

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE

BRUNO TARPANI

PERCEPÇÕES DE GESTORES DE SAÚDE SOBRE O
TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA
PANDEMIA DE COVID-19

SÃO PAULO

2021

BRUNO TARPANI

**PERCEPÇÕES DE GESTORES DE SAÚDE SOBRE O
TRABALHO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA
PANDEMIA DE COVID-19**

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

Orientadoras: Fabiana Santos Lucena

Lígia Schiavon Duarte

Mônica Martins de Oliveira Viana

SÃO PAULO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Tarpani, Bruno
Percepções de gestores de saúde sobre o trabalho de agentes
comunitários de saúde na pandemia de covid-19 – São Paulo, 2021.
78 f.

Orientador (a): Profa. Fabiana Santos Lucena
Profa. Ligia Schiavon Duarte
Profa. Mônia Martins de Oliveira Viana

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

1. Agentes comunitários de saúde 2. Covid-19 3. Gestão em saúde 4.
Percepção. 5. I. Lucena, Fabiana Santos. II. Duarte, Ligia Schiavon. III. Viana,
Mônia Martins de Oliveira.

CDD: 613

Dedico este trabalho

A Giuliana Tarpani, minha irmã, que em breve será uma grande profissional de saúde.

A Naura, minha agente comunitária de referência, pelo seu cuidado e acolhimento sempre presentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais por sempre terem investido em minha educação e por terem me concedido a oportunidade de estudar e trabalhar com o que me traz prazer e realização.

Agradeço aos meus professores de ensino médio Fernanda Telles e Arnaldo, pessoas sem as quais eu não seria quem sou. Nunca me esquecerei das conversas profundas ao final das aulas que me ensinaram a ter prazer pelo estudo - que até então não era meu forte - e pelo Mistério persistente das coisas. Também agradeço a tantos outros professores que acreditaram em mim e me impulsionaram a traçar o caminho acadêmico e profissional que hoje trilho.

Agradeço aos amigos que me foram fundamentais neste período de isolamento e pandemia. Sem vocês essa travessia seria muito mais dolorosa.

Agradeço à Marina Jerusalinsky por seu apoio, paciência e amor neste difícil ano que todos nós atravessamos. Além de seu afeto, sua escuta atenta e sua inteligente interlocução sempre foram inspiradoras para o meu pensamento. Que o tempo seja sempre nosso amigo.

Agradeço às minhas orientadoras Lígia, Mônica e Fabiana, por suas orientações solícitas, presentes e atentas. Levo desta experiência uma maior bagagem acadêmica, que sem dúvida me será valiosa. Sobretudo agradeço pela liberdade de escrita que me concederam, exercício sempre por conta e risco que é o pensamento escrito.

Agradeço aos profissionais que se disponibilizaram a participar desta pesquisa e que constroem o SUS que, mais do que nunca, demonstra ser a maior conquista social de nosso país.

Agradeço ao meu cãozinho Whisky, que me ensinou a amar melhor.

Passa-se a vida esperando que disso resulte uma vida.

“Fim de Partida - Samuel Beckett”

Tarpani, Bruno. **Percepções de gestores de saúde sobre o trabalho de agentes comunitários de saúde na pandemia de COVID-19** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2021.

RESUMO

Esta pesquisa procura investigar as percepções de gestores de saúde sobre o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no combate à pandemia de COVID-19. Para isso, foram entrevistados gestores e gerentes de unidades básicas de saúde (UBS) do município de Franco da Rocha (SP) a fim de observarmos de que forma o trabalho dos ACS foi organizado e concebido por esses profissionais no início e durante a pandemia. Trata-se de um estudo de caso de abordagem qualitativa, tendo como instrumento metodológico entrevistas semi-estruturadas destinadas a gestores e gerentes de unidades básicas de saúde, sendo a análise dos resultados norteada pela Análise de Conteúdo. Os resultados apontam para percepções contraditórias acerca do trabalho do ACS no contexto da pandemia de COVID-19, concebendo-o como profissional fundamental neste período, ao mesmo tempo que seu potencial é reconhecido como subutilizado. Percepções sobre as distinções entre saber técnico e popular, os antigos e atuais desafios da Atenção Básica no município e observações sobre a organização do trabalho dos ACS também são pontos abordados pelos participantes e objetos de reflexão desta pesquisa.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde, COVID-19, Gestão em saúde, Gestor de saúde, Percepção.

Tarpani, Bruno. **Perceptions of health managers about the work of community health agents in the COVID-19 pandemic** [monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2021.

ABSTRACT

This research seeks to investigate the perceptions of health managers about the work of Community Health Agents (CHA) in combating the COVID-19 pandemic. For this, managers and managers of basic health units (UBS) in the municipality of Franco da Rocha (SP) were interviewed in order to observe how the work of the CHA was organized and designed by these professionals at the beginning and during the pandemic. This is a case study with a qualitative approach, using semi-structured interviews aimed at managers and managers of basic health units as a methodological instrument, with the analysis of results guided by Content Analysis. The results point to contradictory perceptions about the work of the CHA in the context of the pandemic of COVID-19, conceiving him as a fundamental professional in this period, while recognizing his potential as underutilized. Perceptions about the distinctions between technical and popular knowledge, the old and current challenges of Primary Care in the municipality and observations on the organization of the work of the CHA are also points addressed by the participants and objects of reflection in this research.

Keywords: Community Health Workers, COVID-19, Health Management, Health Manager, Perception.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção básica
ACS	Agente comunitário de saúde
APS	Atenção primária em saúde
CONASS	Conselho nacional de secretários de saúde
CONASEMS	Conselho nacional de secretarias municipais de saúde
EPI	Equipamento de proteção individual
eSF	Equipe saúde da família
PNAB	Plano nacional de atenção básica
Pnacs	Plano nacional de agentes comunitários de saúde
OMS	Organização mundial da saúde
UBS	Unidade básica de saúde
SUS	Sistema único de saúde
RAS	Redes de atenção à saúde
VD	Visita domiciliar

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Atenção Primária em Saúde: história e princípios	11
1.2	Agentes Comunitários de Saúde: potenciais e desafios	13
1.3	COVID-19 e o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde	17
1.4	Gestão em Saúde: reflexões teóricas e seu papel na organização do trabalho em saúde	20
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivos específicos	25
3	JUSTIFICATIVA	26
4	METODOLOGIA	27
5	ANÁLISE DOS DADOS	30
5.1	A atenção básica em Franco da Rocha antes da pandemia	30
5.2	O Agente Comunitário como "elo"	32
5.3	Medo: afeto viral	36
5.4	A organização do trabalho	40
5.4.1	Ações no território e na UBS	40
5.4.2	Reuniões de equipe	44
5.4.3	Tecnologias na organização do trabalho	48
5.4.4	Preparação dos agentes comunitários de saúde na pandemia	51
6	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
7	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	69
	ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa procura investigar as percepções de gestores de saúde sobre o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no combate à pandemia de COVID-19. Para isso, foram entrevistados gestores e gerentes de unidades básicas de saúde (UBS) do município de Franco da Rocha (SP) a fim de observarmos de que forma o trabalho dos ACS foi organizado e concebido por esses profissionais no início e durante a pandemia. A título de introdução, apresentaremos um breve panorama sobre os profissionais aqui investigados, oferecendo observações preliminares sobre suas atuações no enfrentamento ao novo coronavírus. Abordaremos, primeiramente, o campo onde por excelência dão-se as ações investigadas nesta pesquisa: a Atenção Primária em Saúde (APS).

1.1 Atenção Primária em Saúde: história e princípios

As primeiras experiências sobre o que viria a ser denominada por Atenção Primária à Saúde remontam ao ano de 1920, a partir da publicação do Relatório Dawson pelo governo britânico (FAUSTO, MATTA apud FONSECA, MENDONÇA, MOROSINI, 2013), no qual encontramos recomendações para a organização das ações em saúde de maneira distrital e hierarquizada, tendo os *general practitioner* como equipamentos de saúde de referência. Também no Brasil podemos identificar experiências que posteriormente embasaram a organização da APS, como a reforma da saúde de 1925, realizada em São Paulo, que apresentou o modelo dos centros de saúde. Através deles eram estruturadas práticas de prevenção e localização de focos disseminadores de doenças, além de promulgar as incipientes práticas de educação em saúde, capacitando a população a exercer práticas de cuidado adequadas ao seu contexto - o que, à época, apresentou-se como alternativa ao modelo por vezes violento das polícias sanitárias (FONSECA, MENDONÇA, MOROSINI, 2013). Apesar desses centros serem responsáveis por ações que tinham como foco a prevenção de variados determinantes de saúde, todo o modelo ainda era centrado numa visão biomédica, focada na prevenção de doenças infecciosas e seus vetores - problema ainda comum em um Brasil que possui problemas crônicos com sua urbanização precária.

Posteriormente, na Conferência de Alma-ata, em 1978, a APS foi concebida de maneira internacional e abrangente como modelo de organização dos sistemas de saúde. Nela instituíram-se as diretrizes de organização para a atenção primária, estruturando-a numa lógica de prevenção, promoção e integralidade em saúde - o que demandaria esforços para descentralizar a atenção em saúde de um modelo médico e hospitalocêntrico para um voltado aos determinantes sociais incidentes nos processos de saúde-doença (GIOVANELLA et al., 2019). Logo, dentre as atenções que compõem nosso sistema de saúde, a APS caracteriza-se como a que está mais próxima ao dinâmico cotidiano dos territórios, buscando articular intervenções capilarizadas às suas demandas e necessidades, além de construir, em relação com a comunidade, ferramentas de prevenção e cuidado (AZEVEDO et al., 2020) - operando com a promoção da saúde e a redução de fatores de vulnerabilidade (FRACOLLI, GOMES, GRYSCHER, 2014). Mais recentemente, ainda no contexto internacional, temos a publicação da "Renovação da atenção primária em saúde nas Américas" (OPAS, 2005) e, em 2008, de "La atención primaria de salud: más necesaria que nunca", pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Ambos os documentos destacam a APS como modelo de organização para os sistemas de saúde (FONSECA, MENDONÇA, MOROSINI, 2013).

No Brasil, a legislação mais recente que descreve as atribuições da APS - abordada no documento como Atenção Básica (AB), termo que assumimos daqui em diante - é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017). Encontramos no segundo artigo do documento a definição das atribuições ligadas à AB, sendo elas:

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).

Ainda no mesmo documento, encontramos as diretrizes e princípios que organizam as ações da AB, sendo elas condicionadas pelos princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalidade, integralidade e equidade -, além de outras diretrizes mais específicas ao seu nível de atenção, como as de Hierarquização e Regionalização, Territorialização, Cuidado Centrado na Pessoa, dentre outras (BRASIL, 2017). As diretrizes aqui mencionadas são um exemplo das atribuições mais específicas da AB dentro do SUS, reiterando sua comum denominação como "porta de entrada" no sistema de saúde, justamente por ser o ponto de contato mais próximo com

as necessidades do território adscrito às suas ações, permitindo que esta organize as linhas de cuidado e a comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) - um objetivo ainda em plena construção e repleto de obstáculos, como observaremos nos relatos dos participantes desta pesquisa. Cabe à AB, portanto, acionar diferentes equipamentos de saúde a partir das necessidades do usuário, garantindo assim que ela seja seu constante ponto de referência e cuidado continuado. Para garantir essa atenção longitudinal às famílias e seus membros, a AB preza pela formação de vínculos de confiança e responsabilização com a comunidade adscrita ao seu cuidado.

A Atenção Básica brasileira tem na Saúde da Família sua principal estratégia de organização, expansão, qualificação e consolidação das ações em saúde (BRASIL, 2017). Sua referência física são as unidades básicas de saúde (UBS), e a organização de suas ações visa uma escala comunitária, tendo o domicílio como espaço privilegiado de muitas de suas intervenções, além de práticas intersetoriais em diálogo com serviços de saúde, assistenciais, dentre outros (NUNES et al., 2002). A estratégia estrutura-se a partir da equipe de saúde da família (eSF), composta obrigatoriamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS). Diferentemente dos outros profissionais que compõem a eSF, o único deles que pertence unicamente a este campo de ações em saúde é o ACS, ator que abordaremos a seguir.

1.2 Agentes Comunitários de Saúde: potenciais e desafios

Se a AB frequentemente é concebida como a "porta de entrada" para o sistema de saúde, ela assim o é justamente por configurar-se como o ponto de contato entre as demandas de uma comunidade e os equipamentos de saúde que podem oferecer uma primeira resposta a elas: é nesse ponto que se posiciona o agente comunitário de saúde. A legitimação desses profissionais ocorreu através da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 (FRACOLLI, GOMES, GRYSCHKEK, 2014) e suas competências são: 1) Integração da equipe com a população local; 2) Planejamento e Avaliação; 3) Promoção da Saúde; 4) Prevenção e Monitoramento de risco ambiental e sanitário e 5) Prevenção e Monitoramento a grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2004).

A origem dos agentes comunitários, além de ligar-se à figura do *community health worker*, remete-nos a outras práticas de saúde já realizadas no Brasil no início do século XX. Donnangelo

e Pereira (apud FONSECA, MENDONÇA, MOROSINI, 2013) mencionam que a educação em saúde, as visitas domiciliares e o cuidado especialmente direcionado às populações mais vulneráveis já estavam presentes nas reformas de saúde citadas - experiências que ecoarão futuramente na Estratégia Saúde da Família, com atualizações no que concerne principalmente ao descentramento da até então hegemônica perspectiva biomédica do cuidado. Abriram-se, então, formações que capacitaram educadores de saúde a realizarem práticas de orientação aos cuidados de si, principalmente através de visitas domiciliares: seriam as primeiras experiências que fundamentariam anos depois a criação dos agentes comunitários de saúde.

Essa função de educação empreendida pelos ACS detém ao seu favor o fato de este profissional ser residente no mesmo território no qual efetua suas ações. O estabelecimento dessa condição aos ACS tem por objetivo auxiliar a efetivação das ações de educação em saúde no território, já que entre esses profissionais e os usuários adstritos haveria o mesmo continente linguístico, contribuindo para a identificação entre ambos e favorecendo ao ACS a capacidade de perceber com mais acurácia as fragilidades de saúde de seu próprio contexto (NUNES et al., 2002). Por seu caráter eminentemente educativo, as funções vinculadas historicamente aos ACS são modeladas por mudanças profundas ocorridas nas concepções de educação que embasam sua prática. Se antes suas intervenções eram destinadas proeminentemente a alguns grupos (como no caso dos cuidados à maternidade e infância), detendo um caráter de viés higienista, com os anos a influência da educação popular e a organização das práticas educativas numa perspectiva voltada aos determinantes sociais da saúde tornaram-se os princípios norteadores do trabalho dos ACS. Entretanto, se as práticas educativas são as principais atividades ligadas ao ACS, isso parece ser insuficiente para criar um consenso acerca de sua identidade profissional (FONSECA, MENDONÇA, MOROSINI, 2013). Sendo um trabalhador atravessado inexoravelmente pelas concepções oriundas de políticas públicas, modelos de gestão e perspectivas educacionais e de saúde, o ACS historicamente configura-se como um profissional tão estratégico quanto complexo e contraditório. Essas mesmas complexidade e contradições atrelam-se às variadas concepções de AB, o que, ao contrário de denunciar uma suposta fragilidade conceitual em seus princípios, aponta justamente para o fato de ambos refletirem um intenso campo de disputas políticas, econômicas e sociais (FONSECA, MENDONÇA, MOROSINI, 2013). Os mesmos atores que representam essas diferentes forças que incidem sobre as concepções de saúde e educação vigentes, assim o farão a partir de seus próprios campos de interesse, tornando não apenas a concepção de trabalho do ACS

um campo sempre a ser revisitado, como também a própria gestão e operacionalização de suas funções (CORBO, GUIMARÃES, MOROSINI, 2007).

No que concerne a essa instabilidade conceitual e organizacional, soma-se o fato de não haver para o ACS a obrigatoriedade de uma formação técnica ou acadêmica para o exercício de suas funções, o que, a princípio, seria apenas o reflexo de este representar os grupos comunitários do qual faz parte, frequentemente composto por segmentos sociais com pouco lastro educacional. No entanto, essa posição privilegiada de identificação com a população adstrita não deveria apresentar-se como condição para a ausência de uma formação técnica e conceitual mais qualificada, o que corrobora apenas para uma distinção valorativa entre os ACS e outros profissionais de saúde com formação acadêmica e técnica (CORBO, GUIMARÃES, MOROSINI, 2007). Essa formação insuficiente oferecida aos ACS - que muitas vezes se resume a uma contextualização técnica oferecida pela própria UBS, além de atividades pontuais de educação permanente - promove, por vezes, a antiga dicotomia entre "trabalho intelectual" e "trabalho manual", emprestando ao primeiro mais valor e reconhecimento social (FONSECA, MENDONÇA, MOROSINI, 2013). O ACS, assim, encontra-se por vezes de forma simultânea em campos de valorização e desvalorização, tanto devido à sua inserção e habilidades de vinculação ímpar para com a comunidade, quanto pelos seus frequentes desvios de função e não qualificação de suas ações. Essa mesma proximidade com a comunidade resulta também em um referenciamento mais constante desta para com o ACS, fazendo-o sobrecarregar-se muitas vezes por assumir a posição de primeiro contato entre as demandas do território e a equipe de saúde (AGOSTINI, AZIZE, MAIA, 2020).

Parte dessa indefinição que se faz presente na identidade e atribuições dos ACS é ilustrada - e às vezes causada - pelo próprio percurso legislativo que possui a figura desse profissional. Em 1991, a partir de experiências realizadas de maneira isolada em todo o país, o Ministério da Saúde cria o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), primeiro passo para institucionalizar e coordenar as ações desse profissional. Assim como as atividades de educação do educador de saúde estavam mais ligadas a grupos e demandas específicas, o início dessa regulação dos ACS também marcou suas competências como majoritariamente ligadas ao cuidado materno e infantil, deixando em segundo plano outras funções, como a busca ativa e a coleta de informações sobre os determinantes de saúde e as vulnerabilidades sociais do território (CORBO,

GUIMARÃES, MOROSINI, 2007). Em seguida, a profissão de agente comunitário é criada pela lei 10.507 de julho de 2002 (AGOSTINI, AZIZE, MAIA, 2020), tendo suas atribuições melhor descritas pelas duas versões da PNAB (2012 e 2017). No que diz respeito à presença dos ACS nas equipes de saúde, a PNAB de 2017 estabelece que a quantidade desses profissionais deve ser estabelecida por critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, reiterando os princípios que vão ao encontro do fornecimento de acesso à saúde às comunidades mais vulneráveis - recomendando nesse caso uma cobertura integral do território, sendo cada ACS responsável por no máximo 750 pessoas (BRASIL, 2017).

