos, pré-natal e puericultura, entre outros. A descontinuidade dessa atenção pode resultar em um aumento de complicações agudas e crônicas, além de maior mortalidade e sobrecarga do sistema de saúde pelo acúmulo de

cuidados adiados em virtude da crise sanitária<sup>10</sup>.

Um processo complementar à continuidade do cuidado na APS são as ações no território, que estão relacionados ao atributo orientação à comunidade<sup>5</sup>. Com o intuito de formular um planejamento que visa contínuo acompanhamento da população, realiza-se a territorialização para tornar possível identificar os usuários que estarão sob cuidados de uma determinada equipe de saúde<sup>11</sup>. Entretanto, o entendimento de território vai além da ideia de espaço físico definido apenas por consonância administrativa e adscrição da população. Ele engloba também os aspectos econômicos, políticos, culturais e epidemiológicos que atravessam o processo saúde-doença<sup>12</sup>. O espaço territorial e as suas características socio-sanitárias são importantes instrumentos a serem considerados no processo de trabalho dos profissionais da saúde. Dessa forma, o território deveria ser tomado tanto como mapa para o planejamento de saúde do serviço quanto espaço para o desenvolvimento de ações extramuros, tais como as visitas domiciliares (VD), busca de parceiros, articulação intersetorial, implementação do Programa Saúde na Escola, promoção da mobilização e da participação da comunidade etc.<sup>13</sup>.

Assim, as ações no território possibilitam reconhecer as necessidades de saúde em uma dada população por meio da análise epidemiológica combinada com o processo de territorialização<sup>14</sup>. Esse fator faz com que a APS tenha potencial para lidar com emergências de saúde pública<sup>15</sup>. As equipes da APS, em razão do vínculo estabelecido com a comunidade local, ocupam lugar estratégico que possibilita realizar diagnóstico precoce dos infectados, tratar casos leves, colaborar com ações de vigilância epidemiológica e implementar medidas de prevenção e educação em saúde durante uma crise sanitária<sup>16,17</sup>. Além disso, a manutenção de ações no território durante a crise sanitária potencializa a manutenção da continuidade do cuidado na APS e a identificação de vulnerabilidades por meio de uma orientação comunitária<sup>18</sup>.

A consolidação do processo de continuidade de cuidado sustentado por um processo territorializado e de planejamento de ações a partir de um diagnóstico epidemiológico e social que constituem um determinado espaço é um desafio desde a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa questão é potencialmente agravada em um contexto pandêmico.

Nesse sentido, este artigo tem como objetivo analisar as barreiras e os facilitadores da continuidade do cuidado e das ações no território

durante a pandemia da COVID-19 em municípios do estado de São Paulo. Partimos de dois pressupostos iniciais: o primeiro, os municípios que já tinham antes da pandemia de COVID-19 uma estrutura adequada da APS – recursos humanos suficientes, infraestrutura e capacidade de gestão etc. – conseguiriam manter essa continuidade; o segundo, apenas os municípios que já tinham aderido ao modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF) antes da pandemia conseguiram realizar ações de base territorial e comunitária.

## Metodologia

### Desenho da pesquisa e levantamento dos dados

Este é um estudo qualitativo baseado em entrevistas semiestruturadas realizadas em seis municípios-caso<sup>18,19</sup>. A estratégia de casos múltiplos com um único nível de análise foi eleita por sua aplicabilidade para o aprofundamento e investigação de fenômenos que se caracterizam por sua indissociabilidade em relação ao contexto<sup>19</sup>.

Para a escolha dos municípios-caso, utilizou-se de dados da primeira etapa, de inquérito quantitativo, com base na seleção de questões sensíveis do questionário aplicado a gestores de 253 municípios. Essas questões sensíveis buscaram qualificar as características favoráveis ou desfavoráveis ao desempenho da atenção primária durante a pandemia.

Na análise foram consideradas as dimensões estratégicas para o bom desempenho da APS nas ações relacionadas à vigilância e contenção da COVID-19, mantendo o vínculo e o cuidado integral à população<sup>20,21</sup>, privilegiando-se as seguintes características:

I) *Modelo de atenção* (preditores existentes em momento anterior à pandemia): (1) serviços de APS disponíveis e (2) existência/inexistência de equipes de ESF;

II) *Ações no território para o enfrentamento da pandemia* (eventos traçadores da intencionalidade de promoção da territorialização durante a crise sanitária): (1) existência de centros COVID voltados para os territórios, (2) busca ativa de ações comunitárias para parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde, (3) continuidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde durante a pandemia, (4) continuidade de visitas domiciliares, (5) ações educativas no território, (6) identificação de grupos em maior vulnerabi-

lidade social, (7) articulação com a vigilância epidemiológica, (8) estratégias para monitoramento de casos confirmados, (9) ações de apoio social, (10) ações de apoio psicológico, (11) adaptações para a manutenção de atividades em grupo e de educação em saúde e (12) monitoramento de contactantes de casos positivos;

III) *Continuidade do cuidado na APS durante a pandemia* (eventos traçadores da intencionalidade de promoção da integralidade durante a crise): (1) investimentos e aquisições tecnológicas, (2) busca ativa de pacientes com alta hospitalar, (3) continuidade de atividades prioritárias da APS – reuniões de equipe, acolhimento, atividades de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), consultas de odontologia, Papanicolau e rastreio de câncer de mama, inserção de DIU e outras ações de planejamento familiar, cuidado aos usuários com doenças crônicas –, (4) cuidados para os casos de sequelas leves/moderadas pós-COVID, (5) continuidade do cuidado aos grupos prioritários e (6) construção/ inovações/adaptações criativas para manter o cuidado à população em relação à prevenção e promoção.

