SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE SAÚDE

MARCOS NUNES DE LIMA

ENTRE A AMPLIAÇÃO E A DESCARACTERIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FRANCO DA ROCHA

SÃO PAULO

2022

MARCOS NUNES DE LIMA

ENTRE A AMPLIAÇÃO E A DESCARACTERIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO SOBRE A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FRANCO DA ROCHA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Saúde, para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

SÃO PAULO

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Lima, Marcos Nunes de
Entre a ampliação e a descaracterização: um estudo de caso sobre a estratégia de saúde da família em Franco da Rocha – São Paulo, 2022.
83 f.

Orientador (a): Profa. Dra. Mônica Martins de Oliveira Viana

Monografia (Especialização) – Instituto de Saúde – Secretaria de Estado da Saúde – Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Atenção básica 2. Estratégia saúde da família 3. Modelos de atenção 4. Covid-19 5. Humanização da Assistência I. Pupo, Lígia Rivero

CDD: 362.82

AGRADECIMENTOS

Para que este trabalho fosse possível contei com o apoio incondicional de minha família, meu pai, Dario Lima, minha mãe, Maria Daguia, e irmã, Ana Paula, que acreditaram em mim desde o início e, principalmente, por terem segurado minhas mãos nos dias em que escrever este material parecia uma tarefa inexequível. Agradeço o amor, a dedicação, a luta, e todos os sonhos que vocês sonharam para mim.

Agradeço também a minha orientadora Dra. Mônica Oliveira, que me escolheu, e por mim foi escolhida, juntos caminhamos, com o cuidado necessário para com nossos processos, tomados por um compromisso indissolúvel para com a construção do SUS.

Meus agradecimentos à colega de especialização Jaqueline Dourado, por ter sido fonte de inspiração, antes, durante e depois, por acolher-me em minhas dúvidas, por junto à colega Roberta Lia de Morais, terem sustentado e enriquecido este longo processo de imersão acadêmica.

Lima, Marcos Nunes de. **Entre a Ampliação e a Descaracterização: um estudo de caso sobre a Estratégia de Saúde da Família em Franco da Rocha** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil denominada de Atenção Básica, constitui-se como porta de entrada do SUS, e realiza a coordenação do cuidado aos usuários nas Redes de Atenção à Saúde. Tem enquanto modo de organização prioritário, a Estratégia de Saúde da Família, que, ao mesmo tempo, se inscreve enquanto uma proposta alternativa ao modelo médico hegemônico, e promove a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. Sendo esta indispensável para o enfrentamento da Pandemia pelo COVID-19. Esta pesquisa tem como objetivo investigar o processo de trabalho na Atenção Básica em uma UBS do município de Franco da Rocha, de modo a identificar o modelo de atenção à saúde prevalente. Para isso, buscou compreender os conceitos e diretrizes que orientam a prática dos trabalhadores de saúde, bem como analisar a relação entre essas e a população adscrita. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, no qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com profissionais de uma Equipe de Saúde da Família do município. Os dados obtidos foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo. Os resultados apontam para um processo de descaracterização da Estratégia de Saúde da Família, intensificado pela Pandemia, e suas implicações na organização dos serviços de saúde. Conclui-se que, apesar dos investimentos feitos pela gestão municipal para a ampliação da cobertura da Atenção Básica, a consolidação da ESF como modelo de atenção integral, permanece como campo em disputa, carecendo de investimentos em atributos como integralidade, longitudinalidade e humanização do cuidado.

Palavras-chave: Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família, Modelos de Atenção, COVID-19, Humanização da Assistência.

Lima, Marcos Nunes de. **Between the Amplification and Mischaracterization: a case study about the Strategy of Family Health at Franco da Rocha** [monography]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2022.

ABSTRACT

The Primary Attention to Health, in Brazil named Basic Attention, constitutes as a SUS entrance door and performs the coordination of the user's care in the Attention to Health Networks. It has as a priority organization mode, the Family Health Strategy , which at the same time, signs up as an alternative proposal to the hegemonic medical model and promotes the expansion, qualification, and consolidation of the Basic Attention. This is indispensable for confronting the COVID-19 Pandemic. As a goal, this research investigates the work process in the Basic Attention inside a UBS from Franco da Rocha county, in order to identify the prevailing health attention model. For this, it searched to understand the concepts and guidelines that lead the health workers practice, as well as analyze the relationship between them and the registered population. It is about a case study that uses a qualitative approach, where semi-structured interviews have been performed with professionals from the county Family Health team. The obtained data were submitted to a Thematic Content Analysis. The results point to a decentralization process of the Strategy of Family Health, intensified by the pandemics and their impacts in the health services organization. It is concluded that, despite the investments done by the county manager to the coverage amplification of the Basic Attention, the ESF consolidation as an integral attention model, stills as a field in the contest, with a lack in attributes investments such as integrity, longitudinality, and humanization of the care.

Keywords: Family Health Strategy, Primary Health Care, Healthcare Models, COVID-19, Humanization of Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

ADAPS - Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

ADCT - Ato das disposições constitucionais

APS – Atenção Primária à Saúde

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde Mental

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CECCO - Centro de Convivência

CEP - Comissão de Ética em Pesquisa

CNS – Conferência Nacional de Saúde

EC – Emenda Constitucional

ESF- Estratégia Saúde da Família

EqSF - Equipe de saúde da família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Politica Nacional de Humanização

PSF - Programa Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SADT – Serviço de Apoio Diagnose e Terapia

SES-SP - Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....8

1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil.....8

1.2 Do conceito de Saúde aos Modelos de Atenção: o campo da Saúde Coletiva e a proposta da Estratégia de Saúde da Família.....10

1.3 Política Nacional de Humanização na Atenção Básica: Clínica Ampliada, Equipe de Referência e PTS.....13

1.4 Desafios atuais para Atenção Básica.....17

2 JUSTIFICATIVA.....24

3 OBJETIVOS.....25
3.1 Objetivos Gerais.....25
3.2 Objetivos Específicos.....25

4 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS.....26
4.1 Processo de Trabalho, Necessidades 'necessárias' e Modo de produção.....26

4.2 Método.....30

4.3 Local de Estudo.....30

4.4 Produção de dados: Entrevistas.....35

4.5 Os participantes.....36

4.6 Procedimento de Análise.....37

4.7 Aspectos éticos.....38

5 ANÁLISE DOS DADOS.....39
5.1 Noções de Saúde e o Processo de Trabalho.....40

5.2 Uma APS em vias de tornar-se Seletiva e Programática.....47

5.3 Trabalho em Equipe.....53

5.4 Vínculo e Corresponsabilização.....62

5.5 O quê sabemos sobre PTS?.....69

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....73

REFERÊNCIAS.....76

APÊNDICE.....82

1 INTRODUÇÃO:

Este projeto constitui o Trabalho de Conclusão do curso de Especialização em Saúde Coletiva, ofertado pelo Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, em parceria com o município de Franco da Rocha. Em particular, este trabalho compõe o Eixo da Atenção Básica, dentro da pesquisa guarda-chuva: "Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha" que tem por objetivo apoiar o planejamento de estratégias de saúde, no município, durante e após a pandemia de COVID-19.

Nesta pesquisa abordaremos os princípios, diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde, a partir da Atenção Básica, com um olhar atento e investigativo sobre os Modelos de Atenção à Saúde, as propostas alternativas, tais como a Estratégia de Saúde da Família, e seu desenvolvimento durante o período recente, marcado por uma crise sanitária instaurada pela Pandemia pelo COVID-19. É de nosso interesse investigar e explicitar as mediações constitutivas do trabalho em saúde, por meio da categoria de análise 'processo de trabalho'. Ao longo do texto o leitor poderá encontrar referências à Política Nacional de Humanização, esta que subsidiará as discussões teóricas, bem como o próprio processo de análise. Os temas tratados na análise consideram os impactos da atual crise sanitária sobre a organização dos serviços de saúde.

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica no Brasil, fundou-se sobre um solo de grande instabilidade política. Tendo suas bases originárias da Declaração de Alma-Ata, de 1978, que à época inaugurou a discussão sobre a APS como parte indispensável de um sistema nacional de saúde integral, com vistas para criação de estratégias e ações para o enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde-doença. Em 86 um novo marco: a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e a identificação da desigualdade no acesso aos serviços, somada à constatação de que integralidade não se fazia presente, além de uma baixa capacidade resolutiva e índices de qualidade preocupantes. A partir da Constituição de 1988, o desenvolvimento da APS brasileira ganha novos contornos, ao passo que a saúde passa a ser

compreendida como um direito e o Estado como aquele que deverá agir em direção à sua garantia. Além de instituir o SUS e suas premissas, que foram complementadas pela Lei nº 8.080 de 1990, que sintetizou os princípios e diretrizes, objetivos, atribuições e competências do SUS (GIOVANELLA *et al*., 2019; PAIM, 2012).

Na década de 1990 algumas experiências somaram-se a construção da APS brasileira, tal como é o caso da implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e do Programa de Saúde da Família (PSF), mas que ainda se caracterizavam enquanto programas de atenção primária seletivos e com foco na prevenção. Essas proposições mais tarde reconfiguraram-se em uma estratégia, a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entendida como capaz de concretizar as mudanças no modelo de atenção à saúde, as quais vinham sendo gestadas nos espaços de discussão da política pública (MELO *et al*., 2018). É nessa década também que se instituem os Pisos de Atenção Básica (PAB) fixo e variável, por meio da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB SUS 01/96), produzindo uma importante alteração na lógica de financiamento e criando condições para implantação da ESF.

Na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), documento normativo que dispõe sobre os modos de organização da AB, com publicações em 2006, 2011, e mais recentemente em 2017, descreve as atribuições desse nível de atenção:

> O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017, p. 2).

Neste documento também são reintroduzidos os princípios e diretrizes do SUS, bem como outras providências para as Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Atenção Básica, coordenadora do processo de cuidado aos usuários nessas Redes. Institui ainda os seguintes fundamentos: I. acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, que devem ser de qualidade, capaz de configurar-se como espaço de acolhimento, escuta e com potencial resolutivo, responsabilizando-se pelo cuidado da população e não promovendo movimentos de exclusão; II. coordenação da integralidade do cuidado, a qual é marca distintiva desta organização, dando-se por meio da articulação do conjunto de ações sob seu escopo, de diferentes categorias profissionais e saberes para a produção do cuidado, bem como pela compreensão da complexidade do fenômeno saúde-doença; III. O território, bem como os usuários, devem ser adscritos aos serviços de Atenção Básica, enquanto fundamento necessário para o planejamento,

programação e desenvolvimento de ações, garantindo a longitudinalidade do cuidado, bem como a condição basilar para os processos de responsabilização e constituição do vínculo afetivo e terapêutico; IV. A participação dos usuários, por seu turno, é uma diretriz que reorienta a lógica dos serviços e práticas de saúde, sendo a ênfase posta no sujeito e na ampliação de sua autonomia, de modo a tornar-se capaz de organizar e produzir o seu próprio cuidado (BRASIL, 2012).

A Estratégia de Saúde da Família é, nos textos da PNAB, descrita como "forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil" (BRASIL, 2012, p.15), é compreendida como um meio para a expansão e consolidação da AB, apesar de outras formas de organização terem sido recentemente reconhecidas (BRASIL, 2017, p.2).

1.2 DO CONCEITO DE SAÚDE AOS MODELOS DE ATENÇÃO: O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA E A PROPOSTA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A Saúde Coletiva pode ser compreendida como uma possibilidade de espaço social, a partir do qual seus representantes deflagram a necessidade de superação da naturalização da vida social. Suas incursões iniciam-se pela negação do biologismo enquanto aspecto dominante nas pesquisas científicas, para então debruçar-se na produção de uma clínica que não esteja em posição de submissão ao modelo médico e científico hegemônico. É neste campo que se desenvolvem algumas abordagens e pesquisas críticas, que tem por finalidade produzir debates sobre a questão da saúde em sua relação de mútua constituição com a sociedade, sendo as produções de cunho marxista parte indispensável de seu referencial teórico.

Silva, Schraiber e Mota (2019), ao analisar o material empírico sobre a discussão da saúde enquanto um 'conceito', no espaço social da Saúde Coletiva, identificou duas polarizações importantes: A defesa pela construção de tal conceito, marcado pela polissemia do termo nas discussões internas a esses movimentos, e outro polo, que reúne perspectivas que argumentam sobre os empecilhos para produção desse conceito.

Em relação à polissemia de termos e usos distintos da "saúde" como um 'conceito', temos alguns exemplos, como o da saúde como uma noção, geralmente apreendida por meio da representação que indivíduos entrevistados possuem sobre a questão, pesquisas nas quais tais significações alcançam o estatuto de representação social. Estas noções se apresentam na dimensão da aparência da realidade objetiva, no que podemos chamar de concreto-factual,

sendo preciso avançarmos para a explicitação de suas determinações, de modo a recusar a naturalização e ocultamento das contradições constituintes a essas elaborações.

Outra forma de definir o que é saúde está na relação entre os documentos de órgãos oficiais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), e o estudo da condição de vida das pessoas e sua correlação com a saúde, no qual são enfatizados o contexto histórico da sociedade, contemplando as condições de alimentação, habitação, educação, renda, trabalho, acesso a serviços de saúde, entre outros. Silva, Schraiber e Mota (2019) nos alertam que este tipo de definição recai novamente na descrição exclusiva de características gerais, com uma visão fragmentada das dimensões empíricas que recobrem o social.

A saúde como um 'conceito' em construção é tomada a partir da confluência desses movimentos internos a Saúde Coletiva, e encontra solo fértil nas proposições de Canguilhem (2012), Ayres (2007), e colaboradores, a partir da qual busca-se entender a articulação da vida com as regras sociais, sem desconsiderar a normatividade do social e as condições específicas para o desenvolvimento de seus sujeitos. A doença também não poderá ser conceituada sem que antes compreendamos a historicidade de sua constituição, podendo ser entendida como uma condição impedida de viver a vida social, dadas as determinações do tempo e espaço sob o qual está delimitado.

Os conceitos de saúde, ao longo da história, puderam conformar, como elementos orientadores, práticas e ações de saúde, organizadas de uma determinada forma, expressão de uma lógica, não equivalente aos modelos de atenção, mas sim como uma de suas partes, de suas estruturas. Paim (2012, p.459-462), ao nos introduzir na discussão sobre Modelo de Atenção à Saúde, irá atentar-se para a primeira dessas palavras, para poder conceituá-la com precisão, de modo a negar uma possível armadilha produzida pela compreensão equivocada do "Modelo" como algo da dimensão da padronização, normatização ou enquadramento. Para o autor, os modelos de atenção podem ser compreendidos como a combinação de tecnologias para realização das práticas em saúde, estando estas orientadas por uma espécie de lógica ou racionalidade. Incorpora ainda a organização da ação e dos instrumentos, sejam eles materiais, como as vacinas, ou não materiais, como o saber clínico, podendo assim conduzir sobre a realidade uma intervenção, cuja finalidade está em atender às necessidades da população e resolver os problemas de saúde.

Para apreensão do Modelo de Atenção nessa perspectiva, Paim (2012) evidencia a importante contribuição das teorias que investigam o processo de trabalho e o conceito de saúde. Nesse mesmo sentido, ao longo do presente trabalho de conclusão, mantemos atenção a

essas mesmas categorias de análise, para a partir delas compreender o Modelo de Atenção na conjugação das dimensões política, gerencial e organizativa.

De antemão, adotamos como central a discussão feita por Paim (2012) a respeito da existência de um campo de disputa acerca do modelo de atenção, envolvendo os modelos hegemônicos e os alternativos. Dentre os modelos hegemônicos, identificam-se dois grandes segmentos: um de caráter médico e outro sanitarista.

O modelo médico hegemônico caracteriza-se pela ênfase na dimensão biológica, a negação da história da prática médica, a cura como finalidade, a medicalização como instrumento, a reprodução da relação médico-paciente, e a focalização da atenção. Como exemplo dele, temos o modelo médico assistencial privatista, centrado na clínica, no saber especializado e a demanda espontânea, bem como o modelo de atenção gerenciada, inaugurado com a crescente participação das lógicas do setor privado. Já o modelo sanitarista, cujas intervenções se dão sobre as necessidades de saúde, há foco nos modos de transmissão e em fatores de risco, com traços autoritários e organização vertical, exemplificado nas Campanhas sanitárias, os Programas Especiais, e as diferentes correntes da Vigilância Sanitária e Epidemiológica (PAIM, 2012, p. 467-472).

Os modelos alternativos caracterizam-se pela integração do atendimento às demandas e as necessidades, visando à humanização do processo de trabalho e de atenção à saúde. Como exemplos deles, temos a Oferta Organizada, a Distritalização, as Ações programáticas de saúde, o Acolhimento, as Linhas de Cuidado, e a Vigilância da saúde, que passou a conceber e elaborar propostas de carácter integral, articulando não só as vigilâncias, como a assistência médica e o campo das políticas públicas. É nesse contexto que surge uma das Propostas Alternativas de maior reconhecimento e impacto para o SUS, a Estratégia de Saúde da Família (PAIM, 2012, p. 474-481).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Básica à Saúde, tem como objetivo reorientar o modelo de assistência, introduzindo na dinâmica das Unidades Básicas de Saúde (UBS) a definição de responsabilidades entre serviços e população. Nesta unidade ou no domicílio, irá prestar uma assistência integral e contínua, resolutiva e de boa qualidade, tendo em vista as necessidades dos usuários adscritos. Tem na família o núcleo básico para sua atuação, de modo a intervir nos fatores de riscos aos quais estejam expostas. Seu conjunto de práticas deve carregar a marca da humanização da assistência, a partir do estabelecimento de vínculos entre profissionais/equipes/serviços e a população/território. Mas deve também lançar-se em direção a intersetorialidade, produzindo ações cada vez mais

complexas. Sendo assim, a ESF deve contribuir para a democratização do acesso e conhecimento sobre as formas de organização dos serviços, bem como daquilo que se apreende enquanto processo saúde-doença. De modo a estimular o exercício do controle social, reafirmando a saúde como um direito e uma expressão da qualidade de vida. (BRASIL, 1997)

As diretrizes a serem seguidas para a implantação do modelo de Saúde da Família dependem de seu caráter substitutivo, complementar e hierarquizado, bem como da adscrição de clientela, da instalação das UBS/ESF e a composição da equipe multiprofissional. Sendo essa equipe composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Auxiliares ou Técnicos de Enfermagem, Médicos de Família e Enfermeiros, contando ainda com outras especialidades, como é o caso da Equipe de Saúde Bucal (ESB) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que visam o trabalho interdisciplinar, num movimento de articulação desses diversos saberes (BRASIL, 1997).

Em relação ao NASF, é uma equipe também multiprofissional, que atua de forma integrada às equipes de saúde da família (EqSF), de modo a compartilhar saberes e práticas, atuando como apoiadores matriciais. A responsabilidade também é compartilhada para o acompanhamento longitudinal dos casos, fortalecendo o papel da AB como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

O trabalho em equipe é compreendido como um de seus pilares, para que haja de fato a reorientação do modelo de atenção. É a partir desse rearranjo que o "cuidado ao usuário instaura-se como um imperativo ético-político, por meio de uma intervenção que considere os saberes populares, bem como àquelas de caráter técnico-científico" (FIGUEIREDO *et al*., 2012, p.3). A composição desta equipe passa por rearranjos, sendo na PNAB de 2017 apresentada uma carga horária de 40hs para todos os profissionais, vinculados apenas a 1 Equipe de Saúde da Família (EqSF), com cobertura por ACS de 100% da população cadastrada, e responsável por uma média de 2000-3500 pessoas (BRASIL, 2017).

É da atribuição dessa equipe realizar a reorganização das práticas de trabalho, por meio da imersão da equipe de saúde na realidade local, reconhecendo os problemas de saúde, e elaborando junto à comunidade um plano de enfrentamento a essas questões. Sendo a assistência integral indispensável para um cuidado contínuo, com ênfase nas ações de promoção à saúde, e utilização dos sistemas de referência-contrarreferência. Soma-se a essas a realização da educação continuada ou permanente, e o acompanhamento e avaliação das práticas em saúde.

1.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: CLÍNICA AMPLIADA, EQUIPE DE REFERÊNCIA E PTS

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003, com o objetivo de ampliar e fortalecer os princípios e diretrizes do SUS. A partir da deflagração de um movimento ético-político e institucional propõe alterações, tanto na condução da gestão quanto do cuidado, nos serviços públicos de saúde. Parte-se das premissas da centralizada do sujeito, da necessidade de reorientar o projeto de saúde e de que a participação e o controle social conclamam pelo estabelecimento de relações cada vez mais democráticas, nas quais se construam processos de negociação e de estabelecimento de contratos e vínculos (BRASIL, 2010).

Para que possamos compreender a PNH, é preciso olharmos para seus princípios, método, diretrizes e dispositivos, e aqui o faremos com auxílio da síntese elaborada por Oliveira (2010). A Política Nacional de Humanização tem por princípios a I. Transversalidade, II. Indissociabilidade entre atenção e gestão, III. Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Enquanto método, temos alguns processos de inclusão, sejam eles dos diferentes atores sociais envolvidos no cuidado, a inclusão de analisadores sociais, e a inclusão do coletivo, seja como movimento organizado ou apresentado via experiência singular. Suas diretrizes são o Acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a Cogestão, a Defesa dos direitos do usuário, a Clínica Ampliada, o fomento de grupalidade, os coletivos e redes, e por fim, a construção da memória do SUS que dá certo. Dentre os dispositivos desta política temos: Equipe Transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial, Colegiado Gestor, Grupo de Trabalho de Humanização, Câmara Técnica de Humanização, Contrato de Gestão, Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva, Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa, Projetos cogeridos de ambiência, e os Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde. (OLIVEIRA, 2010, p.6-7)

É de interesse particular desta pesquisa ampliar e aprofundar a compreensão de determinados dispositivos da Política Nacional de Humanização, sendo eles a discussão de Clínica Ampliada, a Equipe de Referência e o Projeto Terapêutico Singular, dada sua relevância para a Atenção Básica.