Se, em comparação com a primeira versão da PNAB, encontramos na última uma descrição mais pormenorizada das atribuições do ACS, será neste mesmo documento que observamos algumas colocações que abrem brechas para os desvios de função e a indefinição desqualificadora denunciada por alguns autores aqui já mencionados. Observamos, por exemplo, que ao final da descrição de competências de cada profissional de uma eSF existe o seguinte trecho: "exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação"; enquanto isso, ao final das competências dos ACS encontramos: "exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal" (BRASIL, 2017, p. 23). Essa pequena diferenciação parece representar as problemáticas a que está condicionada a figura do ACS. Observamos que não existe de antemão uma "área de atuação" do ACS ao qual este poderia recorrer para distinguir o que seria uma atividade concordante ou não com seu escopo profissional, cabendo isso a decisões legislativas e de gestão. Os desvios de função, no entanto, não se dão apenas por decisões dos altos escalões da gestão em saúde, mas também no interior das eSF, nas quais muitas vezes o ACS é relegado a exercer funções burocráticas ou que ultrapassem as competências e/ou capacidade de realização de outros profissionais (CORBO, GUIMARÃES, MOROSINI, 2007). Além disso, o surgimento de novos modelos de contratação e organização do trabalho, especialmente os atrelados à iniciativa privada, coloca a definição e localização do trabalho do ACS em constantes reajustes, reincidindo em efeitos de precarização e desqualificação (CARNEIRO, MARTINS, 2014).

Vemos, portanto, que o escopo de atividades ligadas aos ACS é abrangente e passível de manejos que estão ligados à gestão em saúde que coordena seu trabalho. É o que Fracolli, Gomes e Gryscek (2014, p. 920) nos mostram ao mencionar pesquisas que apontam para a maior

concentração do trabalho dos ACS em determinadas competências em detrimento de outras - sendo a menos contemplada o trabalho com a promoção de saúde. Alguns desafios apresentam-se ao ACS por ligarem-se à sua própria condição profissional; porém, a maior parte de suas dificuldades sem dúvida derivam de decisões ligadas à gestão em saúde, das quais mencionamos: inadequada gestão de recursos humanos, fazendo com que as funções do profissional sejam constantemente remanejadas; desvalorização de seus saberes por parte da gestão e de outros profissionais de saúde; formatação de seu trabalho ao acompanhamento de grupos de risco específicos (idosos, obesos, hipertensos, diabéticos); estruturação de seu trabalho a partir de um referencial focado em metas, o que acarreta sobrecarga de trabalho e diminuição da disponibilidade e motivação do profissional para as ações de promoção de saúde à comunidade (COSTA et al., 2020). Tendo em vista esses desafios diretamente ligados à gestão em saúde, o que sabemos até o momento sobre a inserção do ACS no combate à pandemia de COVID-19?

1.3 COVID-19 e o papel estratégico dos Agentes Comunitários de Saúde

A COVID-19 é uma doença categorizada como uma síndrome gripal grave causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), atingindo mais fortemente idosos e portadores de condições crônicas de saúde (CABRAL et al., 2020). Identificada nos últimos meses de 2019 na cidade chinesa de Wuhan, a doença rapidamente espalhou-se para outros países, atingindo de maneira implacável os sistemas de saúde europeus e, posteriormente, o norte-americano - onde hoje localiza-se o maior número de infecções e óbitos pela doença. No dia 24 de fevereiro de 2020 foi diagnosticado o primeiro caso de COVID-19 em território brasileiro. Ao final do mesmo ano, já contamos aproximadamente 180 mil óbitos causados pelo novo coronavírus. Se em um primeiro momento o vírus transfere-se para o país a partir das classes sociais privilegiadas que têm acesso ao trânsito intercontinental, rapidamente ele espalha-se e inflige suas mais duras consequências nos estratos mais vulneráveis da sociedade, escancarando diversas facetas do abismo de nossa desigualdade social. A conjuntura apresenta-se como a mais grave crise sanitária do século e, além de evidenciar as condições precárias de vida de maior parte da população brasileira, avulta as problemáticas históricas que têm constituído nosso Sistema Único de Saúde.

É nesse cenário que se localizam a AB e o ACS, dos quais aqui já descrevemos alguns dos principais desafios à efetivação de seus princípios e potenciais. Com relação aos ACS, ao mesmo

tempo que novas diretrizes os orientam acerca dos cuidados a serem tomados a fim de evitarem o aumento do número de infecções na comunidade, estes devem, todavia, dar continuidade aos acompanhamentos de saúde até então empreendidos - muitas vezes sem receberem treinamentos adequados para tal (COSTA et al., 2020). Lotta et al. (2020, p. 365) também denunciam a carência de treinamentos adequados para que os ACS se protejam dos riscos de infecção, o que se combina com a deficiente distribuição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). O resultado: cerca de 50 ACS morreram pela COVID-19, número provavelmente muito deflacionado tendo em vista que não existem dados exatos sobre as mortes vinculadas a esses profissionais. Os preconceitos ligados à figura do ACS pela sua pouca escolarização e formação técnica, além da própria precarização empreendida por modelos de gestão cindidos entre diferentes lógicas de organização do trabalho são, como já mostramos, processos anteriores à aparição da pandemia, que apenas nos mostrou com mais intensidade as fragilidades que já estavam em curso (FIOCRUZ, 2020).

A pesquisa de Bentes (2020) oferece-nos uma análise qualitativa que apresenta o hiato existente entre as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde destinadas aos ACS e suas percepções sobre as condições de trabalho oferecidas a estes. Por exemplo, observamos que, enquanto as diretrizes orientam os ACS a oferecerem a vacina da influenza a usuários idosos, muitos denunciam a falta destas mesmas vacinas em suas unidades de saúde; ou ainda no que diz respeito às orientações para que continuem a realizar visitas domiciliares (com regras de distanciamento e proteção), os ACS relatam a recusa de muitos usuários em recebê-los pelo receio de serem infectados - ou, pelo contrário, respondem com agressividade ao serem instruídos sobre a maneira mais segura de abordá-los.

Apesar da série de obstáculos que a AB e particularmente os ACS vêm sofrendo, observamos um consistente movimento na literatura científica que procura reiterar a importância estratégica de reestruturar e fortalecer as políticas ligadas à prevenção em saúde no momento atual. Cabral et al. (2020, p. 5) esclarecem que não há sustentação científica alguma que justifique a ausência de uma verdadeira inserção da AB - e particularmente dos ACS - nos objetivos de prevenção e contenção do coronavírus, limitando-os apenas a ajustes operacionais que não exploram seus princípios norteadores, que muito poderiam nos favorecer nesse momento. Mesmo que a AB não tenha tecnologias destinadas a intervir na letalidade da doença, sabemos que os princípios que organizam suas ações em âmbito comunitário podem ser fundamentais para a

diminuição da espalhabilidade do coronavírus - práticas de educação que ofereçam informações qualificadas sobre os comportamentos de risco e o acionamento de dispositivos comunitários que possam oferecer apoio assistencial à comunidade são alguns exemplos (DAUMAS et al., 2020). Duarte et al. (2020, p. 3) frisam que os ACS têm realizado o importante papel de levar informações epidemiológicas de seu território às equipes de saúde, aproveitando-se de sua já estabelecida proximidade com a comunidade e, assim, auxiliando na tomada de novas decisões. Além disso, os ACS têm tido presença massiva no levantamento de dados sobre o avanço e desenvolvimento das infecções no território, oferecendo acompanhamento e orientações no interior das UBS através de diversas ferramentas de comunicação. Com relação aos cuidados prestados à população, os aspectos mais presentes na literatura referem-se à práticas de educação em saúde, vigilância e acompanhamento de casos suspeitos. Os ACS têm sido um dos principais atores que fornecem à população informações sobre prevenção e contenção da infecção (higiene, distanciamento, isolamento), como também orientações sobre a quais equipamentos de saúde devem se reportar a depender da gravidade dos sintomas observados (FIOCRUZ, 2020). Também no interior das práticas educativas, os ACS têm realizado o papel fundamental de informar corretamente a população, orientando-a através de diferentes meios a se informarem por fontes oficiais de saúde, enfrentando a disseminação das numerosas *fake news* que rápida e constantemente - como um vírus - se espalham (CABRAL et al., 2020; FIOCRUZ, 2020).

Há uma considerável quantidade de orientações técnicas voltadas às práticas de visitas domiciliares (VD) e acompanhamento a casos suspeitos que, especialmente no período atual, parecem ser concebidas como as principais atividades atribuídas aos ACS (SÃO PAULO, 2020; BRASIL, 2020d; FIOCRUZ, 2020; SANTA CATARINA, 2020). Em primeiro lugar, as diretrizes técnicas orientam os profissionais a estratificar sua atenção aos segmentos populacionais mais vulneráveis à COVID-19 - idosos, pessoas com condições crônicas de saúde e crianças -, não deixando de prestar atenção aos outros cuidados de saúde que são necessários a esses segmentos, o que demanda um fluxo de atendimento prioritário baseado no nível de gravidade de cada usuário assistido (SÃO PAULO, 2020). Na mesma diretriz citada afirma-se a necessidade de manter a atenção às condições crônicas de saúde, o que demanda uma complexa readequação dos fluxos de atendimento, já que ao mesmo tempo precisam respeitar as diretrizes de proteção à infecção. Vemos também que as VD passam a ser restritas à área peridomiciliar em respeito ao distanciamento social, possibilitando a continuidade da entrega de receitas, medicamentos e de um

acompanhamento mais próximo ao usuário (DAUMAS et al., 2020). A atenção contínua a essas condições de saúde vê-se prejudicada tanto pelo remanejamento de consultas presenciais quanto pelo próprio receio dos usuários em exporem-se ao vírus estando presentes nas unidades de saúde, o que demanda do ACS um esforço para manter os vínculos de comunicação e referência construídos com a comunidade. Para isso, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS 467 de 20/03/2020, autorizou em caráter especial a realização de atendimentos à distância por diversas categorias profissionais, dentre elas o ACS. Observa-se, no entanto, que tais ferramentas já eram amplamente usadas por equipes de saúde para a comunicação com os usuários, sendo agora também direcionadas para o fornecimento de orientações mais específicas ao reconhecimento de casos suspeitos e ao seu encaminhamento a outros equipamentos de saúde mais adequados ao quadro sintomático (SÃO PAULO, 2020; BRASIL, 2020c; DAUMAS et al., 2020).

Procurando sintetizar os principais aspectos que necessitam ser reestruturados no trabalho do ACS não apenas para a atual pandemia como também para a posteridade, Maciel et al. (2020, p. 4193) apontam para a importância de reavaliar as práticas educativas: procurando por perspectivas que não se limitam apenas aos hábitos isolados dos usuários, mas à sua capacidade de compreenderem e interferirem nos determinantes sociais de saúde-doença; dando continuidade ao processo de acessibilidade e estreitamento comunicacional entre população e equipe de saúde; e, por fim, garantindo o reconhecimento e melhores condições de trabalho aos ACS.

Este breve panorama apresenta-nos as complicações específicas do contexto da pandemia de COVID-19 que incidem sobre os históricos problemas dos ACS. A precarização de seu trabalho, sua exposição direta aos riscos de contágio, sua maior vulnerabilidade social e a sobrecarga afetiva e ocupacional pela posição ocupada frente à população torna-os profissionais que necessitam de especial atenção por parte da gestão e das próprias equipes de saúde (FIOCRUZ, 2020), sendo premente que se construam suportes psicossociais que acolham essas necessidades. Porém, a valorização e a organização do trabalho dos ACS na direção de suas competências dependem, como vimos, de uma adequada gestão em saúde. Ela precisa organizar-se a partir das demandas da população para a qual provê atenção, além de proporcionar condições dignas e eficientes para o trabalho de todos os profissionais de saúde (CARNEIRO, MARTINS, 2014). Assim, cabe-nos perguntar como os gestores concebem a importância e o escopo de atividades que seriam concernentes aos ACS, em especial no evento pandêmico que atravessamos.

1.4 Gestão em Saúde: reflexões teóricas e seu papel na organização do trabalho em saúde

A gestão pública em saúde é um campo de reflexões políticas e organizacionais que visa, referenciado pela equidade, a efetivação de ações em saúde dirigidas ao bem comum (CONASS, 2016). Dentre vários servidores públicos que compõem esse campo, o gestor de saúde possui significativas competências que justificam nosso interesse por tomá-lo como um dos atores a serem investigados nesta pesquisa. Segundo Noronha, Lima e Machado (2012, p. 368), os gestores de saúde poderiam ser concebidos como:

(...) representantes do poder executivo no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União. (...) Independentemente da existência de uma autoridade sanitária (ministro ou secretários de Saúde), essas estruturas têm órgãos gestores, com diferentes cargos de direção e chefia, que participam da gestão do SUS e são corresponsáveis por ela, em coerência com as funções que lhes são atribuídas em regulamentações específicas.

O gestor, assim, é participante de um projeto de governo que deve responder a um interesse comum da população através do uso ético, eficaz e eficiente dos bens públicos (CONASS, 2016), resultando no oferecimento e organização de serviços às necessidades de saúde da população através de diversos equipamentos de saúde - redes de assistência, hospitais, laboratórios, dentre outros (LORENZETTI et al., 2014).

Um profissional fundamental para a efetivação das diretrizes construídas por uma gestão em saúde são os gerentes de UBS - atores sociais que nos interessam especialmente por estarem na coordenação das equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, na organização do trabalho dos ACS. As atribuições dos gerentes são descritas apenas na última versão do PNAB (2017), na qual encontramos-nas basicamente vinculadas à orientação dos processos de trabalho, à atenção às demandas de educação permanente da equipe de saúde e às funções de cunho administrativo atreladas ao manejo de recursos e infraestrutura. Tudo isso, no entanto, é inseparável das concepções políticas e conceituais compartilhadas pela gestão em saúde, e que determinarão suas prioridades, a forma com que organiza os processos de trabalho de cada profissional da equipe, e como os atrela aos princípios e diretrizes do SUS. Como vimos, no que diz respeito às atribuições do ACS, em comparação com outros membros da eSF, são as mais porosas às demandas e inflexões

da gestão de saúde, tornando-se necessário que no atual contexto nos detenhamos com mais atenção sobre como esta concebe o papel dos ACS.

A partir das diretrizes técnicas destinadas aos ACS no período de pandemia, podemos depreender algumas observações sobre como suas funções têm sido compreendidas pela gestão em saúde. Nelas encontramos um destaque dado às orientações voltadas ao acompanhamento de casos via meios de comunicação (whatsapp, telefone) e às visitas domiciliares (VD), orientando que continuem a ser realizadas sob novas condições de proteção e contato com os usuários do território (BRASIL, 2020d; FIOCRUZ, 2020; SANTA CATARINA, 2020; SÃO PAULO, 2020). Sobre a VD, cabe destacar que se trata de uma atividade realizada prioritariamente pelos ACS, tendo por finalidade levar o cuidado para fora do serviço de saúde, auxiliando no processo de referenciamento que os usuários constroem com sua eSF, além de estabelecer vínculos de confiança e colaboração mais profundos (BRASIL, 2020b). Dentre as principais recomendações técnicas relacionadas a essa atividade, destacamos: a restrição da abordagem aos usuários apenas à região peridomiciliar (com exceção dos casos de emergência), com distanciamento e uso de EPI; higienização frequente; e a prioridade de visitas aos grupos de vulnerabilidade clínica e social frente à COVID-19. No cenário pandêmico, ademais, o aspecto de busca ativa e orientação em saúde é realçado, afirmando-se a importância de procurar por casos suspeitos no território, oferecendo à equipe a situação de saúde atualizada através de constante monitoramento (BRASIL, 2020c; FIOCRUZ, 2020; SANTA CATARINA, 2020).

Outro ponto em comum nas diretrizes oferecidas aos ACS é o procedimento a ser tomado com profissionais que estejam no grupo de risco da pandemia (idade superior a 60 anos) ou com os que apresentem sintomas de síndrome gripal. Ao primeiro grupo a recomendação é que sua atuação se restrinja às funções administrativas da unidade de saúde que não envolvam o contato com usuários; já ao segundo grupo é recomendado o isolamento domiciliar, seguindo os cuidados de saúde prescritos. Por fim, observamos que os gestores de saúde são orientados a organizarem os processos de trabalho dos ACS a partir das especificidades de seu território - o que, se por um lado evidencia a relação direta entre como a gestão concebe esses profissionais e o pleno exercício de suas capacidades, por outro pode apontar para a perpetuação de alguns dos obstáculos que já apresentamos.

No artigo *Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviços de saúde* (SILVA et al., 2017), o trabalho dos ACS é descrito por gestores e profissionais de enfermagem como sendo de importância estratégica para as ações em saúde. Destaca-se em seus relatos sua função de "ponte" entre a equipe de saúde e os usuários do território, promovendo o melhor acesso destes aos serviços oferecidos e às práticas de cuidado - o que se dá em grande parte, segundo o relato de gestores da pesquisa, devido à similitude entre as condições sociais dos ACS e dos usuários por eles abordados. Para além desse aspecto, salientam também sua importância na própria organização do trabalho da equipe, na medida em que o monitoramento realizado por esses profissionais atualiza as práticas que serão acordadas pela equipe de saúde. Já no contexto da pandemia, a realização de atividades concernentes à organização do fluxo de atendimento também é mencionada pela nota técnica do governo de Santa Catarina (2020, p. 1), sendo o ACS encarregado de orientar os usuários sobre os cuidados a serem tomados no interior da UBS, identificando logo em sua chegada a presença de sintomas ligados à COVID-19 e, caso necessário, guiar o usuário a um lugar separado, orientando-o sobre a higiene e o distanciamento social. Essa predominância do ACS como executor de funções operativas em auxílio ao trabalho de outros profissionais (como agendamento de consultas e entrega de exames) acaba por vezes diminuindo seu tempo disponível para atividades mais vinculadas às suas atribuições, das quais a presença no território e as práticas de educação em saúde fazem parte (SILVA et al., 2017).