Em relação à dimensão modelo de atenção, foram considerados para a seleção um grupo de municípios com “ESF estruturada” (33 municípios) e outro sem “nenhuma estrutura de ESF” (21 municípios). Considerando que o porte populacional tem influência na cobertura da ESF, sendo mais expressiva nos municípios de pequeno porte, no estado de São Paulo os grupos foram divididos em 50 mil e mais habitantes e em menos de 50 mil. As questões objetivas que representavam e contemplavam as dimensões “ações no território para o enfrentamento da pandemia” e “continuidade do cuidado durante a pandemia” foram consideradas para a pontuação das respostas que indicassem o bom desempenho nas ações selecionadas. Classificaram-se os quatro grupos de municípios, nos respectivos portes populacionais e no modelo de atenção com estrutura de APS, em ordem de maior para o menor destaque na valorização das ações no território e na continuidade do cuidado nesse nível de atenção, selecionando-se os municípios classificados no topo e na base de cada grupo. No modelo sem estrutura de ESF, foram selecionados os municípios no topo da classificação. Dessa forma, as características dos seis municípios-caso de interesse foram as seguintes:

I) Municípios com menos de 50 mil habitantes, ESF bem estruturada e com destaque em valorização das ações no território e na continuidade do cuidado na APS; II) Municípios com

mais de 50 mil habitantes, ESF bem estruturada e destaque em valorização das ações no território e na continuidade do cuidado na APS; III) Municípios com menos de 50 mil habitantes, ESF bem estruturada e sem destaque na valorização das ações no território e na continuidade do cuidado na APS; IV) Municípios com mais de 50 mil habitantes, ESF bem estruturada e sem destaque na valorização das ações no território e na continuidade do cuidado na APS; V) Municípios com menos de 50 mil habitantes, sem estrutura de ESF e com destaque na valorização das ações no território e na continuidade do cuidado na APS; VI) Municípios com mais de 50 mil habitantes, sem estrutura de ESF e com destaque na valorização das ações no território e na continuidade do cuidado na APS.

A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos municípios e as suas respectivas características.

Em cada um dos seis municípios foi selecionada uma unidade básica de saúde, com base no seguinte critério: serviço com profissionais mais antigos no município e, portanto, que já trabalhavam antes da pandemia da COVID-19. Essa informação foi fornecida pelo gestor municipal.

Em cada município foram entrevistados gestores (secretário, coordenadores da atenção básica e gerente de serviço) e profissionais de saúde (médico, enfermeiro, ACS e um profissional do NASE). Assim, o *corpus* a que se refere a análise qualitativa aqui apresentada foi composto por 37

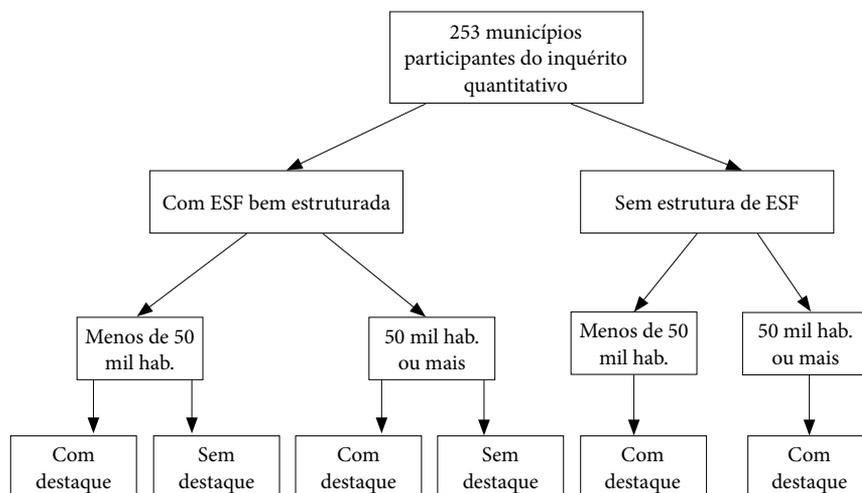
entrevistas realizadas com base em um questionário semiestruturado.

### Análise dos dados

Este trabalho emprega a análise temática<sup>18</sup>, buscando a investigação da realidade a partir da perspectiva dos agentes sociais da APS que atuaram na pandemia<sup>22-24</sup>. Nesse sentido, buscamos descrever, interpretar e identificar padrões<sup>23,25</sup> a partir dos dados levantados durante as entrevistas, que foram gravadas e transcritas.

Os dados foram analisados em duas etapas. Na primeira foram mapeadas as atividades de continuidade do cuidado e ações no território antes da crise sanitária. Essa etapa visou identificar as alterações produzidas em decorrência da pandemia. Na segunda etapa, com o auxílio do software Maxqda para a estratificação e agrupamento, chegou-se às seguintes categorias: 1) facilitadores da continuidade do cuidado e ações no território durante a pandemia de COVID-19; 2) barreiras da continuidade do cuidado e ações no território durante a pandemia da COVID-19.

