

ARTÍCULO ORIGINAL

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

ASPECTOS DESTACADOS

1. La importancia de la tecnología para el acceso y la atención integral.
2. Retos para incorporar acciones sanitarias innovadoras.
3. Contribuciones a la planificación de acciones de atención primaria.
4. Impacto de la pandemia en el modelo de atención primaria.

Carla da Ros¹ 

Aida Maris Peres² 

Carmen Elizabeth Kalinowski² 

Marli Aparecida Rocha de Souza³ 

Michele Straub¹ 

Livia Cozer Montenegro² 

Maria Manuela Martins⁴ 

RESUMEN

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

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

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

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

¹Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

²Universidade Federal do Paraná, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

³Centro Universitário Dom Bosco, Departamento de Enfermagem, Curitiba, PR, Brasil.

⁴Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, PT, Portugal.

INTRODUCCIÓN

Los modelos asistenciales atraviesan los hitos reconocidos por la historia de la salud y están relacionados con diversos factores, como las nuevas formas de asistencia y los contextos históricos, culturales, políticos y económicos¹.

La dinámica de la organización de los servicios sanitarios se consideró un reto para la ciencia, los gestores y la sociedad, ya que el momento exigía nuevas formas de pensar sobre la gestión de los servicios sanitarios y replantearse el modelo asistencial². Así pues, la pandemia ha suscitado preocupación entre los investigadores y los profesionales sanitarios acerca del modelo asistencial, el rendimiento y el proceso de trabajo, especialmente en la Atención Primaria a la Salud (APS).

El año 2020 estuvo marcado por la pandemia del nuevo coronavirus³. En el contexto mundial, investigadores y gestores se esforzaron por controlar la velocidad de propagación del virus, desarrollando medidas de aislamiento social, con el objetivo de reducir las tasas de hospitalización y apoyar al sistema sanitario para adaptar su capacidad asistencial⁴.

En este sentido, la APS ha desempeñado un papel importante en la red asistencial y, en el contexto de la pandemia, ha contribuido con acciones de afrontamiento, con el apoyo de los equipos de las unidades de salud (US) que conocen a la población y sus vulnerabilidades. Al mismo tiempo, proporcionó acciones de promoción, prevención y atención, creando procesos de trabajo en vigilancia de la salud y continuidad de la atención a la población, estableciendo prioridades⁵.

El modelo de atención adoptado como referencia teórica en este estudio se relaciona con los conceptos presentados por Bárbara Starfield⁶, haciendo converger las acciones de salud con el proceso de construcción e implementación de los valores y principios del Sistema Único de Salud (SUS). Se entiende que incluye la universalización, la igualdad de acceso, la regionalización, la jerarquización y la descentralización de los servicios sanitarios, desde la perspectiva de la integralidad, que pasaron a ser ejes de orientación de las prácticas asistenciales desde hace décadas, ya que este modelo ha repercutido en la mejora de los indicadores de salud de la población⁷.

Sin embargo, con las directrices de los nuevos protocolos que exigían la reorientación de las prácticas asistenciales con nuevas lógicas organizativas debido a la pandemia, el modelo asistencial ofrecido en la APS se contrapuso al modelo biomédico³. Este contraste favoreció que los servicios sanitarios se organizaran según la lógica de la urgencia y la emergencia, con un predominio de las consultas médicas y los ingresos hospitalarios, pero no excluyó, a pesar del cierre de algunos centros de salud, las acciones multidisciplinares centradas en la continuidad de los cuidados⁸.

En este contexto, por tanto, existe la importancia de la APS para responder a la pandemia, pero, por otro lado, una apreciación del modelo biomédico centrado en el hospital, que influye en las prácticas asistenciales. El objetivo de este estudio era, por tanto, analizar el modelo de atención de la APS desde la perspectiva del acceso y la atención integral.