A organização do trabalho, no que tange à promoção em saúde, no entanto, não foi mencionada pelos gestores da pesquisa de Fracoli, Gomes e Gryscek (2014) como função concernente apenas aos ACS, não havendo consenso claro sobre se esta caberia ao conjunto da equipe de saúde ou a algum profissional específico. Os mesmos autores verificam uma relação direta entre a visão que os gestores detêm sobre o trabalho do ACS e a qualidade com que suas tarefas são realizadas. Ou seja, a visão de uma determinada gestão sobre as funções que devem ser exercidas pelos ACS acaba por influenciar as condições de trabalho que são oferecidas a estes, fazendo com que se motivem a realizá-las mais do que outras funções que também fazem parte de suas responsabilidades. Assim, vemos que práticas referentes à vigilância sanitária e ao controle de doenças são realizadas com eficácia pelos ACS vinculados à gestão investigada, enquanto funções relacionadas à promoção de saúde ficam prejudicadas.

Pela importância que as ações da gestão em saúde possuem na organização do trabalho dos ACS, torna-se fundamental que esta estabeleça estratégias para a plena realização do potencial desses profissionais. No entanto, a partir das diretrizes técnicas até aqui oferecidas, observamos que os potenciais mais amplos de suas competências continuam sendo escamoteados, reduzindo suas atividades aos modelos de atendimento e monitoramento que amiúde já estão em curso. Sobre isso, podemos mencionar algumas ações que poderiam corroborar para uma nova configuração desse cenário, como, por exemplo: a melhor definição das funções concernentes aos ACS; seu treinamento e capacitação permanentes; além de assegurar-lhes uma relação de apoio com a equipe de saúde e a gestão (FRACOLLI, GOMES, GRYSCHKEK, 2014). Reconhecendo, portanto, o elo direto entre as concepções que a gestão possui sobre o trabalho desses profissionais e o resultado de suas ações, torna-se premente que o investiguemos, em especial na atual pandemia de COVID-19, na qual a atenção básica mostra-se, novamente, como campo estratégico das ações em saúde.

2 OBJETIVOS

Tendo apresentado um panorama sobre os profissionais investigados por essa pesquisa, podemos delimitar nosso objetivo principal como sendo **a investigação das percepções que gestores de saúde e gerentes de UBS possuem sobre o trabalho do ACS na pandemia de COVID-19**. Esses dois tipos de profissionais foram selecionados na medida em que os gestores, como vimos, estão diretamente ligados às reflexões políticas e organizacionais que determinam aspectos materiais e simbólicos do trabalho em saúde, enquanto os gerentes de UBS são os responsáveis pela eficácia dos modelos de atenção concebidos pela gestão em saúde, sendo os representantes da gestão que estão em contato mais direto com as equipes de saúde e, particularmente, com os ACS.

2.1 Objetivos específicos

Estabelecendo esse objetivo geral, colocamos alguns objetivos específicos que desejamos abordar a partir dos relatos coletados dos participantes:

- A compreensão mais detalhada da organização da AB de Franco da Rocha antes e durante a pandemia, especialmente no que diz respeito ao trabalho do ACS.
- Investigar como as funções da AB e do ACS são concebidas idealmente e como de fato estas se atualizam na gestão em saúde do município.
- Compreender de que forma os gerentes e gestores concebem a identidade do ACS, suas especificidades, potencialidades e desafios.

3 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa é realizada no contexto de um trabalho de conclusão de Especialização em Saúde Coletiva no Instituto de Saúde (IS), órgão vinculado à Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo (SES-SP), tendo como atribuição fundamental apoiar a formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, subsidiando os gestores no processo de tomada de decisão. Por meio de uma parceria com o Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), o IS realiza desde 2014 um trabalho de assessoria ao município de Franco da Rocha, contando com a participação dos estudantes de Especialização em Saúde Coletiva da instituição. O objetivo da assessoria é apoiar a gestão municipal de saúde em suas demandas específicas.

Inicialmente foi realizado um diagnóstico da situação de saúde do município, que permitiu a eleição de prioridades para a continuidade do trabalho a ser desenvolvido. Dessa maneira, ao longo desses anos, a assessoria foi realizada em diferentes linhas de cuidado, conforme as necessidades da gestão municipal de saúde, sendo esta pesquisa vinculada ao eixo destinado à AB. Acreditamos que a introdução oferecida neste trabalho contextualiza o campo repleto de potencialidades e contradições em que as ações da AB se encontram historicamente.

No atual contexto pandêmico, investigar como esse nível de atenção organiza-se para fazer frente ao avanço da COVID-19 é essencial para a compreensão das estratégias deficientes ou exitosas nesse âmbito. Entendendo que o ACS é um profissional fundamental e, ao mesmo tempo, subutilizado historicamente na AB, sendo um dos fatores centrais deste fenômeno as concepções políticas e organizacionais da gestão em saúde, reconhecemos como relevante a investigação de como estes são representados por gestores de saúde e gerentes de UBS. Espera-se, assim, que os resultados encontrados possam favorecer o entendimento dessas questões aos gestores do município de Franco da Rocha e de outros municípios brasileiros que estejam engajados em refletirem sobre os aspectos aqui tratados.

4 METODOLOGIA

Nossa metodologia de análise dará-se a partir do referencial da Análise de Conteúdo, perspectiva analítica que favorece a compreensão aprofundada de enunciados. Trata-se, portanto, de um estudo de caso de abordagem qualitativa. Para Minayo (2010, p. 164):

Os estudos de caso utilizam estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. E é útil para gerar conhecimentos sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança.

A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas (Anexos I e II) realizadas por videoconferência, tendo sempre presentes três pesquisadores e, ocasionalmente, as orientadoras do projeto. O meio escolhido para a realização das entrevistas foi a forma encontrada para tornar possível esses encontros no contexto da pandemia de COVID-19. Os participantes da pesquisa foram indicados pela Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha e confirmados a partir de sua disponibilidade pessoal, sendo o critério para sua seleção estarem trabalhando dentro do processo de enfrentamento da COVID-19. Foram entrevistados ao todo 12 profissionais de saúde do município de Franco da Rocha, sendo destes 6 ACS, 3 gestores de saúde, 2 gerentes de Unidades Básicas de Saúde e 1 coordenador de equipe. Devido a um dos gerentes de UBS disponível para a pesquisa exercer sua função apenas durante o período da pandemia, optamos por recorrer a uma entrevista suplementar com um profissional de coordenação que estivesse em contato com a mesma equipe de UBS há mais tempo, trazendo informações complementares sobre as ações do serviço. Para os fins de nosso objetivo serão analisadas 6 entrevistas, sendo estas referentes aos relatos colhidos de gestores, gerentes de UBS e coordenador de equipe de UBS. A seguir, apresentaremos alguns dados sobre o perfil dos participantes:

Quadro 1 - Perfil dos participantes

FUNÇÃO	FORMAÇÃO	GÊNERO	TEMPO DE FUNÇÃO
Gerente de UBS	Enfermagem	Masculino	1 ano
Gerente de UBS	Enfermagem e Saúde Pública	Feminino	5 anos
Gestor de Saúde	Dentista	Feminino	2 anos
Gestor de Saúde	Enfermagem e Saúde Coletiva	Feminino	7 anos
Gestor de Saúde	Enfermagem	Feminino	4 anos
Coordenador de equipe de UBS	Enfermagem	Feminino	1 ano e meio

Os relatos foram colhidos entre os meses de outubro e novembro de 2020, período em que era observado um breve arrefecimento na incidência de novos casos e óbitos pelo novo coronavírus. As entrevistas foram gravadas em arquivos de vídeo e posteriormente transcritas para análise. Após a revisão das transcrições, a identificação dos participantes foi codificada, a fim de assegurar-lhes o anonimato garantido pela pesquisa. Os gerentes de UBS foram identificados como GU1 e GU2, o coordenador de equipe de UBS como C1, enquanto os gestores de saúde foram identificados por GS1, GS2 e GS3.

Após a já referida revisão do material transcrito, este foi submetido a sucessivas leituras, com o objetivo de apreendermos com maior profundidade os significados contidos, suas possíveis relações, repetições, construções semânticas, aparentes omissões, dentre outros elementos que pudessem propiciar uma compreensão dos enunciados a partir da perspectiva de uma Análise de Conteúdo (MORAES, 1999), sistematizando-a a partir das etapas propostas por este autor e também por Minayo (2010). Dessa leitura, foram selecionados trechos de relatos considerados exemplares para evidenciar os fenômenos que vão ao encontro de nossos objetivos (unitarização); posteriormente, esses trechos foram organizados em grupos temáticos que procuram abordar transversalmente os aspectos investigados. O critério utilizado para as divisões de análise foram os temas mais recorrentemente abordados pelos participantes e que, além de colaborarem para a

compreensão de suas percepções sobre o papel do ACS no contexto pandêmico, também nos oferecem informações sobre alguns aspectos da realidade da Atenção Básica no município - o que julgamos significativo para a contextualização de seus enunciados. Ao final desta organização, depreendemos os seguintes grupos temáticos, que serão objeto de nosso exercício de interpretação:

Quadro 2 – Categorias temáticas e suas descrições

CATEGORIAS TEMÁTICAS	DESCRIÇÃO
1) ATENÇÃO BÁSICA EM FRANCO DA ROCHA ANTES DA PANDEMIA	A situação e objetivos da Atenção Básica do município antes da pandemia, além da organização do trabalho dos ACS neste período.
2) O AGENTE COMUNITÁRIO COMO "ELO"	Observações sobre o descritor "elo" como o mais utilizado pelos participantes na concepção das funções e identidade do ACS.
3) MEDO: AFETO VIRAL	Observações sobre o descritor "medo" como principal reação das equipes de saúde frente à pandemia, além de reações específicas dos ACS. Descrição de práticas psicossociais de acolhimento aos profissionais.
4) A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Observações sobre a organização de aspectos relacionados ao trabalho dos ACS.
4.1 - Ações no território e na UBS	Descrição das ações dos ACS na UBS e no território no início e durante a pandemia.
4.2 - Reuniões de equipe	Situação anterior e atual das reuniões de equipe, apresentando seus modelos de organização, comunicação e estratégias, além do papel do ACS nelas.
4.3 - Tecnologias na organização do trabalho	Descrição das tecnologias e seus usos no trabalho do ACS antes e durante a pandemia.
4.4 - Preparação dos agentes comunitários de saúde na pandemia	Descrição de situações de orientação dos ACS para exercerem suas funções durante a pandemia.

Por fim, a partir das observações tecidas sobre as unidades de análise de cada grupo temático, será apresentada uma discussão dos dados em diálogo com referenciais teóricos da saúde coletiva, especialmente os vinculados a uma perspectiva materialista-histórica.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes das entrevistas, confirmando sua anuência no início de cada entrevista, na qual o documento era lido

pelo entrevistador novamente, colocando-se à disposição para possíveis esclarecimentos. O presente estudo respeitou as diretrizes compostas nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Por tratar-se de estudo realizado em instância do SUS, está prevista devolutiva dos resultados para os gestores de saúde do município de Franco da Rocha, em conformidade com a Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi enviado e aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde (CAAE: 36066920.3.0000.5469 / nº do parecer: 4.231.566).

5 ANÁLISE DOS DADOS

5.1 A Atenção Básica em Franco da Rocha antes da pandemia

Nesta categoria temática abordaremos os relatos dos participantes que contextualizam o cenário da Atenção Básica do município de Franco da Rocha antes da pandemia de COVID-19. Buscaremos apresentar os principais aspectos levantados, definindo, assim, um panorama de quais eram os objetivos da gestão e a forma com que se organizava o trabalho das equipes de saúde até então.

De início, destacamos um dos objetivos centrais que a atual gestão havia estabelecido para a Atenção Básica: expandir sua cobertura a todos os municípios.

GU1 – Antes de vim a pandemia nosso principal desafio foi cadastrar toda a população. Porque em meio do ano passado, nós recebemos um número muito grande de profissionais, tanto da enfermagem, como agente comunitário de saúde, farmacêutico, no contexto geral pra saúde. Então naquele momento antes da pandemia, era cadastrar todos os municípios, pra gente de fato saber os problemas que a gente iria encontrar. Porque tinha muita gente que vinha pra unidade antes dos agentes comunitários.

Podemos extrair algumas informações deste trecho: de início observamos que o município expandiu a contratação de profissionais da saúde, dentre eles os agentes comunitários de saúde, como estratégia de fortalecimento da Atenção Básica. O cadastro de municípios é categorizado como uma ação visando a identificação mais apurada do perfil epidemiológico da população e, ao que parece, através disso esperava-se reverter o fluxo de usuários para as UBS, fazendo com que a equipe de saúde fosse ao território antecipadamente analisar as condições de saúde de sua comunidade. Nessa intenção da gestão, observamos que esta compreende que o acesso à informações de saúde sobre a população é um primeiro passo para qualificar ações de saúde antecipatórias aos "problemas que a gente iria encontrar", apontando para uma lógica de prevenção e promoção de saúde focada no território, não privilegiando o empuxo dos usuários ao espaço físico da UBS e a outros dispositivos de saúde mais especializados, como vemos a seguir:

GS1 - Então a ideia antes da pandemia era ampliação da rede básica e qualificação da rede básica para que realmente gerasse menos encaminhamentos para o centro de especialidades, e agente comunitário mais qualificado tivesse um olhar melhor para combate de endemias, um olhar não de fiscal como portaria [...] mas de fiscal sanitário, para olhar aquele território como um território que pudesse ter uma qualidade... proporcionar uma qualidade de vida para aquela população.

Às informações já mencionadas, esta fala acrescenta que as ações planejadas pela gestão do município visavam também uma revisão de como o ACS poderia exercer sua função, qualificando seu olhar para aspectos sanitários do território. Ao dizer sobre "proporcionar uma qualidade de vida para aquela população", novamente observamos o indício de uma lógica não circunscrita apenas à assistência de morbidades da população adscrita, mas também focada na promoção e prevenção em saúde, conceitos *sui generis* da Atenção Básica.

Observamos também uma primeira pista de como as funções do ACS estão organizadas na rede de atenção, sendo contraposta entre um "fiscal como portaria" e um "fiscal sanitário". Relacionando esse primeiro termo ao relato anteriormente apresentado, frisando o desejo da gestão em reverter o fluxo de usuários da UBS, podemos ler que a "portaria" à qual a participante refere-se são as portas do próprio serviço de saúde (imagem que ficará mais clara nos relatos sobre como os ACS foram remanejados durante a pandemia). Ou seja, reconhece-se que o ACS está no interior da UBS, manejando o primeiro contato dos usuários com o serviço, quando na verdade deveria exercer suas funções através de um olhar qualificado sobre a realidade sanitária no território, produzindo possibilidades de qualidade de vida à população. O empobrecimento dessas dimensões do trabalho do ACS é inferida e, por vezes, observável nos seguintes trechos em que indagamos sobre as práticas de prevenção e promoção realizadas por esse profissional:

C1 - A gente tentava fazer algumas ações, algumas... mas era mais questão de visita mesmo, e entrega de guia, de modo geral era o que eles mais faziam. (...) Não tinham muitas ações de promoção de saúde antes, já estava meio defasado nesse ponto.

Vemos que as ações de promoção de saúde estavam "defasadas", fazendo com que o trabalho do ACS estivesse concentrado nas visitas domiciliares (atividade que será mais

investigada posteriormente) e em ações de cunho operativo (como a entrega de guias). Um exemplo disso é o seguinte trecho de relato:

Entrevistador – *Do ponto de vista do antes e depois (da pandemia) do trabalho do ACS, como é que esse trabalho se modificou, se reorganizou (...)?*

GU2 – *O antes ok, tava fazendo o cadastro e tudo mais.*

Ao omitir de seu enunciado as inúmeras outras funções cabíveis ao ACS ("e tudo mais"), deduzimos que sua concepção de trabalho é majoritariamente operativa, o que se observa pelo destaque ao ato de cadastrar dados da população - outra atividade que será campo de muitas transformações no período investigado por essa pesquisa e que serão posteriormente mais aprofundadas.

Temos no período pré-pandêmico, portanto, uma gestão que estava implicada na expansão da cobertura da Atenção Básica à toda a população do município, empenhada em seu cadastramento integral, a fim de obter informações para a organização de ações de promoção e prevenção à saúde. Para o sucesso desse objetivo, reconhece-se o ACS como profissional relevante, que precisa ser qualificado a reconhecer o cenário sanitário de seu território, o que não parece coadunar com o atrelamento de suas funções à tarefas eminentemente burocráticas e localizadas na "portaria" da UBS. Em nossa próxima categoria temática investigaremos mais algumas representações da gestão sobre o ACS.