O roteiro das entrevistas não conferiu uma direcionalidade imediata à exploração sobre as barreiras e os facilitadores da continuidade do cuidado e das ações no território. Portanto, pode-se dizer que foi com as reflexões empreendidas que, com base nos dados empíricos e em sintonia fina e ressignificadas com e pelo quadro



**Figura 1.** Fluxograma dos agrupamentos de acordo com as características dos municípios para a seleção dos casos para o estudo qualitativo.

teórico sobre a APS, emergiram os construtos que denominamos facilitadores e barreiras da continuidade do cuidado e das ações no território. Entendendo-se por construtos recursos analíticos para auxiliar na compreensão da dinâmica de funcionamento de um dispositivo de saúde e a sua relação ou adesão com e ao ordenamento de regras de implementação de políticas públicas.

Ambas as etapas foram cumpridas seguindo as recomendações éticas para pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/2012, Resolução nº 510/2016 e Resolução nº 580/2018). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde.

## Resultados

Os dados demonstram que todos os municípios, com menor ou maior grau, independente do modelo de atenção e porte, realizavam atendimento à demanda espontânea e encaminhamentos para a especialidade, que podem ser classificadas como continuidade do cuidado, antes da pandemia da COVID-19. Apenas um município, de pequeno porte e com o modelo de ESF, mencionou a prática de matriciamento.

No que se refere às ações no território, todos, independente do porte e do modelo de atenção, afirmaram que realizavam visitas domiciliares antes da pandemia. Cabe explicitar que aqueles sem ESF realizavam VD apenas para casos esporádicos e graves, ou seja, não sendo uma prática rotineira da unidade. Apenas três municípios, com ESF, realizaram atividades como busca ativa, articulações com outros setores do território, um dos quais com menos de 50 mil habitantes e dois com mais.

As ações de continuidade do cuidado apresentadas pelos municípios ora analisados estavam relacionadas ao atendimento de pessoas que vivem com doenças crônicas, gestantes e renovação das receitas médicas, ou seja, um atendimento restrito em decorrência do contexto. Com exceção das gestantes, em que o pré-natal continuou sendo realizado de forma presencial, o atendimento às pessoas que vivem com doenças crônicas, em quase todos os municípios, independente do porte e modelo de atenção, ocorreu majoritariamente por teleatendimento.

Apenas três municípios – sendo dois do modelo de ESF e outro não, bem como um de pequeno e dois de grande porte – relataram atendimento à demanda espontânea presencialmente, momento em que é possível detectar condições

de saúde que podem necessitar de acompanhamento. Os mesmos municípios anteriores conseguiram adaptar parte do atendimento a todas as demandas no formato presencial. No município 5, que adotou o modelo sem ESF e de grande porte, um médico foi destacado para fazer os contatos telefônicos, principalmente para os pacientes em risco cardiovascular, selecionando aqueles com queixas para consultas presenciais, o que foi denominado pela equipe de rotina essencial.

Dos seis municípios entrevistados, apenas quatro mantiveram algum tipo de ação no território, sendo dois do modelo de ESF e dois do modelo sem ESF. Os municípios que conseguiram realizar ações territoriais relataram que a principal atividade mantida foram as visitas domiciliares para pacientes com alguma necessidade grave, pacientes acamados, com dificuldade de locomoção e demais casos excepcionais. O município 6, de pequeno porte e sem modelo ESF, identificava os pacientes graves por meio de um rastreamento por QRcode. O município 5, de grande porte e do modelo sem ESF, por meio de telefonemas feitos por um médico que fazia a triagem dos pacientes com queixa, indicava se a consulta seria presencial na unidade ou por visita domiciliar, dependendo do caso. No município 1, de grande porte e do modelo ESF, a equipe NASF realizou alguns atendimentos em grupo por teleatendimento, bem como visitas domiciliares aos usuários idosos.

Ao compararmos o antes e durante a pandemia, os municípios do modelo ESF que já realizavam ações no território para além das visitas domiciliares, busca ativa e articulações com outros setores, tenderam a manter tais atividades durante a pandemia. No que se refere aos municípios sem ESF, ambos já realizavam visitas e, durante a pandemia, buscaram incrementar tais atividades.

## Barreiras e Facilitadores

O Quadro 1 apresenta de forma sucinta os principais achados deste estudo.

A análise das entrevistas identificou duas barreiras para a continuidade de cuidado e o cuidado no território: 1) frágil estrutura de APS segundo os princípios gerais da Política Nacional da Atenção Básica (recursos humanos suficientes, estrutura física adequada, capacidade de gestão dos gestores municipais); e 2) falta alinhamento das ações dos profissionais de saúde ao modelo atendimento comunitário e territorial.