MÉTODO

Investigación cualitativa, parte del proyecto titulado: Retos y oportunidades de la red sanitaria en tiempos de la pandemia Covid-19: información, organización y acceso a las prácticas sanitarias. Celebrado en el estado de Paraná - Brasil. Paraná tiene 399 municipios organizados en veintidós regiones sanitarias, y la investigación incluyó al menos un municipio de cada región. Los participantes en la investigación eran gestores que

cumplían los siguientes criterios: trabajar en la gestión con funciones relacionadas con la planificación, organización y dirección de la APS. Los investigadores recibieron una lista del Consejo de Secretarías Municipales de Salud de Paraná (COSEMS/PR) con las direcciones de correo electrónico y los números de teléfono institucionales de los gestores como posibles participantes. Posteriormente, se invitó a los participantes a participar en la investigación y, una vez que aceptaron, se programaron las entrevistas para el día y la hora en que estaban disponibles. De los entrevistados, no hubo negativas a participar en la investigación ni necesidad de repetir la entrevista.

Antes de iniciar las entrevistas, se realizaron dos pruebas piloto. Los datos fueron recogidos, tras una formación previa, por un grupo de investigadores formado por cuatro estudiantes de licenciatura y dos estudiantes de doctorado en Enfermería. El aumento del número de investigadores favoreció nuevos horarios para programar las entrevistas y facilitó la participación de los gestores, debido a su elevada carga de trabajo en el contexto de la pandemia. La recogida de datos se llevó a cabo de mayo a diciembre de 2021, mediante entrevistas con un guion semiestructurado, que contenía cinco preguntas relacionadas con la actuación del responsable, el proceso de trabajo y la organización del servicio durante la pandemia. Para cada entrevista realizada se necesitaron dos investigadores: uno que realizara las preguntas y otro que registrara sus observaciones en un diario de campo y apoyara la infraestructura.

Participaron 26 personas y las entrevistas fueron grabadas y duraron una media de 30 minutos. Una entrevista tuvo lugar en persona, y las otras 25 se realizaron virtualmente, utilizando la herramienta de grabación de la propia plataforma de la sala virtual, con el fin de que el investigador prestara más atención a lo que se decía durante las entrevistas y garantizar el rigor necesario en la transcripción. En la entrevista presencial, el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) se envió por correo electrónico, aclarándose cualquier duda al respecto y solicitándose una autorización impresa, y en las entrevistas virtuales, el FCLI y el acuse de recibo previo se enviaron por correo electrónico del investigador a la dirección de correo electrónico institucional del participante.

Tras transcribir las entrevistas, se utilizó el programa *IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)* para agrupar los datos en clases. Tras la agrupación, se realizaron los siguientes análisis: textuales clásicos, de especificidad, método de clasificación jerárquica descendente (CJD), de similitud y de nubes de palabras.⁹ Las entrevistas transcritas no se devolvieron para comentarios de los participantes.

Los análisis arrojaron 1.269 segmentos de texto, de los que 1.094 tuvieron un éxito del 86,21%. Una vez categorizados los segmentos de texto según sus vocabularios, se definieron las clases de segmentos de texto. El *corpus* se dividió en cinco *subcorpus*, y en este artículo se examinan los resultados obtenidos de los *subcorpus* de clase 4 y 3, que cumplieron el objetivo propuesto. La Clase 4, con 263 UCE, correspondientes al 25,2% de las UCE, y la clase 3, con 159 UCE, correspondientes al 15,2% del total de las UCE. Las clases 3 y 4 están relacionadas con el mismo contexto, por lo que se han analizado juntas para este artículo. Las clases 1, 2 y 5 abordan la cuestión del modelo de atención, pero en un contexto diferente al de esta investigación. Como criterio, optamos por utilizar palabras con un chi-cuadrado (χ^2) superior a 3,84 y un valor $p < 0,0001$, para determinar la fuerza del vínculo entre ellas, como se muestra en la Figura 1.

Algunas de las palabras que aparecen en el dendrograma de la Figura 1 se analizaron simultáneamente porque formaban parte del mismo contexto, aunque el sistema las procesó por separado. Esto se debió a la forma en que cada participante informaba de la misma situación, así como a otras que, a pesar de un elevado chi-cuadrado (χ^2) y $p < 0,0001$, tenían poca o ninguna representatividad en relación con el tema de la investigación, por lo que no se analizaron.

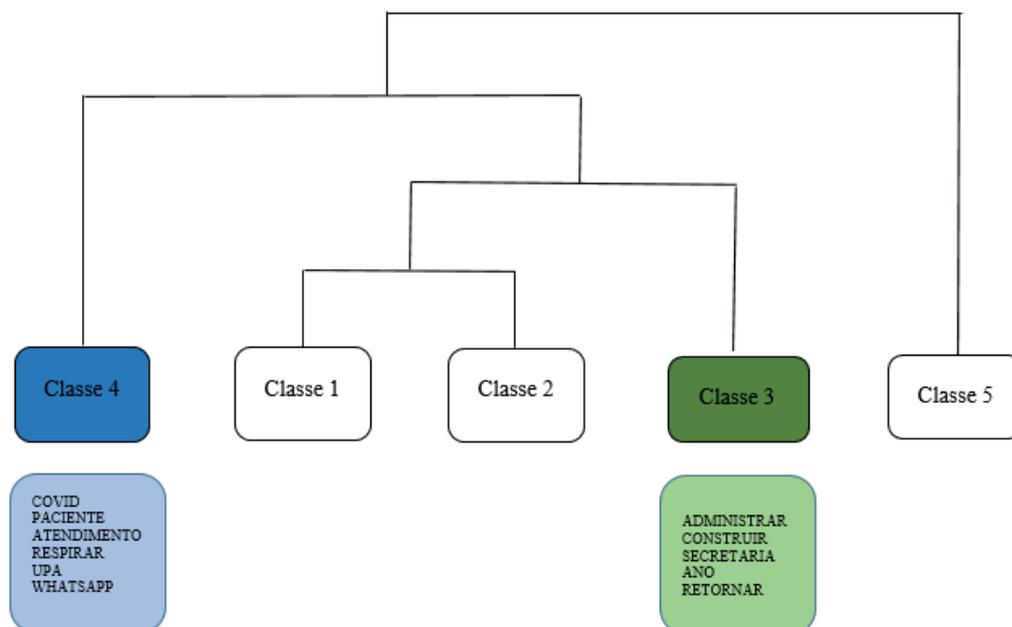


Figura 1 - Dendrograma de clases. Curitiba, PR, Brasil, 2023

Fuente: Los autores (2023)

A continuación, analizamos las convergencias y divergencias surgidas y necesarias en el modelo de atención establecido en los municipios participantes, utilizando la hermenéutica dialéctica (HD) para interpretar y analizar la complejidad inherente al fenómeno social¹⁰. Para comprobar las fases del método se utilizó el *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ).

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación Humana del Sector de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraná (UFPR), y por la institución coparticipante, la Secretaría de Salud del Estado de Paraná, bajo los dictámenes n° 4.450.267 y n° 4.590.722, respectivamente.

RESULTADOS

El procesamiento de los datos mostró que el modelo asistencial vigente durante la pandemia destacaba por la necesidad de ampliar el acceso y por las acciones para reforzar la integralidad, como parte de la reorganización de la APS. Así, se presentan simultáneamente las siguientes clases: la reanudación de las acciones sanitarias en la atención primaria durante la estabilización de la pandemia de Covid-19; y la organización del modelo de atención durante la pandemia de Covid-19 en la APS.

El Plan de Contingencia Covid-19 de Paraná propuso la organización de US centinelas como puntos de acceso para pacientes con síntomas respiratorios. Las otras US cubrirían los otros tipos de asistencia:

[...] Con el inicio de la pandemia, una de estas US pasó a ser de atención exclusiva para covid [...] (gestor 02).

[...] Creamos un centro de especialidades para atender a covid, no dejamos de atender a la población y seguimos prestando asistencia en el territorio [...] (gestor 06).

Las primeras acciones para reorganizar la atención se llevaron a cabo en las Unidades de Atención de Urgencias (UAU) y en los hospitales. En la APS, la atención se centró en los casos con síntomas respiratorios de leves a moderados, y se pospusieron los considerados electivos:

[...] porque se dejaron de hacer muchas pruebas, se dejaron de hacer cirugías electivas, a veces se suspendieron los exámenes preventivos [...] (gestor 02).

Al estructurar el modelo de atención con tantas variables, en un corto espacio de tiempo y con la urgencia que exigía la situación, señalaron que se necesitaba audacia y creatividad para idear una nueva forma de atención:

[...] entiendo que hay que separar el momento actual, que es un momento extraordinario, [...] porque era necesario aplicar estrategias [...] pronto tendremos que volver a utilizarlas porque la ola aumenta y disminuye [...] (gestor 09).