A Clínica Ampliada surge como alternativa teórico-metodológica e ético-política para o enfrentamento da Clínica Tradicional e Hegemônica, “que toma a doença e o sintoma como seu objeto, faz da remissão e da cura seu objetivo, e a avaliação diagnóstica limita-se a uma perspectiva de objetividade positivista clínica ou epidemiológica” (BRASIL, 2008, p.55). Na alternativa proposta pela Clínica Ampliada, tem-se como objeto, o sujeito em seu contexto de vida, sendo seu objetivo não só produzir saúde como também aumentar a autonomia. O encontro clínico entre os diferentes sujeitos, trabalhador e usuário, equipe multiprofissional e usuário, é entendido como espaço de produção de si e do outro

Assim, sugere evitar recomendações pastorais e culpabilizadoras, em situações nas quais os usuários não seguem as orientações dadas; investir na corresponsabilização ao invés da culpa; trocar as restrições por ofertas, mais do que dizer "não faça isto”, oferecer outras possibilidades a partir da singularidade dos sujeitos. Por fim, valorizar a qualidade de vida em detrimento da vigilância do comportamento (BRASIL, 2007).

Os eixos fundamentais para compreensão e exercício da Clínica Ampliada são: I) “Compreensão ampliada do processo saúde-doença” II) “Construção compartilhada dos diagnósticos” III) “Ampliação do ‘Objeto de trabalho’"; IV) “Transformação dos ‘meios’ ou instrumentos de trabalho” e V) “Suporte para os profissionais de saúde”. (BRASIL, 2009a, p.14-18).

Já as Equipes de Referência são compostas conforme as características de cada população e território, e devem garantir a realização de diferentes ações em saúde, tendo em vista a ampliação das práticas clínicas e a realização do acolhimento, considerado como uma diretriz ética e tecnológica de ação sanitária, capaz de atender e articular a incorporação de demandas espontâneas ao planejamento de ações e serviços (BRASIL, 2010).

A Equipe de Referência possui uma qualidade particular que a distingue de outras configurações: o compromisso com o resgate do sujeito, a partir da compreensão do adoecimento, e de seu projeto terapêutico, enquanto fenômenos complexos que deverão ser respondidos também de modo complexo. É a Equipe de Referência, que irá junto ao usuário e um conjunto mais amplo de trabalhadores, desenhar os caminhos pelos quais o cuidado caminhará (BRASIL, 2007, p. 38-39).

Nesse sentido, o vínculo terapêutico e a clientela adscrita são revisitados sob a ótica da longitudinalidade do cuidado, acrescidos de elementos que sustentam a noção de Clínica Ampliada. A coordenação do processo de cuidado potencializa a reconfiguração dos fluxos e

itinerários dos usuários na RAS, sendo esse processo anteriormente marcado por um carácter burocrático e impessoal (CAMPOS, 1999).

A reunião de equipe é apontada como um lócus privilegiado para constituição da equipe de referência, bem como para a invenção de projetos terapêuticos e planejamento de ações e estratégias que aproximem o corpo técnico dos usuários sob sua responsabilidade. O Vínculo Terapêutico, por sua vez, também é um elemento fundamental para que possamos compreender essa proposta. Nesta proposição, o processo de trabalho há de comportar o manejo das afetações, de modo cotidiano e corriqueiro, como parte do fazer de uma dada equipe. A reorganização das equipes a partir da noção de referência, e da importância atribuída ao Vínculo Terapêutico, exige que enfrentemos desafios que se constituíram no processo histórico da saúde pública. Dentre eles está a relação historicamente estabelecida entre o Médico e o Paciente, marcada por uma interdição ao vínculo que se dá sob a forma de encontros pontuais e fragmentados, e a redução dos projetos terapêuticos à dimensão biológica e individual - acompanhada pela intensificação e valorização do uso de medicamentos e outros procedimentos (CAMPOS,1999).

Além destes, Campos e Domitti (2007) identificam obstáculos de ordem Estrutural, no qual o alto nível de fragmentação impede que se produza entre as equipes um compartilhamento sincrônico e diacrônico de responsabilidades; os obstáculos decorrentes do excesso de demanda e da carência de recursos; os obstáculos de caráter político e de comunicação; os obstáculos subjetivos e culturais; os obstáculos epistemológicos e o obstáculo ético

O Projeto Terapêutico Singular[1](PTS) é uma proposta de organização dos processos de trabalho, e tem por premissa o olhar para a experiência do adoecer em sua multideterminação, sendo composta por aquilo que sentimos no corpo, mas também pelas relações desenvolvidas no seio das práticas sociais, pela ciência médica e da saúde e pelos ideais e valores compartilhados culturalmente. Seu caráter singular retoma a necessidade de pensarmos cada pessoa/família/território em suas particularidades, sendo este um projeto que caminha ao lado das dificuldades e potências dos usuários e coletivos.

Tykanori (2014, p. 11-18), indica que antes de iniciarmos o fazer do PTS propriamente dito, faz-se necessário prepararmos o terreno, em outras palavras, adequar o esquema conceitual que nos serve de referência para nossas ações.

[1] Conceito presente no Módulo 6 - Recursos e Estratégias de Cuidado do "Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas da Coerção à Coesão", elaborado em 2014 pela UNASUS. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1834> Acesso em: 10 dezembro 2021.

Para tratar da realização do PTS, optamos pela definição encontrada no Caderno de Atenção Básica do HumanizaSUS (2010) já citado anteriormente e aqui reiterado por meio da construção conceitual de três momentos do PTS:

A Coprodução da Problematização: Algumas leituras identificam esse momento/movimento como o do "Diagnóstico", e certamente há ganhos em realizarmos tal deslocamento de nomenclatura, o qual parte da rigidez de uma avaliação estática para a proposta de problematização coletiva da realidade. Aqui, a coprodução significa não apenas produzir conjuntamente, mas também abandonar a prevalência da expertise do saber "técnico-científico" sobre os demais saberes. A definição de uma situação problema, nesta perspectiva, transcende a reunião das equipes, fortalecendo-se junto ao usuário, visto em sua capacidade de intervir sobre a realidade, como também pelas dimensões da gestão, do apoio matricial e da rede intersetorial.

A Coprodução do Projeto: Em outras leituras também nomeado de Objetivos e Tarefas, neste momento do PTS temos a construção de um projeto, a partir de um conhecimento profundo do caso, compartilhado por usuários e equipe, no qual a compreensão do problema e pactuação de objetivos tenciona o coletivo a rever suas análises e proposições. Aqui tudo o que foi concebido enquanto saúde, doença, necessidade e cuidado, deve ser "dobrado pela singularidade do caso de tal modo que se desdobre num projeto factível" de ser aplicado segundo as diretrizes ético-políticas que regem o SUS (BRASIL, 2010, p.97).

A Cogestão-Avaliação: Este momento do PTS é essencial para compreendermos a não linearidade dessa proposta, pois a Avaliação não está reduzida a uma suposta "fase final" do projeto, e sim desenvolvida desde o momento em que a equipe "sente a necessidade ou é estimulada a criar ou qualificar os espaços coletivos de reunião" (BRASIL, 2010, p.98). Nesta perspectiva, a produção de espaços reflexivos destinados à avaliação do processo de trabalho é defendida como fundamental para o exercício do PTS. Por se tratar de um processo de carácter longitudinal, necessita que a Cogestão-Avaliação não se limite ao exercício burocrático e programático que recai sobre o PTS.

O PTS, a Equipe de referência e a Clínica Ampliada nos auxiliam a compreender que "as situações percebidas pela equipe como de difícil resolução são situações que esbarram nos limites da Clínica Tradicional" (BRASIL, 2009a, p.46). Pensando neste desafio, tornar-se preciso construir instrumentos para que a equipe, ao perceber a complexidade das situações nas quais os sujeitos adoecem, possa avaliar os limites de suas intervenções, e avançar em direção

a ações mais integradas e que façam sentido para o usuário, ao mesmo tempo que promovam a autonomia.

1.4 DESAFIOS ATUAIS PARA ATENÇÃO BÁSICA:

Atualmente, a Atenção Básica, e por conseguinte, a Estratégia Saúde da Família, enfrentam sérios e complexos desafios, que constituídos sócio historicamente, aprofundam-se neste momento da Pandemia pelo COVID-19. Em uma crise sanitária como esta que temos visto e vivido, explicitam-se barreiras e limites dos serviços de saúde, e da Atenção Básica, para a realização de um cuidado integral e ampliado, num contexto de tamanha desigualdade social.

Não é o objetivo desta pesquisa abranger a todos esses dilemas, mas sim iluminar de maneira crítica o papel exercido por novos e recentes arranjos políticos, diante a uma situação de crise sanitária, que serão a seguir apresentados na seguinte sequência: Emenda Constitucional nº 95/2016; A PNAB de 2017 ; o programa Previne Brasil de 2019; e criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS); e a Pandemia pelo COVID-19.

A EC nº 95/2016, sancionada no dia 16 de dezembro de 2016, é fruto de dois projetos que tramitaram, ao mesmo tempo, na Câmara dos Deputados e no Senado Federal, sendo estes, respectivamente, as propostas nº 241 e nº55. A partir da inserção de novos artigos na sessão "Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT)" da Constituinte de 1988, implementou-se um novo regime fiscal que estabelece limites para os gastos do governo federal, a partir da base orçamentária de 2017, com aplicação inicial em 2018 (vide Art. 107), no caso da Saúde e da Educação. A vigência desse regime é equivalente a 20 anos (vide Art. 106), sendo restrita a possibilidade de sua alteração aos índices de correção anual, o qual poderá apenas ser feito no décimo ano de sua vigência, via presidência da república (vide Art. 108).

As regras que compõem o novo regime não permitem o crescimento dessas despesas acima da inflação, e desconsideram as diferentes demandas do contexto socioeconômico, como situações de crise, assim como as próprias taxas de crescimento econômico e demográficos no período de 20 anos (MARIANO, 2017).

Sobre os impactos desse novo regime, Mariano (2017) nos conta que o mesmo, ao impedir que novos investimentos ocorram, precariza a manutenção e expansão das políticas

públicas de saúde e educação, bem como inviabiliza ou dificulta o aumento de remuneração e contratação de profissionais, e obstaculiza a incorporação de novas tecnologias. A autora defende que o EC nº95/2016 suspende o projeto constituinte de 1988, sendo esta uma opção declaradamente antidemocrática, ao passo que retira dos próximos gestores a autonomia sobre o orçamento, bem como retira da população a possibilidade de escolha de representantes e projetos econômicos distintos desse que passa a estar em vigor.

Enquanto justificativa para a aprovação da EC nº 95/2016, encontra-se o chamado superávit primário, que é entendido por Mariano (2017) como parte de uma lógica imposta às nações consideradas subdesenvolvidas ou em desenvolvimento, uma justificativa falaciosa. A promulgação do novo regime sob essa lógica privatista, para a autora, aprofunda a desigualdade social e a recessão econômica, sendo a geração de lucros destinada de forma exclusiva e exorbitante para uma camada restrita e historicamente privilegiada em nossa sociedade

Em relação a Política Nacional de Atenção Básica (2006, 2011,2017) é um documento valioso para o processo de estruturação e desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil, bem como apresenta em suas diferentes publicações elementos fundamentais para a reestruturação do modelo de atenção à saúde, com vistas para a Estratégia de Saúde da Família. Para o presente estudo, interessa explicitar as transformações produzidas ao longo do tempo, com especial atenção à publicação mais recente, que em 2017 apresenta-se sob a égide da ruptura e do retrocesso.

Na época de sua elaboração as novas proposições acompanharam um processo de reorganização das forças políticas conservadoras em nosso país, sendo em 2016 apresentado um de seus resultados principais, o golpe sofrido pela ex-presidenta Dilma Rousseff. Período no qual aprofundou-se a mercantilização dos direitos sociais, inserindo na agenda política pautas de cunho antidemocrático e autoritário. Temos assim a aprovação de uma série de medidas 'racionalizantes', que sob a justificativa de sanar a crise política e socioeconômica, reduziram a dimensão pública do Estado ao passo que ampliaram a participação privada, sendo os recursos públicos também limitados (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018, p.13-14).

Em relação aos princípios, diretrizes e conceitos centrais, uma importante descontinuidade: a palavra 'democrática' é retirada do texto na PNAB 2017, no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. O mesmo ocorre com a palavra 'humanização', que desaparece dos princípios enunciados na nova publicação, ao contrário da edição anterior. A política passa a se desenhar de modo ambivalente, como na ausência de dispositivos que

criem condições para sua efetivação (MELO *et al*., 2018, MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2018).

Quando comparados os aspectos organizativos e funcionais, temos o reconhecimento de outras formas de organização da AB para além da ESF. A nova publicação, ao mesmo tempo que abre espaço para que os gestores locais possam decidir sobre o modelo de atenção de acordo com seus interesses, também fragmenta e descaracteriza a Saúde da Família.

Um elemento que nos ajuda a compreender o processo de desinvestimento na ESF é a questão da composição das equipes de saúde e a carga horária de trabalho, que para a EqSF manteve-se semelhante, exceto pela exigência de 40 horas semanais para os Médicos dessa equipe. Já as equipes de Atenção Básica no modelo tradicional, que podem agora coexistir com a Saúde da Família, possuem inúmeros arranjos possíveis com profissionais de 10 horas e sem ACS, podendo cada categoria profissional (médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem) ter três representantes por equipe. A carga horária não é o único elemento determinante da lógica e dos efeitos do trabalho, mas possui papel importante na perspectiva de estabelecimento de vínculos e responsabilização das equipes de saúde pelo cuidado (MELO *et al*, 2018).

O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde também sofre modificações, como pelo indefinido número mínimo de ACS, o cálculo de cobertura, ampliação do escopo de ações ao unificar ao trabalho desses agentes atribuições de outras categorias profissionais, bem como pelo incentivo à formação profissional. Em relação às atribuições específicas dos ACS, essas adquirem certa ênfase nas atividades de produção e de registro de dados e informações sobre o trabalho, em detrimento das ações de educação em saúde. Essas mudanças acarretarão também no comprometimento do caráter territorial das ações da AB, bem como ao processo de escuta, de diagnóstico de situações problemas e mesmo de criação de intervenções e ações educativas. Inaugura-se um novo momento no qual as políticas de saúde começam a distanciar-se da concepção da determinação social do processo saúde-doença, bem como das possibilidades de realização de uma clínica ampliada.

Ainda sobre outras modificações, Melo *et al.* (2018) identifica aquelas que dizem respeito ao serviço NASF, que tem a palavra "Apoio", elemento importante para caracterização de seu trabalho, substituída por uma nova concepção de atenção à saúde, explicita por meio da palavra "Ampliado". A equipe passa também a atender não apenas os territórios e equipes cobertos pela estratégia de saúde da família, como também as novas equipes de saúde no modelo tradicional. De acordo com Giovanella, Almeida e Franco (2020) o componente

multiprofissional é na nova PNAB enfraquecido, por meio da extinção do credenciamento e do financiamento federal específico para os antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A segmentação do cuidado também é identificada na definição de novos padrões diferenciados de ações e cuidados para a Atenção Básica: "as ações básicas" e as "ações ampliadas". Aqui o termo 'básico' é esvaziado do sentido que possui para a AB, como porta de entrada para a RAS, e é enquadrado sobre a prerrogativa do 'mínimo e essencial'. Já os padrões 'ampliados', elaborados apenas como recomendações, são 'ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB' (BRASIL, 2017, p. 11).

Nesses moldes, a APS brasileira torna-se cada vez mais individualizante e fragmentada, seletiva e não universal, com baixo nível de integração entre profissionais e serviços, perdendo elementos indispensáveis para seu desenvolvimento e sustentação.

Em relação ao Programa Previne Brasil, nova política de financiamento da Atenção Básica, foi lançado por meio da Portaria nº 2979 em 12 de novembro de 2019, e foi divulgado por meio de seminários, tendo como porta voz o até então Secretário da Atenção Básica, Erno Harzheim. De acordo com estudo publicado em 2021 por Seta, Ocké-Reis e Ramos[2], a proposta foi defendida a partir de duas críticas ao modelo vigente à época: 1. Uma suposta "ineficiência" dos serviços da APS, que apesar dos esforços não cobriria a totalidade da população, acrescido da busca por alcançar os grupos mais vulneráveis; 2. Uma suposta baixa valorização do componente de desempenho das equipes, atrelada a demanda de maior autonomia por parte dos gestores municipais sobre os recursos federais. Um terceiro argumento se fundamenta na necessidade de garantir o custo-efetividade na política de atenção básica, como explicitado por Morosini, Fonseca e Baptista (2020).

O programa Previne Brasil decretou "o fim do único dispositivo de transferência intergovernamental em saúde que possuía base populacional, o PAB fixo, produzindo uma série de consequências, dentre elas o enfraquecimento do princípio universal da atenção básica" (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020, p.9). A antiga lógica de planejamento e investimento era de caráter ascendente, com base territorial e populacional, e garantia aos gestores a possibilidade de organização de um SUS local, sendo os recursos aplicados de acordo com o perfil dos territórios, sem deixar de considerar a desigualdade social como algo a ser

[2] Texto: "Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?", publicado na revista Ciência e Saúde Coletiva em 2012, de autoria de Seta, Ocké-Reis e Ramos. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 12 outubro 2021.

combatido. Já a nova lógica possui critérios diferentes, sendo eles: a captação ponderada; o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas.

A Captação Ponderada é calculada considerando os seguintes indicadores: (1) a população cadastrada na equipe de saúde da família ou equipe de atenção primária; (2) a vulnerabilidade socioeconômica da população cadastrada; (3) o perfil demográfico por faixa etária da população cadastrada; e (4) a classificação geográfica definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A nova ênfase atribuída a "pessoa cadastrada" agrava a ruptura com o princípio da universalidade, ao passo que ao investir no indivíduo abandona-se progressivamente as perspectivas comunitárias e passamos a ter uma APS focalizada, voltada para os segmentos mais pobres da população, menos ampla, menos equitativa e certamente menos universal.

De acordo com Morosini, Fonseca e Baptista (2020), o pagamento por desempenho não é uma novidade do Programa Previne Brasil, pois o mesmo vinha sendo aplicado por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Mas diferente deste último, que articulava a ampliação do acesso ao acompanhamento e a discussão de indicadores, no novo arranjo temos uma outra lógica de desempenho, a qual utiliza da estratégia de monitoramento de procedimentos e resultados, deixando de fora uma parcela importante do antigo PMAQ, a avaliação dos processos de trabalho em saúde.

O terceiro componente é o "Pagamento por incentivo para ações estratégicas", no qual são descritas as ações, programas, estratégias e dispositivos que receberão o incentivo do PAB variável, dentre estes temos a ênfase em projetos cujo modelo de atenção é fragmentado e imediato, tal qual o Programa Saúde na Hora Certa e revoga o custeio do NASF dentre os programas e ações estratégicas.

Acrescenta-se aos desafios atuais da Atenção Básica, a ampliação da participação na gestão do SUS da iniciativa privada, tal como encontrado na Agência de Desenvolvimento da Atenção Básica, que tem seu estatuto redefinido na resolução nº 1 de 15 de outubro de 2021:

> Art.1º. A Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, doravante designada ADAPS, é uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, instituída pelo Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, sob a forma de serviço social autônomo, regida por este Estatuto, conforme as disposições da Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019 (BRASIL, 2021)

Dentre as finalidades e competências da ADAPS estão a promoção a nível nacional de incrementos às políticas públicas para a APS, incluindo o funcionamento da própria ESF, e não

obstante pela formação dos profissionais, a preocupante participação nos processos de incorporação de tecnologias, que até então estavam sob a responsabilidade da Comissão Nacional de Incorporação Tecnológica (CONITEC). Outro elemento destacado ainda nas finalidades desta agência é a valorização do profissional médico na produção de lógicas de cuidado.

A participação da iniciativa privada torna-se aqui complementar, superando a organização anterior estabelecida pela constituição de 88 e a Lei Orgânica nº 8080, que predispunha o caráter suplementar deste tipo de serviço.

Não apenas na dimensão da assistência à saúde, como pela execução de programas de grande impacto nacional, monitorando e avaliando seu desempenho, como também na vertente do desenvolvimento técnico científico do SUS, por meio da integração e articulação de entidades privadas, serviços públicos e instituições de ensino. Desta forma assume, entre suas competências, a coordenação, execução e elaboração de incrementos à Atenção Primária à Saúde.

Estas proposições indicam, assim como o conjunto de eventos relatados (EC 95, PNAB 17, Previne Brasil), um retrocesso na ampliação da universalidade e da integralidade enquanto princípios a serem percorridos pelos SUS. Não obstante, a participação social encontra-se mais uma vez sob risco de ver-se sem meios institucionais para promover suas articulações.

Com essa proposta da ADAPS, consolida-se um novo modo de pensarmos a construção da Atenção Básica, agora mais próxima de uma APS seletiva, não integral, com precarização dos vínculos empregatícios e com baixo grau de democracia institucional.

Diante a esse complexo cenário de rearranjos políticos devemos examinar também a chegada da Pandemia pelo Covid-19, que a partir de março de 2020, inaugurou um novo momento de crise sanitária e humanitária, com o aprofundamento de iniquidades e da desigualdade social em nosso país. As formas de enfrentamento a esse cenário encontraram sérios e graves desafios, com a falta de uma coordenação e cooperação a nível nacional, com o esvaziamento da ordenação por parte das autoridades sanitárias responsáveis, acrescido do deslocamento de uma atenção integral e abrangente, para o modelo de atenção individual e segmentado.