O primeiro fator pode ser evidenciado ao identificarmos que os municípios que mais tiveram dificuldades de manter a continuidade

**Quadro 1.** Barreiras e facilitadores da continuidade do cuidado e ações no território.

Porte	Município	Modelo de Atenção	Facilitadores	Barreiras
50 mil e mais	Município 1	ESF	1. Existência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias relacionadas à COVID-19 2. Integração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia	
	Município 2	ESF		1. Frágil estrutura de atenção primária à saúde antes da pandemia 2. Falta alinhamento das ações dos profissionais de saúde ao modelo de atendimento comunitário e territorial
Menos de 50 mil	Município 3	ESF		1. Frágil estrutura de atenção primária à saúde antes da pandemia 2. Falta alinhamento das ações dos profissionais de saúde ao modelo de atendimento comunitário e territorial
	Município 4	ESF	2. Integração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia	1. Frágil estrutura de atenção primária à saúde antes da pandemia
50 mil e mais	Município 5	Sem ESF	1. Existência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias relacionadas à COVID-19 2. Integração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia	
Menos de 50 mil	Município 6	Sem ESF	1. Existência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias relacionadas à COVID-19 2. Integração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia	

Fonte: Autoras.

do cuidado e não conseguiram realizar ações no território foram os que apresentavam, antes da pandemia da COVID-19, uma estrutura de APS frágil e não tinham ações dos profissionais alinhadas ao modelo de atendimento comunitário e territorial. No que se refere à estrutura, a fragilidade mais evidente foi a de recursos humanos. A falta de médicos e enfermeiros foram as mais mencionadas:

*Tínhamos duas equipes que foram cadastradas de AP e não houve médico interessado para vir para cá. Nós cadastramos e elas foram habilitadas, mas as vagas não foram preenchidas. Não foram*

*preenchidas, né? Então é uma dificuldade (Município 3 - entrevistado 1).*

*Quando eu cheguei aqui em 2018, ficamos um ano na unidade sem um médico na Estratégia de Saúde da Família. Mandava um médico para fazer atendimentos pontuais, o que não representa a Estratégia de Saúde da Família, e daí por dois anos teve o contrato de um médico do Mais Médicos, que também já acabou e a gente voltou para a mesma situação (Município 3 - entrevistado 2).*

A ausência de médicos tende a sobrecarregar os enfermeiros que, muitas vezes, já acumulam a função de gerência e assistência:

*Tem unidade que tem gerente e tem unidade que não. [...] então o enfermeiro tem que ver uma lâmpada que queimou, atender o paciente, fazer preventivo, olhar se o motorista vai [...] (Município 5 - entrevistado 1).*

É evidente a dependência de apoio dos programas federais para contratação e fixação dos profissionais. A falta de infraestrutura física, apesar de menos citada, também foi evidenciada nestes municípios:

*Então hoje, por mais que a gente saiba que precisa aumentar o número de equipes, eu ainda não consigo, porque o município não tem uma infraestrutura adequada das unidades (Município 3 - entrevistado 1).*

Outro item analisado na categoria estrutura da APS, refere-se à capacidade de gestão do município. Neste quesito, evidenciou-se que o entendimento e o papel da APS no sistema de serviços de saúde são muito variados e aí, a presença e apoio de outros profissionais são determinantes para o funcionamento de uma atenção primária de acordo com os seus fundamentos. Em contraposição, os municípios que menos tiveram dificuldade em manter a continuidade do cuidado e realizar as ações no território foram aqueles que não apresentaram fragilidades na estrutura física e de recursos humanos.

Ainda no que tange à capacidade de gestão do município com menor dificuldade, os secretários com menos experiência em saúde pública contaram com o apoio de outros profissionais com experiência e valorização da APS, seja no cargo de coordenadores da atenção básica, seja como gestores de unidades básicas de saúde e/ou assessoria de articuladores da saúde mental do nível estadual.

No que diz respeito à falta de alinhamento das ações dos gerentes e profissionais da linha de frente ao modelo de atendimento comunitário e territorial, as equipes que não tinham esse alinhamento demonstraram trabalhar com processos voltados para “queixa-conduta”, usando o território apenas para fins administrativos, ou seja, voltados para o aspecto gerencial dos serviços de saúde. Esse dado foi identificado em dois municípios que adotaram o modelo de cuidado ESF.

*Nós temos um problema, uma falha com relação ao planejamento do programa de saúde da família aqui porque nós não temos um protocolo de atenção básica daqui [...] (Município 2 - entrevistado 1).*

*O ACS não mora mais no bairro, ele pode morar em um bairro e trabalhar em outra unidade. Então não tem mais o vínculo que tinha antes. Eu*

*percebi que mudou muito (Município 2 - entrevistado 3).*

Em contrapartida, esse alinhamento foi evidenciado em equipes que tinham uma sensibilidade para os determinantes da saúde e que ofertavam ações vinculadas à promoção da saúde. Dessa forma, os entrevistados demonstraram entender a importância da valorização do conhecimento do território, do vínculo com as famílias, da promoção das atividades de promoção e prevenção em saúde, tal como os programas de saúde da escola e grupos temáticos, bem como a atividade de matriciamento com o NASF e CAPS:

*A gente tem muita escola na nossa área. Então, junto com o PSE a gente define estratégias, metas para o ano todo [...] A gente tem um abrigo também, o Nosso Lar, que são para as crianças, que também é da nossa área de abrangência (Município 1 - entrevistado 4).*