La composición de la red asistencial tiene en cuenta cuestiones estructurales, económicas y locales. Los municipios más pequeños suelen recurrir a los servicios sanitarios de los municipios vecinos, mejor estructurados, sobre todo para la atención especializada y hospitalaria:

[...] Tuvimos que reinventarnos en la situación de covid y de la pandemia, estructurarnos de forma diferente [...] mi municipio es pequeño, así que no tengo hospital [...] (gestor 14).

Señalaron la importancia de ampliar la labor de las distintas categorías profesionales que trabajan en la puerta principal del sistema, en la evaluación inicial de los usuarios con síntomas del síndrome Covid-19, orientando al paciente según evaluación y necesidad:

[...] los cuidados proceden del agente comunitario, la enfermera y el técnico [...] (gestor 01).

Una de las principales dificultades a la hora de reorganizar la red asistencial estaba relacionada con la imposibilidad de ampliar los recursos humanos. Además, y como forma de cuidado y medidas de protección, muchos profesionales sanitarios de la APS fueron despedidos debido a problemas de salud, lo que redujo el equipo sin posibilidad de contratación inmediata:

[...] el número de profesionales disminuyó y tuvimos que reorganizarnos, asignarse y todo lo constatado durante la práctica en la pandemia [...] (gestor 24).

El Plan de Contingencia Covid-19 de Paraná destacó el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TICs), incluida la teleconsulta, como estrategia de acceso y de longitudinalidad. Las condiciones que facilitaron o dificultaron su uso, como las geográficas, culturales y sociales, y la tendencia por parte del personal y los gestores a mantener el modelo de atención existente:

[...] no utilizamos la teleconsulta porque tenemos un protocolo bien definido con horarios, y como es una ciudad pequeña [...] (gestor 03).

[...] no hemos implantado el teleservicio porque nuestra población es muy rural [...] es rural, la mayoría tiene internet [...] (gestor 06).

El teléfono y la aplicación de mensajería como herramienta de apoyo para el seguimiento de los pacientes con síntomas gripales fueron otros dispositivos incorporados al modelo asistencial y vistos como algo positivo e innovador:

[...] WhatsApp ha sido fundamental, incluso creamos un canal al que podían acudir las personas con algunos síntomas característicos de la gripe [...] (gestor 13).

Los participantes destacaron el reto que suponía la reorganización del modelo

asistencial, tanto para los gestores como para el equipo asistencial, ya que los factores estructurales, emocionales y físicos tenían un impacto considerable en el proceso de reestructuración de la APS:

[...] La cuestión del proceso de trabajo [...], porque perdimos todo nuestro proceso de trabajo [...]. Ellos están extremadamente cansados, trabajando duro, agotados [...] y quieres reorganizar el proceso de trabajo y hay un factor que es individual para cada uno [...] (gestor 12).

En el periodo de estabilidad, se reanudaron las acciones sanitarias en la APS, especialmente las actividades colectivas, prevaleciendo el modelo de atención centrado en las afecciones crónicas de salud:

[...] Lo que ha cambiado son las actividades colectivas, como los grupos que siempre hacíamos [...] los eventos dejaron de celebrarse, pero este año han vuelto con mejora; noviembre azul, octubre rosa. Durante la pandemia, estos eventos se volvieron difíciles de ejecutar [...] (gestor 02).

Por otro lado, se dieron cuenta de que algunas acciones innovadoras, como la consulta virtual, podían mantenerse e incorporarse al modelo de atención de la APS para facilitar el acceso y la continuidad de la atención:

[...] Hoy estamos en el proceso de volver a ponernos en pie [...] pensando en algunas innovaciones, quizás llevar esta experiencia de teleservicio a la APS [...] (gestor 08).

Además del reto que suponía la gestión clínica de los casos, existía una falta de conocimientos sobre la enfermedad. Los profesionales sanitarios temían el riesgo de contaminación para ellos, sus familias y la población:

[...] a veces, al principio, todo el mundo estaba asustado, incluidos los médicos que se escondían y querían hacer las recetas en la parte trasera de la unidad [...] (gestor 16).

Por otro lado, durante la pandemia, el equipo sanitario de la APS se ha mantenido más unido, mostrando preocupación y cuidado por los demás:

[...] había cierta unidad. Creo que para cuidarnos unos a otros [...] teníamos que fijarnos más en lo emocional [...] (gestor 18).

Los responsables citaron la formación continua como fundamental para los equipos de APS, para contribuir a la capacitación profesional y a la construcción del modelo de atención:

[...] tiene que haber una educación permanente. Así que considero que la formación continua es fundamental, esencial [...] (gestor 12).

Los resultados de esta investigación ponen de relieve dos atributos esenciales de la APS: el acceso y la exhaustividad. El acceso queda demostrado en los discursos de los participantes relacionados con las nuevas formas de organizar la APS, el uso de las tecnologías para facilitar el acceso y el seguimiento de la población, tanto para las afecciones agudas como para las crónicas. Y la integralidad se pone de manifiesto en los informes sobre la organización de la red asistencial en cuanto a sus retos y sus potencialidades.

DISCUSIÓN

Existen diferentes formas de organizar el modelo de atención de la APS en los municipios brasileños, y es necesario tener en cuenta las particularidades y la realidad local, los recursos y las decisiones de gestión relacionadas con: la organización del acceso a

los servicios; la vigilancia de la salud; la promoción de la salud; y la atención a las personas y a las familias y la gestión compartida¹¹.

Teniendo en cuenta las diferentes realidades de cada municipio, los gestores en el periodo pandémico tuvieron que replantearse el modelo de atención en los diferentes puntos de atención sanitaria, incluida la APS. Con el apoyo del estado/de los órganos estatales y federales, tuvieron que elaborar un plan de contingencia, creando adaptaciones a la realidad local, con énfasis en la ampliación del acceso, la revisión de las diferentes formas en la APS y el establecimiento de un debate acelerado a distancia en la pandemia.

Aumentar el acceso a los servicios y a los profesionales sanitarios capaces de trabajar en la puerta principal del SUS es una forma de garantizar una atención sanitaria de calidad, equitativa e integralidad¹². En este sentido, es importante reconocer las especificidades de cada lugar, pensar en estrategias únicas para reducir los problemas de acceso a los servicios sanitarios y tener en cuenta la diversidad geográfica, social y cultural de la población¹³. Según Starfield⁶, el primer contacto implica la accesibilidad a los servicios sanitarios, y la APS se considera la principal puerta de entrada a la red asistencial y el primer recurso que hay que buscar.

El estado de Paraná ha elaborado un plan de contingencia para hacer frente al Covid-19. El objetivo de este plan era definir las responsabilidades entre el estado y los municipios, con el apoyo del Ministerio de la Salud, así como proponer estrategias para hacer frente con rapidez y eficacia a las situaciones relacionadas con el Covid-19. Este documento también contiene información sobre la enfermedad, las medidas de control y las acciones prioritarias en la organización de los espacios sanitarios¹⁴.

En esta investigación, los responsables demostraron que las acciones puestas en marcha durante la pandemia seguían las establecidas por este plan. También se pudo reconocer que los gestores que participaron en la organización de los servicios de APS y adaptaron las acciones del modelo asistencial necesitaban aptitudes como: capacidad creativa, perseverancia y resiliencia.

Quedó claro que en la APS la atención se centraba en los casos con síntomas respiratorios de leves a moderados y se posponían otras afecciones consideradas electivas. Al estructurar las acciones en el modelo de atención con las variables presentadas por los gestores, en un corto espacio de tiempo y con la urgencia que exigía la situación, se necesitó audacia y creatividad para idear formas diferentes y resolutivas de atención sanitaria a las personas.

Durante los brotes de enfermedades y las epidemias, la APS desempeña un papel crucial en la respuesta a la situación, ya que proporciona una atención temprana y resolutiva, además de mantener la longitudinalidad y la coordinación de la atención, lo que aumenta la posibilidad de identificar los casos graves que deben ser tratados y derivados a la red asistencial¹.

La integralidad implica las adaptaciones que debe realizar la APS para que los pacientes puedan acceder a los distintos tipos de servicio. Aunque algunas pueden ofrecerse dentro de la unidad sanitaria, incluidas las derivaciones a otros puntos de la red para problemas de salud específicos, se consideran un apoyo fundamental para la APS, como la internación⁶.

Existen diferencias significativas en la distribución y disponibilidad de los servicios sanitarios en Brasil¹², un hecho que se constató en el estado donde se llevó a cabo esta investigación, sobre todo en los municipios más pequeños y en los de la frontera. Se observan desigualdades en los recursos sanitarios en el contexto de la APS, en municipios con diferente disponibilidad de acciones, provocadas por la composición de los equipos, ya sea en número o en categorías profesionales, por la disminución de los recursos financieros históricamente recibidos, lo que pone en peligro la respuesta de la APS¹². La dimensión de la integralidad se entiende como la preservación del acceso a los distintos

niveles de atención de la red sanitaria, desde la APS hasta los servicios hospitalarios, cuya característica es la diferencia en las densidades tecnológicas de la atención sanitaria⁶.

La pandemia exigió un cambio simultáneo en los servicios sanitarios municipales, especialmente, en la APS, tomando el control de la pandemia y asegurando que no se descuidaban las acciones rutinarias, organizando y reforzando las acciones territoriales¹². Al igual que durante la pandemia, fue un reto para los gestores proponer y aplicar acciones para facilitar el acceso y la atención que llevaban mucho tiempo en la agenda de la APS, una de las cuales fue la consulta virtual en algunos de los municipios que participaron en la investigación.

En cuanto a las consultas médicas virtuales, es importante señalar que están autorizadas desde 2002 por la Resolución n°. 1643 del Consejo Federal de Medicina (CFM) y la de los enfermeros por la Ley n°. 13.989 del Consejo Federal de Enfermería (COFEN), apoyada por la Resolución n°. 634/2020, que autoriza y regula la práctica.

En los últimos años ha aumentado el uso de la “teleconsulta”, lo que puede haber tenido un impacto positivo en la forma en que las personas dependen de los servicios sanitarios. Sin embargo, una de las preocupaciones es la dificultad de acceso debido a factores sociales o tecnológicos¹⁵. Somos conscientes de que es difícil incorporar las nuevas tecnologías a la atención sanitaria primaria en los municipios, debido a las condiciones geográficas, culturales y sociales de la población. Así como la tendencia, por parte del personal y de los gestores, a mantener el proceso de trabajo presencial, además de la dificultad financiera que tienen los municipios para introducir las nuevas tecnologías.

La teleconsulta se considera una oportunidad para proporcionar orientación sanitaria a las personas en general, especialmente a las que padecen enfermedades crónicas, y puede ser una herramienta importante para la atención longitudinal de forma segura¹⁶, como muestran los testimonios que ilustran las percepciones de los participantes sobre este tipo de atención.

Aunque la teleconsulta ha sido un componente fundamental para aumentar la capacidad de los servicios sanitarios de forma segura, y en diferentes momentos de la pandemia, también ha sido una alternativa eficaz a las visitas a domicilio para pacientes con otras necesidades asistenciales o enfermedades crónicas¹⁷. En un estudio reciente en el que se analizaban las facilidades y limitaciones de la telemedicina, se destacaban como limitaciones de esta modalidad: el examen físico, las habilidades de gestión de la tecnología y las cuestiones técnicas durante la atención. En contraste con las instalaciones identificadas, los obstáculos eran el mantenimiento y el alcance de la asistencia sanitaria, la comodidad, la eliminación del tiempo perdido en desplazamientos y la participación de la familia¹⁸.

Por el contrario, hay gestores que, basándose en sus experiencias, han empezado a pensar en nuevas formas de atender a la población, utilizando herramientas innovadoras como la consulta virtual en la APS. La situación de emergencia provocada por la pandemia del Covid-19 ha permitido modificar y adaptar las formas de cuidar la salud de la población¹⁹.

Las huellas dejadas por la pandemia en el conjunto de la sociedad aún no se han medido suficientemente a nivel biológico, emocional, económico y social. Entre los profesionales sanitarios que trabajaron durante el pico de la enfermedad, el sentimiento de miedo estaba presente. Este sentimiento está anclado en varias preocupaciones, entre ellas: la contaminación; ser un vector para los miembros de su familia; la falta de conocimientos sobre la enfermedad; y la falta de claridad sobre cómo proceder en una situación desconocida. Es importante destacar que, además de lo desconocido y de la presión psicológica del riesgo inminente de contaminación, existía preocupación por la atención y la comunicación con los pacientes²⁰. Contexto de las múltiples presiones que sufren los equipos sanitarios y que perciben los gestores.