Para Medina *et al.* (2020) o enfrentamento às situações de epidemia exige um grau elevado de articulação entre as ações de saúde voltadas para a atenção individual e àquelas orientadas por abordagens comunitárias e populacionais. Ao pensarmos uma pandemia devemos alinhar as estratégias para seu enfrentamento com a continuidade do cuidado aos

demais agravos já em curso, sem deixar de preservar os atributos essenciais da APS, como o acesso, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado entre outros. Diante ao cenário da Pandemia pelo COVID-19, as autoras acima citadas, compreendem que a Atenção Básica possui um papel indispensável em seu enfrentamento, e identificam quatro eixos possíveis para sua atuação. O eixo da Vigilância em saúde no Território, que engloba ações de prevenção, educação em saúde, identificação de casos, bem como sua notificação e acompanhamento. O eixo do cuidado individual para casos confirmados ou suspeitos, articula a organização dos fluxos de atenção, adequação da infraestrutura, capacitação profissional, classificação de gravidade e riscos, e a garantia dos equipamentos e instrumentos necessários para realização desse cuidado.

O eixo do Apoio aos grupos vulneráveis, com a articulação de iniciativas comunitárias e a interação dos movimentos sociais, mapeamento de usuários em situações de maior risco e monitoramento de outras questões sociais e de saúde, como a violência doméstica. Por fim, o eixo da continuidade dos cuidados rotineiros, que enfatiza a necessidade de preservarmos a APS ainda como porta de entrada para o SUS, de modo a garantir o cuidado longitudinal, a vacinação, a assistência farmacêutica, entre outros (MEDINA *et al*., 2020).

Desta forma é possível compreender o potencial resolutivo da APS na pandemia, mas que, por sua vez, só poderá ser efetivado dentro de uma rede integrada e articulada dos serviços dispostos nos diferentes níveis de complexidade da rede de atenção à saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando o exposto ao longo dos capítulos apresentados, a Atenção Básica possui importância inquestionável para o funcionamento e desenvolvimento do sistema único de saúde, sendo seus princípios, fundamentos e diretrizes sustentados por uma proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, a Estratégia de Saúde da Família. Essa proposição vem ao longo dos anos mostrando-se capaz de produzir um cuidado territorializado, integral e longitudinal. Compreendemos que, para que seja possível analisar o processo de trabalho na Atenção Básica, faz-se preciso investigar o desenvolvimento desta proposta, produzindo assim subsídios para sua ampliação e fortalecimento.

Para esta análise, consideramos os elementos da história particular de uma EqSF, tal como sua constituição, princípios orientadores, e propostas de intervenção. Não obstante,

consideramos a importância de olhar para esta narrativa a partir do contexto mais geral, no qual se insere as UBS do Município de Franco da Rocha.

Tomamos como subsídio teórico para as discussões algumas diretrizes clínicas e ético-políticas que transversalizam a Política Nacional de Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Humanização, tais como a Corresponsabilização pelo Cuidado e o Vínculo Terapêutico.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

- Analisar o processo de trabalho da Atenção Básica de Franco da Rocha de modo a identificar o modelo de atenção à saúde prevalente.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Compreender os conceitos e diretrizes que orientam a prática dos trabalhadores das equipes de ESF;

- Analisar a relação entre as equipes de referências e a população adscrita, a partir das noções de Corresponsabilização pelo cuidado e Vínculo Terapêutico.

4 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

4.1 PROCESSO DE TRABALHO, NECESSIDADES ‘NECESSÁRIAS’ E MODO DE PRODUÇÃO

A análise de Ricardo Bruno (2017a) nos conta que alguns tipos de trabalho, como é o caso do trabalho em saúde, são em momentos distintos da história mais facilmente desvinculados da ideia geral de "trabalho", assumindo a conotação de um trabalho nobre, ligado a criatividade e à uma suposta "liberdade", do trabalho manual, considerado mais penoso. Essa desvinculação é considerada pelo autor como um equívoco do pensamento, existindo apenas no campo da aparência, mas que operando na realidade, reproduz um sistema de valores, posicionando o trabalho intelectual e o seu trabalhador, numa posição superior e oposta aos demais trabalhos. Essa aparente diferença pode ser vista de três formas: 1. especificidade técnica, que diz da qualificação dos instrumentos desse trabalho, que acabaria por produzir um trabalhador aparentemente capaz de cuidar sozinho de distintos momentos:

> Ele deve cuidar do diagnóstico (■ - OT) e da terapêutica (OT - P), e a relativa escassez de instrumentos usados nas duas fases permite que ele seja proprietário de todas as condições do processo, que cabem todas no seu cérebro, no seu corpo (olhos, nariz, mãos) e na sua maleta (estetoscópio, lancetas, sanguessugas) (MENDES-GONGALVES, 2017a, p.355).

A segunda diferenciação é feita ao olharmos para o modo como esta "aparência" é sustentada, no caso por formas distintas de acesso ao acúmulo da riqueza e aos meios de produção. A terceira forma de diferenciação avança nessa discussão, e aponta para análise do modo como os produtos do trabalho em saúde são consumidos em ato, e neste acabam por reproduzir esse modo de organização social do trabalho e da vida humana (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.299-300).

Mais adiante, Ricardo Bruno inicia o caminho de investigação e explicitação sobre o processo de trabalho a partir das ideias de "Energia" e de "Transformação", que encontram na ação do homem as condições que tornarão o "algo antes" em um “algo depois". Essa transformação é intencionalmente dirigida aos objetos da natureza e do trabalho, não sendo nem “naturais" nem "causais", se diferencia da queda da árvore ou do objeto que se quebra por

acidente. Isto não significa dizer que o homem em nada teria relação com a natureza, pelo contrário, este estabelece com a natureza uma relação de parte e todo; e é por meio do trabalho que o homem se apropria da natureza, efetiva suas potencialidades, produz uma natureza humanizada (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.303).

Essa relação está mediada pela finalidade do trabalho, por um projeto que antevê no objeto de trabalho, a possibilidade de satisfação de suas necessidades, que se dará por meio de sua transformação intencional, o que se refere a capacidade Teleológica humana, principal diferença para com os outros animais. Neste processo a própria natureza é "esquadrinhada", sendo alguns atributos de seus fragmentos selecionados e objectualizados, apreendidas apenas aquelas condições indispensáveis para obtenção deste "algo depois". É neste processo que ambos, homem e natureza, tornam-se históricos, em uma dinâmica de atrelamento da objetividade e da subjetividade, produzindo uma diferenciação do homem no desenvolvimento histórico (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 306-308).

O conceito de Energia, como um conjunto de qualidades humanas históricas e naturais, que podem servir a esse processo de transformação, sendo denominada também, em referência ao seu emprego no Capital, como 'Força de Trabalho'. O consumo dessa energia se dará nos diferentes momentos do processo de trabalho, desde a transformação da natureza, a organização e disposição de instrumentos e objetos, bem como da relação que entre estes se deve estabelecer. Outra distinção é feita entre o trabalho humano e atividade animal, no caso do primeiro o que se consome é a "força de trabalho", que precisa ser "livre", e deve estar pronta para ser vendida e consumida em quantidades e qualidade adequadas, de modo a garantir sua sobrevivência. (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.350-351).

A Finalidade, enquanto um elemento mediador do processo de trabalho, pode ser apreendida na relação com a satisfação das necessidades, na determinação da atividade essencialmente humana, e no tensionamento dessa ação, persistindo até que o "algo depois" se realize. A regulação e distribuição desta finalidade é um dos elementos que pode contribuir para a explicação da alienação como importante fenômeno produzido no interior do sistema capitalista.

Os Instrumentos de trabalho, que auxiliam o homem a transformar a natureza, possuem qualidades especiais, pois são pensados em momentos distintos ao da execução, sendo produto de outros processos de trabalho, e mediado pela finalidade, possibilitará que se cumpra com o projeto pretendido. Ainda sobre esses, o autor afirma:

> (...) o poder objetivante dos instrumentos é um momento essencial: um fruto que estivesse em um lugar inacessível, pendente de um galho muito alto da árvore, continuaria sendo um fruto e continuaria sendo comestível, mas por não ser mais arrancável não seria mais um objeto do trabalho atual (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.310)

Em relação às necessidades, elas são compreendidas como condições a serem necessariamente satisfeitas para que o sujeito exista, diferencia-se do sentido de 'necessário', como algo obrigatório, a necessidade diz da dimensão do apetite, do desejo, da carência. É no processo de trabalho que tais necessidades 'necessárias' são reproduzidas, bem como aos próprios sujeitos, que dotados de tais necessidades passam a ingressar nesse processo, e transformam-se ao mesmo tempo. Essas necessidades não são estanques, se modificam ao passo que são satisfeitas, se complexificam, como no exemplo da fome, que não será de qualquer comida, mas sim de determinados alimentos, condicionados ao contexto sócio-histórico no qual estejam circunscritos. (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 324-327).

As necessidades são sempre conscientes, no sentido de comportarem uma finalidade, e podem configurar-se como "radicais", ao passo que sua satisfação estaria condicionada a superação do modo de organização social que a produziu. Essas 'necessidades radicais' explicitam a possibilidade da diferenciação qualitativa do homem, num movimento de 'enriquecimento', que na leitura marxista apresentada pelo autor surge como "a livre manifestação das capacidades e atividades propriamente humanas" (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 330). Esta leitura abre espaço para que discutamos a produção de um dever moral, que afastaria os sujeitos desejantes dos mecanismos e estruturas que sustentam o trabalho em sua conformação alienada.

Para este texto nos interessa discutir também a ideia de "necessidade social", bem como as "necessidades individuais", a fim de compreender como a histórica oposição feita entre ambas pode, no contexto da Atenção Básica, mediar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, a partir da investigação de quais necessidades respondem e de que forma isto ocorre. Ao longo da história, produziu-se a noção de que existiria um sistema de necessidades gerais, que teriam como sujeito a própria sociedade, necessidade sociais superiores e opostas às necessidades individuais. Deste modo, exige-se certa adequação por parte dos indivíduos, num movimento de subordinação (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.366).

No caso das práticas de saúde, temos a ideia de um "interesse geral", uma forma específica de ofertar cuidado e assistência à saúde, noções sócio historicamente pré-definidas do que seria saúde e doença, bem como de quais são as necessidades de saúde de uma dada

população, mas que assim como as necessidades sociais, são representativas para somente uma parcela da população, a que tem lugar no Capital. Os resultados produzidos no processo de satisfação dessas necessidades sociais, são ainda avaliados de forma técnica, atestando a eficiência de determinadas condutas, dispositivos e terapêuticas (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 329-330). Não bastando negar a essas necessidades sociais, a análise do processo de trabalho nos auxilia a compreender quais são os valores eleitos neste sistema, e que ganham vazão dentre as práticas de saúde. Ao mesmo tempo, devemos negar perspectivas "subjetivistas" no trato das "necessidades individuais", para que não relativizarmos como sendo da essência do sujeito, e não produzidas por e para um coletivo. (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 329)

Os resultados do processo de trabalho condensam uma série de determinações. O consumo desses produtos/resultados pode ocorrer de modo improdutivo, um consumo que satisfaz carecimentos e desaparece, não permanecendo em outras objetualizações, como o trabalho médico em saúde, consumido no ato do encontro. O consumo também pode dar-se de maneira produtiva, sendo apropriado em outros processos de trabalho e consumido como instrumento ou mesmo como objeto de trabalho, como exemplo na área da saúde temos a medicação/os remédios. Porém, esses resultados não possuem nada em sua aparência que explicite quem o tenha produzido e em qual processo de trabalho isto ocorreu. Esta condição, presente na forma de organização capitalista, produz uma exteriorização, um não reconhecimento do sujeito, que se vê impedido de acessar outros momentos desse mesmo processo (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.320-322).

No caso do trabalho em saúde, podemos observar que historicamente a doença foi eleita como o principal, e por muitas vezes o único, objeto de trabalho, sendo em contrapartida, a saúde reduzida a sua ausência, e a soma de infinitos atos de consumo vista como resultado almejável, consumo este que deverá ser feito de forma individual e nunca coletiva, como é no caso do consumo de serviços de saúde ou medicamentos. Nesta lógica, equivaleria ao binômio "maior consumo = melhor saúde". Porém, é preciso que vejamos este consumo a partir da perspectiva de uma distribuição desigual, que produz a satisfação de uns à custa da privação de outros. Este modo de organização acaba por produzir como consequência "o enriquecimento de uma personalidade individual em uma relação de dependência alienada, sendo os homens submetidos a um processo de empobrecimento objetivo e subjetivo" (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 367-368).

Enquanto "modo de produção", o autor explica que este é um conceito que compreende as relações sociais organizadas, as quais serão determinantes para a inserção dos homens no

processo de trabalho. No contexto atual, esse modo de produção efetiva-se na reprodução do acesso desigual aos meios de produção e aos resultados/produtos do processo de trabalho. A satisfação e reprodução de necessidades também está mediada por tal condição desigual, sendo os homens deste modo reproduzidos como desiguais entre si, e com diferenças importantes no modo como tais carecimentos são ou não satisfeitos (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p.321-333). A divisão entre a atividade de pensar (intelectual) e de fazer (manual) abordada no começo desta explanação, considerando os mecanismos da ilusória aparência que a recobre, é elemento indispensável para compreendermos as formas desiguais de composição do processo de trabalho.

4.2. MÉTODO

O presente estudo insere-se no escopo de uma pesquisa mais ampla conduzida pelo Instituto de Saúde, intitulada "Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha". O recorte aqui apresentado refere-se a um estudo transversal descritivo exploratório de abordagem qualitativa, incluindo: 1. Análise de dados secundários e dos bancos de dados oficiais do SUS; 2. Entrevistas semi-estruturadas on-line com profissionais de uma UBS do município de Franco da Rocha;

4.3 LOCAL DE ESTUDO

Com área de 132,78km², o município de Franco da Rocha - SP tem uma população estimada de 153.903 habitantes, para 2021, de acordo com dados da Fundação Seade. A densidade demográfica é de 1.159,1 hab./km², predominantemente urbana (92,1%), com uma proporção de 3,2 habitantes por domicílio. Sendo a maior parte da população encontrada na faixa dos 30 aos 59 anos (41,7%), enquanto os homens representam 50,9% e as mulheres 49,1%. De acordo com o Censo do IBGE de 2010, no município 51,8% se declararam brancos, 39,9% pardos, 7,5% pretos, 0,5% amarelos e 0,1% indígena.

Em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município era equivalente a 0,731, o que o posicionou em 993º no ranking nacional. O rendimento domiciliar per capita para esse ano foi de R$ 622,00 em Franco da Rocha, sendo 21,3% dos domicílios aqueles que

concentram rendimentos de até meio salário-mínimo per capita, enquanto 67,1% dos domicílios possuem renda média de meio a três salários mínimos per capita, e apenas 1,2% dos domicílios possuem renda domiciliar per capita superior a cinco salários mínimos. Como consta em seu Plano Municipal de Saúde (2018) [3], em Franco da Rocha um total de 4,5% dos habitantes vive em situação de extrema pobreza. Em 2021, um total de 17.889 pessoas estão formalmente ocupadas, o que corresponde apenas a 12% da população[4]

Em relação às Redes de Atenção à Saúde no Município, estas são compostas por: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Policlínicas, Hospitais Gerais e Especializados, Centro de Especialidades (entre elas a odontologia nos CEO), Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT) e CTA/SAE, Unidade de Vigilância à Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades de Pronto Atendimento, Academias de Saúde, Serviço de atenção domiciliar, central de regulação e abastecimento, Centro de Convivência (CECCO), Centro de Atenção Integral à saúde da Mulher, e Centro de Atenção Integral à Saúde Mental (CAISM)[5].

Para compreendermos um pouco mais do município e da situação na qual a Atenção Básica se encontra, utilizaremos aqui o Plano de Saúde Municipal do Quadriênio 2018-2021. Que além de apresentar dados e informações sobre o município, descreve proposições e metas, elaboradas na articulação entre as diferentes esferas de participação e controle social. No plano, as medidas foram divididas em cinco eixos: Atenção Básica, Atenção Especializada de Urgência e Emergência, Gestão em Saúde, Apoio à Gestão (Planejamento) e Vigilância em Saúde. Aqui iremos nos atentar ao eixo da Atenção Básica, cuja diretriz é a "Qualificação com expansão e efetivação da Atenção Básica como principal porta de entrada para o cuidado à saúde" (FRANCO DA ROCHA, 2018).

Dentre os objetivos deste eixo está ampliar e melhorar o acesso dos (as) pacientes aos serviços da Atenção Básica. Esta proposta se efetivaria por meio de ações estratégicas, como é o caso da ampliação do quadro dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além desta, outra ação é a ampliação da Estratégia da Saúde da Família, com aumento de sua cobertura da AB.

---

[3] Plano Municipal de Saúde 2018-2021 - Franco da Rocha. Disponível em: <http://www.francodarocha.sp.gov.br/arquivos/texto/anexo_5cb7458b7d6d8.pdf>. Acesso em 11 dezembro 2021.
[4] Dados obtidos na plataforma digital da Fundação Sistema Estadual de Dados (SEADE). Disponível em: <https://municipios.seade.gov.br/>. Acesso em 02 janeiro 2022
[5] Dados obtidos a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/>. Acesso em: 03 janeiro 2022

Tabela 1 – População total, número ACS, estimativa populacional de cobertura de ACS, Cobertura ACS, no município de Franco da Rocha, no período de 2014 a 2020*

Competência	População Total	Nº ACS cob.	Estimativa Pop. Cob. ACS	Cobertura ACS
DEZ/2014	141.824	23	13.225	9,32%
DEZ/2015	143.817	22	12.650	8,80%
DEZ/2016	145.755	106	60.950	41,82%
DEZ/2017	147.650	97	55.775	37,78%
DEZ/2018	149.502	71	40.825	27,31%
DEZ/2019	152.433	121	69.575	45,64%
DEZ/2020	154.489	123	70.725	45,78%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica - MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - DESF
Dado gerado em: 21/01/2022
Cálculo: (Nº ACS∗575) / Estimativa populacional * 100
* Os valores para a competência de 2021 não estavam disponíveis até o momento da consulta.

Ao examinarmos a tabela acima nos deparamos com os valores referentes ao período 2014-2015, no qual o número de ACS equivalia a 23-22 profissionais em toda a extensão do Município de Franco da Rocha, representando uma cobertura inferior a 10% de toda a população, que era de 141.824 pessoas. Assim, as áreas descobertas pela falta e não contratação de profissionais, têm suas raízes na história do município, tal como pode ser visto nos anos anteriores a 2016. É neste ano que temos os maiores registros de expansão da cobertura populacional por ACS, 106 profissionais e porcentagem de cobertura igual a 41,82%, números esses que só foram superados em 2019, após um novo período de queda.

Em 2018 a meta construída para contratação de novos profissionais era igual à 115 Agentes Comunitários, sendo este ano marcado pela redução da cobertura, que em 2017 era igual à 37,78% com 97 agentes, passando para 71 ACS e 27,31% de cobertura populacional no ano seguinte. A meta para 2018 não foi alcançada, e em 2019 uma nova meta, 135 ACS no Município foi parcialmente alcançada. Assim como no ano anterior, em 2020 a meta também não foi alcançada (145), mas o município atinge os maiores índices durante a série histórica, com 123 ACS, dois a mais que no ano anterior.

Estes dados são por nós interpretados como indicativos de uma história complexa de participação dos ACS na composição das equipes de saúde da família e dos serviços de saúde

do município. Essa história é marcada por momentos de grande fragilidade, como é o caso de 2014-2015 com poucos trabalhadores, ou em 2018 com a redução do quadro de profissionais. O ano de 2016 e o período recente entre 2019-2020, evidenciam momentos de ampliação, cada qual com intensidades particulares, sendo no primeiro um aumento de 84 profissionais, e nos anos finais 50-51 novos ACS. Apesar disto, no período ao qual está circunscrito o Plano Municipal de Saúde não se observa um movimento constante de ampliação da cobertura, sendo suas metas não alcançadas.

A Participação do ACS no cuidado do território está intimamente ligada à composição das EqSF, sua ampliação e processos de investimento e desinvestimento. Assim, a Tabela 2 demonstra o que foi observado para os anos de 2014-2020, em relação à cobertura populacional estimada para a AB e a ESF.

Tabela 2 – População Total, Número de ESF, Estimativa populacional coberta por ESF, Cobertura ESF, Estimativa populacional de cobertura por AB, no município de Franco da Rocha, no período de 2014 a 2020*.

Competência	População Total	Nº ESF cob.	Estimativa Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estimativa. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
DEZ/2014	141.824	5	17.250	12,16%	60.750	42,83%
DEZ/2015	143.817	6	20.700	14,39%	81.690	56.80%
DEZ/2016	145.755	26	89.700	61,54%	112.230	77%
DEZ/2017	147.650	23	79.350	53,74%	104.700	70,91%
DEZ/2018	149.502	20	69.000	45,15%	95.850	64,11%
DEZ/2019	152.433	24	82.800	54,32%	106.080	69,59%
DEZ/2020	154.489	25	86.250	55,83%	117.990	76,37%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica - MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família - DESF
Dados levantados em 21/01/2022
Método de Cálculo: nº eSF ∗ 3.450 + (no eAB param. + no eSF equivalentes) ∗ 3.000 / Estimativa populacional ∗ 100
* Os valores para a competência de 2021 não estavam disponíveis até o momento da consulta.