*Foram surgindo ações, as oficinas. Então teve uma oficina, o que na época o psicólogo fez junto com a fono, para o grupo dele, de saúde mental. Ele começou a fazer videochamadas, eles desenvolveram vídeos de informativos para disparar pelo WhatsApp (Município 1 - entrevistado 5).*

*Veio a pandemia e fechou o Centro Dia, então o que o Centro Dia começou a fazer? Visitar uma vez por semana esses idosos, com algumas ações e aí a equipe do NASF foi junto, acompanhar esses idosos para não se perder tanto esse contato (Município 1 - entrevistado 3).*

*No município tem um abrigo [...] então a gente vai lá, faz vigilância, faz orientação de saúde, na pandemia nós fomos lá por três vezes coletar PCR de todos os abrigados, fomos lá vaciná-los para COVID-19 (Município 5 - entrevistado 5).*

Foram identificados dois facilitadores: 1) existência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias relacionadas à COVID-19 graves; 2) integração dos profissionais da equipe de saúde antes da pandemia. Apesar de não ser uma variável determinante, a existência de um serviço específico para o atendimento de demandas respiratórias relacionadas à forma grave da doença ajudou a não sobrecarregar a APS. Este foi o caso de apenas um município que não teve o apoio de um serviço específico, mas que conseguiu manter parte da continuidade do cuidado e parte das ações no território. Entretanto, apresentou dificuldade com relação ao espaço físico e a equipe, pois ambos foram divididos.

O facilitador categorizado como “integração dos profissionais da equipe de saúde” não foi relevante para a continuidade, visto que todos os municípios, independente do modelo de cuidado

adotado, conseguiram, com graus diferenciados, manter minimamente as ações. Entretanto, a integração entre os profissionais parece ter grande influência na capacidade da equipe em efetivar ações territoriais. Dessa forma, cabe registrar que a desintegração das equipes pode ser atribuída tanto a deficiências estruturais da APS quanto aos processos de trabalho não alinhados às ações no território:

*Dos agentes de saúde, esse pessoal ficou meio afastado, não sei exatamente o que é que eles estavam fazendo. Eu acredito, não tenho certeza, acredito que eles tinham ali os contatos via telefone (Município 3 - entrevistado 4).*

*Nós fazemos reuniões semanais todas às sextas-feiras [...] onde a gente estabelece metas [...] vê o que não foi atingido e a gente refaz as estratégias, sempre pensando em equipe e por ser a mesma equipe há seis anos, então fica mais fácil [...] (Município 1 - entrevistado 1).*

*A gente tem uma equipe do NASF que vai auxiliar o que pode estar acontecendo, serviço social. E a gente trabalha sempre nessa equipe multidisciplinar, ACS, enfermeira, balcão, médico. A nossa equipe só trabalho junto, todas as reuniões a gente senta e vê a melhor oportunidade para a área de abrangência que a gente tem (Município 1 - entrevistado 5).*

*A equipe faz reunião para ver certinho casos mais prioritários, os ACSs me passam coisa que eles estão vendo diferente, uma família que precisa de prioridade e está vulnerável, ou uma visita, tem vários casos aqui, e a gente vai acertando (Município 4 - entrevistado 3).*

## Discussão

Este artigo parte da compreensão de que é o modelo de atenção que promove a lógica ou a racionalidade das práticas em saúde, articulando saberes técnicos e científicos para uma dada organização das atividades desenvolvidas para o cuidado de indivíduos e coletivos<sup>26,27</sup>. O fato de o município ter ESF indicaria que ocorreram mudanças político-institucionais e administrativas na gestão municipal da saúde para a implantação de tal modelo de atenção. Entretanto, com base no presente estudo, foi possível perceber que, mesmo com a presença de ESF no município, as ações em saúde na APS são ajustadas à realidade local. Isso explicaria a grande diversidade de condução e de execução de ações nos municípios, mesmo em contexto de modelo de APS definido e garantido por diretrizes e legislações específicas<sup>28</sup>.

Tal evidência mostra a heterogeneidade das fragilidades da capacidade estatal dos municípios<sup>24</sup>, compreendida como a habilidade do Estado para implementar políticas públicas e seus objetivos<sup>29-31</sup>, para a implementação das políticas de saúde. De fato, com o grande entusiasmo ao programa por parte dos gestores, estudos têm indicado progressos substantivos na consolidação da implantação da ESF nos municípios, no entanto, ainda, com desafios importantes a serem superados. Os principais motivos para a falta de conformidade e ineficiência da estratégia estão relacionados com investimento financeiro inadequado e limitado, bem como com qualificação técnica insatisfatória, tanto de gestores quanto de equipes<sup>10</sup>.

Os dados demonstram que os municípios 2 e 3, ambos do modelo ESF, já apresentavam dificuldades em manter a estrutura mínima antes da pandemia da COVID-19, tanto física quanto de recursos humanos. Ambos conseguiram manter a continuidade do cuidado apenas para as pessoas que vivem com doenças crônicas. No caso do município 3, o atendimento foi ainda mais restrito, com continuidade do cuidado apenas para os agravos crônicos descompensados. Trata-se de um município de pequeno porte, característica comumente associada à ineficiência ou baixo desempenho na APS, justificado, sobretudo, pela economia de escala e pelas complicações para a fixação dos profissionais de saúde e a consequente rotatividade nas equipes de saúde<sup>28</sup>.