5.2 O Agente Comunitário como "elo"

Os gestores e gerentes de unidade são unânimes em seus relatos ao descreverem os ACS como profissionais de suma importância na estratégia da Atenção Básica e nas equipes de saúde:

GU2 - *Essas equipes, nós temos a base deles são os ACS, são divididos em torno de 4, 5, agente de saúde, pela pandemia nós temos alguns afastados, outros que ficaram internados com o quadro de COVID mesmo, até ficava com o número reduzido, mas nós temos os ACS, que são nossa base (...).*

A percepção do gerente em relação ao ACS, categorizando-o como "base" da equipe de saúde, nos permite pressupor um lugar de significativa relevância em relação aos outros profissionais - apesar de haver em seu relato pouca consistência sobre o que significaria essa "base", já que, em relato anterior, o mesmo participante parece dar ênfase às atividades operativas desse profissional. Provavelmente um outro significativo - que foi praticamente onipresente no relato dos gestores e gerentes - possa nos servir de referência para a investigação desse sentido. Referimo-nos ao termo "elo", como vemos nos próximos trechos:

Entrevistador - *Como você entende o papel da atenção básica no SUS e o papel dela na Covid?*

GS2 - (...) *A gente utilizou esse meio que é a estratégia, nossa equipe de agente comunitário para chegar até essas famílias, né? Aproveitando esse elo né? Que a gente tem da rede básica, né? Foi falado inúmeras vezes até pelo antigo ministro né, que a atenção básica agora tinha que exercer seu papel aí mais uma vez porque conhece o território né?*

GS2 - *Então, o papel dele (o ACS) é, foi de suma importância, é diante a comunidade porque ele tem esse elo né, ele com a comunidade e com os seus pacientes crônicos, conhecendo o vínculo né com a comunidade.*

Tendo como disparador o cenário da pandemia de COVID-19 para nossa investigação, os gestores caracterizaram os ACS como os representantes do elo que existe entre a comunidade e a rede de Atenção Básica. Apesar do recorte de contexto temporal, os relatos já apresentados que evidenciam as atividades de cadastramento e visitas domiciliares somam-se à expressão "aproveitando esse elo", ou seja, levando-nos a crer que este é anterior ao cenário da pandemia. Como mencionado, a própria esfera federal chegou a reconhecer a relevância do papel da Atenção Básica no combate à pandemia justamente por sua proximidade com o território.

Encontramos no segundo relato um dado interessante, ao observarmos a descrição do elo que o ACS representa como dirigido à comunidade e aos pacientes crônicos. Mais uma vez, somos levados a crer que a apresentação pareada de termos, sendo um deles discriminado e outro genérico, nos permite entrever onde localizam-se majoritariamente as ações de saúde e sobre quais grupos elas incidem. A hipótese de que esse "elo" com a comunidade na prática ocorre predominantemente

com usuários crônicos do território, e não com a totalidade de seus habitantes, será reforçada em trechos posteriores. Mas, afinal, o que une esse elo?

GS1 - *o agente comunitário, desde a atenção básica, desde o momento que ele foi pensado, ele foi contratado como um profissional que faria um elo entre a comunidade, por isso que a importância dele morar no local em que ele atua, ele conhecer a sua comunidade e ele servir como elo entre a equipe e a comunidade.*

GS2 - *(...) e mais uma vez os agentes comunitários foi o nosso elo aí levando as informações até o território.*

Os relatos explicitam que o elo representado pelo ACS une a comunidade à equipe de saúde. Destaca-se a importância de esse profissional residir na mesma área em que atua, como se esta condição lhe conferisse uma maior capacidade de efetuar o referido elo, levando informações e ações da equipe ao território - e vice-versa, como se verá em outros relatos. Portanto, ao trecho "um elo entre a comunidade", podemos acrescentar "a equipe de saúde". O ACS, assim, ocupa uma posição entre-espacos, o que não nos autoriza a afirmar que ele se localiza igualmente entre os dois pólos mencionados. Como averiguamos no relato anterior, vemos a importância dada à faceta do ACS que se liga à comunidade, referente à sua própria condição de residente no território; por outro lado, não observamos nenhuma menção sobre alguma especificidade sua ligada à equipe de saúde. Há um indício, portanto, de inespecificidade sobre o que caracteriza o ACS não apenas como próximo de sua comunidade, mas também como profissional de saúde:

GU1 - *(...) Mas a gente tem eles, os nossos ACS, como um elo muito forte da equipe (...). Então eles são nosso elo pra fazer tudo que tem na área.*

"Pra fazer tudo que tem na área" é uma expressão que nos reforça a suspeita da indefinição que paira sobre a natureza das atividades empreendidas pelo ACS de acordo com a gestão de saúde.

Recorrendo ao significado da palavra "elo", uma de suas designações refere-se ao objeto que compõe as correntes, gomos unitários que se unem uns aos outros. Representando essa "corrente" de forma bidimensional, temos uma ilustração possível para as representações dos gestores sobre os ACS:

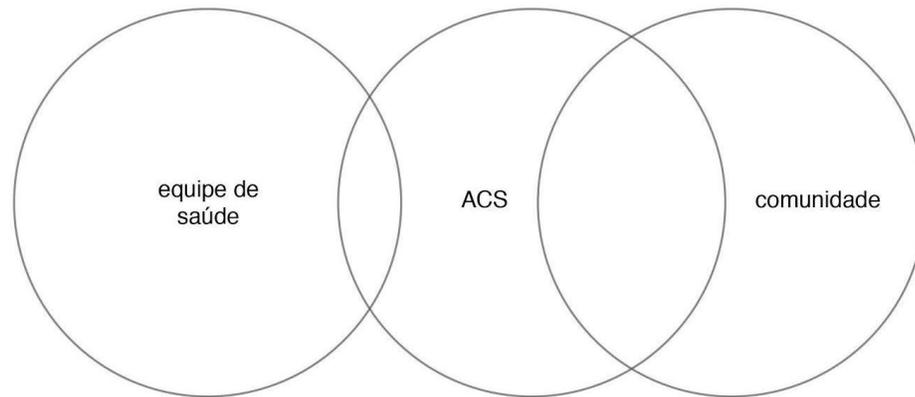


Figura 1 – Elo entre ACS, equipe de saúde e comunidade

Fonte: Elaborada pelo autor.

Visualizamos, assim, a função de elo que o ACS exerce entre equipe de saúde e comunidade, localizando-se de maneira aparentemente assimétrica entre esses dois polos. A imagem refere-se, como vemos, a um caráter identificatório extraído dos relatos observados, e não às intervenções dos profissionais sobre a comunidade - caso assim fosse, haveria uma intersecção entre equipe de saúde e comunidade. Mais: procuramos representar que há entre a equipe de saúde e a comunidade uma zona sem intersecção com a qual procuramos ilustrar a indefinição presente na concepção sobre as atividades exercidas pelo ACS - o que nos permite levantar a questão sobre até que ponto essa indefinição não contamina a própria identificação do ACS, não apenas como membro da comunidade, mas também como integrante (e não apenas representante) da equipe de saúde. Tais suspeitas, como apresentamos previamente em nossa introdução, estão longe de serem temas pouco debatidos no âmbito da Atenção Básica. Procuramos aqui apenas verificar em que medida os relatos colhidos corroboram com o que a literatura científica há anos denuncia como urgente ao planejamento da rede de Atenção Básica, especialmente no que diz respeito à organização do trabalho do ACS. O que nos parece ser uma contribuição mais atualizada é investigarmos, a partir disso, quais foram as consequências dessas antigas questões na organização dos ACS para o combate à pandemia.

5.3 Medo: afeto viral

A pandemia de COVID-19 tornou-se, enfim, uma realidade no município de Franco da Rocha. A velocidade da doença fez-se maior que a capacidade de organizar respostas de gestão eficazes, assim como os conhecimentos sobre o vírus ainda eram insuficientes e inconclusivos. Retornamos à nossa questão anterior: de que forma a maneira como os ACS eram concebidos pela gestão repercutiu na organização de seu trabalho no combate à pandemia? Antes de respondermos especificamente a essa pergunta, será necessário apresentar o sintoma que, a partir dos relatos coletados, nos parece central na investigação de nosso objetivo: o medo.

GS1 - O agente comunitário, no começo da pandemia, ele teve um papel importante, mas também de muito medo em relação à própria doença nova, e como que ele ia se locomover no território sabendo que as pessoas deveriam estar isoladas. As pessoas não deveriam estar circulando, então a gente teve várias discussões com a atenção básica para ver como esse agente comunitário continuaria executando as atividades dele apesar de todo o risco. (...) E nesse momento, vários profissionais da atenção básica, inclusive os agentes comunitários, se afastaram das suas atividades. Então bem no início da pandemia os profissionais da atenção básica ficaram muito recolhidos às Unidades, até para a gente manter o processo de não circular no município e não circular o vírus também no território.

GS1 - (...) precisou fazer um convencimento dos profissionais no território, os profissionais tinham medo de ir para a casa das pessoas, medo de sair na rua... nós tivemos casos de profissionais que tiveram covid e isso piorou a situação de insegurança dos profissionais e dos agentes comunitários, embora acho que apesar do ministério e da secretaria do estado terem lançado documentos, a gente precisa fazer um trabalho de convencimento dentro do município porque os profissionais estavam com muito medo de trabalhar, muito medo!

GS2 - (...) nesse meio da pandemia a gente teria que mostrar para eles (ACS) a importância deles estarem em campo, porque eles também tinham medo da pandemia, né, então assim, a gente teve que enfrentar isso junto com eles, né. Porque eles, todo mundo estava com medo de ir para a rua e se contaminar. Isso é fato né! É ser humano, então a equipe estava com muito receio de, da rua.

Vê-se que em um primeiro momento o risco de contaminar-se no contato direto com a comunidade no território, unido ao afastamento de colegas de trabalho infectados pelo vírus, foi disparador de um medo com consequências paralisantes para a gestão. Paralisantes na medida em que as práticas exercidas até então pelos ACS (visitas domiciliares, cadastramento de usuários, ações de educação no território) tornaram-se inviáveis frente às incertezas emergentes. Houve, então, uma retração desses profissionais ao interior das UBS até que novas providências fossem tomadas pela gestão. A maneira como trabalho dos agentes foi configurado no interior das unidades será melhor detalhado em nossa próxima categoria temática. Por enquanto, lançamos atenção a um aspecto recorrente na fala dos gestores, a saber, o esforço destes em "convencer" os ACS a realizarem suas funções no território. Novamente, observamos na construção do relato dos gestores um movimento oscilante de união e separação entre os termos "profissionais" e "agentes comunitários", como vemos na frase "(...) a gente precisa fazer um trabalho de convencimento dentro do município porque os profissionais estavam com muito medo (...)", na qual há uma indistinção entre os agentes comunitários e os demais membros da equipe de saúde, e na frase "isso piorou a situação de insegurança dos profissionais e dos agentes comunitários", na qual observamos uma cisão entre os termos.

No entanto, a frequência com o que o fenômeno do medo é assimilado à resistência dos ACS em circular pelo território leva-nos a crer que estes foram o principal alvo do referido processo de "convencimento" por parte da gestão. Não esteve presente em nenhum relato o apontamento de que tal processo precisou ser realizado com técnicos de enfermagem, médicos ou demais profissionais de saúde. A que se deve, então, a partir dos relatos da gestão, a maior resistência por parte dos ACS em exercerem suas funções? Evidentemente sabemos que as atividades exercidas por esse profissional frequentemente envolvem o contato próximo com os usuários e a circulação pelo seu território - justamente os comportamentos de risco no contexto da pandemia. Mas apenas esse argumento não esgota a justificativa do medo que acometeu esses profissionais, visto que outros integrantes da equipe de saúde exercem funções tão próximas aos usuários quanto os ACS. Os próximos relatos, unidos às inferências até o momento levantadas, podem elucidar um pouco mais o que está em jogo nesse fenômeno:

GS2 - (...) a maioria dos agentes comunitários não têm graduação, então se eles escutam isso constantemente nos canais de comunicação, que é pra ficar em quarentena, então por que é que você tá mandando ele pra rua, né? Então isso aí é um desafio.

GU2 - (...) realmente, na hora que estourou a pandemia de fato, é difícil você fazer o funcionário entrar na linha de frente, principalmente por eles não serem necessariamente profissionais com formação na saúde... não entendem, acreditam muito no que veem no WhatsApp, Facebook, sei lá o que... é muito difícil você fazer o profissional fazer o serviço dele, quando a própria vida dele tá em jogo e a vida da família dele tá em jogo (...).

GS2 - E alguns agentes comunitários não têm nenhuma formação, eles tinham que entender que eles são da área da saúde, e que a área da saúde está ali na linha de frente. Então assim...Foi um trabalho árduo mas, a gente deu, aos pouquinhos, a gente foi dando conta e mostrando para eles a importância deles estarem em campo. Mas não foi fácil.

Nos relatos apresentados, vemos uma relação direta entre a resistência dos ACS em exercerem suas funções no território e sua formação profissional - referida frequentemente à ausência de um Ensino Superior na área de Saúde ("a maioria dos agentes comunitários não têm graduação", "por eles não serem profissionais com formação na saúde"). Estabelece-se, assim, o pressuposto de que, apesar de o medo da pandemia ser generalizado a todos os membros da equipe, a resistência a realizar as atividades de trabalho incide sobre os ACS por lhes faltar uma formação que os capacite a compreender seu papel como profissionais da "linha de frente". Por vezes os relatos dão a entender que a ausência dessa formação acadêmica torna os ACS mais suscetíveis ao medo da pandemia pela via de informações compartilhadas em meios de comunicação, o que faz com que parte do esforço da gestão seja justamente conscientizá-los sobre as formas de prevenção e sobre a importância de suas funções a partir do acesso a informações mais qualificadas.

O trecho "eles tinham que entender que eles são da área de saúde" permite-nos questionar se aí não reside justamente a ideia de que o reconhecimento de si como profissional de saúde ocorre apenas como um movimento individual e intencional por parte do ACS, e não, pelo contrário, por uma síntese de complexas relações e representações entre estes, a equipe ao qual pertencem, a gestão de saúde e a comunidade. Ou seja, o processo histórico já apontado, que distingue por diferentes vias os ACS de outros membros da equipe de saúde, evidenciou-se agudamente quando,

diante do medo do adoecimento, estes viram-se questionando qual seria o motivo de darem continuidade às suas funções - afinal, seriam elas relevantes para o problema da pandemia? Vemos, portanto, que foi preciso que a gestão, em um curto espaço de tempo, se esforçasse para ir contra um processo possivelmente muito anterior à pandemia, realizando uma série de esforços nomeados como "convencimentos" para situar a relevância do trabalho do ACS e de sua identidade como profissional de saúde que está na linha de frente no combate à pandemia.

Por fim, o medo que circulava na "comunidade" (divisão artificial que, neste contexto pandêmico, fazemos entre esta e a equipe de saúde) também afetou diretamente as ações dos ACS no território:

GU2 - *Quando chegou a pandemia quase ninguém queria visitar paciente nenhum e o paciente não queria ser recebido pelo ACS, nem pelo portão...*

GS2 - *(...) e os agentes comunitários, também teve um pouco de recusa até dos moradores né? (...) entre uns 40% a 50% de recusa dos moradores (...).*

GU1 - *(...) mas os nossos ACSs, eles estão sendo recebidos muito pouco (pela população). Bem pouco mesmo.*

A experiência do medo não parece ter sido significada pela gestão apenas como um fenômeno a ser tirado de jogo o quanto antes para que os ACS voltassem a exercer suas funções. Vemos nos seguintes relatos o reconhecimento da necessidade de que essas experiências recebessem acolhimento técnico no âmbito da saúde mental:

Entrevistador – *Teve um apoio psicológico pra equipe, nesse período, vocês estão tentando fazer isso?*

GU2 – *Sim, nós temos o psicólogo, ele não fica aqui, mas ele pertence ao grupo do NASF, núcleo de apoio, ele vem de vez em quando, foi passado pra eles, pra todos eles, o próprio caso do servidor chegou a disponibilizar, quem quisesse conversar, esclarecer algumas dúvidas, tá disponível também pra esse tipo de atendimento. Essa parte não foi negada de forma alguma, incluindo atendimentos médicos, nós temos médico aqui, passa pelo nosso médico, vamos conversar...*

GS1 - *A gente colocou a saúde mental também para ajudar essa rede básica, né? (...) e a gente abriu, para os profissionais que tivessem interesse, fazer rodas de conversa para trabalhar as suas angústias e os seus medos. Os próprios psiquiatras e psicólogos e psiquiatras da rede ajudaram na discussão para apoiá-los nessa questão de saúde mental (...).*

Entrevistador - *E com relação a apoio psicossocial, houve algo do tipo com vocês?*

C1 - *Não. Para funcionário praticamente nada. Bom, pelo menos que eu saiba, né.*

Apesar da atenção dada a essas necessidades dos ACS, não observamos nos diferentes relatos uma consistência na realização dessas práticas, sendo estas realizadas a partir de iniciativas isoladas da gestão ou de alguns profissionais (psicólogos, psiquiatras) já atuantes na rede de saúde.

5.4 A organização do trabalho

Nesta última categoria temática abordaremos como a rede de atenção básica e, mais especificamente, os ACS, foram manejados para o enfrentamento da pandemia e, a partir disso, traçaremos hipóteses e observações sobre as percepções que a gestão possui desse profissional. As seguintes subcategorias foram divididas tendo como critérios os temas organizacionais mais levantados pelos gestores, a partir das interrogações feitas pelos pesquisadores, e a pertinência que tais relatos têm ao objetivo da pesquisa.

5.4.1 Ações no território e na UBS

Vimos, na categoria temática anterior, que houve por parte da gestão a orientação de que os ACS deviam, num primeiro momento, permanecer dentro das Unidades Básicas de Saúde até que novas diretrizes fossem disponibilizadas para o exercício de suas funções no território. Esse momento é descrito com mais detalhes no trecho a seguir:

GS1 - *No começo da pandemia nós ficamos muito sem saber como que a atenção básica ia agir para acolher os pacientes, então no município nós fizemos uma ação para que todos os sintomáticos respiratórios procurassem, além da UPA e além do hospital de campanha, também*

a rede básica, e organizamos para que ela pudesse acolher esse paciente e realizar o teste rápido e oferecer, começar o cuidado para esse paciente nesse momento de pandemia.

Se os dispositivos de saúde mais especializados tinham uma atuação mais clara frente aos casos mais graves da COVID-19, restava, no entanto, compreender como a Atenção Básica se posicionaria no combate à pandemia. Começava então uma reflexão sobre quais seriam os profissionais imprescindíveis nesse manejo das equipes de saúde da família:

GU1 – *Então primeiro foi assim: quando começou a chegar (a pandemia), já começou cada um achar quem era essencial e quem não era para o trabalho. Esse foi o primeiro enfrentamento. Então, naquele primeiro momento, só a enfermagem era essencial aos olhos de muitos. (...) eles (ACS) ficaram um período sim, sem fazer visita, era muito mais interno, a gente usou sim de muito telefone pra contato.*

GU1 - *(...) eles (ACS) ficaram muito tempo dentro da unidade, muito tempo mesmo. Mesmo recebendo todos os EPIs... (...) então a gente trabalhava com toda a assistência lá e os meninos cumpriam horário. Isso teve, teve um tempo que eles só cumpriam horário.*

GU2 - *Algumas ações dos ACS, por exemplo, como entrega de guias de consultas, também diminuiu e diminuiu bastante, porque nosso centro de especialidades também foram fechados. Esse ponto dos ACS parou, cessou.*

GU1 - *No início foi pedido pra que ficassem dentro das unidades, até porque a gente não tinha terminado todos os nossos cadastros ainda, que naquele momento era o propósito...*

C1 - *É, a gente orientou principalmente os agentes de saúde, né, a não ir para a rua; se precisar entrar em contato com o paciente, entrar em contato pelo telefone... Depois de um determinado tempo, a própria diretoria de atenção básica pediu para colocar os agentes na rua de novo, o que acabou complicando um pouco, porque o agente não pode entrar na casa do paciente, mas às vezes tem paciente idoso que precisa daquela atenção um pouquinho maior.*

Observamos que durante os primeiros momentos da pandemia a função de "elo" dos ACS com a população foi suprimida, tanto porque sua presença física no território foi impedida - restringindo-se aos limites da UBS -, quanto pela paralização de outras atividades de cunho

operacional que pertenciam às suas responsabilidades. Tal paralização resultou em um tempo ocioso significativo, no qual os potenciais estratégicos que pertencem ao escopo de ações vinculadas ao ACS foram suprimidos frente a uma indefinição sobre onde posicioná-lo na atenção ao usuário. O contato por telefone estabeleceu-se como uma ferramenta constante no acompanhamento de usuários com comorbidades e condições crônicas, como veremos com mais detalhes adiante.

No entanto, entre o período no qual os ACS ficaram posicionados no interior da UBS sob certa indeterminação de suas atividades e o momento em que voltaram a realizar ações no território, parece haver ocorrido uma reorganização de seu trabalho para que auxiliassem no novo fluxo de assistência aos usuários sintomáticos:

GU2 - (...) *Eles começaram a dar uma força na UBS nessa questão do fast track, por exemplo, ficar na porta, verificar a temperatura, fazer o registro da pessoa, conseguir dar um suporte a mais em relação a isso, o preenchimento de uma ficha. (...) Mas eu precisava de ajuda pra preenchimento de alguns papéis, alguns informes... houve esse desvio... não desvio, eles tavam apoiando a saúde, que é o trabalho deles...*

A presença do ACS no interior da UBS, portanto, começou a ser remanejada para auxiliar o *fast track*, novo fluxo de atendimento voltado aos usuários sintomáticos que chegavam ao serviço de saúde. Aqui podemos retomar a expressão usada anteriormente por um gestor, ao qualificar o ACS como um "fiscal como portaria", em contraposição à imagem de um "fiscal sanitário". De fato, nesse momento narrado pelo gestor a imagem toma contornos literais, uma vez que o ACS é remanejado para operar em diversas ações de "suporte" à recepção do usuário. Podemos também contrapor, a partir desse trecho, o termo "suporte" ao termo "base", anteriormente utilizado para descrever a posição que o ACS ocupa nas equipes de saúde: enquanto este último parece descrever uma localização mais fundamental na equipe, basilar, o termo "suporte" parece referir-se mais a ideias como "reforço" ou "apoio". O próprio titubeio do gerente ao definir tal organização do trabalho como um "desvio" e, posteriormente, logo classificá-lo como pertencente ao campo de atuação do ACS ("apoiando a saúde"), parece evidenciar o lastro de indeterminação que marca este profissional.

As diretrizes sobre como deveriam ser realizadas as visitas domiciliares são finalmente disponibilizadas pela gestão de saúde:

GS1 - *Demorou para sair o... a proposta de como o agente comunitário ia lidar com a visita domiciliar (...).*

GU2 - *(...) as visitas domiciliares reduziram bastante... só em casos mais graves... com toda proteção que nós tínhamos, que no começo eu lembro que foi um pouco difícil, não por um problema municipal, mas geral... onde vamos conseguir máscaras, aventais?*

Veremos mais adiante que o fornecimento de EPI em nenhum momento foi um impeditivo para a realização das visitas domiciliares - focadas apenas no atendimento aos casos graves -, sendo o momento descrito pelo último trecho referente às primeiras preocupações de ordem nacional sobre a disponibilidade desses equipamentos tanto para profissionais de saúde quanto para a população. O distanciamento físico e o uso de EPI, além dos atendimentos realizados apenas no exterior da residência dos usuários, foram as diretrizes seguidas pelas equipes, como já apresentadas na literatura desta pesquisa.

Um dos gerentes de unidade menciona que, após um período, as visitas domiciliares parecem se qualificar no que tange à detecção de possíveis infectados pelo coronavírus, o que lhes empresta uma maior qualidade de prevenção, e não apenas de assistência aos problemas de saúde mais graves já existentes:

GU2 - *(...) e agora que acabou a pandemia, segundo nossos pacientes, voltou ao normal, mas voltou com algumas orientações... uma busca mais qualificada, nós temos um processo de rastreio do Coronavírus, então, fora as perguntas que eles já fazem normais, de ter algum problema, tem perguntas específicas com relação aos sintomas respiratórios (...).*

Ressaltamos o período em que foram realizadas estas entrevistas (durante os meses de outubro e novembro), o que justifica a impressão generalizada de que a pandemia "acabou" e tudo "voltou ao normal".

Por fim, trazemos uma significativa prática de promoção e prevenção empreendida por alguns integrantes da equipe de saúde, dentre eles os ACS:

GS2 - (...) *as equipes (de saúde), no início da pandemia, ela foi, principalmente os agentes comunitários, os enfermeiros, os auxiliares, quando teve aquele início do auxílio (emergencial), que foi pago o auxílio, superlotou os estabelecimentos de loteria, banco (...), eles (a população) não respeitavam as filas. As equipes foram pras ruas, foram pra esses estabelecimentos, foi pra sistema rodoviário, (...) o sistema de trem, ferroviário, de ônibus levando álcool em gel e máscaras que foram confeccionadas pela assistência social do município.*

Temos aqui o exemplo de uma ação de suma importância para a proteção da população, na qual o ACS exerce funções que estão intimamente ligadas à sua concepção como profissional voltado às práticas de promoção, prevenção e educação em saúde - havendo, inclusive, a presença de um "elo" intersetorial (no caso, envolvendo a assistência social), o que emprestou a essa abordagem um amplo uso das potencialidades dos agentes no território.

5.4.2 Reuniões de equipe

Outro aspecto organizacional trazido durante as entrevistas com gerentes e gestores foi a remodelação das reuniões de equipe durante a pandemia de COVID-19. As reuniões de equipe são dispositivos fundamentais para a organização do trabalho e a elaboração estratégica de ações, e acreditamos que, através delas, poderemos elucidar mais aspectos relacionados ao objetivo de nossa pesquisa.

GU2 – *A princípio, o que era feito antes (da pandemia), era feito reuniões gerais, fechava-se a UBS num determinado período, era avisado à população que não ia tá funcionando o serviço (...). Eu faço reuniões separadas com equipes, se houver algo que tem quer ser discutido aí sim a gente coloca um elemento ou outro, mas não tô mais aglomerando pessoas numa sala.*

De início, destacamos o termo "aglomeração" colocado para referir-se à reunião de profissionais de saúde. O que em um primeiro momento pode ser interpretado como uma precaução da equipe em evitar uma situação de risco, parece em outros momentos emitir mais significados possíveis. Isso porque os relatos dos gerentes são unânimes em evidenciar que as reuniões de equipe são organizadas de maneira segmentada antes mesmo da pandemia, como vemos nos próximos trechos:

C1 - *A gente acaba falando de um modo mais individual... Felizmente o agente de saúde vem até nós, a gente conversa, a gente discute só entre nós três, ou só eu e o agente, ou só a médica e o agente de saúde, para depois poder passar pro... pra poder orientar o paciente e tudo o mais.*

GU1 – *As reuniões de equipe, a gente fazia com o médico, com duas equipes, a gente fazia a cada 15 dias. (...) Pra discutir casos, pra discutir ali o nosso plano de trabalho. (...) o que à enfermagem fazia com a enfermagem, o que cabia aos ACS fazia com o ACS, o que cabia ao médico fazia com os médicos, mas, acredito eu, que de abril pra cá a gente não reuniu mais pra fazer reunião de equipe. Isso no contexto geral, em todas as unidades. Porque não dá, nós somos um risco pro outro, porque da mesma forma que eu me cuido não é a que você se cuida.*

Os trechos apresentam-nos o modelo de reunião empreendido pela gestão nas unidades, denominado como um "modo mais individual", descrito como uma maneira segmentada de organizar a comunicação com a equipe a partir da ideia de que existem temas estritamente vinculados às funções de um ou outro profissional, o que "cabia" a alguém. O termo "individual" parece passível de ser contraposto ao termo "aglomeração", referindo-se este último não apenas a um perigo de contaminação (o que também é trazido pelos participantes), mas também contrapondo-se a um modelo de reunião mais integralizado entre os profissionais. Ao termo "individual" também relacionamos a ideia de a reunião de equipe ser um espaço para "discutir casos", ou seja, não parece haver um aproveitamento do dispositivo para produzir ações de promoção e prevenção no território, mas sim fazer um recorte focado em casos isolados que demandem a mobilização de alguns membros da equipe:

C1 - *A gente normalmente discutia caso. A gente colocava algum caso específico, conversava, discutia aquele caso em si, aí o agente de saúde falava um pouquinho mais sobre a questão mais socioeconômica e a gente tentava criar estratégias para tentar ajudar aquele paciente de alguma forma mais específica.*

O cuidado, portanto, parece estar centrado nas necessidades de saúde dos usuários em questão, cabendo ao ACS muitas vezes oferecer o panorama socioeconômico daqueles ao restante da equipe de saúde. Observa-se que em relato anterior constatamos que houve a interrupção generalizada das reuniões de equipe sob justificativa de que elas representariam um risco à saúde

dos profissionais. Porém, esse fato não é confirmado por outros gerentes entrevistados, dentre eles alguns que descrevem novos meios pelos quais tornou-se possível dar continuidade às reuniões:

GS1 - (...) então houve capacitação tudo online e reunimos agentes comunitários e discutimos aí com os profissionais da rede básica dessa maneira, essa maneira nova aí de fazer as reuniões que é muito interessante, eu tenho uma avaliação muito positiva porque eu acho que você não tira lá do território onde ela está. a pessoa está trabalhando, a capacitação tem que ser no horário de trabalho e isso está se mantendo não tão intensamente como fazíamos antes, mas isso ainda está, continua acontecendo.

O uso de tecnologias de comunicação para a reorganização do trabalho das equipes de saúde durante a pandemia será abordado em nossa próxima subcategoria com mais detalhes. Mas aqui já é possível observar que nem todas as unidades tiveram suas reuniões suspensas, apesar de não haver indícios de que fossem realizadas em um formato distinto ao já mencionado - ou seja, compostas por comunicações entre apenas alguns membros da equipe e focadas na discussão de casos clínicos.

Voltemos a uma análise mais detalhada sobre as ideias que sustentam o modelo de reunião segmentada que até aqui apresentamos:

GU2 - (...) quando você coloca muitos setores diferentes numa conversa, começa conversa paralela porque não é de interesse da maioria o que tá sendo discutido, tem um debate de um grupo e os outros dispersam, debandam, não acrescentam nada... eu gosto de colocar as equipes que fazem sentido tá ali (...). Acaba saindo mais discussão, não se chega a nada, a intenção de uma reunião é iniciar um processo e ter uma conclusão, não fazer uma reunião pra no final marcar a data de outra reunião... isso eu já participei bastante, com experiência eu vi que não é bom, conclui-se no final que não se concluiu nada, uma pessoa anotou na ata e nada foi pra frente.

GU2 - (...) tem muita coisa errada que tem que discutir... toda pessoa tem algo ou uma pessoa que não agrada, algo que não gostaria que não ocorresse, salário que seja mais baixo... então... você juntar e falar “o que vocês têm a dizer?”... isso é a pior coisa que tem, vai sair coisa do serviço até da eleição dos Estados Unidos, isso não é interessante no momento, (...) imagina quando tem que definir uma coisa séria... eu vou com um foco na estratégia da família... como a gente vai

rastrear melhor a população idosa hipertensa? Isso que é o foco, só que aí vou chamar a moça que é dentista, a moça limpeza, vou chamar várias pessoas, não desmerecendo, cada categoria tem sua importância, ninguém trabalha sozinho, mas que não fazem parte da discussão.

Dos trechos anteriores podem ser extraídas várias considerações. Primeiramente, parece haver uma assimilação direta entre o fato de unir-se diferentes profissionais e um efeito de improdutividade na reunião (expressa em comportamentos como "conversas paralelas", dispersão e debandadas). Tal relação estabelecida parece ter um caráter absoluto na fala do gerente, como se, ao fazer com que muitos membros da equipe estejam presentes, logo necessariamente ocorrerão os fenômenos descritos. Obviamente que não se pode questionar a legitimidade de tal relação, tendo em vista que ela parece se originar da experiência concreta de trabalho do participante ("isso eu já participei bastante, com experiência eu vi que não é bom") - o que, entretanto, não nos impede de colocar em questão a inexorabilidade dessa relação descrita e qual entendimento sobre a organização do trabalho a escora.

Esse entendimento pode ser suposto a partir da construção de alguns desses enunciados: por exemplo, ao parecer assimilar um "foco na estratégia da família" com a otimização do rastreamento da população idosa hipertensa, vemos novamente que as ações de saúde oferecidas pela equipe ainda se concentram no cuidado a grupos acometidos por patologias ou comorbidades específicas, em detrimento de um planejamento amplo visando ações mais integrativas e de efeito preventivo - o que, para seu bom êxito, necessariamente envolveria todos os integrantes da equipe de saúde, em especial o ACS. Profissional este que não apareceu nos relatos sobre as reuniões senão posicionado como aquele que vai até a equipe de saúde transferir informações sobre um usuário, o que nos leva a perguntar se justamente esse modelo de organização das reuniões que privilegia o caso clínico, em detrimento de ações amplas para o território, não acaba por reforçar a hierarquia de saberes entre estes e os demais profissionais, como observado em relatos anteriores.

"O que vocês têm a dizer" parece-nos uma pergunta que resume bem uma disposição por parte da gestão em construir canais de comunicação diretos com os profissionais a fim de compreender suas demandas cotidianas. Ao questionarmos se haveria algum canal de comunicação direto e oficial entre profissionais e gestores no qual fosse possível um frequente *feedback* sobre as decisões destes, a resposta foi semelhante para todos os participantes, evidenciando que esse espaço de comunicação se dá de maneira informal e espontânea.

5.4.3 Tecnologias na organização do trabalho

Nesta subcategoria temática descreveremos as tecnologias que eram usadas antes da pandemia pelos ACS, além de outras que foram incorporadas durante esse período. O uso de tecnologias de comunicação e informação foi constantemente citado pelos gestores e gerentes como ferramentas essenciais para o trabalho do ACS antes e, principalmente, durante a pandemia, dado que as possibilidades de contato próximo com a população estavam interdidas em um primeiro momento:

GU1- (...) *eles ficaram um período sim, sem fazer visita, era muito mais interno, a gente usou sim de muito telefone pra contato (...).*

O telefone é descrito pelos gerentes de unidade como uma ferramenta muito utilizada antes mesmo da pandemia, como podemos observar:

GU2 - (...) *os ACS têm o contato com o paciente, quanto mais eles têm, mais o paciente vai criando uma confiança no ACS. Então acaba pegando o WhatsApp, acaba tentando, fazendo várias coisas no meio digital. Muitos ACS não gostam dessa opção, porque têm pacientes que ficam mandando mensagens durante a madrugada, querem cortar algum caminho através deles... (...) é um serviço bacana? Não é ruim, mas não é interessante o ACS num dia de domingo e recebe mensagem porque a pessoa quer saber quando é a agenda do médico. Isso acontece... (...). Têm ACS que às vezes entrega as guias até sábado e domingo, por exemplo... ACS bem dedicados mesmo.*

O oferecimento do WhatsApp do ACS para o usuário é relatado como um ato de "confiança", no qual percebemos que essa comunicação não se dá entre o usuário e uma plataforma de comunicação institucional, mas sim, ligada diretamente à pessoa física do ACS. Podemos levantar inúmeras questões sobre quais pressupostos comunicacionais estão implicados no momento em que um usuário possui o contato direto com o ACS de sua referência, porém isso demandaria um aprofundado estudo de comunicação que procurasse investigar como o imediatismo e as novas configurações de tempo e intimidade que tais tecnologias trouxeram estão implicadas nesse contexto. Isso não está no campo de nossos objetivos. O que nos cabe salientar é que o participante descreve o uso da ferramenta de maneira ambígua: em parte reconhece que alguns ACS não gostam dessa maneira de estabelecerem contato com os usuários, maneira com a

qual estes possuem uma espécie de acesso irrestrito que extrapola os limites do espaço e do tempo de trabalho; por outro lado, o acesso direto ao ACS e a possibilidade de este oferecer ao usuário informações e operações de maneira rápida é descrita como um "serviço bacana". Ainda em consonância com esse trecho, ao mencionar os ACS que exercem funções de trabalho em dias de final de semana, o participante qualifica-os como "bem dedicados". Esse trecho traz ressonâncias com a ideia dos "desvios" no trabalho do ACS que frequentemente são incorporados como parte de seu "apoio à saúde", dimensão elástica, indefinida, e que deixa indícios de descaracterização do trabalho.

Outro dispositivo recorrente na Atenção Básica tem sido a organização de grupos voltados a usuários acometidos por patologias, comorbidades ou condições específicas de saúde. Com o fim da possibilidade de realizá-los de maneira presencial, alguns desses grupos tiveram continuidade pelos aplicativos de comunicação:

GS2 - (...) então os agentes comunitários fortaleceram esses grupos, eles fizeram grupo de gestante por WhatsApp, (...) as fono começou a atender, psicólogo, começou via WhatsApp.