De acordo o Plano Municipal, a meta para cobertura da Atenção Básica em 2018 era igual a 75%, já a tabela acima indica que este número foi bem inferior, de 64,11% em dezembro de 2018. Já para o ano de 2019, a meta esperada era de 80% e os dados obtidos no e-Gestor AB indicam uma piora no quadro, sendo a cobertura populacional igual a 69,59%. Para o ano de 2020 a meta era ainda maior: 90% da população coberta pela AB, sendo a porcentagem alcançada muito inferior, por volta de 76,37%. A meta atual, que cresce progressivamente, seria igual a 100% da cobertura da AB no Município de Franco da Rocha. Apesar dos dados mais atualizados não estarem disponíveis, é possível presumirmos que esta, assim como nos demais anos, também não foi alcançada.

Apesar das metas contidas no Plano Municipal não terem sido atingidas, outro dado nos chama atenção: A cobertura da Estratégia de Saúde da Família em 2014 estava na casa dos 12,6% aumentando exponencialmente no ano de 2016, quando os valores alcançaram a porcentagem de 61,54%. Apesar dos números animadores, vemos logo no ano seguinte (2017) uma queda brusca para 53,74% e depois menor ainda, por volta dos 45,15%.

Em 2018, provavelmente pelo investimento feito pelo Município ao estabelecer diretrizes, ações e metas para a Rede de Atenção à Saúde, a cobertura pela ESF volta a aumentar, chegando em 2020 a marca de 55,83%, com uma estimativa populacional de cobertura da ESF em 86.250.

Outro dado que merece nossa atenção, e que acompanha o movimento de ampliação e retração da cobertura da AB no Município, é o número de equipes de saúde da família, em 2014 com apenas 5 equipes, chegando em 2016 a 26 equipes, valor que varia nos anos seguintes[6] [7]. A meta estabelecida para o período de 2018-2021, em relação a esses indicadores, é o total de 32 equipes de saúde da família no ano de 2021, sendo essa mais uma meta não alcançada.

[6] Em relação ao ano de 2018 foi possível encontrar dois dados: No Plano Municipal de Saúde de Franco da Rocha a quantidade de EqSF nesse período era de 26, dado que também consta na competência de janeiro de 2018 no e-Gestor AB; destarte, esse valor para competência de dezembro de 2018 equivale à 20 EqSF, dado escolhido para ser exibido na tabela.

[7] Outro dado obtido via entrevistas é que para o ano de 2022 se espera a inauguração de uma nova UBS, no território do Parque Pretória, em vias de consumação.

4.4 PRODUÇÃO DE DADOS: ENTREVISTAS

No livro intitulado "O desafio do conhecimento", Minayo (2014) nos apresenta a Entrevista como uma técnica privilegiada de comunicação, que é acima de tudo uma conversa entre duas ou mais pessoas, a qual se inicia pela figura do pesquisador e é sempre acompanhada de uma finalidade, destinando-se à construção de informações pertinentes sobre o objeto investigado (p.261)

As entrevistas podem ser classificadas de diferentes formas, e para esta pesquisa nos interessa abordar a Entrevista Semi-Estruturada, que de acordo com a autora é uma opção que "combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada" (MINAYO, 2014, p. 261). Essa modalidade se diferencia apenas em grau das proposições de entrevistas abertas ou não estruturadas, e assim como essas prioriza a qualidade do material produzido, para que haja também uma análise mais profunda.

Em nosso estudo, optou-se pela modalidade de entrevista semiestruturada, porque entendemos ser este um caminho interessante para investigação de alguns elementos, considerados por nós como indispensáveis para alcançarmos os objetivos desta pesquisa, tais como a relação entre os membros da equipe, e desta com os usuários adscritos; aspectos do funcionamento do serviço e a compreensão que seus trabalhadores desenvolveram sobre o modelo de atenção.

Para a orientação da entrevista, nosso roteiro foi construído tendo como base os objetivos específicos deste trabalho, transformados em perguntas mais gerais que serviram como elementos para a reflexão. Dentre as perguntas disparadoras temos:

1. O quê em sua percepção significa fazer a estratégia de saúde da família?
2. Como tem sido trabalhar com uma equipe de saúde?
3. Sobre os usuários, aqueles de quem você tem sido responsável por cuidar, como anda o vínculo entre vocês?

A partir destas perguntas foram explorados elementos como a história do trabalhador no serviço de saúde; as noções de saúde e de corresponsabilização pelo cuidado compartilhadas pela equipe; a autopercepção sobre suas funções e sobre o estabelecimento de vínculo com os

usuários e destes com o próprio SUS; bem como uma reflexão sobre o cenário atual e os impactos da Pandemia sobre o processo de trabalho.

Ao final apresentamos, no formato de uma vinheta, um caso para discussão, a partir do qual indagamos os profissionais sobre aquilo que compreendem a respeito do dispositivo PTS, e de sua aplicação na Atenção Básica, e o caso é o seguinte:

Dona Sebastiana, de 57 anos, mora há 10 anos no bairro, em uma região de difícil acesso. Vive com a filha e dois netos pequenos. É hipertensa e diabética, toma remédios de modo irregular, só quando sente tontura. Antes da pandemia, havia sido encaminhada para cirurgia de catarata, mas não conseguiu fazer porque todo procedimento eletivo foi suspenso. Recentemente Dona Sebastiana passou a visitar com frequência UBS procurando pelos médicos, mas era orientada a ficar em casa por conta da COVID-19. Durante a reunião de equipe, que voltou a acontecer semanalmente, uma das profissionais de referência de Dona Sebastiana aproveitou para contar que a filha da senhora ligou muito nervosa esses dias, dizendo que se a mãe ficar cega, a culpa será da equipe e que vai denunciar ao Prefeito. Após conseguir um encaixe com o médico da equipe é constatado que a situação de saúde de Dona Sebastiana piorou muito na Pandemia, e que seria preciso uma mudança completa em seu estilo de vida. Com isso, resolveram colocar esse caso em discussão e coletivamente resolveram elaborar um PTS que incluísse dona Sebastiana e toda a sua família.

4.5. OS PARTICIPANTES

Foram entrevistados quatro profissionais de uma mesma EqSF, a partir de uma amostra intencional, considerando como critérios: 1. Participação na Equipe de Saúde da Família: Os entrevistados deste estudo deveriam compor uma equipe ESF há pelo menos 1 ano. 2. Preservar o caráter multiprofissional: Prezar pela escolha de um grupo composto pelas diferentes categorias profissionais, previstas pelas políticas reguladoras; 3. Os trabalhadores selecionados não deveriam estar afastados do serviço, seja por licença médica ou outro motivo.

O convite para que os trabalhadores pudessem participar desta pesquisa foi realizado com intermédio da coordenação do curso de especialização em saúde coletiva, da orientadora deste projeto, e da gestão do serviço local. Este processo de aproximação se deu de forma virtual, pois à época estávamos impedidos de visitar o serviço, sendo essa considerada uma medida de

prevenção contra a propagação do vírus SARS-COV-2. Nesse contato explicitamos os objetivos da pesquisa, a forma de condução das entrevistas, e os aspectos éticos, tais como a não obrigatoriedade de participação da pesquisa, elemento presente em nosso termo de consentimento livre e esclarecido. Dentre os seis profissionais convidados para participar da pesquisa, apenas quatro deles aceitaram, sendo assim realizadas quatro entrevistas com duração aproximada de 60 minutos.

A Unidade Básica escolhida para participar desta pesquisa, bem como a equipe de saúde foram indicadas pela Coordenação de Atenção Básica do município de Franco da Rocha, que também subsidiou nossa aproximação. Deste modo, iniciamos o diálogo em setembro de 2021, enfrentando as dificuldades de nos comunicarmos com o serviço unicamente de forma virtual, e por meios não institucionais tal como o aplicativo WhatsApp, e após alguns rearranjos iniciamos o processo de entrevista que durou de outubro a novembro de 2021.

4.6 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

As transcrições das entrevistas semiestruturadas foram analisadas mediante Análise de Conteúdo Temática, na qual, segundo Minayo (2014), um tema "está ligado a uma afirmação a respeito de determinado assunto ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra de uma frase de um resumo" (p. 315). Este processo se dá através de três etapas, as quais compreendem as tarefas de Leitura Flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, exploração do material e tratamento dos dados obtidos e interpretação.

Além o referencial da Análise Temática, empregaremos também alguns dos pressupostos da Análise de Conteúdo Temática, que tem dentre seus autores pioneiros Braun e Clarke, que tratam desta proposta como possuidora de um benefício: sua flexibilidade capaz de nos fornece um conjunto detalhado de dados. A análise de conteúdo pode ocorrer em duas dimensões de análise, a de nível semântico e a de nível latente, sendo a primeira aquela nas quais os dados estão contidos na superfície, sendo a atenção do pesquisador voltada para o discurso como se apresenta. Já a nível latente pretende-se alcançar a identificação e o exame de ideologias e significações, as quais são convertidas em conteúdo da fala, como parte de um discurso (DA ROSA e MACKEDANZ, 2021).

Para esta pesquisa, almejamos tratar estas duas dimensões, em seus diferentes níveis de análise, como possuidoras de uma relação de mútua determinação, entre o significado e o sentido. Voltamos nosso olhar para a dialética interna a esse movimento, que comporta as teses, hipóteses e sínteses feitas por nós, bem como aquelas gestadas pela equipe de saúde participante.

4.7 - ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou as diretrizes compostas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados só ocorreu após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde. Todos os participantes foram convidados a assinar o Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice).

Neste trabalho optou-se por atribuir nomes fictícios aos participantes dessa pesquisa, a fim de preservar o sigilo e a privacidade, que acrescido de outros elementos, são princípios éticos valiosos a qualquer produção científica. Desta forma, os participantes serão chamados de "P1", "P2", "P3", e "P4".

5 ANÁLISE DE DADOS

A análise exposta a seguir tem por pretensão contribuir para as discussões internas à Rede de Atenção à Saúde, em especial à Atenção Básica, no Município de Franco da Rocha, como fruto da parceria deste com o Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES-SP).

Os resultados foram organizados e analisados em temas, sendo estes: I. Noções de Saúde e o Processo de trabalho; II. Uma APS em vias de tornar-se seletiva; III. Trabalho em Equipe; IV. Vínculo e Corresponsabilização; V. O quê sabemos sobre o PTS?

Em relação aos participantes, tomados aqui como um grupo, uma equipe de saúde da família, podemos contextualizá-la da seguinte forma:

Esta é uma equipe composta por profissionais com diferentes trajetórias de formação, que antes de ingressarem nesta EqSF, tiveram contato com a área da saúde em empresas e convênios ligados a iniciativa privada, dentro e fora do Brasil, assim como por intermédio de programas federais como o "Mais Médicos"; enquanto outros tiveram nessa equipe seu primeiro contato com a assistência à saúde. É importante ressaltar que para alguns destes profissionais as primeiras experiências de formação a respeito do SUS e da Estratégia Saúde da Família se deram na relação com o Instituto de Saúde da SES-SP.

O conjunto de participantes tem em comum o trabalho nesta Unidade Básica como sendo a primeira experiência na AB. Cada profissional ingressou no serviço em um momento distinto, desde aqueles que tiveram sua entrada no início da década de 1990, e puderam acompanhar o desenvolvimento do município e da RAS, como também há aqueles que passaram a compor a equipe em 2019, e outros ainda que iniciaram seu percurso meses antes do início da Pandemia.

Esta equipe SF atualmente passa por um processo o qual nomeiam como sendo de "metamorfose" ou uma "fase de transição". Durante o período recente, marcado pela Pandemia e por uma de suas consequências - o afastamento de inúmeros profissionais -, a equipe precisou se reorganizar para cobrir mais de uma área dentro do mesmo território, não apenas aglutinando profissionais de equipes distintas, mas também atribuindo a um mesmo técnico a responsabilidade pelo cuidado de uma população ainda maior. Como pode ser observado nas falas de uma das entrevistas:

E aí as equipes meio que se dispersaram, a gente trabalhava com o que a gente tinha, mesmo não sendo da minha área, mas era quem podia me dar suporte naquele momento, então a gente segurou na mão e remamos no barco (P3)

Esta situação reaparece ao discutirmos os impactos da Pandemia sobre o processo de trabalho, como pode ser visto no seguinte excerto:

Ficou totalmente descaracterizada a equipe, até mesmo por falta do pessoal, como eu já te expliquei, não tinha nem como a gente manter quatro equipes com cinco, seis ACS (P3).

Esta situação é entendida por nós como um desafio importante a ser enfrentado, principalmente ao refletirmos sobre os impactos negativos que esse momento de reorganização teve ou terá no processo de cuidado e assistência aos usuários. A Pandemia pelo COVID-19 pode ser aqui vista como um analisador capaz de explicitar as fragilidades do Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo, que indica a necessidade de manutenção de dispositivos e estratégias capazes de ampliar e sustentar as diretrizes da AB. Assim como daqueles subsídios necessários para a existência e efetivação de um outro modelo de atenção à saúde, como o que outrora foi iniciado pela Estratégia de Saúde da Família.

5.1 NOÇÕES DE SAÚDE E O PROCESSO DE TRABALHO

Neste tema trabalharemos a investigação do processo de trabalho, inspirados na teoria de Mendes-Gonçalves (2017a, 2017b), considerando as "noções de saúde" compartilhadas pela equipe, bem como outros conceitos e propostas ligados ao que Paim (2012) chama de modelos alternativos, como no caso da Clínica Ampliada. Mas antes de iniciarmos, cabe aqui uma explicação sobre o uso de determinadas terminologias e da nossa opção por remontar à "noção de saúde" como indicativo relevante para desvelar o objeto de trabalho, na perspectiva da análise do processo de trabalho.

O processo de trabalho, como elaborado por Mendes-Gonçalves pode ser compreendido como um fenômeno marcado por diferentes momentos, nos quais articulam-se elementos distintos, tais como os objetos de trabalho, os instrumentos, os atores/trabalhadores, necessidades e finalidades, produtos/resultados, considerando as formas específicas de sua distribuição. Esse trabalho não está desvinculado das injunções materiais, sendo as

características próprias do trabalho em saúde resultado da articulação constante entre as práticas de saúde e as práticas sociais. O estudo do processo de trabalho em saúde parte da premissa de que este, ao invés de produzir bens materiais, mercadorias a serem consumidas, terá sua produção voltada para a prestação de serviços, pelo consumo no próprio ato de sua produção, no caso no cenário do encontro entre o trabalhador e os usuários, famílias, territórios.

Por sua vez, a saúde enquanto "Noção" é marca de estudos como o nosso que se dedicam à análise da percepção de atores sociais sobre este fenômeno, sendo tais concepções produzidas num movimento dialético entre objetividade-subjetividade, demarcado por uma série de contradições. Nosso intento analítico buscou não se limitar à descrição de características concreto-factuais, avançando para a compreensão das múltiplas determinações que constituem a conexão deste fenômeno com a totalidade social (SILVA, SCHRAIBER e MOTA, 2019).

Voltemos agora aos sujeitos desta pesquisa, os quais possuem dentre as "noções de saúde" que organizam seu fazer, a "doença" como orientadora do cuidado:

> *Na visão da saúde. Eu não vou dizer para você que é (a ausência) de doenças, não, vou falar para você que é (ausência) de doença. Saúde para mim é você trabalhar a parte da prevenção. (...) Então a gente trabalha a parte da estratégia, a gente trabalha essa parte também da prevenção, não deixar instalar a doença (P1)*

> *Porque quando chega um paciente, por exemplo, chega um paciente ali eu vou dar o foco, não tem assim um livro que eu possa estar seguindo, mas eu vou fazer as orientações de acordo com aquele paciente. Então se é um paciente idoso ele já tem uma doença de base, já tem uma doença instalada ali, então a orientação vai de acordo com aquela doença que ele já trouxe para mim. Então se ele vem com alguma queixa eu vou basear a minha orientação, eu vou basear naquela queixa que ele está referindo naquele momento.(P1)*

A partir deste excerto compreendemos que dentre as diretrizes e premissas que organizam o fazer desta equipe está a "saúde como ausência da doença", sendo tal condição vista por nós sobre a óptica da relação do trabalhador com os objetos de trabalho - fragmentos da natureza que quando objectualizados são capazes de serem transformados. Sendo neste caso tal transformação operada sobre o objeto "doença", cujo projeto se conserva no impedimento de que tais doenças se instalem no corpo do sujeito, a prevenção torna-se marca distintiva deste fazer (MENDES-GONÇALVES, 2017a).

Nesta relação, a saúde é tomada como um resultado, acessível na ausência da doença, e para isto serão empregadas as terapêuticas, que são os instrumentos "sofisticados" aqueles que cabem na 'maleta do trabalhador', assim como outros instrumentos, alguns produzidos

inclusive por outros processos de trabalho, entre estes a vacinação e os remédios (MENDES-GONÇALVES, 2017a). Ao passo que a doença se torna orientadora do processo de trabalho, também fica limitada a perspectiva com que olhamos para o sujeito. Assim, ao receber sua queixa, o trabalhador de saúde só poderá propor uma conduta limitada em sua imediaticidade.

Além disso, nesta relação, é preciso considerar que a apreensão da necessidade do usuário como feita pela equipe nunca é natural, os diagnósticos são produzidos num processo sócio-histórico, no qual algumas necessidades são subordinadas à outras, numa estrutura social que privilegia determinados valores, conceitos e "noções de saúde" (SILVA, SCHRAIBER e MOTA 2019; MENDES-GONÇALVES, 2017a). Sendo assim, colocando em outras palavras, é como se fosse afirmado pelos discursos à luz desta teoria: "espera-se alcançar uma saúde com a reprodução e o consumo de um conjunto de ações preventivas, as quais por fim poderiam produzir um corpo no qual doenças não hão de se instalar". É a partir desta análise, que considera a historicidade na qual se constitui a relação entre o trabalhador e o usuário do serviço, que se faz importante compreender as bases materiais sobre as quais se assenta o trabalho em saúde.

Esta concepção de saúde e doença, que aqui definirá o objeto de trabalho, bem como à outros momentos do processo de trabalho, tem por referência a restauração de uma "normalidade", a partir da qual se realiza uma redução individualista do processo saúde-doença, ao voltar-se com exclusividade para o corpo em seu aspecto anátomo biológico, acaba por tratar de forma igual sujeitos desiguais, negando o fato de que estes experimentam de formas distintas o processo de adoecimento (MENDES-GONÇALVES, 2017b)

Essa construção, por sua vez, nos ajuda a compreender a correlação que se estabelece entre a finalidade do trabalho em saúde e as necessidades sociais, essas que não correspondem às necessidades da população, apesar de apresentarem-se como um "interesse geral", mas sim à um conjunto de interesses dos grupos dominantes (MENDES-GONÇALVES, 2017a). Desta forma, a historicidade e a socialidade são banidas do processo de apreensão do sujeito e da realidade, negando o caráter substantivo que essa perspectiva possui. Essa construção retoma a produção de uma "Medicina Tecnológica", que ao definir-se por meio de um modelo clínico patológico, tomou a doença como um acidente individual, favorecido pelas condições sociais, e que deveria ser resolvido por intermédio do médico e do trabalhador de saúde. É nessa relação, que:

> A assistência médica individual ameaça transformar-se em uma espécie de pesadelo prometeico em que cada nova necessidade atendida se multiplica por novas outras necessidades por atender (MENDES-GONÇALVES, 2017b, p.244)

Este movimento pode assim produzir respostas fragmentadas, “resoluções” que dão conta de uma queixa com prescrição de uma conduta imediata, que pouco fazem em relação à "magnitude relativa dos fenômenos da doença” (MENDES-GONÇALVES, 2017b, p.243). Ainda ao tratarmos do princípio da integralidade, tais concepções parecem contrárias à formulação de uma atenção integral à saúde, como preconizado para o SUS e a Atenção Básica. Dentre seus sentidos, a integralidade, segundo Ayres (2017), assume o lugar da “boa medicina”, que desenvolveria formas mais qualificadas de identificação das necessidades dos sujeitos, com as ações de prevenção caminhando ao lado das ações assistenciais requeridas pela população, sem nunca se reduzir o trabalho à prevenção e ao controle de doenças, pois existem necessidades que não se limitam a essas dimensões, e sim correspondem a um espectro ampliado do que seria a qualidade de vida.

É a partir dessas vertentes que avançamos em nossa análise, nos apoiando nos escritos de Mendes-Gonçalves (2017a) sobre o processo de trabalho, para então inferirmos, sem prerrogativa de certeza, que pode haver uma relação entre tais noções de saúde e um modelo de atenção, cuja característica que se destaca é a ênfase na prevenção, a partir da centralidade no conceito de “força de trabalho”. Ou seja, no sistema capitalista, a “energia” empregada pelo trabalhador, na transformação dos objetos de trabalho, necessita ser vendida e consumida em grandes quantidades, sempre disponível, sendo assim, requer que se produza um sujeito que não pode adoecer.

A partir desta formulação, e dos dados obtidos via entrevista, indagamos a quais finalidades estão voltadas o trabalho em saúde na Atenção Básica, em especial em seu modo de organização que se dá pela Estratégia de Saúde da Família.

Se de um lado temos uma proposição política que compreende três ou mais dimensões do cuidado ampliado, dentre elas a promoção e proteção à saúde e a prevenção aos agravos, por outro lado, no cotidiano dos serviços é possível identificar uma ênfase maior em apenas uma dessas dimensões - a da prevenção dos agravos.