Se a fragilidade estrutural já era uma variável presente nesses sistemas municipais de saúde, a chegada da pandemia a evidenciou e a agravou. Esse achado corrobora a discussão sobre os efeitos da implementação da descentralização em um contexto de heterogeneidade municipal<sup>29,30,32</sup>. A desigualdade econômica e administrativa entre municípios gerou dificuldades na implementação das políticas públicas descentralizadas, entre elas a política de saúde. Essa diferença revela condições e capacidades organizacionais variadas, geralmente mais escassas nas localidades de até 50 mil habitantes<sup>33</sup>. Esses municípios compõem o segmento mais dependente de transferências intergovernamentais e com menor capacidade estatal, como é o caso do município 3.

Em contrapartida, o município 4, de pequeno porte, apresentou menor dificuldade na manutenção da continuidade do cuidado durante a pandemia. Com fragilidades estruturais anteriores à pandemia, ele recebeu o suporte da esfera estatal na organização da APS, bem como a alocação de médicos por programa federal. Assim, a comparação entre dois municípios de pequeno

porte (municípios 3 e 4), evidencia a relevância do apoio aos municípios no desenvolvimento de capacidades estatais em contexto de crise. Não obstante, vale realçar que as transferências de recursos de outras esferas de governo dependem da competência que o município tem de buscar programas, que podem influenciar no aumento da quantidade de procedimentos e ações de saúde oferecidos, que, por sua vez, impactam o desempenho da APS.

Já no que concerne às ações no território, os dados revelam que elas ocorreram tanto em municípios que adotaram o modelo ESF como também naqueles que não adotaram. A identificação de ações no território nos municípios 5 e 6, ambos do modelo sem ESF, evidenciou que o modelo adotado não é determinante para o funcionamento desse atributo em contexto de crise. É relevante mencionar que a maioria dos municípios teve repasse de fundos governamentais adicionais destinados à garantia de serviços de saúde às doenças crônicas não transmissíveis<sup>10</sup>. Nesse sentido, é preciso ponderar se as ações de busca ativa por pacientes com doenças crônicas foram motivadas mais por esse incentivo financeiro do que por planejamento e organização inerentes a um processo de trabalho. Além disso, percebeu-se que a adoção, por parte do gerente da unidade e dos profissionais da linha de frente, de processos de trabalho mais alinhados aos fundamentos da ESF é fundamental para a continuidade das ações no território. Nesses casos, as variáveis que mais influenciaram foram o alinhamento dos profissionais ao modelo de atendimento comunitário e territorial e a sua integração à equipe de saúde. Ambas as variáveis são determinantes na estruturação dos processos de trabalho desenvolvidos pelas equipes. Esse achado dialoga com a literatura que debate os efeitos da autonomia e da discricionariedade dos profissionais da linha de frente na implementação das políticas<sup>34-36</sup>.

No processo cotidiano de implementação e interação entre profissionais da linha de frente e usuários, há diversos elementos operando para além daqueles oficiais, esperados pelas regras e gestão da política<sup>34</sup>. Na interação com usuários, profissionais coordenam seus próprios valores e percepções de mundo com os dos demais atores envolvidos na interação. Dessa forma, respondem da maneira como conseguem às pressões e demandas que recebem dos próprios usuários<sup>37</sup>. Ou seja, as ações dos profissionais da linha de frente incidem de forma importante na alteração da política<sup>38</sup>. Esse mecanismo ficou evidente nos municípios que não são ESF e que implementaram ações ligadas a esse modelo.

Outrossim, é relevante registrar que no período de 2006 a 2017, com as duas primeiras versões da PNAB, o governo induziu fortemente a implantação do modelo ESF. Além do movimento de expansão dessa estratégia, enfatizou a capacitação de profissionais para priorização e valorização de ações e serviços que vão além da assistência médica e do reconhecimento das necessidades da população e do seu território. É possível que tal formação e experiências anteriores, dentro do modelo ESF<sup>39</sup>, possam estar interferindo na presente atuação de profissionais e gestores de saúde, mesmo em outros tipos de organização de serviços de APS.

A relevância da autonomia dos profissionais da linha de frente<sup>34</sup> também ficou evidente no estudo. Em dois municípios houve menção à autonomia das unidades de saúde e de seus trabalhadores para adaptar o processo de trabalho durante a pandemia. No município 1, em que havia uma forte interação da equipe, processos territoriais estruturados e um vínculo dos profissionais com a comunidade, a equipe decidiu se adaptar de forma a manter a continuidade do cuidado e as ações no território. Por outro lado, no município 3, de muito baixo porte populacional, com fragilidades estruturais e ausência de processos territoriais estruturados, a equipe paralisou as ações no território e manteve continuidades do cuidado apenas para as pessoas com doenças crônicas descompensadas e as gestantes.

O município 5 evidenciou a importância da capacidade estatal de inovação do gestor. Trata-se de um município que não aderiu ao modelo ESF e, portanto, sem um profissional de ACS para ajudar no rastreamento territorial. Ao criar um QRcode para o rastreamento dos infectados e possíveis contatos, o gestor implementou uma rede de monitoramento territorial com baixo custo e alto poder de alcance entre os municípios, inclusive mantida e adaptada como ferramenta de gestão de saúde pública no contexto pós-pandêmico. Tal dado corrobora a literatura e reforça a importância da capacidade contínua de inovação na formulação e implantação das políticas públicas e práticas em saúde no SUS<sup>40</sup>.