Cuidar de las personas que trabajaban en primera línea y en diferentes espacios

exigía mucha dedicación y energía por parte de todos: profesionales, gestores y la esfera emocional debido a la ansiedad, la incertidumbre y la frustración²¹. Al mismo tiempo, la solidaridad y la unidad entre las personas se hicieron más evidentes en los equipos sanitarios.

Con la disminución del número de casos de Covid-19, los servicios sanitarios han reanudado las acciones rutinarias y pertinentes/comunes en la APS. Sin embargo, a pesar de experimentar nuevas estrategias y procesos de trabajo durante la pandemia, en la que los datos destacaron la facilidad de acceso durante este periodo, muchos equipos regresaron, pero permanecieron con un proceso de trabajo fragmentado y centrado en patologías específicas.

No hay claridad sobre el impacto en la salud de la población causado por estas acciones, que a menudo se organizan en meses concretos. Incluso sería necesario ampliar el análisis de estos indicadores para planificar y organizar acciones centradas en las necesidades de esa población durante los distintos meses del año. En el proceso de recuperación, se hace hincapié en la importancia de la educación continua en la formación de gestores y profesionales, facilitando, proporcionando y compartiendo nuevos conocimientos, garantizando prácticas profesionales nuevas y seguras²⁰.

La importancia de promover la formación continua queda atestiguada en las declaraciones de los gestores entrevistados. Por ello, somos conscientes de la importancia de las acciones de formación continua con los profesionales sanitarios, ya que la pandemia ha traído consigo momentos de inseguridad, preocupación y ansiedad, entre otros sentimientos. Además del miedo de enfermarse o sus familiares, es importante prever un tiempo durante la jornada laboral para acciones que impliquen el intercambio de experiencias sobre la vida cotidiana y el trabajo, cuidados relacionados con la protección personal y actualizaciones técnicas relevantes para afrontar el escenario pandémico.²²

Una limitación de la investigación fue la dificultad para concertar citas con estos profesionales, ya que estaban directamente implicados en la organización de la red asistencial durante la pandemia.

CONSIDERACIONES FINALES

El estudio señaló que, en el auge del número de casos confirmados de Covid-19, los gestores tuvieron que ser capaces de adaptarse y ser resistentes, organizando las acciones asistenciales dentro del modelo sanitario. Sin embargo, este modelo, que durante la pandemia hizo hincapié en el fácil acceso y la atención integral en la APS, no mantuvo su continuidad durante el periodo de reanudación de la acción. Los informes mostraron que los profesionales volvieron a prácticas anteriores, como organizar el proceso de trabajo de forma fragmentada y centrado en patologías específicas, lo que demuestra lo difícil que es incorporar acciones innovadoras a la vida cotidiana.

Otro aspecto relevante es que, a pesar de la gravedad y urgencia de la pandemia, que ha enfatizado el modelo biomédico y hospitalocéntrico, el discurso de los gestores muestra el potencial de la APS para adaptarse a las necesidades de los usuarios, para ser un punto de apoyo en la absorción de casos leves y moderados de Covid-19, y también para incorporar nuevas tecnologías asistenciales.

Fue necesario incluir y construir tecnologías que apoyen la atención a la población, así como actividades de formación continua que apoyen los procesos de cambio en los servicios sanitarios, con mayor énfasis en las cuestiones relacionadas con las funciones de los cargos gestores, la planificación estratégica y el proceso de cambio.

En vista de lo anterior, es oportuno reflexionar e investigar en qué medida la pandemia del Covid-19 y otras crisis que puedan surgir repercuten en la vida profesional y personal, y

cuáles son los principales factores determinantes de la reanudación de las actividades. Esta investigación puede servir de apoyo a los gestores en la organización y planificación de acciones y servicios - incluido el uso de la tecnología y la innovación, que se han ofrecido en el modelo de atención sanitaria a la población en APS- en situaciones de crisis y que pueden extenderse al funcionamiento cotidiano de las unidades sanitarias.