Tal rearranjo parece ter como finalidade garantir que o sujeito se mantenha saudável, para que seja garantida a reprodução social, bem como as condições necessárias para manutenção do Capital. Esta nossa aposta retoma algumas reflexões feitas por Arouca (1975 apud COSTA, MISOCZKY e ABDALA, 2018 p.995), que ao estudar o “dilema preventivista”, retoma um momento da medicina no qual buscou-se o aumento da produtividade a partir da manutenção de boas condições de saúde. Essa perspectiva avalia as condições históricas para a

produção de uma medicina preventiva, que surgiu como alternativa para solucionar problemas sociais como a incidência de doenças, mas que o fez a partir de uma leitura liberal, conservando a natureza do cuidado médico. Esta passagem é revisitada pelos participantes ao descreverem a função de seu trabalho: *"Então, você sair do curativo para o preventivo, esse é o trabalho do agente comunitário e da estratégia da família" (P2).*

A prevenção como foco do trabalho médico passa a receber investimentos a partir de um movimento de crítica à medicina curativa, sendo que, nesta segunda, o trabalho em saúde esgotava-se no diagnóstico e na terapêutica, tendo na cura da doença sua ação privilegiada. O enfoque do médico, dado nesta concepção curativa, é também de carácter biológico, especializado e desvinculado dos problemas de saúde da população. A medicina preventiva, ao propor uma reorganização das práticas de saúde, criou subsídios para uma mudança. Produziu uma nova conduta, com elementos que serão reinterpretados pela ESF, como o enfoque no indivíduo, aproximação da prática médica do cotidiano, e uma nova postura dos profissionais a partir da revisão de suas responsabilidades.

Segundo Paim (2012), a medicina preventiva e a medicina curativa não se constituem enquanto um modelos de atenção propriamente dito e sim conjuntos de concepções de mundo, como no caso da medicina preventivista e a história natural da doença, que tentará através de inter-relação de níveis de prevenção diferentes interceptar a doença em qualquer estágio de sua evolução. Isso remonta historicamente ao período Pré-SUS, mas se estende.

Essa compreensão é ilustrada pela própria história de desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família, que antes de consolidar-se como uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, na junção com o Programa de Agentes Comunitário de Saúde, formulou-se enquanto de caráter preventivo e programático (PAIM, 2012). Aqui talvez resida a nossa mais ousada inferência: No momento atual, no qual a APS Brasileira enfrenta importantes desafios relacionados a fragilização de seus princípios e formas de investimento (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2020), agravados pela situação imposta pela Pandemia pelo COVID-19, identificamos uma retomada a aspectos anteriores à promulgação do SUS, esses que foram alvo de debate e de importantes críticas durante o movimento da reforma sanitária.

É possível observarmos que o modelo de atenção aqui empregado recebe influência de muitos movimentos políticos e ideológicos, que tiveram na história da medicina, impactos importantes no modo de compreender e realizar o trabalho em saúde. Demarcada pela persistência de modelos hegemônicos, tem dentre suas características o consumo de serviços, o individualismo e o biologismo, e pela coexistência de modelos sanitários, com campanhas e

formas de organização verticais, bem como de proposições alternativas das quais tratam a ESF, caracterizando assim o solo sobre o qual forma-se APS que temos hoje (PAIM, 2012).

Isto se reproduz no discurso produzido pela equipe, que apresenta muitas contradições, e se encontra constantemente tensionado pelo modelo de atenção que se acredita realizar, no caso aquele estruturado pela ESF, e, ao mesmo tempo, por outras concepções divergentes que tomam a doença, a queixa-conduta e o preventivismo como atributos do tipo de cuidado prestado na AB. Os resultados obtidos atestam para um cenário complexo, que ora apresenta-se sobre um discurso fragmentado, ora nos instiga a pensar sobre a integralidade e a função da escuta:

> *Então é você ver o paciente como um todo, o ser humano como um todo. Ver a parte pessoal do paciente, a parte física, fisiológica, a forma de adoecer, por que está adoecendo essa pessoa, e a relação dele com a família, com a comunidade que ele vive, os ecossistemas, o ecomapa, o genograma, tudo isso. A gente não é da área da psicologia, porém existem problemas que não é só você dar um remedinho, está um pouco mais funda aquela ferida, então você tem que sentir, ter essa percepção, essa empatia, e tentar, da melhor forma possível, colaborar (P3)*

No excerto acima, temos uma importante construção que indica que o trabalho na ESF/AB pode vir a ser aquele que abrange mais do que apenas a queixa do "paciente", um ensaio de um deslocamento da "doença" como alteração de um corpo anatomofisiológico e da saúde como sua ausência, para uma "noção de saúde" mais complexa que considera os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Um dos elementos que sustenta a tese de que tal deslocamento possui condições de ser realizado está na negação do consumo de determinados instrumentos, como é o caso do remédio, esse que surge na fala dos participantes, como insuficiente para responder às demandas da população. Esta tese ganha novos elementos, ao passo que se inclui no processo de diagnóstico outros referenciais como o das relações sociais e a relação com o território.

Em outro fragmento das entrevistas, a escuta surge como ferramenta de produção de um diagnóstico diferenciado, que incorpora um olhar para condições de vida da população:

> *A gente tem que ter a escuta, porque quando você chega em uma casa você não pode fazer aquela visita com pressa, então você tem que escutar com paciência a pessoa, olhar a casa. Por exemplo, os pacientes que tem potencial de tuberculose, você já observa parede, se você já tiver aquelas manchas vermelhas, então já tem que ter aquele olhar amplo na sua visita, macro (P2)*

Em outros trechos, apresentados pela P3, o cuidado à saúde no SUS é descrito ainda como aquele que não se limita a consulta ou internação, assim como é feito no convênio, sendo a prevenção mantida como marca distintiva desse fazer, a qual poderá ocorrer em cenários diversos, seja na orientação feita nos corredores da unidade básica, ou na visita domiciliar. As práticas de saúde descritas, parecem não se circunscrever a clínica tradicional, pois incorporaram não só o sujeito e o adoecimento, mas o contexto em que ambos são produzidos. O olhar para as paredes e a atenção à família, indica que as ações da equipe podem vir a guiar-se pela investigação das condições de moradia e da dinâmica social que se estabelece nessas residências. Diante a este conjunto de perspectivas, avançamos agora para o exame dessas práticas e sua correlação com a Clínica Ampliada.

Essa proposta está alinhada com os princípios e diretrizes do SUS para atenção básica, ao passo que investe na integralidade, não limitando-se a cura ou a prevenção, realiza-se no trabalho em equipe e no cuidado longitudinal, no qual os diferentes saberes são incluídos e potencializados e, os atores envolvidos participam de uma cogestão do cuidado. Esta ampliação do objeto da clínica, que nega a da "doença" como ausência de saúde ou como uma totalidade que apagaria o sujeito, não abandona as enfermidades, mas realoca a singularidade ao construir projetos, os quais não perdem de vista o contexto sócio-histórico no qual se conformam os fenômenos sobre sua atenção (CUNHA, 2004; CAMPOS, 2003).

Para que esse deslocamento seja feito é preciso que se amplie os objetos de trabalho do trabalho em saúde, em referência a limitação imposta ao considerarmos a "doença" como objeto principal, a partir do qual troca-se a "responsabilidade pela pessoa", pela responsabilidade por fragmentos de um corpo e de determinados procedimentos a serem executados (BRASIL, 2009a). Essa mudança depende também da transformação dos 'meios' ou instrumentos de trabalho, que historicamente repousaram sobre o saber e o poder médico, sendo deste modo preciso buscar novos arranjos e dispositivos, que possam produzir relações menos verticais e mais democráticas, nas quais o resultado do trabalho ultrapassem a aquisição de "mais saúde", considerando inclusive o desenvolvimento da autonomia do sujeito. Este processo, que é complexo e demanda transformações radicais, não pode ser feito sem que haja a nível de gestão um suporte para os profissionais, como a criação e o investimento em espaços como o da reunião de equipe, o matriciamento e outras experiências de cogestão (BRASIL, 2009a, p.14-18).

A Clínica Ampliada se constitui enquanto uma alternativa capaz de reformular os modos como o cuidado vem sendo elaborado na APS Brasileira. Ademais, ao contextualizarmos essas

práticas no cenário da Pandemia pelo Covid-19 não desconsideramos a importância da Prevenção, pois compreendemos que apesar da capacidade reduzida em agir sobre a letalidade dos casos graves, a APS pode contribuir para diminuição da incidência da infecção em sua população adscrita. Entretanto, observa-se que no planejamento das políticas públicas de enfrentamento a Pandemia há um descrédito da Atenção Básica, ao passo que órgãos da saúde pública investiram na preparação do sistema de atenção visando a demanda clínica e hospitalar. O potencial da APS para mitigação da Pandemia foi sendo subestimado, quando, na verdade, seu atributo de territorialização teria sido indispensável para execução dessa tarefa de contenção da doença e na de redução de seus impactos na sociedade (CABRAL *et al*, 2020).

5.2 UMA APS EM VIAS DE TORNAR-SE SELETIVA E PROGRAMÁTICA

> *Falando da vergonha que às vezes a pessoa tem de falar o seu problema, o primeiro contato ele é muito importante, por isso que eu disse lá no início que às vezes na consulta médica a pessoa ela tem vergonha de falar e com a agente de saúde às vezes ela chega e já fala já de cara, e as vezes ela tem mais confiança no médico. Mas a gente deixa sempre a porta aberta porque a atenção básica, ela, por si só, ela é muito importante, eu creio que é a coluna de uma casa*

Nossa investigação se inicia com as significações produzidas por uma equipe de saúde sobre o modelo de atenção, a organização dos serviços e de fluxos, e a função da Atenção Básica, que nas palavras deste coletivo é um caminho de passagem aberto, uma porta que se abre, e que, para além de receber, cria condições para que o SUS, na condição de corpo que possui a AB como coluna vertebral - um importante elemento de estruturação e integração do sistema.

A AB, em sua forma de organização orientada pela Estratégia de Saúde da Família, é pelos participantes deste estudo vista como aquela que se destina ao atendimento de toda à população, e que não se limita ao cuidado exclusivo do indivíduo, mas tem na família a ampliação de seu cuidado, sendo a assistência à saúde ofertada diferente daquela feita no atendimento especializado, como pode ser visto em:

> *No SUS, trabalhando na estratégia da família, você abrange a família, a família como um todo, então é toda uma população. (...) Então assim, o atendimento abrange tudo, é diferente de uma especialização, como, por exemplo, enfermagem do trabalho, como obstetrícia, a enfermagem de uma UTI, pronto-socorro, aqui é tudo. (...) a estratégia da saúde da família você não vai focar em apenas uma área, vai focar em todas, porque toda essa população vem para nós (P1)*

O trecho parece estar relacionado com as funções e atribuições da AB e ter por sustentáculo os princípios do SUS, dentre eles a universalidade e o cuidado longitudinal, que buscam na prática produzir um cuidado integral à saúde da população. Estas características que configuram o trabalho da AB estão postas não como negação do saber especialista, mas sim como um redirecionamento da lógica que estrutura as práticas em saúde a fim de ser tornarem mais abrangentes, cabendo aos diferentes sujeitos, e aos diferentes profissionais, processos de vida e adoecimento.

Esta construção narrativa sobre a Atenção Básica feita pelos participantes, e parte instituída via documentos oficiais, encontra na realidade um conjunto de limitações, tais como aquelas atreladas ao programa Previne Brasil, que de acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2020), carrega em suas proposições uma ruptura com a universalidade e equidade no SUS, ofertando cuidado empobrecido "aos pobres". Este novo arranjo além de acarretar a perda de possíveis recursos financeiros, também expressa uma opção política pela focalização e seletividade da APS brasileira.

> *Geralmente a procura é bem maior do povo que é mais carente, né? Isso nós sabemos, porque o povo querendo ou não é o povo mais carente que sofre as consequências, né? Que fica mais vulnerável às doenças, né? Que muita das vezes vem com a contaminação na água, vem por uma contaminação por falta de um chinelo no pé, vem pela contaminação do esgoto a céu aberto. Então, a forma de viver é essa daí, né? Dessa maneira... (P4)*

O excerto acima, além de caracterizar os sujeitos que chegam a essa APS, também nos conta sobre a relação do adoecimento com condições de existência, como moradia e saneamento básico. Para esta população, que adentra as portas seletivas de uma APS não abrangente, é pressuposta a definição de uma cesta restrita de serviços, pacotes com o mínimo necessário para sobrevivência de populações (GIOVANELLA, 2008).

Essa segmentação do cuidado pode ser vista tanto no material produzido junto aos participantes desta pesquisa, quanto nos documentos oficiais, como no caso da PNAB de 2017, que apresenta definições vagas sobre padrões diferenciados de ações e cuidados na AB, sendo esses divididos em "essenciais" e "ampliados". A opção por eleger procedimentos ditos estratégicos, em detrimento de alguns dispositivos, como o caso emblemático do NASF, reitera a concepção de cesta de ações e serviços mínimos, não havendo um projeto no qual a AB possa se torne gradativamente mais integral, próxima dos territórios e com portas abertas, portas para

o acesso universal.

Este complexo fenômeno pelo qual a AB passa atualmente pode ser interpretado como um processo de "neo seletividade" (GIOVANNELA, ALMEIDA e FRANCO 2020), no qual a convergência entre o rearranjo na forma de financiamento (Previne Brasil), a liberalização da ADAPS (BRASIL, 2021) e a restrição da oferta de ações de saúde (PNAB 2017) produz um redirecionamento do modelo de atenção, que passa a ter como "objetos" de investimento os estratos populacionais extremamente pobre.

Neste processo de trabalho, é preciso que a pobreza se perpetue, pois é esta que deve ser, ao lado da "doença" apreendida como objeto de trabalho, a ser transformada em algo diferente, com auxílio de instrumentos, de modo a reproduzir sua estrutura desigual, com sujeitos desiguais entre si, sendo o acesso ou consumo de seus resultados também de forma desigual (MENDES-GONÇALVES, 2017a).

Dentre os dados que indicam a transição de uma AB abrangente para outra seletiva, temos aqueles narrados pelos participantes, que ao relatarem sobre a chegada da Pandemia pelo Covid-19, explicitam que a porta de entrada privilegiada para a RAS passou a não ser a UBS, que nesse novo cenário, passou a atender um público cada vez mais restrito, ainda que representante de grandes proporções populacionais. Considerados do grupo de risco e assumindo o lugar de prioridades, esses grupos tornaram-se objeto de investimento dos esforços das equipes de saúde que, ao mesmo tempo, dedicavam-se ao cuidado e monitoramento dos casos leves e moderados de COVID-19, prestando apoio inclusive à UPA da região. De acordo com os entrevistados:

> *Qual estratégia que nós mantivemos aqui na nossa UBS? O cuidado com os hipertensos, os diabéticos, gestantes e os acamados e domiciliados(P2).*

O cuidado aos pacientes crônicos no município de Franco da Rocha se faz de extrema importância, ao passo que o número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, entre a população de 30 a 69 anos é de aproximadamente 60%, como consta no Plano Municipal de Saúde (FRANCO DA ROCHA, 2018). Este grupo populacional foi, inclusive, compreendido dentre suas ações de fortalecimento da articulação das ações preventivas.

Porém, o cuidado a essa população e seus agravos de saúde só se faz possível na articulação de concepções como a coordenação do cuidado e a longitudinalidade (STARFIELD, 2002). Para que esse cuidado aconteça se faz preciso combater a intensa fragmentação de serviços e de programas, ações e práticas clínicas no SUS. Essa proposta está intrinsecamente

alinhada à organização da atenção à saúde em redes e das linhas de cuidado específicas (BRASIL, 2013).

A situação de calamidade instaurada pela Pandemia, fez com que as gestões locais se organizassem de modo a viabilizar nas UBS um atendimento à alguns públicos específicos, como trazido nos decretos e notas oficiais dos órgãos oficiais[8]. Tal mudança impactou diretamente na assistência de outras parcelas da população, fenômeno esse que pode ser observado na descrição feita pelos participantes, que ao descreverem os usuários sob seus cuidados, o fazem sem incluir, em sua maioria, a população jovem e crianças acima dos 5 anos, mulheres e homens adultos sem comorbidades, mas sempre referindo-se aos mais pobres e aqueles que têm pouco acesso à educação.

Apesar do cuidado aos pacientes crônicos, acamados e domiciliados ser tomado como prioritário no momento da Pandemia, ao nos debruçarmos sobre os impactos que este período teve sobre o fluxo das unidades de saúde, acabamos por identificar desafios complexos para sua realização:

> *Se aparecer algum casinho um pouco mais complicadinho, ou que a gente precisasse de um apoio de um profissional, porque pararam os encaminhamentos, pararam as solicitações de exames de imagem, por exemplo. Você tinha uma suspeita clínica, mas não tinha como pedir um ultrassom de abdômen, não tinha como pedir um ultrassom de rins, então você ficou com a mão meio quebrada nesse sentido (P3)*

O cuidado ofertado durante a Pandemia pelas EqSF, e talvez até mesmo antes, além de se restringir a um público prioritário e ser organizado a partir de "noções de saúde" contrárias ao princípio da integralidade, também encontra sérios desafios na produção de um cuidado qualificado, como pôde ser observado nas dificuldades impostas à investigação de uma suspeita clínica.

A interrupção dos encaminhamentos, sejam eles de caráter laboratorial, tal como são os exames acima referidos, bem como a fragilização na relação com outros setores da saúde, níveis de atenção e mesmo o desenvolvimento de ações integrativas, indicam a redução do cuidado a prescrição, troca de receitas, ao atendimento imediato. A ausência de apoio também compõe esse processo de fragilização e poderá ser melhor compreendido a seguir.

Na Pandemia esses impactos são intensificados com o cancelamento das consultas de

[8] Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde, publicado em 2020 e organizado pelo CONASEMS e CONASS. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>. Acesso em: 20/12/2021.

rotina, fenômeno observado pelas participantes como produtor de obstáculos para o trabalho em saúde:

> *Com a pandemia muitas partes do SUS ficaram um pouco desativadas, então ficou mais difícil a pessoa ter o acesso. (...) então tinha algumas consultas que foram retiradas, então não era uma consulta de rotina, apenas consulta de emergência. (P1)*

Neste trecho evidencia-se o deslocamento da uma atenção integral e longitudinal para um atendimento de emergência, o quê descaracteriza a Atenção Básica, ao passo capacidade de atenção é reduzida a formas fragmentadas de se elaborar o cuidado.

Outro ponto que nos chama atenção diz respeito aos marcadores usados para caracterizar os sujeitos/usuários, no caso, o principal deles é a "doença de base". Essa que funciona quase como uma identidade[9], como é no caso dos pacientes nomeados como crônicos, e que sem outros elementos singulares ou mesmo de identificação com seus coletivos, passa a constituir-se em um cuidado ao sujeito enfermo, àquele que foi acometido por uma ou mais doenças. Esse deslocamento, reitera a hipótese de um trabalho em saúde orientado pela queixa/doença do usuário, ao mesmo tempo que tem por finalidade a prevenção da instalação de doenças.

Nessas condições, temos uma APS que além de não ser abrangente, mas sim seletiva, focalizada e mesmo programática, concebe os sujeitos/usuários sob a insígnia do corpo propenso ao adoecimento, algo que deve ser evitado, sendo este o compromisso principal dos serviços de saúde. Aqui também se inserem os programas verticais, como o Outubro Rosa, ou mesmo instrumentos que burocratizam o cuidado, sendo ambos relatados pelos participantes da pesquisa sem uma reflexão crítica sobre sua inserção no planejamento e desenvolvimento de projetos singulares de cuidado e vida.

Para esta APS que já enfrentava, antes mesmo da Pandemia, sérios e importantes desafios para realizar-se enquanto uma proposta alternativa aos modelos hegemônicos e sanitaristas, vê durante a calamidade pública instaurada pela disseminação do vírus SARS-COV-2, um novo momento ainda mais crítico, ainda mais decisivo:

> *O impacto foi total porque descaracterizou a estratégia de saúde da família. Você deixou de ser um médico da família, de acompanhar uma família, o bebê que nasceu, a gestante, o idoso, os casos crônicos, os pacientes com comorbidade, acamados. (...) Porém, descaracterizou total, nós viramos uma mini UPA digamos*

[9] Concordamos com Campos (2003) de quê "Para a medicina haveria um apagamento de todas as outras dimensões existenciais ou sociais do enfermo, a doença o recobriria como uma segunda pele, uma nova identidade".

assim. Então todo paciente sintomático respiratório tinha que ser atendido. A unidade lotou, a gente não podia deixar aglomerar, a gente tinha que ter um atendimento mais rápido. Deixamos de estar acompanhando aquele paciente que tinha que trocar a receita, que tinha que fazer o examezinho de rotina dele e tudo mais, passou a ser só um atendimento por meio de demanda espontânea para esses casos em específico. (...) Fora isso, ficou totalmente descaracterizada a equipe, até mesmo por falta do pessoal, como eu já te expliquei, não tinha nem como a gente manter quatro equipes com cinco, seis ACS. Enfermagem ficou toda voltada para o atendimento e triagem dessas demandas, para a gente conseguir dar uma filtrada e conseguir dar conta de todo atendimento. Então deixou de existir, não ficou nem descaracterizada, ela deixou de existir durante esse período praticamente (P3)

O modelo de atenção aqui empregado sofre importantes transformações, ao passo que o cotidiano do serviço de saúde é interrompido por demandas urgentes, ao mesmo tempo que, como visto na introdução desta análise, o trabalho das equipes de saúde foi diretamente impactado pela redução do quadro de profissionais, acrescido da interrupção abrupta dos espaços de encontro e cuidado do usuário, como o caso relatado sobre os procedimentos e encaminhamentos inviabilizados, o cancelamento das consultas, e ainda pela fragilização das reuniões de equipe - como poderá ser melhor descrito a seguir no terceiro tema: O trabalho em equipe.

O cenário que se apresenta explicita uma redução no potencial resolutivo da APS diante não apenas da Pandemia, mas sim em decorrência de um processo de "descaracterização" de seu modelo de atenção, num movimento de coexistência de outras lógicas e práticas em saúde, que se estende ao cuidado diante também de outras situações. Não se observou o que Medina *et al.* (2020) haviam chamado de uma organização ampla, com eixos de atuação, que englobam desde os cuidados individuais aos casos de COVID-19, e os processos de adequação que este tipo de atendimento demanda, mas sem ausentar-se da continuidade dos cuidados rotineiros, investindo e solidificando a APS como porta de entrada do SUS.

A prevenção, que tanto falamos até aqui, também é indispensável para que a AB possa cumprir com suas funções e assim ser a "coluna da casa"[10], estando essa prática como parte de uma Vigilância em saúde no Território, que junto incluiria a educação em saúde, a notificação e acompanhamento dos casos.

É nessa conjuntura que a Clínica, que não identificamos como sendo o próprio modelo de atenção, mas parte constitutiva do mesmo, irá se apresentar em sua dimensão degradada (CAMPOS, 2003), conceito que nos auxilia a compreender o fenômeno que se apresenta, na

[10] Em referência aos excertos apresentados no tema 2: Uma APS em vias de tornar-se Seletiva e Programática, recorte do diálogo produzido em entrevista com o P2.

forma da descaracterização/desconfiguração da ESF. Isto se caracteriza ao passo que sua potencialidade para identificar, planejar e resolver problemas de saúde parece diminuir, não apenas pelos desafios impostos pela Pandemia, mas por um processo complexo, que como dito pelos participantes, deslocou a assistência à saúde de um modelo de atenção integral para outro de carácter imediatista e restritivo. Nessas condições, nem mesmo a clínica tradicional, biomédica, consegue se efetivar com qualidade.

Um exemplo dessa degradação está no modelo de pronto-atendimento, aqui sintetizado na expressão "viramos uma mini UPA" (P3). Ao orientar-se pela queixa-conduta, a equipe vê sua clínica atravessada por uma série de outras racionalidades, cuja lógica instrumental ou estratégica, evidencia a mescla de políticas de saúde inadequadas com um atendimento padronizado, seletivo, restrito, que se afasta dos princípios da Clínica Ampliada (CAMPOS, 2003).

A degradação dessa clínica está atrelada às determinações do contexto socioeconômico, tal como este no qual estamos, com constantes desinvestimentos em políticas públicas, como provocado pelas modificações e descontinuidades na PNAB 2017, assim como em outras tantas iniciativas, oficializadas em resoluções, ementas e novos projetos empreendidos no governo atual (MOROSINI, FONSECA e LIMA, 2020).

Tendo tais considerações postas devemos agora voltar nossa atenção para o trabalho em equipe, a fim de avaliarmos de que maneira este se constitui para os atores que dele participam, considerando suas diretrizes e atributos, em relação aos impactos produzidos pelo momento atual.

5.3 TRABALHO EM EQUIPE

> *Assim, é um trabalho de equipe, porque o ACS que faz a visita domiciliar, o ACS ele serve como ponte porque ele vai trazer para nós, ele faz a visita e traz para nós a realidade do que está acontecendo com aquela área, e que acaba sinalizando para a gente, "olha, tal paciente precisa de uma visita domiciliar" (...) Porque às vezes, por mais que você tenha feito uma visita àquele paciente ele pode evoluir de alguma forma, pode evoluir positivamente, ou negativamente. Então assim, não tem como você esperar a visita para daqui a um mês, você tem que antecipar essa visita. (...) Então, assim somos uma equipe, mas aí você tem que conhecer o seu território, se você não conhecer o seu território não tem como você priorizar essa parte do atendimento. (...) Então tudo isso é trabalho em equipe, se um ali não funcionar os outros também vão ter aquela dificuldade de dar continuidade aí a esse atendimento(P1)*

Vejamos agora a relação entre os dados já expostos, e as formulações sobre o trabalho em equipe, a fim de evidenciar sua importância, e remeter às definições e diretrizes teóricas que atravessam a produção da narrativa daqueles que colaboraram conosco nesta pesquisa.

O trabalho em equipe surge em algumas pesquisas como elemento essencial para o desenvolvimento dos atributos da ESF, ao passo que contribui para que se realizem as devidas rupturas/mudanças no modelo de saúde em direção a uma abordagem integral do cuidado. Em síntese, reconhece-se o trabalho em equipe como uma organização das atividades que acontecem no serviço, mediado por uma prática comunicativa, com estabelecimento de objetivos comuns, e produção de um plano de ações que tenham como centralidade o próprio usuário e a comunidade. A construção coletiva e processual, faz do espaço de trabalho um lugar de encontro e mútua cooperação para uma reelaboração contínua dos diferentes saberes e disciplinas. No trabalho em equipe, quando tomado como interdisciplinar, teria por consequência a continuação de um processo formativo no cotidiano dos serviços, um tipo de organização que privilegia a reflexão coletiva (DE GUIMARÃES BRITO, BRANCO, 2020).

Os autores associam este modo de funcionamento a um trabalho que tem por marca a inclusão do sujeito no planejamento do seu próprio cuidado, tendo em vista o aumento da autonomia e da participação nas mudanças na realidade social e política. Isto fica sugerido pela importância atribuída pelos participantes ao descobrimento do território. No entanto, para isso se faz preciso romper com um trabalho em equipe que se atenha ao pensar, planejar e decidir pelo outro e não com ele. Essa forma de realizar o cuidado aprofunda a fragmentação do trabalho, bem como reduz a possibilidade de participação da população, e acaba por estabelecer dissonâncias com os princípios do SUS (BRANCO e DE BRITO GUIMARÃES, 2020).

Este trabalho em equipe deve estar sob constante reavaliação por seus integrantes, de modo a superar relações de subordinação por meio de uma atividade comunicativa, rompendo com a individualização e valorização exclusiva de profissionais com ensino superior, e sobre o modo como as tarefas são divididas. Esse elemento está presente na reavaliação constante feita sobre cada caso, pensando em novas intervenções e formas de acompanhamento, como citado pela equipe entrevistada.

Os entrevistados fazem também a associação entre o trabalho em equipe com o cuidado longitudinal, concebido em paralelo a responsabilidade pelo cuidado, o que como pode ser visto em:

> *Então assim eu sei que eu sou responsável por dar andamento em determinadas coisas, então, "olha tem aquele paciente que está sendo assistido por mim, então eu não*

tenho que deixar aquela ficha daquele paciente guardada na gaveta, eu tenho que dar um desfecho. Então assim, com relação à parte de atendimento eu sou a responsável de (dar o andamento). Eu sou a responsável por estar cobrando, se não depender de mim, isso vai depender de alguém, então eu tenho que dar o quê? O andamento para aquilo, eu não tenho que abraçar tudo, mas responsabilidade eu tenho (P1)

A Longitudinalidade refere-se a uma relação de longo prazo, na qual se estabelece um vínculo entre o profissional e o usuário, onde ambos se reconhecem, e refletindo uma cooperação mútua. Como narrado acima, o acompanhamento longitudinal está associado a uma responsabilidade da equipe pelo cuidado dos sujeitos e das famílias, fonte de investimento dos trabalhadores, que ao invés de guardar os casos na gaveta, devem interessar-se pelo andamento. A longitudinalidade se soma a outros três atributos da APS, sem os quais se perde seu potencial, quais sejam, a coordenação do cuidado, a integralidade e a função do primeiro contato (STARFIELD, 2002)

A longitudinalidade, enquanto um processo em construção, se realiza no reconhecimento e produção de conhecimento ao longo do tempo. As concepções que se baseiam na doença, assim como vistas no começo dessa análise, são incompatíveis com os princípios da longitudinalidade, já que não produzem a parceria entre os diferentes atores, esta que é indispensável para o cuidado contínuo (STARFIELD, 2002).

Um outro fenômeno presente no discurso desta equipe é aquele que relaciona a expressão *"Então tudo isso é trabalho em equipe, se um ali não funcionar os outros também vão ter aquela dificuldade de dar continuidade aí a esse atendimento"* (P1) - que expressa a interdependência entre os diversos agentes do processo de trabalho. O que acaba por se misturar com outras concepções, nos quais temos a indicação de uma fragmentação/especialização das funções e atributos de cada integrante da EqSF: "*Ó a minha função já há vários anos, né? Eu trabalho na sala de vacina, né?"* (P4); ou então ao tratar da relação com o usuário: *"porque a minha parte é parte pré-natal, então você acaba lembrando da pessoa, tendo uma aproximação maior" (P1).*

Esse tipo de construção narrativa, que define os instrumentos de trabalho e a divisão interna ao processo de trabalho da equipe, parece nos contar sobre sujeitos que executam, em diferentes níveis, funções pré-estabelecidas, agindo de maneira muitas vezes isolada, acessando partes do cuidado, e não como um todo integral.

Esta individualização do trabalho, voltado a um atendimento programado para cada integrante da equipe, na execução de determinados programas, como no caso da Enfermagem, a qual ocupa-se com prioridade da Vacina e do Pré-Natal, não pode ser visto como um processo

“natural”, como simples repartições de tarefas.

Na verdade, não são naturais nem os objetos de trabalho e nem as necessidades da população e da equipe. A determinação histórica deste trabalho evidencia um “modo de produção” próprio desse contexto, no qual trabalhadores apropriam-se diferenciadamente dos momentos do processo de trabalho, como de seus objetos, instrumentos e produtos. Essa desigualdade, expressa na divisão social do trabalho, implica necessariamente numa divisão técnica, vivida no cotidiano das EqSF. Reproduzindo um jogo de forças ideológicas que estabelecem, de forma ilusória, uma relação de valor entre os trabalhos mais intelectualizados, as terapêuticas sofisticadas, diagnósticos e prescrições, e os trabalhos manuais, como a aplicação da vacina e o preenchimento de cadernetas, sendo o primeiro aquele que receberia maior valorização - historicamente efetuado pelo médico da equipe (MENDES-GONÇALVES, 2017a).

Nossa investigação interroga como os distintos trabalhadores ingressam no processo de trabalho, considerando as características expostas acima, a fim de trazer luz para os processos de distribuição desigual dos objetos e meios para transformação da realidade, o que acarretaria não só na reprodução de sujeitos-trabalhadores desiguais, como também na oferta desigual de ações e práticas em saúde, que irão ao encontro com a satisfação desigual das necessidades da população, reproduzindo toda uma estrutura social a partir da assistência à saúde.

Dentre as funções, tanto destacadas pelos participantes quanto pelas pesquisas sobre o tema, está a identificação de problemas e necessidades, que só se faz possível considerando as práticas comunicativas, a relação ativa e participativa de todos os atores envolvidos, bem como a possibilidade de avaliar o próprio trabalho, sendo assim possível produzir um planejamento: “*Tenho que identificar as dificuldades, tanto da equipe, como dos pacientes, como responsável. Então tem que saber o que é que prioriza mais aquela área”(P1).*

No entanto, como analisado até aqui, a realização do modelo de saúde como pretendido pela ESF/AB encontra obstáculos anteriores à pandemia, que remetem desde à coexistência de distintas “noções de saúde”, algumas contrárias aos princípios da Clínica Ampliada, e a um processo de desmonte em que se tem uma APS em vias de tornar-se seletiva. Este cenário é complexificado com a desconfiguração de um de seus mais importantes dispositivos, trata-se aqui da reunião de equipe.

Este trabalho em equipe, como descrito anteriormente, que possui vínculos com o território, que é polo aglutinador de saberes e espaço importante de articulação entre os profissionais para construção de projetos de saúde, sofreu impactos profundos com a chegada

da Pandemia. As reuniões que antes aconteciam com frequência foram interrompidas, novas formas de organizar o serviço emergiram, com o atendimento às pessoas com sintomas respiratórios. De acordo com os participantes as reuniões durante esses mais de 2 anos da Pandemia não foram realizadas com a mesma frequência que se verificava no período anterior, ao passo que foram restringidas, o trabalho interdisciplinar também ficou comprometido: "*Ficou um pouco limitado sobre a questão de ficar nesse caso cada um em separado"* (P2).

A reconfiguração das equipes, por sua vez, intensifica esse obstáculo às reuniões de equipe e inviabiliza o modelo da APS abrangente, pois impõe redução drástica no quadro de trabalhadores e ampliação de responsabilidades.

Nesse cenário, os fluxos de comunicação tornam-se menos institucionalizados e mais individuais, como é no caso das conversas pelo WhatsApp, que ocupavam o pouco espaço-tempo que se tinha para comunicações internas:

> *E a gente trabalha com adversidade, agora a gente está tentando organizar, semana que vem vamos ter uma reunião de equipe, coisa que há muito tempo a gente não tinha. Eu falo com um, aí eu falo com outro, pelo grupo do WhatsApp. Mas era mesmo por causa disso, está muita demanda, os pacientes estão retornando, então a gente está tendo que correr um pouco com essas demandas (...) a reunião, vamos inclusive juntar as duas equipes, para fazer uma só, porque a gente não tem muito tempo para fazer uma hoje e outra amanhã (P3)*

Nesse novo momento da Pandemia, as equipes ensaiam o retorno das reuniões, mas as sequelas deixadas pelo processo anterior, ainda em andamento, produzem mais uma vez a desconfiguração desse espaço, ao passo que a falta de condições razoáveis cria reuniões apressadas, agrupando mais de uma equipe, não com o objetivo de promover sua articulação, mas como um efeito da precarização do trabalho.

Os impactos deste novo momento de precariedade nos encontros são percebidos, dentre suas várias dimensões, no enfraquecimento do Diálogo e da construção coletiva:

> *[Impactou na falta] De diálogo, porque se você não tem o tempo de você parar com a sua equipe e conversar não tem como você descobrir o que está acontecendo, e até mesmo descobrir o indivíduo mesmo, será que todo mundo tá bem mesmo? Na correria do dia a dia você não consegue olhar nos olhos do outro e falar, "oi, tudo bem? ". Então é uma falha, de você conhecer bem a sua equipe, se você não sentar, conversar, saber o que eles têm para trazer para nós darmos uma resolutiva para resolvermos juntos ali. Então isso acaba impactando negativamente, porque se você não tem uma reunião, se você não tem uma discussão, você não sabe a opinião do outro. Então, às vezes você quer resolver, mas será que é a da forma que você está resolvendo será que é a melhor? Então através acho que das reuniões, eu acho que isso dá para ficar um*

pouco bem mais claro assim de saber a opinião de todos (P1)

A partir deste excerto podemos compreender que a ausência/diminuição das reuniões de equipe impactou diretamente na organização do trabalho, na relação entre os profissionais, e por consequência, influiu sobre a atenção ofertada aos usuários. Nesse trecho reafirma-se este dispositivo como aquele capaz de produzir não só o reconhecimento dos saberes que circulam na equipe, mas também de produzir coletivamente práticas e ações de saúde direcionadas à necessidade da população (SANTA CRUZ *et al*., 2008).

Outra consequência possível de ser identificada refere-se aos obstáculos que se erguem diante a função de *"identificar as dificuldades, tanto da equipe, como dos pacientes também, as necessidades"* (P1), prejudicada pela falta do diálogo, citados pelos Participantes como indispensável para "descobrir o que está acontecendo" na realidade do território.

Ainda de acordo com os participantes, o trabalho em equipe, que presume a existência de espaços para o diálogo, e pontes entre a população e a UBS (função do ACS), deve ir em direção ao descobrimento do território, para que assim possa planejar suas ações, com base nas necessidades e demandas que se apresentam na vida cotidiana. Ao passo que tais espaços de discussão e planejamento se esvaziam, são interrompidos por uma determinada forma de organização e enfrentamento a Pandemia, precariza-se inclusive o processo de territorialização das equipes, bem como as demais estratégias para produção do cuidado característico da AB/ESF.

Produzem-se assim incertezas sobre o modo de condução do cuidado, como consta no relato acima, e a atenção integral e longitudinal esbarra em sua impossibilidade de realização. Para isto, seria necessário ampliar os objetos de trabalho, sair do paradigma "doença" e saúde como sua ausência, incorporar não só a enfermidade, como ao sujeito e o contexto (CAMPOS, 2003). Pelo contrário, é possível observar que a Integralidade em seus sentidos (AYRES, 2017), parece estar sob ameaça neste contexto, já que, estaria impedida de ativamente ocupar-se da identificação e acolhimento das necessidades dos usuários, explorando inclusive as mais variadas possibilidades técnicas para produção do cuidado. Fica assim limitada sua ação no eixo das necessidades, que requer certo enriquecimento da leitura das demandas por assistência, mediante uma escuta ativa e respostas qualificadas, não apenas ao que se apresenta na imediaticidade do encontro, mas a todas as dimensões determinantes para a qualidade de vida de uma família ou território.

As consequências deste novo rearranjo imposto pela Pandemia podem ser entendidas como um obstáculo para a constituição da EqSF enquanto uma Equipe de Referência, bem

como para de outras ações que remetem à responsabilização do corpo técnico sobre os usuários adscritos, e no fortalecimento dos vínculos terapêuticos (BRASIL, 2010).

Todos os obstáculos citados na literatura como prejudiciais à efetivação das Equipes de Referência parecem ecoar nos bastidores do discurso dos participantes da pesquisa. Isto inclui a ausência da reunião de equipe, a fragmentação do processo de trabalho, além dos obstáculos de ordem estrutural, política, epistemológica, subjetiva e cultural, e oriundos também do excesso de demanda e da carência de recursos (CAMPOS e DOMINITTI, 2007).

Atentemo-nos agora a examinar a participação do ACS na EqSF, considerando sua importância histórica para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde Família, bem como para o componente de territorialização da Atenção Básica.

A partir desta descrição feita, a figura do ACS incorpora alguns atributos, ora na figura da ponte entre o serviço e o território, como primeiro contato do usuário com a AB, como um agente capaz de identificar demandas e necessidades de saúde, ora como mero "carteiro". Na primeira dessas compreensões, destaca-se o trabalho do ACS como uma extensão dos serviços de saúde, por meio do qual se estabelecem importantes e fortes vínculos, sendo suas ações direcionadas a identificação, planejamento de ações e transformação dos problemas da população. Trabalho esse que se dá pelo cadastramento, mas não se limita a ele, também se realiza na educação em saúde, nas visitas domiciliares, na escuta e no acolhimento, assim como na dimensão clínica, na qual se avalia considerando os aspectos socioeconômicos, a situação de uma determinada família (BRASIL, 2009b). Essa concepção acerca do trabalho do ACS pode ser observada na fala do P2, ao tratar do estabelecimento de relações: *"(...) quando se cria um vínculo importante você se torna uma ponte entre UBS e o paciente"*.

O Agente comunitário de Saúde em seu processo de inserção nas equipes de saúde da família deve ter a possibilidade de elaborar novos conhecimentos e desenvolver novas práticas, de modo a qualificar sua função de mediador entre a equipe e o usuário, fortalecendo inclusive a corresponsabilização pelos processos de cuidado. Esta forma de conceber este vínculo, e esta forma de inserção do ACS, na perspectiva de uma não restrição de suas funções, dizem da promoção de uma atenção integral à população, capaz de produzir melhorias no serviço (DUARTE, 2020, p. 254).

Mas, na outra concepção que este trabalho do ACS pode assumir, numa relação de coexistência, e mesmo de mútua determinação, a figura do ACS também incorpora a função do "carteiro", aquele que é acionado pela equipe, por outros serviços e atores institucionais, e rapidamente saí em busca do usuário para lhe entregar encaminhamentos/agendamento, e que

eventualmente acaba por utilizar de seus próprios meios de transporte para deslocar-se da UBS até as residências, como pode ser visto em:

> *O agente comunitário ele tá na parte cadastral, atualização do SUS, cartão de consulta, então basicamente essa é a nossa função. Quando a equipe de exames de guias não consegue entrar em contato para entrega daquela ou uma consulta, ou uma especialidade que o usuário que está marcado para poder fazer, a gente entra em ação. É meio que um carteiro mesmo, um serviço de correio (P2)*

> *Então eu muitas das vezes uso o meu carro, o meu recurso particular, mas eu me coloco no lugar do paciente, então se eu vejo que tem necessidade eu uso o carro e vou sem pestanejar. Porque é o paciente que está em primeiro lugar, é a nossa função (P2)*

A fim de compreender este fenômeno, lançamos mão de uma hipótese explicativa, a qual tenta compreender o deslocamento feito ao longo da história a respeito das funções e dos papéis desempenhados pelos ACS na ESF/AB. No momento em que vivemos, faz-se inegável o processo de descaracterização desta categoria, o qual tem na PNAB de 2017 uma série de descontinuidades (MELO, 2018).

Essas modificações representam uma ameaça ao processo de territorialização das equipes de saúde, e ao mesmo tempo, fragilizam os meios para identificação das questões vividas pela população. Este fenômeno pode ser observado pela demora no provimento de um plano de atuação abrangente para esses profissionais nos documentos oficiais, e pela dificuldade em acessar os equipamentos de proteção individual e de preparação para sua utilização (CABRAL *et al*, 2020).

O "tornar-se carteiro", um agente de entregas, que faz visitas domiciliares que devem limitar-se ao portão das casas, como orientado pelo Ministério da Saúde como medida de prevenção a disseminação do vírus[11], vem associado a uma redução do papel e das funções dos ACS, as quais seriam indispensáveis para o trato da Pandemia, e ainda mais para caracterização e funcionamento das equipes de saúde da família.

A importância do cadastramento na perspectiva de cuidado a população adscrita é relevante e está estabelecido dentre as atribuições dos ACS (BRASIL, 2017), mas esta prática aparece, nos textos e nas entrevistas, submetida a uma finalidade muito mais ligada ao

[11] Plano de recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19 (2020). Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/recomendacoesacscovid19ver002finalb.pdf.pdf (saude.pr.gov.br)>. Acesso em: 01 dezembro 2021.

cumprimento burocrático de metas do Previne Brasil (2019) e menos como “elo” entre as equipes de saúde da família e a comunidade.

Este processo coexiste contraditoriamente com a acepção do ACS como protagonista do processo de estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários (CABRAL *et al*, 2020). Esta outra forma de apreender o trabalho do ACS pôde ser visto no trecho no qual o P1 nos conta que o *“ACS ele serve como ponte porque ele vai trazer para nós, ele faz a visita e traz para nós a realidade do que está acontecendo com aquela área”*.

Para compreendermos como as práticas e ações descritas acima puderam ou não ocorrer durante a Pandemia é necessário nos atentarmos para um conjunto específico de desafios vivido pela EqSF, relativos à composição da equipe. Durante o período analisado foram observadas importantes reduções no quadro de profissionais, afastados porque possuíam algum tipo de comorbidade, ou por conta da idade, ou por em casa cuidarem de familiares que também são do grupo de risco.

Como relatado pelos participantes da pesquisa, houve momentos da Pandemia que de 16 ACS, para quatro equipes, apenas 5 ou 6 puderam trabalhar efetivamente, este fenômeno também atingiu os profissionais de Enfermagem e da equipe multidisciplinar, limitando inclusive os espaços de apoio e do trabalho interdisciplinar.

Esta redução produziu uma "dispersão" (P3) das equipes, que diante ao cenário que se apresentava precisaram reorganizar seu trabalho, inclusive reunindo sobre a figura de um mesmo profissional a responsabilidade por mais de uma equipe, bem como pela população adscrita a essa, sobrecarregando os poucos trabalhadores disponíveis.

Outro dado levantado nas entrevistas é de que além da sobrecarga de funções e responsabilidades, houve ainda outra importante mudança produzida durante a Pandemia: *“as equipes passaram a trabalhar mais horas, de segunda a sábado”* (P4).

A questão da cobertura se insere aqui como outro componente do dilema vivenciado em relação à composição das equipes e realização do cuidado, que de acordo com o P4 a *“quantidade de profissional não está na altura da quantidade de habitantes que tem na cidade”*.

Ademais, segundo o relato dos profissionais, mesmo com os investimentos do município para ampliar a cobertura da Atenção Básica, descentralizar o cuidado da UBS, facilitando o acesso nas periferias, o quadro permanece insuficiente:

> *A grande dificuldade na nossa área nesse momento são áreas descobertas, porque a área é enorme e a prefeitura ainda ela não contratou os agentes de saúde suficientes para poder cobrir a área (P2)*

A materialidade em que se sustenta tal discurso pode ser verificada nos Indicadores de Cobertura Populacional, por equipes e unidades no exame do Plano Municipal de Saúde do Quadriênio 2018-2021, do município de Franco da Rocha, já apresentado. Essa correlação entre os resultados da pesquisa, documentos oficiais e dados quantitativos, revela que existe uma proposição política de ampliação da cobertura da Atenção Básica, da ESF e de seus ACS, mas que não foram capazes de alcançar as metas estabelecidas para o período. O movimento de desenvolvimento, progressão e retração presentes nos dados apresentados sobre o município não estão descolados, por sua vez, de um contexto político mais amplo, em que as políticas federais deste período foram determinantes do fenômeno que investigamos. Dentre elas, destacamos os impactos produzidos pela Emenda Constitucional nº95/2016, que acabam por produzir condições impeditivas para a contratação de profissionais (MARIANO, 2017).

5.4 VÍNCULO E CORRESPONSABILIZAÇÃO

Nas pesquisas de Saúde Coletiva, o vínculo [12] surge como uma ferramenta, um dispositivo, que seria condição para transformação ou estabelecimento de uma nova conduta, de uma forma outra de produzir cuidado. Apesar disto, ocupa um lugar nebuloso em tais produções, carecendo de contornos teóricos e conceitos mais precisos, bem como as técnicas aplicadas para sua investigação precisam ser melhor adequadas. Em muitas pesquisas a expressão do vínculo surge numa relação de "amálgama semântico" (BARBOSA e BOSI, 2017, p.1006-1016), tal como nesta pesquisa, no qual o terapêutico surge como seu adjetivo enquanto a corresponsabilização lhe faz companhia.

Ambos os conceitos - vínculo e corresponsabilização - são por nós apreendidos a partir das proposições da Política Nacional de Humanização, que estabelece íntima relação com a efetivação dos princípios do SUS. A utilização do termo "Corresponsabilização" é uma provocação desta pesquisa, concebida por nós a partir da injunção de duas contribuições, a

[12] A conceituação de vínculo atribuída por nós é compatível com aquela elaborada por Amorim, Assis e Santos (2014, p.544), na qual "o vínculo possibilita a criação de laços fortes e duradouros que encontram ressonância na população que passa a ser ouvida e a ouvir os dilemas do sistema de saúde. O vínculo, produto de uma equipe responsável, possibilita a produção subjetiva do cuidado e o alastramento de boas práticas em todo o território, visto que a comunidade passa a ser cúmplice de seu cuidado, reconhece a equipe como cuidadora e viabiliza a sustentabilidade de um modelo de atenção que se propõe realizar o cuidado ao logo do tempo e permanentemente".

Responsabilização Micro Sanitária (BRASIL, 2010) e os modos de pensar a Cogestão, presentes em diversos textos de Campos e seus colaboradores (1999, 2003, 2007, 2011). Esta é uma aposta que está inscrita em nossos objetivos, apreender de que como essas leituras podem ou não mediar a oferta dos serviços e ações em saúde na Atenção Básica, por meio de uma organização específica que é a ESF. Os resultados organizados neste tema dizem da relação com os usuários, posta sob avaliação mediante ao contexto da Pandemia:

> *Às vezes me sinto até um pouco da família dos pacientes, porque é legal, eles se identificam tanto, eles criam um vínculo. Esse criar um vínculo com o paciente torna muito importante a tua participação na vida, na mudança e no tratamento daquele paciente, então isso eu acho excelente (P3)*

> *Então tem uns que a gente cria um vínculo muito bom, tem outros que é um pouco mais difícil mesmo, e tem uns que você não consegue ver, é aquele que vem fazer exame de rotina, faz, não deu nada, vai embora, o ano que vem você vai ver ele de novo, entendeu? E tem aqueles que, como eu te falei, são pacientes crônicos, que a gente vai acompanhando, vai orientando, aí é bom porque cria esse vínculo, eu consigo dar uma bronca sem eles ficarem ofendidos e assim a gente vai atendendo (P3)*

No primeiro excerto temos a afirmação do vínculo como indispensável para o processo de cuidado, numa relação que ultrapassa o sentido burocrático que pudesse assumir o convívio entre trabalhadores e população. O vínculo não só influiria na entrada do serviço e no viver dos sujeitos, mas, tendo-se formado, poderá inclusive servir a outras finalidades, tais como à mudança do estado/condição de saúde.

No segundo trecho temos uma descrição interessante sobre 'com quem nos vinculamos'; a avaliação dessas condições é indispensável e representa um avanço na discussão. Ademais, existem aqueles com quem o vínculo é 'muito bom', e que justamente são os que com frequência comparecem na UBS, como crônicos e mulheres grávidas; porém existem aqueles que ficam 'escondidos', 'camuflados' no território, suas potências e problemas estão distantes do olhar e da ação da equipe, pouco se comenta sobre eles, quem são e porque estariam neste lugar.

Existem aqueles que transitam pela UBS, mas o fazem sob a insígnia do consumo, faz o exame, ou pega a receita, ou retira um medicamento, ou passa numa consulta rápida e só volta no ano seguinte. Este tipo de relação pouco produz a construção do vínculo e tampouco o acompanhamento longitudinal, pelo contrário, é episódico, imediato e não integral, tem-se uma queixa e recebe-se uma conduta pré-pronta, retomando o binômio "maior consumo = melhor saúde" (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 367-368).

Ainda sobre quem são estes usuários, temos a identificação de um outro fenômeno: o

aumento da dependência em relação ao SUS, em decorrência da Pandemia, do aumento do desemprego e da perda do acesso aos convênios de saúde - fator esse que amplia a quantidade de famílias sobre responsabilidade da equipe. A P3 indica perceber uma mudança na população que busca os serviços da UBS, sendo estes novos usuários "SUS Dependentes", que chegam ao 'posto', trazem consigo a imagem de que este serviço serviria apenas para a Vacina, em contraposição a um desconhecimento das demais atribuições e tecnologias disponíveis para a AB. Além disso, afirmam: *"eu nunca pensei que no posto de saúde eu ia encontrar um médico bom, que no posto de saúde o médico ia me atender desse jeito"* (P4). Esta construção, nos ajuda a compreender outra forma de "distanciamento" entre a UBS e o território, desta vez, fala-se do vínculo, mas também de quais as significações produzidas e acessadas pela população sobre as funções e atribuições da AB. No campo da aparência, essas significações surgem de forma restrita, como na figura da UBS que serve para vacina, mas que surpreende o usuário quando é bem recebido, bem atendido.

Ao olharmos para as significações sobre vínculo da equipe, compartilhamos com Barbosa e Bosi (2017, p.1014-1015) de algumas inquietações, ao indagarmos se bastaria estar contemplado no discurso para que esteja incorporado no cotidiano da Atenção Básica. Concordamos com os autores citados acima a respeito da necessidade de contextualizar as condições em que tais narrativas são produzidas e a quais fragmentos da realidade elas se referem.

A produção do vínculo, atrelada à responsabilização, ajuda também a compreender a importância do trabalho em equipe, em detrimento de outras práticas que acarretam o assujeitamento dos membros da equipe à figura do médico. O desenvolvimento desta equipe é fundamental para que ações dialógicas existam no momento do encontro entre profissionais e usuários, de modo que os sujeitos desse processo possam incluir-se numa "teia relacional", cuja premissa seja a luta pela vida, na construção de um cuidado às pessoas em sua integralidade (AMORIM, ASSIS e SANTOS, 2014, p.551-553).

Em relação a Corresponsabilização, esta surge em duas perspectivas diferentes, ora descrita em relação ao profissional, por meio de um "um trabalho bem feito" (P4) numa relação de colaboração mútua "me vem na mente que um precisava do outro, o paciente precisa de mim, amanhã eu posso precisar também daquela pessoa" (P4); e ora revela uma ênfase maior na figura do sujeito, em detrimento da participação da equipe; concepções essas que evidenciam um caminho tortuoso entre a responsabilização e a culpabilização:

Então eu sempre falo e deixo claro: 20% é a medicação, a cada três meses a gente está se vendo; 80% é você controlar a boca, mudar o estilo de vida, parar de fumar, parar de beber, ter uma atividade física. Tudo isso aí vai fazer com que o remédio resolva, porque o remédio não faz milagre. Eles acham que porque começou a tomar o remédio da pressão, a pressão nunca mais vai subir, então eu vou comer churrasco todo dia, feijoada todo dia, e aí chega aqui muito mal (P3)

Esta perspectiva explicita uma redução na responsabilidade das equipes, retirando o enfoque da assistência médica e reduzindo a importância das terapêuticas, acaba por responsabilizar o sujeito por seu próprio cuidado, sendo a saúde uma expressão não mais da ação sobre a doença - como visto anteriormente - e sim o resultado da soma de atitudes individuais.

É possível compreendermos ainda que tal postura está descolada dos "determinantes sociais", aproximando-se de uma noção de promoção de saúde que tem no 'estilo de vida' sua ancoragem, a qual produzirá inclusive práticas em saúde voltadas quase que exclusivamente para a informação e orientação, ligadas às condutas e comportamentos individuais. Estas premissas retomam os questionamentos suscitados por Arouca (1975 apud COSTA, MISOCZKY e ABDALA., 2018) sobre o movimento de promoção da saúde, que assim como observado nos resultados desta pesquisa, conservaram em um certo momento a responsabilização do sujeito sobre seu próprio adoecimento. A despeito do esvaziamento do sentido de corresponsabilidade pelo cuidado, apresenta-se atrelado àquilo que outrora já foi lido como a função prioritária da EqSF, o "impedimento da instalação da doença", como pode ser visto no seguinte trecho:

Os que fogem um pouquinho a regra querendo ou não, não é uma deficiência na forma de trabalhar, mas sim da própria ideia da pessoa, são jovens porque nós sabemos que os jovens não têm muito interesse em tá acompanhando a sua saúde, né? Muito embora às vezes a entrada da doença dentro de uma casa ela vem através do jovem, né? (P4)

Aqui podemos observar novamente a "doença" sendo tomada como objeto do trabalho e revelando um novo "inimigo" a ser combatido, os jovens. Entende-se que a doença adentra a casa, o convívio das famílias, por meio do jovem, que passa a constituir um fator de risco, pois este "não tem muito interesse" em cuidar de si. O jovem é descrito como aquele que foge à regra e desagrada à equipe pela baixa adesão. Na relação com esse grupo populacional, a responsabilidade da EqSF é reduzida novamente, pois em sua avaliação, o fenômeno que se apresenta estaria desvinculado de uma possível "deficiência na forma de trabalhar". Esta

compreensão evidencia dilemas estruturais para formação do vínculo terapêutico, assim como para realização de uma Clínica do Sujeito, que distantes da participação social e próximos da culpabilização, inviabilizam a construção de Projeto Terapêutico Singular.

Se parte da equipe concebe desta forma, outra nos leva a pensar sobre uma responsabilidade atribuída com ênfase no trabalhador, que deveria *"ter paixão por aquilo que você faz, então é isso, o amor e a entrega"* (P2), para a partir disto relacionar-se com o sujeito e por esse ser percebido*: "então quem é que não gosta do médico que ama seu trabalho"* (P2). Nesta perspectiva, o distanciamento entre profissional e usuário seria justificado como decorrência de uma inadequação afetiva do trabalhador (BARBOSA e BOSI, 2017, p.1012).

Essa condição pode ser encontrada em trechos nos quais os entrevistados falam sobre o respeito e a responsabilidade e merece nossa atenção, pois poderá vir a produzir um deslocamento do vínculo da dimensão relacional para a uma responsabilidade exclusiva e individual do trabalhador. Desconsidera as condições de trabalho para produção do vínculo, como se a mesma fosse a-histórica: camufla os processos de alienação próprios do processo de trabalho no sistema capitalista, o qual expressa, e aqui digamos isso de modo simplório, um distanciamento do trabalhador de si, do produto de seu trabalho e também dos outros que nesta dinâmica se inserem.

Observemos agora os principais Impactos da Pandemia sobre o vínculo entre profissionais, equipes e usuários. Como sinaliza a P3:

> *Eu perdi um pouco o vínculo com aqueles que ainda estavam começando a engatinhar por causa da pandemia, então eles não vieram mais no posto, nós ficamos só dando suporte para a UPA (P3)*

Essa vinculação que em alguns casos se apresenta de modo ainda embrionário ('engatinhando'), encontra no cenário da Pandemia uma série de empecilhos para sua construção e ampliação, tal como o cancelamento das consultas. Esse fenômeno, já apresentado anteriormente, somado ao cancelamento das cirurgias eletivas, à dificuldade de fazer exames e à demora nos encaminhamentos, produziu um cuidado fragmentado e uma quebra do vínculo de confiança dos usuários para com os profissionais.

Ainda segundo os entrevistados, o cancelamento das consultas representa uma quebra/impedimento que afetou as *"Pessoas que estavam atravessando um momento difícil na sua saúde e que tinham aquela esperança de se resolver, porém veio a pandemia e com a pandemia tudo mudou (P4).*

Essa esperança que não se realiza também se desfaz em paralelo à impossibilidade da

população de participar das decisões e do planejamento das ações: *"só que nenhum dos pacientes eles foram ouvidos. Então não teve o que? Um acompanhamento desse paciente, simplesmente cancelaram…" (P1).*

Aqui vemos um outro ponto de fragilização do vínculo, bem como da corresponsabilidade, que se enfraquecem com a diminuição da participação e controle social, bem como por uma autonomia que parece cada vez mais distante. Como então pensar vínculos terapêuticos nessa situação, na qual: "uns entenderam, outros não entenderam, que, por causa da pandemia, a gente não podia atender, mas vamos tentar correr atrás do prejuízo" (P3), mas que outros viram nesse impedimento a fragilização de sua relação com a AB.

Esta situação não fica ausente de embates no campo do encontro entre profissionais e usuários, como aconteceu no caso da Vacinação, que de acordo com o P4, ao trabalharem com escalas de idade e comorbidades para ordenar a fila para a vacina, *"muitas delas demoraram a entender que não era a nossa vontade, nós tínhamos que acompanhar aquilo que era delegado até a nossa equipe".*

Essa compreensão, daquilo que possivelmente os usuários formularam sobre o fenômeno com o qual se depararam, é reveladora dos dilemas enfrentados pela equipe para manutenção dos vínculos terapêuticos. Tarefa essa que se torna ainda mais difícil diante daquilo que o P4 chamou *"de uma pessoa que está perturbada psicologicamente"*, ao definir tanto ao usuário quanto ao 'funcionário', em relação aos medos presentes durante esse período.

Os impactos desses distanciamentos entre População e AB/ESF, em suas múltiplas facetas, podem ser observados no seguinte relato:

> *Devido a pandemia, eles pararam de procurar também esse tipo de atendimento, então você viu que as pessoas também ficaram com medo, ficaram mais dentro de casa, alguns até pioraram o quadro justamente por ficar dentro de casa, não vir na unidade, muita crise de ansiedade, a gente atendeu também esse lado psiquiátrico (P3)*

No trecho acima, chama atenção a articulação feita pela participante sobre três aspectos da experiência vivida: I.O Medo fez com que a população deixasse de procurar a unidade; II. O isolamento social produziu adoecimento psíquico no formato de "crise de ansiedade"; III. A falta de assistência intensifica o adoecimento. Sobre o Medo, a P1 comenta que ao realizarem Visitas Domiciliares, os usuários: *"eles não aceitaram muitas das vezes, por quê? Medo. Porque não sabe se aquele profissional tinha Covid."* Medo este que produz um distanciamento

entre a equipe e o usuário, entre a UBS e o território, num medo que se encarna na figura do profissional de saúde.

A produção de sofrimento, de adoecimento psíquico, ou como chamado pelas participantes como “lado psiquiátrico”, é reiterado pelo P4, ao informar que:

> *Essa pandemia ela mexeu muito com o psicológico da pessoa, né? Então, principalmente quando naquela época que estava morrendo muitas pessoas, as pessoas procuravam a unidade com aquele medo de enfrentar, né? De enfrentar o leito, de enfrentar uma intubação (P4)*

Esse medo não se limitou aos usuários e suas famílias, habitou também as equipes, que segundo o mesmo participante também tiveram medo de *"contrair o covid, levando pra casa" (P4).*

A produção de um sofrimento, como consequência do contexto atual, e dos efeitos sentidos na relação com o Isolamento Social, nos levam a questionar: quais medidas são necessárias diante de uma Pandemia como esta? Se por um lado, a disseminação do vírus precisa ser interrompida, as práticas de distanciamento mostram-se eficazes, mas também produtoras de adoecimento. Como então controlar a propagação da COVID-19 e, ao mesmo tempo, cuidar dos impactos subjetivos produzidos nessa experiência?

Aqui retomamos mais uma vez a questão da prevenção. Ela se mostrou indispensável, ainda mais quando combinada com a educação em saúde, durante a pandemia. Contudo, mais uma vez demonstrou-se limitada, devido ao pouco diálogo com os problemas vividos pela população, que dizem respeito à dimensão da promoção da saúde, e mesmo da recuperação/reabilitação. Produziram-se assim efeitos danosos para a saúde da população, que progressivamente torna-se mais “SUS Dependente”, e encontra uma série de limitações no acesso aos serviços e às ofertas de cuidado.

A P3 ainda nos conta de um outro dilema vivido pela população: “os problemas com a alimentação”. Segundo a profissional, muitos de seus pacientes possuem algum tipo de benefício social, o qual era utilizado principalmente para compra e consumo de alimentos. Durante a Pandemia, com a mudança dos fluxos da unidade, principalmente com o cancelamento das consultas, esses usuários não conseguiram renovar seus laudos, documentos necessários para retirada dos “benefícios”, e que só poderiam ser concedidos a partir da reavaliação pela EqSF. Este é um problema que atualmente a equipe enfrenta junto aos usuários sobre seu cuidado. Percebem, assim, o prejuízo provocado nas condições de alimentação da população em decorrência da resposta equivocada que foi dada ao dilema de dar ou não

continuidade nos cuidados rotineiros da APS.

Diante ao cenário apresentado nos questionamos quais as condições atuais para produção do vínculo terapêutico e da corresponsabilização na relação que se estabelece entre trabalhador-usuário e, portanto, entre os serviços e os territórios. Neste tema, vimos a corresponsabilidade como um constructo apreendido de forma polissêmica, ora sob a possibilidade da culpabilização, da responsabilidade centrada no trabalhador, ou mesmo a redução da participação da equipe. A cogestão do cuidado e a responsabilidade inequívoca (quem cuida de quem) (BRASIL, 2010, p.23), encontram dificuldades de emergir nesta situação, agravada pelas fragilidades identificadas na efetivação espaços de discussão coletiva, na composição da equipe, nas noções de saúde orientadoras, no acesso e na participação reduzida da população.