Por fim, é importante frisar que os dados analisados foram coletados no mês de outubro de 2022, após 31 meses do início da pandemia. Considerando a complexidade da recente e duradoura crise sanitária nas suas quatro fases, contenção, mitigação, supressão e recuperação<sup>41</sup>, podemos afirmar que o estudo foi localizado na sua última fase.

Nesse sentido, apesar de o estudo ter buscado apreender a pandemia como um todo, pode-se afirmar que os entrevistados tenderam a esco-

lher uma das fases, principalmente, mitigação e/ou supressão da epidemia, sobre a qual relataram as ocorrências, seja decisões tomadas ou ações executadas na pandemia. Significa que os relatos coletados sobre a continuidade do cuidado e sobre as ações no território desempenhadas pelos serviços de APS nos municípios paulistas estariam restritos a um espaço temporal localizado do período pandêmico. Ou seja, os resultados aqui apresentados não dizem respeito à pandemia na sua extensão e diversidade de contextos específicos e necessidades de cada fase.

### Considerações finais

Este artigo identificou que tanto as barreiras quanto os facilitadores para a continuidade do cuidado e as ações no território durante a pandemia de COVID-19 estavam vinculados à existência de uma estrutura e processos de trabalhos que eram anteriores aos contextos pandêmicos. Isto é, os municípios que já tinham uma APS mais estruturada antes da crise sanitária foram os que menos encontraram dificuldade em manter a continuidade do cuidado.

Os municípios que apresentavam maior fragilidade estrutural, mantiveram a continuidade do cuidado com foco nas pessoas portadoras de doenças crônicas, gestantes e crianças, não conseguindo oferecer outros tipos de atendimento. Demonstrou-se que o modelo de atenção, ESF ou não ESF, não influenciou a continuidade do cuidado, já que todos os municípios, independente do modelo, conseguiram mantê-la. Observando as ações no território, foi possível constatar que elas foram realizadas por todos os municípios do modelo não ESF pesquisados, entretanto, nem todos os municípios do modelo ESF conseguiram realizar.

O estudo foi capaz de, ao identificar as barreiras e facilitadores nesse desempenho, apresentar

as habilidades de gestores e profissionais de saúde da linha de frente. Essas, acreditamos, devem se expressar, de modo mais ou menos nítido, nas diferentes dimensões do desafio de manter em funcionamento uma APS em momento de crise sanitária ou não.

Podemos apontar os municípios com menos de 10 mil habitantes cujo maior desafio é depender totalmente dos repasses de recursos de outras esferas governamentais para a organização e manutenção da APS. Adicionalmente, mesmo os programas federais de acesso a recursos têm beneficiado, justamente, os municípios que possuem maior recurso<sup>29</sup>. Essa dupla condição desfavorável se reflete no alto percentual de ineficiência dos municípios de muito baixo porte populacional, em estudos de avaliação do desempenho da APS em todo o país<sup>28</sup>.

Por sua vez, os municípios de pequeno e médio porte, representados na maioria dos casos do presente estudo, apresentam maior proporção de municípios eficientes conforme cresce o porte, devido a características próprias de organização de serviços de saúde de APS. No entanto, em geral, a eficiência está associada à produção de ações de saúde, que, não necessariamente, se refletem em resultados eficientes<sup>28</sup>. Nessa perspectiva, o estudo aqui empreendido, consistente com a literatura, testemunhou a realização de determinadas ações indicadoras de continuidade do cuidado e de territorialização. Contudo, outros estudos são necessários no sentido de evidenciar a produção de resultados eficientes, com impacto favorável para a população, decorrentes da produção de tais ações de saúde.

Por fim, frente a outras possíveis crises sanitárias, ficou clara a importância de maior investimento nas estruturas da APS, principalmente na qualificação da gestão e na garantia de um número suficiente de profissionais de saúde atuando, preparados e protegidos, na linha de frente.

## Colaboradores

MIS Costa contribuiu com a concepção do estudo, objetivo, análise, discussão e redação do artigo. TEC Rosa contribuiu com a concepção do estudo, objetivo, análise, discussão e redação do artigo. FS Lucena contribuiu com a concepção do estudo, objetivo, análise, discussão e redação do artigo. M Fernandez contribuiu com a concepção do estudo, objetivo, análise, discussão e redação do artigo. LS Duarte contribuiu com a concepção do estudo e desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados. C Malinverni contribuiu com a concepção do estudo e desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados. LAA Dantas contribuiu na coleta e organização dos dados.

## Financiamento

Este artigo deriva da pesquisa “A política de Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia nos municípios paulistas”, conduzida pelo Instituto de Saúde - SES/SP, com financiamento do Fundo Especial de Saúde para Imunização em Massa e Controle de Doenças (Fesima).