REFERENCIAS

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

[Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf.](#)

13. Lima JG, Giovanella L, Bousquat A, Fausto M, Medina MG. Access barriers to primary health care in remote rural municipalities of Western Pará state, Brazil. *Trab educ saúde*. [Internet]. 2022 [cited in 2022 Dec. 10]; 20. Available in: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>.
14. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA-PR). Plano de contingência do Paraná Covid-19 (nível 3 – execução). [Internet]. Curitiba: SESA-PR; 2020 [cited in 2020 Nov. 06]. Available in: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/plano_de_contingencia_do_parana_covid_19_nivel_3.pdf.
15. Genezini BS, Santos MP, Betssaneti FT. Patient users' perspectives of barriers to remote consultation pre and peri-pandemic. In: 10 Congresso Brasileiro de Engenharia de Produção; 2020 Dec. p. 1-12; Online, Brasil, ConBRepro; 2020.
16. Pereira FA da C, Correia DM da S. Use of remote consultation by nurses to cardiopathes: a reflection during Pandemic by COVID-19 in Brazil. *Enferm. Foco*. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Dec. 20]; 11(n. esp):167-71. Available in: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3729>.
17. Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN de, Ribeiro G da R, Santos DL, et al. Challenges and opportunities for telehealth during the COVID-19 pandemic: ideas on spaces and initiatives in the Brazilian context. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2020 [cited in 2021 Dec. 20]; 36(5). Available in: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00088920>.
18. Silva LC, Almeida HLS, Coutinho MM, Medeiros APAS, Guimarães JMM, Comper MLC. Barreiras e facilitadores na telemedicina: uma revisão integrativa da literatura. Congresso Internacional em Saúde. [Internet]. 2021 [cited in 2021 Dec. 20]; (8). Available in: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/conintsau/article/view/19428>.
19. Rodrigues MA, Hercules ABS, Gnatta JR, Coelho JC, Mota ANB, Pierin AMG, et al. Teleconsultation as an advanced practice nursing during the COVID-19 pandemic based on Roy and Chick-Meleis. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2022 [cited in 2022 Aug. 20]; 56(n.esp):e20210438. Available in: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0438en>.
20. Paula ACR de, Carletto AGD, Lopes D, Ferreira JC, Tonini NS, Trecossi SPC. Reactions and feelings of health professionals in the care of hospitalized patients with suspected covid-19. *Rev. Gaúcha de Enferm*. [Internet]. 2021 [cited in 2021 Nov. 10]; 42(n.esp). Available in: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200160>.
21. Meneses AS de. Emergencial management of primary health care resources in covering the pandemic of covid-19. *Scielo Preprints*. No prelo 2020.
22. Alves AR, Gomes ILV, Custódio LL. Permanent education in nursing at covid-19: experience report. *Cadernos ESP*. [Internet]. 2021 [cited in 2023 Feb. 03]; 15(1):58-62. Available in: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/534>.

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

ABSTRACT:

Objective: To analyze the care model in Primary Health Care from the perspective of access and comprehensive care.

Method: Qualitative research, with data collected from May to December 2021 in each regional health center in the state of Paraná through recorded interviews using a semi-structured script with 26 managers. IRAMUTEQ software was used to process and group the data into five classes. The results were analyzed using dialectical hermeneutics.

Results: Two classes showed actions related to the attributes of access and comprehensiveness present in the care model. Actions to increase access included the participation of a multi-professional team to promote comprehensive care and the use of technological resources while maintaining the biomedical model. **Final considerations:** During the pandemic, there was adaptation and resilience on the part of managers who organized the care model and the inclusion of technological tools to facilitate access and continuity of care.

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

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

Recibido en: 04/02/2023

Aprobado en: 26/06/2023

Editor asociado: Dra. Luciana Kalinke

Autor correspondiente:

Carla da Ros

Universidade Federal do Paraná

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

E-mail: carlaros77@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Ros C da, Peres AM, Kalinowski CE**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Ros C da, Peres AM, Kalinowski CE, Souza MAR de, Straub M, Montenegro LC, Martins MM**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Acosta DF, Conceição PM, Abreu DPG, Ramis IB, Vasconcelos SG, Soares FG**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).