Numa AB que se modificou ao ponto da UBS virar uma "UPA", com equipes descaracterizadas, quando acrescido da fragilização do vínculo, ou de uma saúde concebida como consumo, era esperado um processo de trabalho distanciado das perspectivas de cuidado humanizado discutidas até aqui.

5.5 O QUÊ SABEMOS SOBRE O PTS?

Para iniciar esta discussão, apresentamos o PTS como um dispositivo organizador do cuidado, o qual inclui o sujeito e sua família como protagonistas desse processo, a fim de construir uma prática singularizada, que reconheça as particularidades da história de vida desses coletivos, considerando também os recursos do território, deixando-se ser conduzido pela potencialidade do sujeito e das grupalidades.

Nas palavras de Lancetti (2016, p.13): "O PTS é como uma flecha propulsora, mas para ser certeira precisa contar com o conhecimento e a participação dos usuários. Só pode ser construído com eles". O PTS pode ser considerado como uma prática complexa, não podendo ser reduzido a uma agenda, um montante de tarefas e atividades pré-programadas as quais o usuário será submetido.

De acordo com Tykanori (2014, p. 13) esse "seria um plano de ação com propostas para lidar com os problemas de hoje, mas pensando num futuro melhor, adequado a cada pessoa e feito junto com a pessoa". Devemos ainda considerar sua utilização em casos graves, que muitas

vezes permanecem escondidos na comunidade, e que podem ter sido ainda mais invisibilizados durante a Pandemia, em virtude dos distanciamentos impostos pelo contexto.

Tendo feito tais elucidações sobre nossa compreensão do Projeto Terapêutico Singular, vamos agora nos atentar às significações produzidas pela equipe-participante sobre este importante dispositivo. O extenso relato, apresentado a seguir, foi feito pela P3, que assim como os demais trabalhadores, teve durante o momento da entrevista a tarefa de avaliar o caso da Dona Sebastiana, bem como explicitar suas percepções sobre a decisão da equipe (fictícia) em realizar para este caso o desenvolvimento do PTS, incluindo não apenas a usuária em questão, bem como a toda sua família:

> *Eu tenho um caso parecido, de uma paciente acamada, ela tinha que fazer o uso de insulina e ela depende do filho, o filho trabalha de Uber. E o filho, às vezes pode passar, às vezes não pode passar para administrar a insulina nela.* ***Ela não carrega a seringa porque ela está com problema, justamente, de catarata, devido a diabetes, e estava aguardando. É um caso muito parecido. Por causa da pandemia, ela não fez a cirurgia.*** *Conclusão: nós fomos lá, visitamos ela.* ***O que nós fizemos? Combinamos com o filho, entre o filho, a ACS do bairro e mais uma vizinha, que por sorte é auxiliar de enfermagem, para a gente ir e deixar carregada as seringas na geladeira para ela poder se autoaplicar.*** *Então a gente deixou separadinho, de manhã, meio-dia e à noite, para ela não misturar as doses, para ela poder estar se autoadministrando a insulina.* ***Com isso, a gente teve uma boa melhora do caso dela e o médico aprovou a cirurgia de catarata, porque ela estava muito descompensada e ele não autorizava. Autorizou, já operou uma vista e, graças a deus, espero que logo ela opere a outra****. Então, como eu te falei, o PTS, o plano de tratamento, ele deve sim ser analisado, ele deve ser voltado não só para paciente nesse momento, mas como toda a família, todos os envolvidos. Quando se faz uma dieta dentro de uma casa para o paciente, os outros devem colaborar também. Porque às vezes você não pode comer um bolo, você come bolacha de água e sal e o outro está comendo brigadeiro.* ***Então para tudo isso a gente tem que fazer uma reunião de equipe com os funcionários, com o pessoal da equipe, fazer uma reunião, em seguida, com a família e a paciente****, para a gente orientar, conscientizar sobre tudo que deve ser feito com a paciente para a gente melhorar essa paciente, e junto com a gerência tentar agilizar, no caso, a cirurgia da catarata para ela poder ter uma autonomia melhor (P3, grifos nossos)*

Para analisarmos este relato nos deteremos aos movimentos de construção do PTS, que não ocorrem de forma linear, mas sim intercruzam-se, mutuamente se determinam, dependem um do outro para que o projeto aconteça com referência às diretrizes acima destacadas. Como já abordado na introdução desta pesquisa, diferentes materiais descrevem tais movimentos de distintas formas, adquirindo inclusive nomenclaturas discrepantes. Destarte, aqui nos interessa compreender o PTS sob a ótica da I. Coprodução da Problematização, II. Coprodução do Projeto; III. Cogestão-Avaliação (BRASIL, 2010).

A Coprodução da Problematização demanda o abandono da expertise do saber "técnico-científico", e se realiza em espaços múltiplos, para dentro e para fora do serviço de saúde, se fazendo indispensável a aplicação do conceito de longitudinalidade, como trabalhado por Starfield (2002), assim como depende da interlocução com a Gestão, e os espaços de apoio e de articulação intersetorial.

No relato acima, podemos identificar esse movimento acontecendo, ainda que dada as suas limitações, na constatação das necessidades da usuária, que não consegue administrar sua própria medicação para a Diabetes por conta de um problema de vista, e não consegue autorização para cirurgia de catarata por conta de estar “muito descompensada". Esse quadro se agrava com a chegada da Pandemia e a interrupção dos atendimentos, encaminhamentos e cirurgias eletivas.

É possível observar que a descrição feita do caso se reduz às condições da “doença”, ao mesmo tempo que o sentido de Coprodução parece frágil, começa a despontar ao norte com a proposição de reuniões e estabelecimento de contratos.

Já em relação a Coprodução do Projeto, para além do estabelecimento de objetivos, tarefas e metas, parte-se de um conhecimento profundo dos casos e das necessidades de um usuário, de uma determinada população ou território. No relato da participante há um importante indicativo de que o PTS deve envolver não apenas o usuário, mas toda a sua família, que não só precisará aderir ao projeto, como também contribuir para que esse aconteça.

O estabelecimento de contratualidade é sem dúvidas uma marca distintiva do PTS, e podemos observar que além da família, outros atores foram acionados, considerando os limites para contribuição de cada um, sem esquecer das potências que a própria usuária desfruta. Nessa situação, não é só a família que esteve engajada, a equipe de saúde da família movimentou-se em direção a investigação das condições de saúde, proposição de estratégias e articulação com outras fontes de cuidado.

Aqui podemos ver com mais clareza uma Coprodução do Projeto, mas devemos nos atentar para a não linearidade desse movimento, sendo preciso que a participação dos usuários seja constante e não esporádica, que acompanhe o desenvolvimento do projeto, e não seja apenas um espaço de submissão às propostas da equipe.

A Cogestão-Avaliação é um momento que percorre todo o processo, ao passo que são qualificados os espaços coletivos de discussão, planejamento e implementação de estratégias de cuidado. Aqui reside a importância de estimular processos críticos e reflexivos, por meio dos quais o PTS esteja em constante reavaliação, sem abandonar a dimensão vincular que se

estabelece entre equipes e usuários, investindo num vínculo capaz de produzir inclusive autonomia (BRASIL, 2010). Podemos observar a presença desse momento ao longo de todo o relato, ficando ainda mais evidente ao indicarem que para a realização do PTS se faz indispensável espaços como o da reunião de equipe. Este que assim como visto anteriormente, sofreu importantes impactos pela Pandemia, deixando de ocorrer, ou aglutinando inúmeras demandas, ou dando-se de forma apressada, emergencial.

Esse fenômeno, quando somado a outros fatores, como a fragmentação do processo de trabalho, a falta de profissionais e os problemas de cobertura, a deformação das funções do ACS, a neo seletividade da APS, a responsabilização e culpabilização dos sujeitos, entre outros, representa uma "desconfiguração/descaracterização" da Estratégia de Saúde da Família. Como então preservar a existências desses três movimentos em um contexto como este? O PTS que se produz nesse cenário é fruto de uma Cogestão, ou retoma formas de funcionamento anteriores, semelhante àquela das práticas programáticas?

Ainda assim, desejamos ressaltar a importância desse dispositivo para o cuidado da população. Como pôde ser visto, a articulação das estratégias, a aproximação do território, o planejamento com objetivos e metas, produziu uma melhora no caso da usuária, que ainda precisa passar por novas cirurgias, mas agora tem uma rede de cuidado estabelecida, e sua autonomia estimulada - autonomia essa que caracteriza esse dispositivo, pois está entre suas finalidades.

No entanto, como já foi dito, este não é um exemplo que representa toda a complexidade e nem as disparidades encarnadas pela equipe pois, em outros momentos, os participantes contam sobre experiências "mal sucedidas", nas quais não foi possível desenvolver junto às famílias um PTS. Em alguns relatos o PTS surge ainda como um dispositivo desconhecido, enquanto para outros este só foi introduzido na relação com processos de pesquisa anteriores, também gestados na parceria com o Instituto de Saúde.

Os entraves nesta relação referem-se, por sua vez, às distintas compreensões sobre o processo saúde-doença gestadas entre trabalhadores e usuários (famílias), bem como à interrogação da validade e eficácia de determinadas práticas terapêuticas. Estas, que inicialmente apresentam-se como dificuldades na relação interpessoal, e acabam por evidenciar os dilemas vividos na díade poder x saber, como discutida anteriormente (vide tema 1). Para a qual se faz necessário o desenvolvimento de uma nova Clínica, na qual as equipes de saúde possam colocar em análise o limite de seus conhecimentos, e estabeleçam o diálogo entre equipe e para com a população.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa se insere num conjunto de produções que tem por finalidade prestar assessoria ao Município de Franco da Rocha, de modo a corroborar com o desenvolvimento de suas políticas públicas com ênfase na saúde. Do mesmo modo, atentou-se para a manutenção do compromisso com uma análise que considerasse aspectos históricos, tais como os vividos na atualidade, no qual este e outros territórios sofrem os impactos da Pandemia pelo COVID-19. Além de considerar aspectos anteriores a este momento, que dizem do processo de consolidação da Atenção Básica e do próprio SUS.

Ao buscar analisar o processo de trabalho da Atenção Básica de Franco da Rocha, de modo a reconhecer o modelo de atenção à saúde prevalecente, foi possível identificamos no discurso dos participantes, bem como nas políticas e documentos oficiais, uma suposta preponderância da Estratégia de Saúde da Família, em relação a outras formas de organização.

Apesar disto, também identificamos movimentos de descontinuidade, regressão, e períodos de aumento e queda no investimento sobre essa forma de organização, acentuados no período da Pandemia com as mudanças na forma de organização dos serviços.

Para alcançarmos o objetivo posto, nos interessamos em compreender também os conceitos e diretrizes que orientam a prática dos trabalhadores das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Deste modo, identificamos um conjunto de elementos que atesta de forma contrária a ampliação da ESF, como é o caso das "noções de saúde", cujo principal, por vezes único, objeto de trabalho prossegue sendo a "doença", produzindo afastamento de uma atenção à saúde integral.

Além destes, a finalidade e os projetos que guiam a ação dos trabalhadores, demonstraram-se limitados à prevenção da instalação das doenças. O processo de apreensão das necessidades da população, promovido por trabalhadores organizados numa dada lógica, também passa a sofrer as consequências de uma APS que se torna cada vez mais seletiva. Essa identificação das necessidades também está fragilizada, pela fragmentação do processo de trabalho, no qual os profissionais passaram a atuar cada vez mais de forma individualizada. Ao passo que os espaços coletivos de discussão, planejamento e fortalecimento da interdisciplinaridade, foram interrompidos, cancelados, obstruídos, por um redirecionamento das prioridades, e, muitas

vezes, pela falta de profissionais nos serviços, ou mesmo pelo aumento da carga de trabalho.

Deparamo-nos com uma 'descaracterização" da ESF, como um processo em andamento, no qual a UBS acaba por tornar-se uma Unidade de Pronto Atendimento, recebendo as queixas e prescrevendo condutas. Ao que parece, com isto, a longitudinalidade também foi perdendo espaço, com o cuidado cada vez mais fragmentado e focalizado, com a “mão quebrada”, sem possibilidades de dar sequência a investigação de uma suspeita clínica, ou de realizar movimentos de referência-contrarreferência para com outros níveis de atenção.

Mesmo o atendimento ao público prioritário, (gestantes, crianças menores de dois anos e pacientes com doenças crônicas) aconteceu de forma incipiente, já que, não basta a oferta de uma soma de consumos de serviços e instrumentos, por meio de pacotes restritos. A população acometida por doenças crônicas também viu-se adoecer por efeito de uma atenção pouco resolutiva. A AB que supostamente deveria constituir-se como a “coluna da casa”, parece ter cada vez menos condições de sustentar esse atributo, pois suas portas encontram-se menos abertas e sua relação com a rede congestionada.

No que concerne à experiência dos trabalhadores, ainda pudemos constatar um processo de deturpação das funções dos ACS, o que sugere, entre outras coisas, uma redução na capacidade de territorialização dos serviços.

Outros resultados puderam ainda ser interpretados a partir do objetivo específico que tomou como parte do objeto de análise a relação entre as equipes de referências e a população adscrita, a partir das noções de Corresponsabilização e Vínculo Terapêutico. Apesar de ambos os conceitos surgirem no discurso da equipe, encontram-se limitações para sua conformação como parte do modelo de atenção à saúde desenvolvido. A corresponsabilização parece estar presente no discurso e ausente nas práticas, enquanto haja vista que o vínculo sofre os impactos de constantes interrupções e rearranjos institucionais, bem como a predominância de noções de saúde que ao invés de tomarem o sujeito em sua complexidade, reproduzem práticas de saúde pouco ou quase nada integrais.

Diante ao complexo cenário exposto pela Pandemia, faz-se preciso avançarmos em direção à redução da disseminação do vírus, o acompanhamento dos casos e o apoio à comunidade, sendo essas práticas realizáveis no trabalho comunitário, as quais deverão também garantir o acesso da população aos serviços e ao cuidado ofertado. Mas é preciso ir além, promovendo a atenção a outros efeitos e impactos da Pandemia, incluindo aqueles produzidos na dimensão econômica e social, e outros, como os processos de adoecimento decorrentes de

um período marcado por medidas de isolamento e distanciamento social, e por tantos lutos vividos.

Esse trabalho só poderá se realizar com o fortalecimento dos princípios do SUS na AB, além de se preservar as diretrizes da ESF como forma de organização do trabalho; investir na qualificação dos profissionais, garantindo que as equipes de saúde tenham as condições necessárias para que o trabalho ocorra, o que pressupõe a composição multiprofissional, os percentuais de cobertura e os espaços coletivos de discussão.

A consolidação de uma atenção preventiva é uma estratégia a ser requalificada no SUS, pois esta, como em outros países, poderá servir de grande apoio ao demonstrar seu potencial de enfrentamento à Pandemia (CABRAL, *et al.* 2020). deve ser pensada e executada em consonância com práticas de promoção de saúde, redução de dados, reabilitação e garantia dos direitos sociais. Na APS, poderia ocorrer de forma combinada com estratégias no território, integrando a vigilância e educação em saúde, de modo a garantir o monitoramento e acompanhamento dos casos, sem desconsiderar outros eixos citados por Medina *et al.* (2020), como o da continuidade das ações cotidianas da APS.

Com este trabalho concluímos que a consolidação da ESF permanece um campo em disputa, sendo necessária a continuação de políticas municipais, estaduais e nacionais para sua ampliação, mas não o sendo suficiente, se faz preciso fortalecer os princípios e diretrizes que orientam esse modo de organização da Atenção Básica. Caso não o façamos corremos o risco de intensificar a situação de coexistência com outras práticas e ações em saúde que retomam os modelos médicos hegemônicos. Essa coexistência, defendida como possível nas novas conformações da PNAB (2017), nesta pesquisa, parece ter servido na verdade à desconfiguração das equipes e descaracterização da ESF. Sendo assim, precisamos combater este processo e investir em nosso compromisso com um APS abrangente e com práticas humanizadoras.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. C. C. L. Á.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 539-554, 2014.

AYRES, R. J. Integralidade e atenção primária em saúde: relação estratégica para a consolidação do sistema único de Saúde. In: COIMBRA, L. C. *et al* (org.). **Atenção integral em saúde da família**. Natal, EDUFRN, 2017.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997, p. 36.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2 ed. – Brasília, 2007, p.60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 4. ed. Brasília, 2008, p.72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2009a, p.64.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2009b, p.84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica. Cadernos HumanizaSUS, v. 2 - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2010, p.256.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E. Legislação em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013, p.28.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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). Brasília: **Diário Oficial da União**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19**. Versão 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Resolução no 1, de 15 de outubro de 2021. Dispõe sobre o Estatuto da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde - ADAPS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 dez. 2021.

CABRAL, S. A. A. O. *et al*. Precisamos Vencer o Covid-19:Refletindo o Papel da Atenção Básica e Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Jaboatão dos Guararapes (PE), vol. 14, n. 51, p. 40-50, 2020.

CAMPOS, Gastão W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. **Saúde Paidéia**, v. 3, p. 51-67. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, p. 393-403, 1999.

.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. [Internet], p. 97, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf>. Acesso em: 20 dezembro 2021.

COSTA, R. P.; MISOCZKY, M. C.; ABDALA, P. R. Z. Do dilema preventivista ao dilema promocionista: retomando a contribuição de Sérgio Arouca. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 990-1001, 2018.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DA ROSA, L. S.; MACKEDANZ, L. F. A Análise Temática Como Metodologia Na Pesquisa Qualitativa Em Educação Em Ciências. **Atos de Pesquisa em Educação**, v. 16, p. 8574, 2021.

DUARTE, R. B. *et al*. Agentes Comunitários de Saúde Frente à COVID-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem. **Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem**, Brasília, DF, vol. 11, n. 1, 2020.

FIGUEIREDO, E. N. *et al*. **A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde** (UNA-SUS), São Paulo: UNIFESP, 2012. Disponível em: <

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. Acesso em: 16 dezembro 2021.

FRANCO DA ROCHA. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal De Saúde Do Quadriênio 2018-2021**. Franco da Rocha, 2018, p.71.

FUNDAÇÃO SEADE. **Seade Municípios**. 2021. Disponível em:< https://municipios.seade.gov.br/> Acesso em: 10 janeiro 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 21-23, 2008. Disponível em: < https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42962> Acesso em: 15 novembro 2021.

GIOVANELLA, L. *et al*. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, 2019.

LANCETTI, A. Módulo 3 - O projeto terapêutico singular e o trabalho de matriciamento. In: **Curso de Especialização em Saúde Mental**. São Paulo, UNIFESP. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3243> Acesso em: 21 maio 2021.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de investigações constitucionais**, Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MEDINA, M. G. *et al*. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020. Disponível em < https://www.scielo.br/j/csp/a/rYKzdVs9CwSSHNrPTcBb7Yy/?format=pdf > Acesso em 02 novembro 2021.

MELO, E. A. *et al*. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde em Debate**, v. 42, p. 38-51, 2018.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Prática de Saúde: processo de trabalho e necessidades. In: AYRES, R. C. M.; SANTOS, L. **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017a, p. 298-374.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de Saúde e tecnologia: contribuição para a reflexão teórica. In: AYRES, R. de C. M.; SANTOS, L. **Saúde, sociedade e história**. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017b, p. 192-250.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

OLIVEIRA, O. V. M. **Política Nacional de Humanização: o que é como implementar: uma síntese das diretrizes e dispositivos da PNH em perguntas e respostas**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In. GIOVANELLA, L. *et al*.(org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2 ed., 2012. p.459-491.

SANTA CRUZ, M. L. *et al*. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no Programa de Saúde da Família (PSF). **Psicologia Revista**, v. 17, n. 1/2, p. 161-183, 2008.

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

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, 2019.

TYKANORI, R. K. Unidade 1 - Projeto Terapêutico Singular. In: BÜCHELE, F.; DIMENSTEIN, M. D. B. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Recursos e estratégias do cuidado. Florianópolis, Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

APÊNDICE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO ENTREVISTA

ENTREVISTA - TRABALHADORES E GESTORES MUNICIPAIS

Prezado (a),

O (A) Sr (a). está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: "Planejamento de ações estratégicas de saúde baseadas em evidências científicas no município de Franco da Rocha" que tem por objetivo apoiar o planejamento de estratégias de saúde, no município de Franco da Rocha, durante e após a pandemia de COVID-19.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais e gestores da saúde, da assistência social e da educação do município de Franco da Rocha que concordarem em responder algumas perguntas. A entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos, será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva e/ou pesquisadores(as) do Instituto de Saúde. Essa entrevista será gravada e posteriormente transcrita para análise.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu trabalho.

O (A) Sr (a). tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O (A) Sr (a). não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa os resultados serão divulgados para os participantes e para as instituições onde os dados foram coletados.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa o (a) Sr (a). poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Fabiana Lucena, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8510) das 8 às 17h ou pelo e-mail fabiana.lucena@isaude.sp.gov.br.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde (CEPIS), que é um comitê que visa garantir os direitos, a dignidade, a segurança e a proteção dos participantes de pesquisas. O CEPIS analisou e está acompanhando o desenvolvimento do projeto e pode ser consultado em caso de dúvidas ou perguntas em relação às questões éticas da pesquisa, pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br, ou pelo telefone (11) 3116-8606 ou pelo endereço Rua Santo Antônio, 590, 1º andar, Bela Vista, São Paulo, das 09:00 às 16:00h.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Em virtude dessa entrevista estar sendo realizada de forma remota, por meio on-line, a autorização será gravada e (a) senhor (a) receberá uma via do termo por e-mail assinada pela responsável pela pesquisa.

Você declara que obteve de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante desta entrevista para a participação neste estudo?

_____	_____	___/___/___
Nome do responsável pela entrevista	Assinatura do responsável pela entrevista	