Houve inclusive grupos destinados especificamente ao rastreamento de usuários sintomáticos da COVID-19. Uma maneira encontrada pela equipe de acompanhar o quadro clínico desses grupos:

GS1 - Uma outra ação que a gente fez durante a pandemia: a gente montou um grupo Covid de WhatsApp e todo mundo que chegava sintomático na unidade, era preenchida uma ficha, essa ficha era colocada no “zap” e a vigilância já tinha acesso a isso.

Por mais que o WhatsApp fosse uma tecnologia amplamente utilizada antes mesmo da pandemia, outra tecnologia esteve mais presente no relato dos gerentes e gestores: os tablets. Esses aparelhos utilizados pelos ACS têm por principal função digitalizar os cadastros de usuários do território, facilitando o registro das visitas domiciliares e centralizando tais informações para que fiquem à disposição dos gerentes e gestores:

GS1 - (...) teve a implantação do tablet, para que todos os agentes comunitários tivessem o tablet e conseguissem colher de forma mais qualificada as informações (...).

GU2 – *Ah não, sim sim, isso (o uso de tablets) vai ficar, facilita muito a integração em si dos serviços, tá, então no momento que ele tá lá e fez o cadastro, o cadastro tá no tablet, ele joga pra nuvem, eu recebo aqui e consigo linkar ele com o sistema do e-SUS (...). Quando ele dá ok sobe direto pra nuvem e vem direto pra mim, então eu tenho uma integração muito mais rápida, muito muito mais fácil, facilita pro paciente, o cadastro dele é atualizado muito mais rápido (...).*

O advento da ferramenta parece propiciar uma integração e um acesso mais eficiente às informações de cada usuário, o que é fundamental para uma visualização mais qualificada da realidade epidemiológica do território, possibilitando uma melhor adequação de estratégias de prevenção e promoção à população adscrita. Esse potencial de uso das informações, no entanto, não foi mencionado pelos participantes, tendo eles frisado apenas suas qualidades de otimização do tempo e acesso facilitado às informações - por mais que esse ganho nem sempre esteja garantido:

C1 - *Tem alguns profissionais que você até vê que tem uma certa resistência em utilizar da forma correta, vamos colocar assim, porque quando você vai abrir o prontuário de algum paciente, não tem todas as informações, não tem o que ele prescreveu, não tem dosagem, não tem nada... Não tá preenchido no campo correto... Isso quando se preenche alguma coisa.*

GU2 - *Com o tablet nós queremos que o ACS entenda melhor que o tablet veio pra ajudá-lo... é difícil você pegar pessoas que estão há anos trabalhando no papel e de repente você tem uma nova tecnologia, a pessoa tá pouco familiarizada (...).*

Mais uma vez vemos indícios de um esforço de "convencimento" por parte da gestão para com os ACS, o que aponta para uma dificuldade de adaptação à implementação da nova tecnologia, que é justificada - ao menos no trecho anterior - por uma inércia derivada de um histórico em que meios de trabalho não digitais eram utilizados. Ou seja, alguns dos importantes ganhos descritos pelos participantes (como a coleta mais qualificada de informações) são prejudicados por razões descritas como "resistência". Vemos, assim, a repetição de uma sobreposição de forças, nas quais a gestão localiza-se em um esforço de convencer o ACS a assimilar e exercer funções que este nem sempre parece conceber como adequadas ou seguras - como já vimos na subcategoria em que tratamos do medo generalizado. No trecho acima, esse jogo de forças é novamente descrito como um processo que depende de "que o ACS entenda" - assim como precisaram "entender" (o termo empreendido é o mesmo em trecho apresentado anteriormente) que eles são profissionais da saúde

e que por isso deveriam compor a linha de frente no enfrentamento à pandemia. Colocamos em questão o quanto essa "resistência" diz respeito a uma questão de "entendimento" - termo que nos remete a outros trechos que salientam a ausência de formação acadêmica dos ACS -, sendo um raciocínio que pressupõe que a aceitação irrestrita dos ACS às escolhas de gestão seria índice de uma compreensão mais adequada de suas funções - que, como recorrentemente vimos, sofrem constantes "desvios" condicionados às circunstâncias do território e às estratégias da gestão, descaracterizando-os a ponto de ser necessário convencê-los de que, sim, eles são profissionais de saúde.

5.4.4 Preparação dos agentes comunitários de saúde na pandemia

O relato dos participantes mostra-nos, enfim, as preparações prévias que foram realizadas no início da pandemia. O que nos interessa particularmente nesta subcategoria temática são menos as maneiras pelas quais essa preparação ao enfrentamento da pandemia se deu, e mais os jogos de saber e poder que foram até aqui descritos por nossa análise e, pelo que observamos, foram em parte desestabilizados pelas incertezas que o vírus trazia.

GS2 - (...) *o infectologista nosso, também do município, que tocou o hospital de tenda do COVID, ele que dava todo o suporte às unidades básicas e aos agentes comunitários também. Então a gente acabou seguindo bastante esse infectologista que dava essa educação pros agentes comunitários, até como lidar com as famílias, até como lidar com os anseios deles mesmos, de estarem indo pra rua (...).*

GU2 – *O conhecimento é uma das maiores ferramentas, então tudo que a gente tinha de informação, a gente deixava eles bem cientes, fazíamos com que eles entendessem, entrava na sala com eles... “vamos lá, o que vocês têm de dúvida, o que não tem?”... mas surgiu umas dúvidas difíceis, porque nós não sabíamos responder, mas nos comprometíamos em aprender, voltar e ensiná-los.*

GU2 – *Ah sim, o grupo de ACS, por exemplo, eu fazia uma fala geral, juntava todos os ACS, aí sim eu causava uma mini aglomeração ali, de fato, porque eles têm entender o processo, tem que ser perfeito e aí sim, um médico ou outro participava.*

O contexto pandêmico parece ter um efeito duplo nas relações de saber-poder a partir dos relatos apresentados. Por um lado vemos um processo de "educação" protagonizado pela figura médica que deveria oferecer informações aos ACS a fim de orientá-los a realizar as adequações necessárias às suas práticas; por outro lado, porém, o fato de a COVID-19 até então ser uma doença nova, sobre a qual poucas informações consistentes existiam, tornava o monopólio da informação mais difuso, vacilando a verticalidade que podemos induzir a partir dos relatos:

C1 - (...) parecem coisas simples, mas as pessoas não têm esse feeling de entender rápido, uma coisa simples, o uso da garrafinha no bebedouro, ninguém parou pra pensar que ali pode ser um foco de contaminação. Uma amiga nossa deu esse toque e todo mundo pensou: nossa, mas é óbvio, né?

A COVID-19 remodelou inúmeros aspectos da vida cotidiana, muitos deles diretamente ligados a comportamentos antes involuntários ou a práticas sociais e culturais naturalizadas na esfera pública. Sendo assim, a informação oferecida pela especialidade médica, longe de ter sua relevância questionada, por vezes parece ter sido colocada horizontalmente a outros "pequenos saberes", "*feelings*". Esse pequeno exemplo provoca-nos a imaginar quantas informações valiosas os ACS também poderiam disponibilizar à equipe de saúde, sendo eles conhecedores próximos da realidade do território. Visto que o alastramento do vírus está intimamente ligado a comportamentos, realidades socioeconômicas e culturais, não se pode descartar o quão rico poderia ter sido abrir espaço para a heterogeneidade de saberes, dando reconhecimento não apenas à faceta laboral do ACS, mas também às especificidades derivadas do "elo" que representam com a comunidade. Felizmente, a percepção da necessidade de se repensar os termos em que se dão a organização do trabalho na Atenção Básica e o papel do ACS nesse processo parecem ser reconhecidos:

GS1 - Eu acho que a atenção básica e os agentes comunitários, a partir do momento que chegar a vacina, que a gente tiver um pouco mais de tranquilidade, nós vamos ter que reconverter a atenção básica. Eu acho que a atenção básica atuou, fez o enfrentamento mas eu acho que a gente precisa melhorar a territorialização, a gente precisa olhar para a população para ver como a gente melhora essa questão da vacina, a gente precisa colocar a violência no contexto do dia a dia e outros temas que a gente não olha muito, né? (...) Então acho que a partir do momento que

a gente tiver um pouco mais de tranquilidade em relação à pandemia, a gente tem que repactuar coisas com a atenção básica.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As categorias e subcategorias de análise elencadas para esta pesquisa, como já dito, tiveram como critério de escolha os temas mais recorrentemente trazidos pelos participantes a partir do roteiro de investigação dos pesquisadores. Através delas procuraremos tecer algumas considerações sobre as percepções que os gestores e gerentes de unidade manifestaram acerca do papel do ACS no combate à pandemia de COVID-19, sendo elas abordadas transversalmente entre todas as categorias temáticas. Nosso movimento de análise deu-se de maneira cumulativa, ocorrendo na medida em que as unidades analíticas eram abordadas e retomadas constantemente, criando relações de sentido que se sedimentaram uma sobre as outras.

Tendo em vista que nos interessam particularmente os eventos e experiências que ocorreram no interior da pandemia, voltamos a destacar a percepção mais recorrente por parte dos participantes sobre o que foi vivenciado pelos ACS: o medo. Afeto sem dúvidas generalizado por toda a sociedade, é razoável concebê-lo como de forte intensidade entre os profissionais que necessariamente precisaram oferecer alguma resposta a um cenário repleto de incertezas. No entanto, em nenhum momento dos relatos coletados foi mencionada uma "resistência" por parte de outros profissionais de saúde a assumirem seus postos na "linha de frente". A mesma observação não serve aos ACS, sendo estes mencionados como os únicos profissionais que necessitaram passar por um processo de "convencimento" por parte da gestão para que voltassem às suas ações no território. Surge então a questão: o que poderia significar a referida resistência por parte dos ACS e a necessidade de convencê-los a assumirem suas funções como profissionais de saúde? Não pertence às nossas pretensões falarmos no lugar desses profissionais, conjecturando teses a partir dos relatos dos participantes e reservando às motivações íntimas dos ACS o *locus* das respostas que perseguimos. O que buscaremos é desenhar hipóteses sobre a conjuntura que propiciou as percepções e representações que os gestores tiveram sobre esse fenômeno, a fim de avançar na elucidação sobre como estas atravessam a organização do trabalho e como podem estar implicadas nas "resistências" apontadas.

Em vários dos relatos coletados, observamos que a atenção à população adscrita da UBS foi organizada sob a forma de ações focadas em "casos" e em grupos voltados a usuários portadores

de alguma condição de saúde específica (hipertensos, gestantes, diabéticos etc.). Esse fenômeno pode ser lido sob diversas perspectivas, nem sempre fáceis de serem discernidas: sabemos que, de um ponto de vista estratégico, a Atenção Básica tem por objetivo privilegiar a execução de ações de prevenção e promoção à saúde, priorizando uma leitura ampla dos determinantes sociais de saúde presentes no território; mas também sabemos que, concomitantemente a esta perspectiva, existe a presença de um recorte sobre as condições de adoecimento mais prevalentes numa comunidade que direcionam as ações da equipe de saúde ao atendimento de morbidades específicas. Podemos apresentar alguns aspectos históricos e ideológicos que condicionam essa distinção entre uma organização de saúde que visa a intervenção em determinantes sociais e outra focada na dimensão biológica do corpo humano.

Para auxiliar-nos na compreensão desses diferentes modelos de atenção à saúde, recorreremos primeiramente às contribuições de Ricardo Bruno (2017a). Para o autor, as ações em saúde nas sociedades capitalistas organizaram-se historicamente sob dois eixos: de um lado, aparelhando-se com dispositivos que visavam a intervenção e a prevenção em saúde a partir dos grandes grupos e, por outro, desenvolvendo-se nas maneiras de garantir que o corpo do indivíduo mantivesse suas condições adequadas de saúde, o que aqui podemos traduzir por um corpo que consegue trabalhar e consumir. No primeiro eixo encontramos um grupo de ações que correspondem às práticas de vigilância sanitária e educação em saúde, que se munem de tecnologias cada vez mais refinadas de previsão e quantificação da incidência e espalhabilidade de doenças. Tais práticas acabaram por tomar corpo sob a denominação de uma medicina social, que não se encerrava apenas como ciência dos determinantes coletivos das doenças, mas também como capilarização do discurso sanitário nos diferentes espaços institucionais (escolas, prisões, hospitais), modulando "as regiões da vida privada para encher, por medidas sanitárias, todas as cias secretas e íntimas que se abrem ao mal; instituiu a higiene como problema nacional em uma luta contra a infelicidade biológica" (CEARTEAU, 1980, p. 300).

Foucault (2015, p. 170) relata que, no final do século XVIII, em consonância com as transformações sociais aqui relatadas, a unidade familiar passou a ser instrumentalizada como recorte sobre o qual ações coletivas de saúde foram organizadas, como lembra-nos ao mencionar as campanhas de vacinação e de educação em saúde. O mesmo princípio ainda é norteador da estratégia saúde da família, eixo de organização da Atenção Básica brasileira, tomando a família

como célula sobre a qual as ações em saúde operam para a promoção de transformações no âmbito comunitário. Como já mencionamos, no entanto, essa perspectiva de intervenção em saúde coletiva é sobreposta por uma outra lógica, emergente das novas necessidades sociais, oriundas da ideologia liberal que circunscreve o corpo do indivíduo a um campo de batalha sobre o qual deve operar o discurso da saúde, permitindo a ele estar em plenas condições de responder a uma lógica específica do trabalho e a um modelo de consumo individualista. É o que Ricardo Bruno (2017a, p. 229) descreveu como a ascensão de uma clínica anatomopatológica, que converge as ações em saúde e sua organização ao corpo do indivíduo isolado de seus laços com as condições coletivas de patologização.

Para operar sobre esse recorte - o corpo em sua dimensão anátomo-funcional -, seria preciso ter à mão um novo conceito para reorganizar as práticas de saúde e restabelecer as condições desejáveis deste corpo: o conceito de "doença". Conceito que nos exige tremendo esforço para abordá-lo sob uma perspectiva sócio-histórica, fora de um longo e eficaz processo de naturalização que hoje lhe confere caráter reificado. Difícil contestar a pertinência da doença como campo de intervenção por excelência da saúde: a massiva forma com que a produção de conhecimento - localizada no interior de uma perspectiva política e ideológica - debruçou-se para lhe conferir crescente solidez, faz com que hoje nos deparemos com a ideia de doença como objeto de dinâmica própria, basicamente atrelada às condições genéticas e comportamentais que estão no campo da "escolha individual" - o que faz com que a perspectiva focada nos determinantes sociais da saúde nos pareça, esta sim, demasiadamente abstrata e distante disto que é o objetivo caro à saúde, a cura.

Essa cura, no entanto, como vimos até aqui, apresenta-se a nós cotidianamente com ares de obviedade; "sabemos" o que queremos dizer quando esperamos que alguém se cure de alguma condição específica de adoecimento. Nosso esforço aqui, porém, será o de desnaturalizar essa conhecida familiaridade com a qual abordamos o adoecimento e as organizações de trabalho em saúde que pretendem combatê-lo, demonstrando que, sob uma perspectiva crítica, elas produzem-se mutuamente a fim de responderem a necessidades que estão condicionadas, em última instância, a uma dimensão ideológica que não é passível de qualificação científica, visto que esta é tão somente condicionada ideologicamente (MENDES-GONÇALVES, 2017b). Esse descolamento da doença de sua dimensão social, como conceito que em realidade circunscreve o que se pretende operar para que o organismo responda às necessidades sociais produzidas por um determinado

momento histórico, retorna sob a forma da perpetuação das mesmas condições de adoecimento, uma espécie de "retorno do recalado", em termos freudianos - sendo que aqui o recalque imprime-se pela subtração do vínculo existente entre o adoecimento e as necessidades sociais que, levadas ao seu termo, retornam produzindo-o: "Deve-se notar que essa sócio-historicidade é a contrapartida da sócio-historicidade dos processos de trabalho, que criam os objetos para as necessidades, enquanto ao mesmo tempo também o inverso é verdadeiro, já que as novas necessidades criam os sujeitos para os novos processos de trabalho" (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 327). Sob essa perspectiva, não há rigorosamente nada que determine que uma condição de saúde possa ser generalizada como um universal independente, sendo ela sempre resposta a uma necessidade de saúde, às exigências de um corpo que responda adequadamente aos objetivos da organização social em que ele se insere.

Essa breve contextualização sobre as diferentes perspectivas de trabalho em saúde e suas sobreposições contraditórias podem nos auxiliar na leitura dos enunciados apresentados anteriormente. Em momentos nos quais são descritas as ações empreendidas pela Atenção Básica antes e durante a pandemia, observamos que coexistem tanto práticas voltadas estritamente à "discussão de caso" - inseridas na perspectiva anatomopatológica -, quanto outras de abrangência comunitária e preventiva - como na prática de distribuição de EPI à população em locais estratégicos, seguida de orientações sanitárias sobre o coronavírus. Todavia, essa separação entre as lógicas que fundamentam tais práticas não pode ser colocada com tanta clareza quando encaramos a materialidade com que se atualizam cotidianamente. Tomemos como exemplo duas das práticas frequentemente mencionadas pelos participantes: as reuniões de equipe e a realização de grupos de educação em saúde. De fato, encontramos nas descrições da primeira prática que esta, em suma, resumir-se-ia ao exercício de "discutir o caso", ou seja, planejar intervenções sobre um determinado usuário e sua condição de saúde que precisa ser restabelecida. É mencionado, porém, que a presença dos ACS em alguns momentos assume a importante função de contextualizar a realidade socioeconômica do usuário, permitindo por parte da equipe uma compreensão mais integral dos fatores que estão implicados em sua saúde e que possam ou não favorecer as abordagens dos profissionais. Esse contexto territorial trazido pelo ACS a partir da singularidade de um caso é o exemplo de um "elo" entre o enquadre focado no indivíduo e aquele em que podemos inserir suas relações com a realidade material e simbólica que o cerca - o que não quer dizer que seja passível, do ponto de vista ideológico e epistemológico, realizar esse elo; ele se

realiza numa dimensão pragmática das práticas de saúde. Tomando, por outro lado, os grupos de educação em saúde, vemos uma prática que parece estar alinhada com o que podemos esperar da Atenção Básica - promoção de saúde, prevenção, fortalecimento de vínculos com a comunidade etc. O que não impede que a prática seja organizada pela perspectiva da clínica anatomopatológica, tendo como recorte temático as condições de saúde orgânicas que acometem os usuários que participam de tais grupos. Novamente, do ponto de vista pragmático é possível traçarmos um intercâmbio, um movimento de passeio das práticas por diferentes perspectivas de saúde, mas que do ponto de vista ideológico respondem a uma mesma posição. É neste ponto que retornamos à questão por nós levantada, a saber, se as distinções ideológicas que sustentam as duas perspectivas de saúde aqui apresentadas são inconciliáveis na dimensão pragmática das práticas em saúde, o que Ricardo Bruno (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 235) elucida no seguinte trecho:

À medida que aquele mesmo modelo tecnológico, atuando no plano coletivo, recorta os fragmentos da realidade que irão se tornar significativos tecnologicamente no seu interior como atributos individuais, não há nenhum obstáculo lógico — e há muitas vantagens — em utilizar o outro modelo tecnológico (o modelo clínico individual baseado no conceito de ‘doença’) como um dos seus instrumentos parciais de trabalho, tanto no sentido de identificação de atributos como no sentido de intervenção terapêutica sobre o coletivo através do individual. Ou ainda em outros termos, os fundamentos da organização tecnológica das práticas de saúde segundo o modelo da ‘doença’ (biológica, individual) podem — em termos lógicos, no plano teórico — ser tomados como um instrumento parcial de trabalho no interior de um modelo de organização tecnológica fundado na concepção de ‘doença’ como fenômeno não apenas biológico e não apenas individual.

Essa possibilidade de operar sobre as populações a partir do enquadre individual correspondente ao corpo é o que Ricardo Bruno parece chamar - por mais que não o formalize - de "instrumentos parciais", termo que parece salientar a contradição existente entre ações inseridas na perspectiva anatomopatológica, mas que, em termos operativos, incidem sobre uma realidade comunitária. Parece-nos que o termo é adequado para localizar o campo de indefinição no qual encontram-se as funções exercidas pelos ACS, na medida em que elas trafegam tanto por ações eminentemente coletivas, quanto por outras de foco individual - e, quando não se encaixam com clareza nessas categorias, parece haver uma retração do profissional às funções de natureza mais burocráticas e operativas, como descreveram os participantes sobre o período inicial da pandemia.

A análise dos relatos parece apontar para uma organização das ações em saúde - nas quais destacamos as pertencentes aos ACS - que está condicionada à perspectiva anatomopatológica. O ACS não parece dirigir suas práticas de prevenção e promoção aos determinantes sociais de saúde do território, mas sim aos problemas que já estão cronicamente estabelecidos na população adscrita ao serviço, sendo o "elo" descrito entre estes e a comunidade uma proximidade, em realidade, com a parcela de usuários que correspondem aos agravamentos de saúde mais urgentes e demandantes. Nesse sentido podemos parafrasear o termo empregado por Ricardo Bruno e dizer que o elo que os ACS representam para os gestores é um "elo parcial", já que estabelecem um vínculo próximo com uma parcela da comunidade que é segmentada a partir de uma lógica que pretende restabelecer as condições de saúde de um ou outro corpo, em detrimento de uma intervenção ampla nos condicionantes do adoecimento.

Levamos aqui a hipótese de que posicionar o ACS neste lugar de um elo parcial, que direciona sua atenção aos problemas de saúde individuais isolados de seus condicionantes, coloca-o justamente numa posição de iminente dissolução de sua identidade profissional. Pois, do ponto de vista técnico, o ACS não possui instrumentos que intervenham sobre a condição de adoecimento de um usuário em sua dimensão anatômica e funcional; suas tecnologias são majoritariamente "leves" (MERHY, 2006), de natureza relacional, e nisto moram suas maiores potências - potências que, no entanto, se apenas restritas ao apoio das intervenções individuais, não atingem as transformações amplas nas condições de saúde que poderiam ser alcançadas pela equipe de saúde. Assim, nessa lógica de organização do trabalho resta ao ACS um estado de volatilidade que justifica "desvios" - estes, já naturalizados, mesmo sendo reconhecidos como tais, são assimilados ao escopo do que um ACS pode realizar. Sendo as visitas domiciliares, os cadastramentos e os grupos de educação as principais atividades relatadas pelos participantes, o surgimento do novo coronavírus desatou qualquer possibilidade de elo entre os ACS e a comunidade em um primeiro momento em que as informações sobre o risco de contágio ainda eram incertas. Assim, a tão referida "resistência" por parte deles não nos parece apenas uma resposta simples ao medo do contágio. Ela parece ser, antes de tudo, uma questão endereçada à gestão sobre a pertinência de suas funções em um momento em que as possibilidades de ação sobre os corpos demandam tecnologias de maior complexidade às quais eles não têm acesso.

Ao terem cotidianamente as dimensões mais potentes de seu trabalho suprimidas através de uma organização do trabalho que responde a uma perspectiva focada em condições crônicas, os gestores parecem não ter encontrado formas imediatas de remanejar os ACS no início da pandemia, o que em um segundo momento parece mudar, ao recomeçarem práticas como visitas domiciliares e cadastramentos - ou seja, a partir do momento em que os EPI e as diretrizes sanitárias de prevenção se delinearam mais claramente, o trabalho do ACS foi restaurado novamente sob os mesmos termos de antes, focando-se agora no acompanhamento de casos sintomáticos e na flexibilização de seu trabalho para "apoio" em outras áreas. Novamente, é importante reiterar que esta hipótese não se trata de uma interpretação de natureza psicológica ou referente às dinâmicas de grupo, mas sim a intuições reflexivas que podem provocar os gestores a refletirem em que medida suas atuações estão implicadas estruturalmente na produção desses fenômenos de "resistência".

Como posto em um dos relatos trazidos, organizar o trabalho do ACS para que este se volte a um olhar sanitário da comunidade não depende apenas de uma escolha de gestão - apesar de esta ser fundamental -, mas também de uma capacitação que qualifique esses profissionais a compreenderem o potencial de suas características. Para tanto, acreditamos que, além de uma iniciativa programática por parte da gestão, repactuando inúmeros aspectos da organização da Atenção Básica, é preciso iniciar uma experiência de reflexão sobre as relações de saber e poder que se estabelecem entre os ACS e outros profissionais de saúde. Recorremos novamente a Ricardo Bruno (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 211) quando este nos aponta uma característica essencial no aparecimento e consolidação do modelo capitalista de organização do trabalho (especialmente a partir da Revolução Industrial): a separação entre "trabalho manual" e "trabalho intelectual". Enquanto este último é representado basicamente pelo ato de "conceber" o objeto almejado pelo trabalho e "planejar" sua confecção, o trabalho manual é a parte à qual cabe executar o que é anteriormente estabelecido. Nessa divisão estruturante, apesar de as duas categorias de trabalho serem interdependentes, elas claramente não são divididas de maneira homogênea - o que nestes termos, talvez, nem seja possível, mas também não impede que ela seja menos desigual, não fosse essa divisão um efeito, afinal, de uma distribuição desigual do poder e das tomadas de decisão que tem por objetivo a perpetuação dessa organização (MENDES-GONÇALVES, 2017a). Quando dizemos que essa distribuição desigual do saber (sobre a natureza, o objeto e o propósito do trabalho) não é distribuída igualmente entre os sujeitos não queremos dizer que isso serve à

manutenção do status de "soberania" (aqui em seu sentido essencialista) de uma casta de pessoas, mas sim à perpetuação de um modo de produção, de uma organização dirigida a determinados fins, e que é condicionada majoritariamente por uma constelação de dispositivos táticos (FOUCAULT, 2015). Não é, portanto, de maneira evidente que essa organização do trabalho e divisão de poderes se dá, mas sim na pulverização de inúmeras táticas microscópicas que impelem os sujeitos a operarem para a manutenção dessa condição histórica.

Como exemplo, tomamos a tecnologia dos tablets, tão mencionada e valorizada nos discursos dos gestores e gerentes. Existe a partir de sua instauração uma outra qualidade no controle das atividades realizadas no território pelo ACS, sendo elas o cadastramento de novos usuários e atualizações oriundas das visitas domiciliares. Essas são as duas atividades que ganham outra qualidade de controle em relação aos gestores, sendo estes agora capazes de averiguar instantaneamente o que é ou não realizado pelo ACS. A digitalização e centralização de informações que é possível graças ao tablet parece-nos ter claros potenciais positivos, na medida em que as informações colhidas de maneira qualificada são fundamentais para a elaboração de estratégias de intervenção no território. O mesmo potencial do instrumento pode, no entanto, apenas favorecer uma continuidade da ênfase restritiva dada às funções do ACS como circunscritas aos protocolos de visita domiciliar e constante atualização de prontuários - esta última atividade sempre descrita pelos participantes como algo que tomava até então um tempo significativo do trabalho do ACS, sendo este agora otimizado pela informatização da coleta de dados pelo tablet. A pergunta que fica é: esse tempo otimizado, esse tempo ganho com a agilidade proporcionada pelo tablet, será usado para quê? Ele abrirá perspectivas para que o ACS realize outros potenciais de seu ofício, em especial os pertencentes às práticas de educação, prevenção e promoção em saúde, ou serão apenas utilizadas com o objetivo de intensificar os processos de trabalho já operantes? É nesse sentido que Foucault (2015, p.170) descreve que os dispositivos de governo apresentam-se de inúmeras formas, aparentemente inócuas, não para legislar sobre os corpos, mas para governá-los a partir de procedimentos capilarizados que o impulsionam a otimizar a reprodução das relações de saber poder hegemônicas. Elas de fato apresentam-se sob os adjetivos de "otimizadoras", "facilitadoras" ou "modernas", mas esses atributos não podem ser depreendidos de uma tecnologia como qualidades *per si* destas, senão como correspondentes a uma demanda de resposta às necessidades sociais de saúde (MENDES-GONÇALVES, 2017b) - o que demonstramos anteriormente, visto que o mesmo instrumento pode tanto abrir possibilidades de autonomia para

o ACS, quanto apenas instaurar uma forma de fiscalização mais apurada da estagnação de suas funções.

É o que parece ser devidamente descrito por Gastão Campos (2010, p. 2) ao empregar o conceito de "racionalidade gerencial hegemônica":

Denominei de “racionalidade gerencial hegemônica” as várias teorias ou métodos que buscam regular o trabalho do ser humano. Valendo-se de distintos recursos, se esforçam para aproximá-lo do funcionamento de uma máquina. Um mecanismo concebido em uma lógica mecânica ou cibernética, com essa finalidade foram criados tanto métodos de controle direto – supervisão –, quanto modos indiretos de controle, como a avaliação de resultados.

Tal racionalidade, portanto, teria por pretensão a reificação das necessidades de saúde, justificando a operacionalização dos processos de trabalho a partir de inúmeros dispositivos de controle que suprimem a autonomia do trabalhador - o que se dá através de um alinhamento entre a gestão em saúde e o discurso científico, sendo este o legitimador da substituição e instauração de novas tecnologias que seriam progressivamente mais modernas e adequadas por si mesmas, alienadas das necessidades de saúde às quais respondem. Assistimos aos efeitos dessa conjuntura através da aceitação aparentemente unânime de uma tecnologia como "melhor" em si mesma, como progresso natural, substituição programada de algumas coisas pelas outras - do papel para a tela, por exemplo. O que convidamos os gestores a refletir é se o que se está mudando não é apenas o suporte tecnológico que legitima e intensifica a mesma organização do trabalho que parece sustentar efeitos deletérios ao potencial de trabalho do ACS.

A adesão a essa tecnologia apareceu em alguns relatos como não ocorrendo de maneira homogênea, sendo apontada pelos gestores a necessidade de os ACS "entenderem" que a ferramenta está lá para ajudá-los em seu trabalho. São frequentes os exemplos em que a adesão dos ACS às tecnologias ou diretrizes de trabalho da gestão são tomadas como índices de sua compreensão, remetendo à apreensão dos dispositivos disciplinares que organizam o trabalho como evidentemente desejáveis e eficazes. Questionamentos sobre sua pertinência por parte dos trabalhadores são vistos em alguns relatos como sinais de "dispersão", como uma fuga do foco do que realmente importa. Para evitar isso faz-se necessário segmentar a comunicação entre os membros da equipe, abrindo menos espaços para uma conscientização integral dos processos que envolvem o trabalho da equipe de saúde, subtraindo as possibilidades de um intercâmbio de saberes

e diminuindo o escopo de autonomia dos profissionais, visto que o espaço não se abre para uma escuta ("o que vocês têm a dizer?").

Sabemos que a reunião de pessoas de maneira pouco estruturada é propícia ao fluxo livre de ideias e à vazão de aspectos que são livremente associados e que frequentemente não produzem ganhos estratégicos às ações de saúde - é esta cena que é desenhada por aqueles que veem a democracia institucional como algo "bonito na teoria", mas impraticável no cotidiano complexo do trabalho. Sim, em certa medida ela é estruturalmente impraticável na medida em que o trabalho se organiza - na maioria das vezes de maneira acelerada e sufocante - para dar respostas às necessidades de saúde invisivelmente pressupostas. Levando-se essa tese aos seus termos, compreendemos que uma reconstrução radical da organização do trabalho é apenas possível por uma mudança nas necessidades de saúde, o que demanda mudanças estruturais em vários pontos nevrálgicos do tecido social. Longe de propormos a imobilidade frente à revolução sempre vindoura ou um ceticismo resignado que apenas determina que "as coisas são como elas são", a transformação dos espaços de trabalho em espaços de intercâmbio entre saberes e distribuição de autonomia e poder é um esforço permanente e de poucas garantias - mas que se esteja ciente que dele não se espera um resultado final e estático a ser alcançado; ele apresenta-se como próprio exercício de uma gestão democrática: seu exercício já é o próprio objetivo.

Importante salientar que, quando falamos em autonomia, não devemos incorrer na ideia de que profissionais possam isoladamente deliberar sobre aspectos fundamentais da organização do trabalho. Por autonomia entendemos que os contratos feitos entre os membros da equipe de saúde - e não apenas entre um profissional isolado e seu gestor - devem contemplar aspectos subjetivos e técnicos plurais, a fim de emprestar significado e coesão às ações de saúde:

A democracia institucional não anula a existência de contrapoderes. A cogestão não prescinde de instâncias que pressionem as equipes de trabalho, obrigando-as a escutar e a dialogar com outros Sujeitos. Ao contrário. Pressões e exigências oriundas da gerência, de outras unidades de produção ou mesmo de usuários podem funcionar como poderoso antídoto contra o corporativismo, a burocratização ou o fechamento em departamentos. Esses contrapoderes tencionam positivamente a lógica interna dos Coletivos. A relação entre esses contrapoderes e o poder em construção dentro de cada Coletivo é o substrato para a formação de compromisso e o estabelecimento de contratos entre a autonomia (predomínio de elementos internos) e o controle (predomínio de forças externas ao Coletivo). (CAMPOS, 2015, p. 148)

Esse processo não pode ser descrito em termos de "convencimento" ou "entendimento", desenhado como um vetor de força unidirecional e vertical sobre um profissional. Esses termos parecem ser empregados pelos participantes como formas de reiterar que os ACS fazem parte de um grupo desprovido de informações qualificadas e, por vezes, com dificuldades em compreendê-las - o que cria a anteposição entre a "gerência científica" e um conhecimento tido como informal e prejudicial à organização do trabalho, precisando este ser esquadrinhado para a plena efetivação das funções desejadas (CAMPOS, 2015). Um exemplo disso foi o momento de preparação dos ACS para o combate à pandemia: ele configurou-se como um espaço em que um especialista colocava seu conhecimento à disposição de profissionais demandantes por respostas. Sem dúvidas, um momento fundamental para dirimir questões que impediam uma compreensão clara dos riscos reais relativos à COVID-19. Os sintomas, as formas de transmissão e a evolução da doença foram informações abordadas certamente com qualidade técnica por parte do infectologista do município. Mas pensemos por um momento: não estariam indelevelmente ligadas à transmissão do vírus as condições socioeconômicas e a conjuntura cultural em que a população adscrita pertence? Não seria a experiência como habitante do território e profissional próximo às subjetivações que sustentam os comportamentos de risco implicados na disseminação do vírus suficiente para incorporar o ACS na "base" dos profissionais fundamentais no combate à pandemia, não relegando-o ao "apoio"? A organização do trabalho em saúde nesses termos não é monopolizada pelo saber técnico, mas entrelaça-se aos saberes de outra natureza:

(...) quanto mais abrangente for este mundo incorporado pelo ato de cuidar, mais este vai ter que operar uma caixa de tecnologias ampla e complexa, não sendo suficiente que alguns poucos programas tentem dar conta da produção da saúde, pois esta é exigente e complexa. Mobiliza muitas linhas de cuidado. Consome muitos tipos de saberes tecnológicos. (MERHY, 2006, p. 4)

Ainda com Merhy (2006, p. 8), o autor lista alguns aspectos que estão sob especial alçada das gestões em saúde: a capacidade de formular políticas com diferentes níveis de penetrabilidade para a influência dos profissionais; a indução no uso de tecnologias específicas; e a capacidade de inseri-las na organização do trabalho. Essas deliberações não incidem apenas na qualidade do cuidado oferecido pelo trabalhador de saúde e no protagonismo que este possa vir a nele exercer, mas está intimamente ligado à modulação das demandas que a população faz aos serviços de saúde. O modelo de cuidado oferecido pelos dispositivos de saúde, portanto, transcreve as necessidades de saúde da população, na medida em que esta as codifica em demandas que possam ser atendidas

pela equipe de saúde (MERHY, 2006). O interessante ao se levar esse aspecto em consideração é pensarmos em que medida o cuidado até então oferecido pela Atenção Básica do município condicionou as formas de uso que esta fez dos serviços de saúde durante a pandemia e, ainda mais, como esta lidou com a própria realidade da disseminação comunitária do vírus.

Sendo a lógica que organiza a atenção do serviço eminentemente anatomopatológica, isolando o adoecimento de seus determinantes sociais, somos provocados a pensar até que ponto a carência de uma constante política de educação em saúde que permitisse à comunidade apreender os aspectos amplos que se implicam no processo saúde-doença não favoreceu o comportamento individualista que tanto corroborou para o alastramento da pandemia. A indução não é desdenhável quando compreendemos que existe uma inter-relação íntima entre um instrumento de trabalho e seu objeto: um molda-se ao outro uma vez que o instrumento se formata a fim de provocar uma transformação específica no objeto do trabalho, sendo este recortado para corresponder ao formato do instrumento (MENDES-GONÇALVES, 2017b). Ou seja, as tecnologias da clínica anatomopatológica atuam sob o recorte da doença que, por sua vez, é delimitada ao corpo do usuário que, assim, concebe o processo de saúde-doença como circunscrito apenas aos condicionantes de seu organismo e comportamento pessoal, reforçando as intervenções em saúde já estabelecidas ao transcrever suas necessidades em demandas apreensíveis pelo serviço de saúde - e desfavorecendo a compreensão de que apenas juntos, como comunidade, podemos combater o avanço do vírus.

O ACS é concebido pelos gestores e gerentes de unidade entrevistados como um profissional repleto de contradições e indeterminações, ao mesmo tempo reconhecido como detentor de um potencial pouco utilizado e, em certa medida, aparentemente desconhecido tanto por estes quanto pelos próprios profissionais. Denominado por alguns como "base" das equipes de saúde da família, o manejo de suas funções constantemente parece incorrer num campo de indeterminação, no qual "desvios" são compreendidos como parte do "apoio" à saúde.

O desconhecimento oriundo do rápido surgimento da COVID-19 colocou o saber técnico epidemiológico em primeiro plano, relegando ao ACS um papel incerto em um primeiro momento, que, unido aos seus receios sobre o risco de infectar-se, restringiu-o às funções operacionais no espaço da UBS. Ao retornarem às atividades no território, observamos algumas práticas de prevenção e educação em saúde que, no entanto, não parecem ter assumido o primeiro plano da

reorganização do trabalho naquele momento, fazendo com que o ACS retornasse ao cumprimento das atividades de visita domiciliar e cadastramento. A retomada dessas atividades e o assentimento de novas tecnologias de comunicação por parte dos ACS é muitas vezes entendida pela gestão como uma questão relativa ao campo do convencimento e da compreensão, na qual as decisões técnicas e seus instrumentos parecem ser concebidos no interior de uma racionalidade tecnocientífica de benefícios inquestionáveis, o que diminui os espaços de autonomia e intercâmbio de saberes entre os gestores e esses profissionais.

Reconhecido como "elo" entre a equipe de saúde e a comunidade, o ACS, no entanto, é representado em vários momentos como um profissional que não está inteiramente inserido nas capacidades técnicas e acadêmicas da área de saúde para reconhecer a pertinência das escolhas da gestão. A percepção de que no momento esse profissional pode ser qualificado como um "fiscal como portaria" que deveria converter-se idealmente em um "fiscal sanitário" é significativa na medida em que aponta para um entendimento por parte da gestão de que sem uma qualificação adequada dos ACS, eles mesmos não serão capazes de criar outras possibilidades de intervenção na comunidade. Essa qualificação não deve se restringir apenas a um grupo incrementado de técnicas operativas - como parece reiterar o novo plano de educação oferecido pelo governo federal aos ACS -, mas primeiramente abrir espaços de posicionamento concreto desses profissionais no processo de organização do trabalho, o que, como vimos, não é sinônimo de desorganização e improdutividade quando realizado sob acordos coletivos - além de não nos esquecermos que a "improdutividade" é caracterizada a partir de um referencial de necessidades sociais que a todo momento precisam ser questionadas pela equipe de saúde a fim de compreenderem os reais motivos que se fazem presentes no processo de saúde-doença. Acreditamos que a pandemia, com todas as incertezas e perdas que nos trouxeram no campo social e subjetivo, pode ser potente em evidenciar problemas crônicos sobre o manejo do ACS na Atenção Básica e a necessidade de repactuar novas formas de organizar seu trabalho a partir de uma perspectiva democrática.

7 CONCLUSÃO

A gestão pública é historicamente um campo de embates políticos que implicam a figura do gestor em saúde numa posição por vezes solitária frente ao peso ético e técnico de suas escolhas

e intervenções nem sempre devidamente assessoradas pelas instituições que lhe deveriam oferecer apoio jurídico e científico (CONASS, 2016). Na contemporaneidade as teses que aproximam a gestão pública dos modelos de gestão privada - defendendo a superioridade desta sobre a primeira - popularizaram-se a ponto de camadas consideráveis da população assimilarem a gestão pública como sinônimo de ineficiência e corrupção, avesso de uma gestão moderna e dinâmica que a iniciativa privada poderia oferecer nos diversos âmbitos dos serviços sociais. Tal raciocínio omite uma diferença fundamental que, a despeito de intercâmbios técnicos e administrativos positivos que possam se realizar entre esses modelos de gestão, não pode ser esquecida pelos pesquisadores e profissionais de saúde: enquanto a iniciativa privada procurará a otimização dos processos de trabalho para a obtenção de lucro, a gestão pública sempre avançará em suas intervenções a partir do consenso político e buscando o bem estar integral e comunitário. É demandado do gestor, portanto, um constante aprimoramento de suas capacidades de mediação de conflitos e facilitação de consensos políticos, além da constante capacitação técnica que o avanço veloz das inovações tecnológicas em saúde traz, muitas vezes coabitante de situações de subfinanciamento (MOTTA, 2013).

Apesar da inegável posição privilegiada que os gestores e gerentes assumem na promoção de ações de saúde, é necessário salientar que a autonomia e o poder de ação a estes concedidos nem sempre repercutem numa genuína liberdade de intervir e criar novas direções organizacionais para os serviços de saúde, muitas vezes circunscrevendo-os majoritariamente à execução de planejamentos oriundos do embate de vários grupos de influência, condicionando sobremaneira seus próprios modelos de trabalho (MOTTA, 1987 apud MOTTA, 2013). Constatar essa realidade é perceber que ela está submetida a uma insistente reprodução das necessidades sociais de saúde que representam uma decantação de inúmeras condições histórico-materiais e simbólicas interdependentes. Essa interdependência levou-nos a investigar tanto os aspectos concretos quanto os representacionais do trabalho dos ACS para figuras tão fundamentais na efetivação do SUS como os gestores e gerentes de saúde. Esses atores do SUS estão imersos, como procuramos evidenciar em seus relatos, no fulcro das contradições estruturais que fundamentam as necessidades sociais de saúde. Ao mesmo tempo que observamos a perpetuação de modelos de atenção anatomopatológicos e práticas organizacionais ainda pouco calcadas na democracia institucional, assistimos ao reconhecimento de uma repactuação sobre a pertinência das ações de promoção e prevenção em saúde, além de uma reorganização dos ACS nesse amplo objetivo. É preciso que o

gestor, portanto, seja capaz de qualificar-se para realizar um elo - função tão conferida ao ACS - entre as necessidades de saúde de seu território e as potencialidades de âmbito técnico e cultural que cada profissional detém (BRASIL, 2020a).

Quem sabe possamos propor que, ao invés de diferenças radicais entre gestores e ACS, existam muitas similaridades em suas condições de trabalho. Ambos estão inseridos em posições híbridas nas quais se interseccionam diferentes saberes científicos e comunitários, sendo suas intervenções pouco assessoradas e de definição substancialmente condicionada por concepções políticas. Esses dois profissionais encontram-se, cada qual em um estrato distinto de atuação, exercendo funções intersetoriais e de mediação (NUNES et al., 2002). Essa não homogeneidade de saberes e práticas colocada frequentemente como obstáculo às ações de saúde efetivas são, em verdade, o gérmen de sua concreta eficiência, pois é pela sua apreensão e compreensão profundas que podemos ter acesso aos concretos determinantes de saúde que merecem resposta. Como observamos na preparação dos ACS para o combate à pandemia, essas contradições ou a natureza popular de tais saberes muitas vezes são negligenciadas frente ao conhecimento científico, mas é preciso reconhecê-las não só como ferramentas valiosas para as estratégias de saúde, como também sendo sua própria valorização uma possibilidade de criar motivação, integração e significado ao trabalho desses profissionais. É preciso, portanto, criar condições para que eles percebam já serem detentores desse saber, e que lhes resta, por vezes, apenas qualificarem-se para operacionalizá-lo. O caminho não é a supressão das contradições em que estamos inseridos, mas tomada de consciência delas. É e sempre será no meio delas que a saúde e a doença se produzirão.

REFERÊNCIAS

- AZEVEDO, Cristina *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia da COVID-19. **Revista portal: saúde e sociedade**. Maceió (AL), vol. 5, n. 1, p. 1299-1314, 2020.
- BENTES, Rodrigo Nascimento. A COVID-19 no Brasil e as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios e problemáticas enfrentados no cenário nacional de pandemia. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, p. 175-182, 18 jun. 2020.
- 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. 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. CONASEMS. **Vigilância em saúde nos municípios**. Campinas, SP, 2020a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de COVID-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde**. 2020c.
- 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, 2020d.
- BRASÍLIA. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Guia orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2020.
- CABRAL, Elizabeth Regina de Melo *et al.* Contributions and challenges of the Primary Health Care across the pandemic COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-12, 11 Apr. 2020.
- CABRAL, Symara Abrantes Albuquerque de Oliveira *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 Wagner de Souza. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 229-266.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>. Acesso em: 10 jan. 2021.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e cogestão de coletivos**. 5ª edição. São Paulo: Hucitec, 2015.

CARNEIRO, Carla Cabral Gomes; MARTINS, Maria Inês Carsalade. Novos modelos de gestão do trabalho no setor público de saúde e o trabalho do agente comunitário de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 45-66, Apr. 2015.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**. 3ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Brasília, 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/gestor-publico/>. Acesso em: 17 fev. 2021.

COSTA, Nilson *et al.* Os agentes comunitários de saúde e a pandemia da COVID-19 nas favelas do Brasil. **Portal Fiocruz**, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/artigo-agentes-comunitarios-de-saude-e-pandemia-da-covid-19-nas-favelas-do-brasil>. Acesso em: 08 jan. 2021.

DAUMAS, Regina Palva *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00104120, 2020.

DUARTE, Rafael Bezerra *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.

ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. DAPS/SPS/SES/SC. **Nota Técnica nº 003/2020**. Santa Catarina, 2020.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMSSP). **Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da Covid-19**. 2ª versão. 2020.

FIOCRUZ. **Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19.** Rio de Janeiro, 20 de julho de 2020.

FONSECA, Angélica Ferreira; MAROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 11, n. 3, p. 525-552, 2013.

FOUCAULT, Michel. A governamentalidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** 3ª edição. Rio de Janeiro, São Paulo: Paz e Terra, 2015, p. 407-431.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GOMES, Maria Fernanda Pereira; GRYSCHKEK, Anna Luiza de Fátima Pinho Lins. Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitários de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, vol. 23, n. 3, p. 919-927, 2014.

GIOVANELLA, Lígia; Mendonça, Maria. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, Lígia *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistemas e Saúde no Brasil.** 2a edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e Cebes, 2012, p. 493-547.

GIOVANELLA, Lígia *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**, Rio de Janeiro, vol. 35, n. 3, mar. 2019.

LORENZETTI, Jorge *et al.* Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014.

LOTTA, Gabriela *et al.* Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. **The Lancet**, vol. 396, p. 365-366, 2020.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Brasília (DF), vol. 20, p. 4185-4195, 2020.

MAIA, Ana Carolina; AGOSTINI, Rafael; AZIZE, Rogerio Lopes. Sobre jogos de (des)montar: Covid-19 e Atenção Primária à Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, e300314, 2020.

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

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. 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.

MERHY, Emerson Elias. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 113-160.

MERHY, Emerson Elias. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. *et al.* (Orgs.). **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª edição. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 15-36.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª edição. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOROSINI, Márcia Valéria; CORBO, Anamaria D'Andrea; GUIMARAES, Cátia Correa. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 287-310, jul. 2007.

MOTTA, Paulo Roberto de Mendonça. O estado da arte da gestão pública. **Rev. Adm. Empres.**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 82-90, fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75902013000100008>. Acesso em: 16 fev. 2021.

NORONHA, José Carvalho de; LIMA, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª edição. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 365-393.

NUNES, Mônica de Oliveira *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.

SILVA, Kamilla Santos *et al.* Percepção de gestores e enfermeiros sobre a organização do fluxo assistencial na rede de serviço de saúde. **Rev. Eletr. de Comunicação Informação & Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, vol. 11, n. 2, 2017.

ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DE SAÚDE

Objetivo:

Analisar a percepção da gestão sobre o trabalho dos ACS na pandemia (desafios, potencialidades e definição do trabalho)

Dados de identificação:

- Qual sua formação acadêmica?
- Qual a função e há quanto tempo a exerce?

1) Perguntas direcionadas ao "plano ideal" no enfrentamento à COVID-19 (considerando os princípios e diretrizes do SUS).

- Do ponto de vista ideal, como você entende o papel da atenção básica no SUS e o papel dela no enfrentamento da COVID-19?
- Do ponto de vista ideal, como você entende que seria o papel do ACS no enfrentamento à pandemia?
- Como você avalia as recomendações do Ministério da Saúde acerca da organização da APS no enfrentamento à pandemia?
 - E sobre o trabalho dos ACS?

2) Perguntas sobre a expectativa da gestão sobre a AB de Franco da Rocha no enfrentamento da COVID-19.

- Para você, quais eram as características da AB do município nos meses imediatamente anteriores à pandemia?
- Com a pandemia, quais foram as estratégias implementadas para a AB?

- Com relação aos ACS, alguma estratégia foi implementada?
- Quais foram as diretrizes estabelecidas para orientar o trabalho deles durante a pandemia?

- Que instrumentos de trabalho (ferramentas tecnológicas, equipamentos e orientações) foram disponibilizados no contexto da pandemia?

- Houve contratação e capacitação de profissionais neste período?

- Quais tipos de apoio você recebeu para formular as estratégias da SMS para a COVID-19?
 - Ministério da Saúde
 - OMS
 - SMS
 - Outras secretarias do município

- Você poderia destacar algum exemplo de atuação das equipes durante a pandemia? (lista de possíveis exemplos: *fast tracking*, readequação de fluxo para pacientes suspeitos, busca Ativa; orientação e monitoramento de pessoas/famílias em isolamento domiciliar, orientação da população em geral, visita domiciliar, treinamento sobre uso de EPI e higienização, busca ativa de sintomáticos e contactantes, identificação e apoio à famílias mais vulneráveis, teleatendimento).

- Também entrevistaremos os gerentes de UBS e agentes comunitários sobre o trabalho realizado por eles durante a pandemia: o que você acha que eles vão destacar?

- Em quais recomendações técnicas você se baseou para a elaboração dessas estratégias?

3) Qual a avaliação que a gestão faz do desempenho da AB no enfrentamento à COVID-19.

- Na prática, como você considera que ocorreu a atuação da AB no enfrentamento à COVID-19?

- Quais pontos críticos e positivos da rede você passou a identificar desde o início do combate à COVID-19?

- Quais são as principais devolutivas que os trabalhadores da AB têm feito à gestão? (feedbacks, demandas, canais de comunicação entre gestão e trabalhadores).

- Como você avalia o trabalho realizado aqui no município pelos ACS para o enfrentamento à pandemia? (dificuldades e avanços).
- Na sua avaliação, como você acha que a SMS conseguiu lidar com as diferentes demandas, recomendações e pressões de outros setores da gestão municipal com as do Estado e do Ministério da Saúde?
- *Perguntar se o entrevistado gostaria de destacar mais alguma coisa*

ANEXO B - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GERENTES E COORDENADORES DE EQUIPE DE UBS

Objetivo geral:

Analisar os principais desafios e potencialidades da AB no enfrentamento da pandemia de COVID-19, com ênfase no trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

- Qual sua formação acadêmica?
- Qual a função e há quanto tempo a exerce?
- Qual função você exercia antes da coordenação?
- Quantas equipes você coordena atualmente?
- Há quanto tempo trabalha com essa(s) equipe(s)?
- Qual a composição das equipes? Há falta de algum profissional no momento? Se sim, qual e há quanto tempo?
- Qual a população adscrita? Quais são as principais características dessa população?
 - Vocês costumam trabalhar com a construção de mapas do território? Como esse mapa é elaborado e atualizado?
 - Se não, o que utiliza para delimitação e caracterização do território?
- O que destacaria do trabalho das equipes, antes da pandemia? Quais eram os principais desafios?
- Como estavam organizadas as reuniões de equipe? (Quem participava? Com qual periodicidade? Quais eram as pautas?) E como estão agora na pandemia?

- Como eram realizadas as visitas domiciliares? (Quem fazia? Para quem? Com que frequência?) E como estão agora na pandemia?
- Quando foi confirmado que existiam casos comunitários e que seria preciso adotar o protocolo de segurança, qual foi a reação da equipe? Como os ACS reagiram à situação?
- Com a Pandemia, quais medidas foram tomadas para organizar o trabalho da equipe da sua unidade?
 - E para organizar o trabalho dos acs?
- Como era o trabalho dos ACS e como tem sido?
 - Cuidados individuais
 - Visitas domiciliares
 - Trabalho no território
 - Educação em saúde
 - Cuidado coletivo
 - Ações intersetoriais
 - Promoção de saúde
 - Cadastramento
 - Utilização de recursos tecnológicos/digitais
- Como é feito o acompanhamento do trabalho do ACS?
 - São estipuladas metas? Se sim, qual(is)?
- Quais medidas foram tomadas para a saúde do trabalhador?
 - EPI
 - condições seguras de trabalho
 - apoio psicossocial
 - houve alguma ação voltada para os ACS especificamente?

- Em relação aos afastamentos de licença médica, houve alguma alteração com a pandemia? E quais foram as causas desses afastamentos?

- Como você acredita que ficarão as práticas em saúde após a pandemia?
- Em relação à utilização de recursos digitais, qual o seu impacto na rotina de trabalho da UBS e na saúde dos trabalhadores?

- Quais são as principais devolutivas dos trabalhadores da sua unidade? (*feedbacks*, demandas, canais de comunicação entre gestão e trabalhadores).

- *Perguntar se o entrevistado gostaria de destacar mais alguma coisa*