## Referências

1. Ang KT, Rohani I, Look CH. Role of primary care providers in dengue prevention and control in the community. *Med Jour of Malaysia* 2010; 65(1):58-62.
2. Wynn A, Moore KM. Integration of primary health care and public health during a public health emergency. *Am J Public Health* 2012; 102 (11):9-12.
3. Boyce MR, Katz R. Community health workers and pandemic preparedness: Current and prospective roles. *Front Public Heal* 2019; 7:62.
4. Miller NP, Milsom P, Johnson G, Bedford J, Kapeu AS, Diallo AO, Hassen K, Rafique N, Islam K, Camara R, Kandeh J. Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *J Global Health* 2018; 8(2):020601.
5. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2012. p. 493-545.
6. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/MS; 2002.
7. Cunha E, Giovanella L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1029-1042.
8. Fernandez M, Carvalho W, Borges V, Klitzke D, Tasca R. A Atenção Primária à Saúde e o enfrentamento à pandemia da COVID-19: um mapeamento das experiências brasileiras por meio da Iniciativa APS Forte. *APS Rev* 2021;3(3):224-234.
9. Redwood-Campbell L, Abrahams J. Primary health care and disasters - The current state of the literature: What we know, gaps and next steps. *Prehospital Disaster Med* 2011; 26 (3):184-191.
10. Duarte LS, Shirassu MM, Atobe JH, Moraes MA, Bernal RTI. Continuidade da atenção às doenças crônicas no estado de São Paulo durante a pandemia de COVID-19. *Saude Debate* 2021; 45(n. esp. 2):68-81.
11. Caires ES, Santos Júnior PJ. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. *REAS* 2017; 9 (1):1174-1177.
12. Mendes EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 1995.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
14. Faria RM. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços. *Hygeia* 2013; 9(16):131-147.
15. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract* 2001; 50(2):161-175.
16. Hogg W, Huston P, Martin C, Soto E. Enhancing public health response to respiratory epidemics. *Canadian Family Physician* 2006; 52(10):1254-1260.

17. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de COVID-19. *Trab Educ Saude* 2021; 19:e00321153.
18. Minayo MCS. *O Desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, ABRASCO; 1992.
19. Champagne F, Contandriopoulos A-P, Brouselle A, Hartz Z, Denis J-L. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Broussele A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 19-40.
20. Daumas RP, Silva GA, Tasca R, Leite IC, Brasil P, Greco DB, Grabois V, Campos GWS. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cad Saude Publica* 2020; 36(6):e00104120.
21. Engström J, Jafarzadegan K, Moradkhani H. Correction: Engström, J., et al. Drought Vulnerability in the United States: An Integrated Assessment. *Water* 2020, 12, 2033. *Water* 2020; 12(9):2448.
22. Godoy AS, Brunstein J, Brito EPZ, Arruda Filho EJM. *Análise de dados qualitativos em pesquisa: múltiplos usos em Administração*. 1ª ed. São Paulo: Editora FGV; 2020.
23. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.
24. Bryman A. *Social research methods*. 3ª ed. London: Oxford University Press; 2016.
25. Williams C. Research methods. *J Business Economic Res* 2011; 5(3):65.
26. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad Saude Publica* 2020; 36(8):e00149720.
27. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp. 1):261-274.
28. Miclos PV, Calvo MCM, Colussi CF. Avaliação do desempenho das ações e resultados em saúde da atenção básica. *Rev Saude Publica* 2017; 51:86.
29. Grin EJ, Abrucio FL. O elo perdido da descentralização no Brasil: a promoção das capacidades estatais municipais pelo governo federal. *Rev Sociol Politica* 2021; 29(77):e002.
30. Skocpol T. Bringing the State Back In: Strategies for Analysis in Current Research. In Evans PB, Rueschmeyer D, Skocpol T. *Bringing the State Back In*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985.
31. Evans PB. *Embedded autonomy: states and industrial transformation*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
32. Cingolani L. *The state of state capacity: a review of concepts, evidence and measures. Working Paper, n. 53*. UNU-Merit: Maastricht; 2013.
33. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. *Rev Bras Ci Soc* 1999; 14(40):111-141.
34. Lotta G, Costa MIS. Uso de categorizações políticas e sociais na implementação de políticas: contribuições teóricas e analíticas. *Rev Sociol Polit* 2020; 28(76):e004.
35. Lipsky M. *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services Expanded*. New York: Russell Sage Foundation; 2010.
36. Fernandez M, Guimarães NC. Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua. *Rev Bras Cien Pol* 2020; 32:283-322.
37. Zacka B. *When the State Meets the Street: Public Service and Moral Agency*. Cambridge: Harvard University Press, 2017.
38. Fernandez M, Lotta G. How community health workers are facing COVID-19 pandemic in Brazil: personal feelings, access to resources and working process. *Arch Fam Med Gen Pract* 2020; 5:115-122.
39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v 9*. Brasília: MS; 2009.
40. Ranzi DVM, Nachif MCA, Soranz DR, Marcheti PM, Santos MLMD, Carli AD. Laboratório de inovação na Atenção Primária à Saúde: implementação e desdobramentos. *Cien Saude Colet* 2021; 26(6):1999-2011.
41. Werneck GL, Carvalho MS. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. *Cad Saude Publica* 2020; 36(5):e00068820.

---

Artigo apresentado em 30/04/2023

Aprovado em 28/08/2023

Versão final apresentada em 30/08/2023

---

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva