



Práticas coletivas de cuidado na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia da covid-19

Collective care practices in Primary Health Care during the COVID-19 pandemic

Roberta de Pinho Silvetra¹, Fernanda Carlise Mattioni^{2*}, Priscila Tadei Nakata Zago¹, Michele Neves Meneses¹, Tiago Souza Paiva¹, Cristianne Maria Famer Rocha²

¹ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil ² Docente da Escola de Enfermagem e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre (RS), Brasil.

*Autor correspondente: Fernanda Carlise Mattioni – Email: fernanda.mattioni@ufrgs.br

RESUMO

As práticas coletivas de cuidado se configuram como importantes intervenções de cuidado de enfermagem. O estudo objetivou analisar como se constituíram as práticas coletivas de cuidado realizadas pelas enfermeiras, durante a pandemia, na Atenção Primária à Saúde. Metodologia: pesquisa qualitativa, inspirada no método genealógico de Michel Foucault. O instrumento para produção de dados foi a entrevista semiestruturada respondida por 59 enfermeiras atuantes na Atenção Primária à Saúde. Resultados: Na pandemia as práticas coletivas foram descontinuadas. Identificou-se o processo de precarização da Atenção Primária à Saúde. Discussão: Vivemos uma situação biopolítica na qual diversas populações estão sujeitas ao que chamamos de “precarização”. Conclusão: A manutenção das práticas coletivas de saúde na Atenção Primária à Saúde fortalece o enfrentamento aos processos de precarização da vida. Ao ocuparem o espaço público da Atenção Primária à Saúde, as práticas coletivas de cuidado evocam a desindividualização enfraquecendo a medicalização social.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidados de Enfermagem. Pandemia.

ABSTRACT

Collective care practices are essential nursing care interventions. This study aimed to analyze how collective care practices nurses performed during the pandemic in Primary Health Care were established. Methods: This qualitative research was inspired by Michel Foucault's genealogical method, which adopted semi-structured interviews from 59 nurses working in Primary Health Care as a data production instrument. Results: Collective practices were discontinued during the pandemic, and we identified PHC's precariousness. Discussion: We live in a biopolitical situation in which several populations are subject to “precariousness”. Conclusion: Preserving collective health practices in PHC strengthens the confrontation of life precariousness. By occupying the public space of Primary Health Care, collective care practices conjure deindividuation, weakening social medicalization.

Keywords: Primary Health Care. Nursing Care. Pandemic.

INTRODUÇÃO

As práticas coletivas realizadas através da formação de grupos se configuram como importantes abordagens de cuidado da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS). Essas práticas têm como objetivo promover a saúde e prevenir doenças.¹ No Brasil, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica foram marcos determinantes para a valorização das atividades coletivas como importantes intervenções terapêuticas. Assim, as práticas coletivas foram valorizadas, a partir das práticas e dos saberes da saúde mental, mas também como importantes práticas de cuidado à saúde realizadas pelas enfermeiras na Atenção Básica (AB).²

Nesse nível de atenção em saúde, a articulação entre tecnologias de cuidado individuais e coletivas buscam resolutividade frente às demandas de saúde da população e está prevista na Política Nacional de Atenção Básica.³ De acordo com a referida Política, APS e AB são considerados termos similares. A APS é considerada, internacionalmente, como nível estratégico de atenção à saúde, com potencial para responder às diversas necessidades em saúde da população com eficácia e resolutividade.⁴ O termo AB, por sua vez, também se refere ao primeiro nível de atenção à saúde, mas remete à história da Reforma Sanitária Brasileira.³

Destaca-se que a APS tem sua organização segundo tensionamentos de dois modelos antagônicos: a APS abrangente e a APS seletiva. A APS abrangente emergiu na *Conferência de Alma-Ata*, em 1978, como resultado do entendimento de que a promoção da saúde e a prevenção das doenças estão fortemente relacionadas ao desenvolvimento social e econômico do país, ressaltando a importância do acesso da população às determinações sociais da saúde. Os princípios do SUS estão alinhados com esse modelo e, nesse sentido, preconizam a universalidade, a participação social e a APS como primeiro ponto de contato das pessoas com os serviços públicos de saúde.⁵ Por sua vez, a APS seletiva, emerge em oposição à abrangente, como parte de uma crítica à amplitude das ações desta. A APS seletiva representa os interesses do Banco Mundial em relação aos sistemas de saúde dos países cujas populações apresentam maior vulnerabilidade

socioeconômica, através da proposta de uma oferta limitada de serviços. Esse modelo de APS representa as políticas neoliberais e, durante os anos 1990, esteve articulado com as ações de organismos internacionais que apoiavam e produziam a realização de reformas de Estado de cunho neoliberal na América Latina.⁶

Nesse contexto, o Movimento da Reforma Sanitária adotou o termo AB em contraposição à APS seletiva, com objetivo de se distanciar dessa visão neoliberal e reforçar a concepção ampliada de saúde do SUS.⁵ Nessa pesquisa busca-se ressaltar a utilização do termo APS como um campo de práticas de cuidado - tanto coletivas, como individuais - realizadas de modo multiprofissional, sob coordenação e realização de diferentes núcleos profissionais, o que em certa medida tende a ampliar as potencialidades das suas abordagens.⁷

Assim, as práticas coletivas de cuidado em saúde, desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), a partir do diagnóstico situacional de cada território, são ampliadas pela multiprofissionalidade. Os diferentes saberes dos profissionais que atuam nesses serviços favorecem a interdisciplinaridade e uma atenção integral à população, de forma que as práticas coletivas possam se constituir como mais um modalidade terapêutica.⁷ Entende-se que um cuidado organizado e realizado por profissionais de diferentes áreas possa se configurar como um ponto de partida para possíveis iniciativas de construção de um cuidado interprofissional, que apesar de já ser considerado o mais produtivo para a qualificação da APS, ainda encontra entraves para a sua implementação e sustentabilidade, como a dificuldade de comunicação entre a equipe e a elaboração de estratégias capazes de reduzir as disputas de poder entre os profissionais de saúde.⁸

Ressalta-se que as práticas coletivas de cuidado à saúde, apesar de, no contexto da APS, terem, frequentemente, como foco ações educativas para prevenção e promoção da saúde, na maioria das vezes, estão voltadas para o tratamento de doenças crônicas. São poucas as iniciativas que possibilitam ações capazes de promover mudanças e o fortalecimento da autonomia das pessoas e coletividades.¹ Contudo, a coletivização das demandas em saúde pode

problematizar as questões que envolvem o acesso da população às determinações sociais da saúde e “explicitam a importância da manutenção e expansão do SUS como política pública de Estado, bem como, demais políticas públicas.”^{9:2180}

Além disso, a interdisciplinaridade, na composição das práticas de cuidado em saúde, contribui para que o trabalho da Enfermagem se configure como uma prática social. Por prática social entende-se aquelas construídas “a partir das necessidades sociais de saúde que se dão em um momento histórico; se constituem e se transformam na dinâmica das relações com outras práticas sociais que compõem o cenário do SUS.”^{10:753} É a partir dessa perspectiva que a Enfermagem se configura como uma prática social que trouxe para a APS outros modos de compor o cuidado. Sobretudo pela articulação da Enfermagem com a Saúde Coletiva, que traz para as práticas de cuidado em Enfermagem referenciais que ultrapassam as dimensões técnico-operativas que derivam do saber biomédico. Nesse sentido, as enfermeiras produzem saberes e práticas permeadas pelos processos intersubjetivos que ocorrem no trabalho, isto é, que se dão nos encontros entre o trabalhador e o usuário. Esses encontros sejam eles a interação no atendimento dispensado nas UBS ou ESF ou mesmo nas reuniões do controle social possibilitam a construção do vínculo entre usuário e profissional. Tal vínculo é de extrema importância para que as falas dos usuários possam ser consideradas pelos profissionais de saúde para a produção de (co)responsabilidades em torno dos problemas enfrentados.¹¹

Assim, a Enfermagem, enquanto prática social tem um papel fundamental para que a APS possa ser constituída como um cenário no qual as práticas de cuidado possam acionar movimentos contrários à individualização presente no discurso sanitário do autocuidado. Tal discurso ao enfatizar os ideais de promoção da saúde na sua vertente comportamental reforça a ideia de autorresponsabilização do usuário pelo seu estado de saúde.¹² Nesse contexto, apesar de estudos apontarem benefícios implicados na realização de grupos como intervenção terapêutica na APS² a partir do vínculo entre usuário e equipe de saúde, ainda há uma lacuna no que se refere a identificação dos elementos

que compõem tais práticas, bem como faltam indicativos acerca das condições em que estas se desenvolvem.

Dessa forma, o objetivo deste estudo foi analisar como se constituíram as práticas coletivas de cuidado realizadas pelas enfermeiras na APS. Espera-se que essa análise contribua com a produção de resistências aos processos de precarização do SUS, que foram intensificados a partir de 2016 com as políticas neoliberais de ajuste fiscal e as constantes tentativas de privatização da APS. Para tal, nos inspiramos na noção de assembleia, tal como Judith Butler¹⁴ elaborou na obra *Corpos em aliança e a política das ruas – notas para uma teoria performativa de assembleia*. Esta noção contribui para a valorização das práticas de cuidado coletivas de saúde na APS como promotoras de espaços de cuidado concretamente coletivos, nos quais seja possível resistir à ideia de responsabilização individual atribuída às pessoas acerca da gestão da própria saúde e tende a reafirmar o direito à saúde, com acesso ao SUS público e de qualidade.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, inspirado no método genealógico de Michel Foucault.¹⁵ A pesquisa genealógica propõe a elaboração de um diagnóstico do presente, a partir do direcionamento de suas lentes analíticas para as disputas e as tramas, que, pensadas como acontecimentos emergentes em determinado contexto histórico, acabam por constituir saberes consolidados como práticas.¹⁵

O material empírico foi produzido no âmbito da pesquisa nacional *Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos*, coordenado por um grupo de pesquisadores do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP) da Universidade de Brasília (UnB) em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e universidades públicas de todos os estados brasileiros.¹⁶

CENÁRIOS DO ESTUDO

O cenário do estudo foram os serviços de APS, caracterizados a partir do modelo tradicional de UBS e no modelo de ESF. Para seleção dos municípios utilizou-se a tipologia proposta pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), publicada em 2017 no documento *Classificação e Caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil*,¹⁷ em escala municipal. Assim, foram definidas as seguintes tipologias para os municípios: (1) Urbano; (2) Intermediário Adjacente; (3) Intermediário Remoto; (4) Rural Adjacente; (5) Rural Remoto.

PARTICIPANTES

As participantes do estudo foram enfermeiras que atuavam na APS no estado do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira, desenvolver práticas de assistência ou gestão nas equipes de saúde da família na APS por pelo menos três anos. Os critérios de exclusão foram: enfermeiras preceptoras, consultoras, profissionais sem vínculo de trabalho formal com o serviço de saúde, e enfermeiras ausentes por motivo de férias ou afastamento de qualquer natureza.

Os municípios selecionados apresentavam diferentes tipologias: sendo 78 (44,83%) classificados como Urbano, 46 (26,4%) como Rural adjacente, 40 (22,99%) Intermediário Adjacente, 7 (4,02%) Rural Remoto e 3 (1,72%) Intermediário Remoto.

Participaram do estudo 59 enfermeiras do Rio Grande do Sul. Sendo 27 de Porto Alegre, 7 de Nova Petrópolis, 6 de Três Cachoeiras, 5 de Flores da Cunha, 4 de Maçambará, 4 de Teutônia, 3 de Garruchos e 3 de Chuí. Para garantir a confidencialidade das enfermeiras em seus relatos, foram identificadas com a letra E seguida por números arábicos crescentes, de E1 a E59, de acordo com a sequência das entrevistas.

INSTRUMENTO DE PRODUÇÃO DE DADOS

O presente estudo utilizou como instrumento para produção de dados a entrevista semiestruturada, respondida por 59 enfermeiras atuantes na APS no Rio Grande do Sul, entre

novembro de 2020 e fevereiro de 2021. As entrevistas foram realizadas através de plataformas de videoconferência *online* (*Google Meet*). Foram feitos contatos prévios com as participantes via *e-mail* e/ou *WhatsApp* para combinar o horário mais conveniente para a realização da entrevista, que foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para análise e interpretação dos dados.

A entrevista semiestruturada estava organizada em 3 blocos. O primeiro se referia aos dados sociais; o segundo bloco era voltado para a formação profissional; o terceiro bloco trazia perguntas que buscavam conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas na unidade de saúde pelas enfermeiras. Nesse artigo, serão utilizados trechos dos relatos das enfermeiras que trazem elementos que fomentam a análise das práticas coletivas de enfermagem na APS.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se apoiou nos Estudos Foucaultianos e Estudos Feministas e de Gênero, da filosofia de Judith Butler, a qual articula os campos da política, da filosofia e da ética. Tais perspectivas nos oferecem aportes teóricos que possibilitam considerar as relações de poder que constituem as práticas de cuidado em Enfermagem em interface com o papel social da profissão.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CAAE: 20814619.20000.0030). No Rio Grande do Sul, foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE: 20814619.2.3031.5338).

RESULTADOS

O contexto da pandemia provocou a descontinuidade das práticas coletivas realizadas pelas enfermeiras junto a outros profissionais da APS. Os relatos das 59 enfermeiras refletem o discurso sanitário institucional de contingência relativo à pandemia da covid-19 como o distanciamento social, que teve entre suas

medidas a suspensão de práticas coletivas de cuidado em saúde. Conforme fica explícito nos relatos que seguem:

Na pandemia, não tivemos atividades coletivas, os atendimentos foram individuais. (E9)

Agora, no momento, não estamos fazendo nada em grupo. Então, os atendimentos de todos os grupos estão suspensos. (E18)

(...) com a pandemia, a gente não está mais fazendo esses grupos. (E20)

(...) não estamos fazendo [atendimento coletivo], agora a gente está trabalhando com distanciamento. (E12)

No entanto, a entrevista trazia uma pergunta específica acerca da realização das práticas coletivas, que era: “Você faz atendimento coletivo a grupos da população na unidade de saúde? Com qual periodicidade? Que tipo de ação/ações você desenvolve?” As práticas coletivas de cuidado em saúde se configuram como uma questão importante tanto por aparecer como questão prevista pela entrevista, quanto por emergir nas respostas das enfermeiras entrevistadas. Elas descreveram aspectos como a periodicidade, os temas e os modos como as práticas coletivas eram realizadas na APS, antes da pandemia começar. Contudo, alguns relatos apontam que mesmo antes da pandemia, as práticas coletivas na APS eram pouco frequentes ou até mesmo não eram realizadas:

Temos uma certa dificuldade com grupos aqui. A gente até consegue fazer quando tem uma programação maior, tipo aniversário do município porque eles [os usuários da UBS], a maioria mora para fora, depende de transporte e de horários. Então, às vezes, a gente marca uma reunião, eles não querem ficar porque todos têm horário para ir para casa, estão de carona,

estão de transporte coletivo. (E8)

Aqui na nossa unidade é muito difícil a questão de grupo. A gente começa um grupo numa semana com 40 pessoas, na outra semana vem dez e, na outra, não vem ninguém... as pessoas não conseguem vir, são trabalhadores. (E34)

Duas vezes no ano... não consigo mais que isso. Quando não estão em época de agricultura, que eles estão mais sem trabalho, aí eu consigo fazer essas reuniões, fora isso, é mais individual mesmo. (E9)

Entre as causas da não realização de práticas coletivas está a dificuldade de mobilidade das pessoas, especialmente as que moram em regiões com características rurais, nas quais o deslocamento até a UBS fica na dependência de carona, pois o transporte público nem sempre atende essas populações. Nessas regiões o trabalho com agricultura tende a dificultar o deslocamento até o serviço de saúde, embora, o trabalho em geral também tenha sido relatado como algo que impede as pessoas de frequentar atividades na APS.

Segundo os relatos das enfermeiras, quando as práticas coletivas ocorriam eram, na maioria das vezes, relacionadas a atividades preventivas ou prescritivas como o Hiperdia (atividade de acompanhamento de hipertensos e diabéticos instruída pelo Ministério da Saúde). Como podemos observar nos trechos a seguir os grupos de Hiperdia são muito frequentes nas práticas coletivas que acontecem na APS:

Hiperdia e gestante são grupos mensais e tabagismo é semanal. (E35)
Agora, com a pandemia, o dia a dia está sem as atividades que a gente exerce na Atenção Primária, sem grupos de Hiperdia ou de tabagismo, sem grupos de autoajuda, então agora está tudo trancado. (E20)
Antes da pandemia a gente fazia grupos, a gente tinha

grupo de gestantes, grupo Hiperdia, com diabéticos, atividade esportiva que era grupo de caminhada. (E44)

Fazia grupo de hipertensos e diabéticos, consultas sequenciais. (E48)

(...) a gente tinha grupo de hipertensos e diabéticos, que ocorria semanalmente, era mais um grupo de renovação de receitas, não era muito caracterizado como grupo, não tinha aquela identidade de grupo, e era isso que a gente estava tentando mudar antes da pandemia (...) a gente começou a mudar, mas tivemos um ou dois encontros e já iniciou a pandemia. (E52)

Depois da pandemia a gente não pode mais fazer grupos, a gente está com essa restrição. Mas a unidade fazia grupo de idosos, fazia grupo de tabagismo, hipertensos e diabéticos, isso era feito no coletivo. (E19)

Além das modalidades de práticas coletivas relacionadas às doenças mais prevalentes, também são muito comuns os grupos relacionados à saúde da mulher, especificamente sobre saúde reprodutiva feminina e puericultura:

Fora da pandemia, nós temos grupos de puericultura e grupos de gestantes que são semanais. (E22)

Uma vez por mês nós fazíamos (...) Por exemplo, se era gestante a gente reunia as gestantes, fazia uma apresentação ou um grupo de estudos ou uma retirada de dúvida delas, depende da idade gestacional que elas estavam. (E44)

Foram relatadas como práticas coletivas de cuidado na APS as que englobam abordagens mais prescritivas, biologicistas e preventivas, que utilizam metodologias mais expositivas e tem

como objetivo otimizar o serviço prestado em relação à demanda de pessoas que buscam os serviços. Destaca-se, porém, que os relatos das enfermeiras também reportam que as práticas coletivas, antes de serem suspensas por conta da pandemia, abordavam temas como a convivência entre idosos, práticas corporais, artesanato e, até a escrita criativa. Nestas últimas costumam ser utilizada metodologia mais participativa, que formam redes de apoio para que a troca de experiências sobre educação em saúde. Conforme os relatos que seguem:

As nossas unidades fazem atendimento. Inclusive, um dos nossos indicadores é o número de atividades educativas desenvolvidas. Então, a gente tem trabalho com criança, a gente tem trabalho com gestante, a gente tem Conselho Local de Saúde na unidade, composta por moradores. Cada equipe tem a sua parte mais específica: uns tem representante por rua, outros fazem processo eleitoral, para eleger seu Conselho Local de Saúde. (E36)

Agora com a pandemia não estamos fazendo, mas a gente tinha grupos de adolescente, artesanato, hipertenso, diabético. (E11)

(...) nas atividades coletivas (...) a gente tentava pensar uma metodologia mais participativa, para que não ficasse aquela coisa xarope de palestra (...) a gente procurava partir da experiência de cada usuário, daquilo que já sabia, do que já tinha feito, ia sanando algumas dúvidas mais na perspectiva educativa e também de tentar propor algumas mudanças ali de acordo com as possibilidades das pessoas. (49)

Então, antes da pandemia eu tinha um grupo de idosos, a gente fazia encontros semanais, é um

grupo muito focado para relações de convivência. (E51)

Sim, eu coordeno dois grupos na unidade, periodicidade semanal, um grupo que é de escrita criativa e um grupo de meditação, que agora estão suspensos por função da pandemia, mas no período que tem os grupos sim. (E30)

O trabalho interdisciplinar também é característico das práticas coletivas de saúde na APS:

Na verdade, nós fazíamos esse grupo aberto, não fazíamos ele específico “ah é um grupo de diabetes, de pessoas com diabetes, ou um grupo para pessoas que tem hipertensão ou obesidade” ele era um grupo aberto, de adultos, uma vez ao mês. E com equipe multiprofissional, esse [grupo] quem estava coordenando era a nutricionista, que fazia a coordenação dos grupos e nós participávamos nos revezando, cada profissional participava uma vez por mês. (E24)

Os processos de precarização que incidem sobre os serviços da APS no SUS fizeram com que durante a pandemia fosse ainda mais difícil a realização do trabalho, tanto por conta da insuficiência de trabalhadores e, portanto, por equipes mal dimensionadas, quanto por falta de material para a realização da assistência. Assim, quando questionadas sobre qual o maior desafio enfrentado durante a pandemia, as enfermeiras respondem que se preocupam com questões relativas aos recursos humanos e aos insumos:

O espaço físico e a falta de equipe! A falta de funcionários e a gente ter o mesmo funcionário da vacina tendo que triar paciente com sintoma gripal! Então essa foi a dificuldade. No começo,

também tivemos dificuldades com falta de EPI. (E31)

Não tem como não enxergar que o SUS está encolhendo, que o financiamento está encolhendo (...) a gente percebe que tem limitações que vão sendo impostas. (E49)

Além disso, a precariedade da vida das pessoas adscritas aos serviços da APS mostra como as necessidades em saúde envolvem marcadores sociais de exclusão como, por exemplo, os de gênero, conforme descrito no relato abaixo:

(...) a gente vê muita violência, muita demanda de saúde mental, a população muito adoecida, mesmo antes da pandemia. A população com falta de perspectiva, muitas mulheres adoecidas por não terem renda própria, não tem uma perspectiva de autonomia, de ser independente de marido, acabam ficando em uma relação que não é saudável. (E57)

Diante desse cenário de precariedade da APS e da vida das pessoas, preocupa o crescimento do isolamento destas e da dissolução das suas redes de apoio e dos laços comunitários. Embora a pandemia tenha colocado o distanciamento social como uma recomendação para o controle da propagação do coronavírus, a individualização que resulta de tal recomendação é indispensável para a realização da estratégia neoliberal de controle dos corpos e regulação das subjetividades. Isso por que a individualização e dissolução de coletividades facilita a manutenção da hegemonia do modelo de mundo capitalista neoliberal.

DISCUSSÃO

A descontinuidade das práticas coletivas de saúde seguiu as normas e protocolos de distanciamento social produzidos no contexto da pandemia da covid-19. Ao longo do primeiro ano

da pandemia, essa era a medida mais eficaz devido à ausência de vacinas, de medicamentos específicos e à alta transmissibilidade da infecção.¹⁸

Apesar da importância da atenção hospitalar, como o tratamento nas Unidades de Terapia Intensiva, a pandemia da covid-19 exigiu a reorganização da APS enquanto nível de atenção do SUS responsável pelo atendimento das pessoas com sintomas respiratórios. O modelo brasileiro, seja UBS ou ESF, tem se mostrado potencialmente capaz de contribuir para um cuidado de base territorial, resolutivo e com uma abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia.¹⁸ A abordagem comunitária no processo de trabalho da APS é fundamental nos contextos de epidemias, pois além de contribuir para a redução da transmissão da infecção, acabam por diminuir a demanda dos serviços hospitalares, uma vez que testam, diagnosticam e tratam os casos leves da doença nos territórios onde as pessoas vivem.

Outra contribuição importante, realizada pelas ESFs para o cuidado em saúde da população dos territórios foi identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva, garantindo o acesso a outros níveis do sistema de saúde em casos mais graves. Tal contribuição somente foi possível visto que o processo de trabalho na APS inclui a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, levando em consideração aspectos subjetivos do usuário como as questões culturais, bem como a orientação familiar e comunitária.¹⁹

Embora a APS apresente as potencialidades acima, esse ponto da rede de atenção à saúde enfrenta dificuldades importantes para uma atuação adequada no enfrentamento da pandemia, que, conforme relatos abaixo, se relacionam à precarização do SUS:

as tentativas de desmantelamento da ESF, desde 2017, com redução de agentes comunitários de saúde, flexibilização de carga horária de profissionais, abolição da prioridade para a ESF, extinção dos Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

(NASF-AB), perda de profissionais com a finalização do Programa Mais Médicos, desincentivos a abordagem territorial com o novo modelo de financiamento da atenção básica com base em número de cadastrados, fragilizando o enfoque comunitário, entre outros.^{18,3}

Somam-se ainda a esse quadro de precarização do sistema de saúde, especialmente no âmbito da APS, a precariedade das relações trabalhistas agravadas pela contratação de organizações sociais e outras formas de privatização da gestão dos serviços públicos de saúde. Tais medidas resultam na mercantilização das relações e enfraquecimento dos vínculos, além de problemas organizacionais com baixa integração entre a APS e outros níveis de atenção da rede de saúde. Fato que compromete a coordenação e continuidade do cuidado, pois tende a fragmentação da assistência, bem como insuficientes ações intersetoriais, que são de extrema importância para produzir a redução das desigualdades sociais.¹⁸

No referencial teórico-metodológico utilizado nesta pesquisa, as estratégias biopolíticas referem-se ao conjunto de práticas e mecanismos de gestão dos corpos dos indivíduos e da vida das populações. Elas formam um conjunto de dispositivos de controle com intenção de conduzir os modos como as pessoas irão viver e agir.²⁰ Devido à grande influência dessas estratégias sobre as práticas e discursos que constituem os modos pelos quais o cuidado é realizado na contemporaneidade, muitas vezes, as práticas coletivas são orientadas por protocolos prescritivos e normativos, com efeitos de medicalização em todas as dimensões da vida.⁹ Assim, a hegemonia dos ideais neoliberais permeia o campo da saúde e toma forma por meio do discurso sanitário do autocuidado. Tal discurso produz regimes de verdade acerca de quais comportamentos e condutas os indivíduos devem seguir e quais devem evitar para viver com saúde, como se todas as pessoas tivessem acesso aos estilos de vida considerados saudáveis.²¹

Podemos analisar o discurso sanitário contemporâneo como uma atualização das

estratégias biopolíticas para gestão do corpo individual e do corpo social que caracteriza a população, tal como apontou Foucault¹⁵ na conferência *O Nascimento da Medicina Social*, proferidas na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1974, em que analisa a medicalização social como um dos dispositivos centrais no exercício da biopolítica, por meio da patologização de aspectos relativos à vida e aos corpos. Além disso, Foucault traz dois sentidos para a medicalização social, que apesar de indissociáveis se dão em momentos diferentes. O primeiro, localizado na formação dos Estados Modernos, se constituiu pela normalização dos corpos, dos espaços, das cidades e das populações. O segundo, derivação do primeiro, conhecido como medicalização indefinida, emergiu no período do pós-Segunda Guerra, diz respeito “à impossibilidade de descrever experiências com o corpo humano que não passem, em algum sentido, pelo saber médico”^{22:1861}.

Pode-se dizer que no cenário brasileiro contemporâneo existe um conjunto de estratégias biopolíticas, especialmente no contexto das políticas públicas de saúde, que visam influenciar e regular os modos de vida da população. Tais estratégias, no entanto, coexistem desde 2016 no país, com investidas necropolíticas. Estas últimas são, ao contrário da biopolítica, medidas que, pela precarização das políticas públicas, fazem morrer determinados grupos populacionais, considerados indesejáveis ao capitalismo neoliberal.^{9,23}

De acordo com Judith Butler,¹⁴ estamos sob uma situação na qual diversas populações estão cada vez mais sujeitas ao que chamamos de “precarização”. Essa condição, que não é distribuída por igual na sociedade, aumenta a sensação de ser dispensável ou descartável, sendo esse processo que leva à situação de precariedade. Conforme a autora, a precariedade é induzida e reproduzida por instituições governamentais e econômicas como um processo que adapta populações à insegurança e à desesperança. A precariedade tem, portanto, sua estrutura constituída através do “desgaste geral dos vestígios ativos da social-democracia em favor das modalidades empreendedoras apoiadas por fortes ideologias de responsabilidade individual e pela obrigação de maximizar o valor de mercado

de cada um como objetivo máximo de vida”^{14:23}. Nesse contexto, os processos que tornam uma vida imersa na precariedade envolvem

(...) uma escalada de ansiedade em relação ao próprio futuro e em relação àqueles que podem depender da pessoa; impõe à pessoa que sofre dessa ansiedade um enquadramento de responsabilidade individual, e redefine a responsabilidade como a exigência de se tornar um empreendedor de si mesmo.^{14:21}

Essa responsabilização que se impõem sobre cada pessoa pela gestão da própria vida deslegitima o direito à saúde e ao acesso a condições de vida digna, sendo um modo de expor as vidas à precarização. Dar conta dessa responsabilidade torna-se uma tarefa impossível porque a racionalidade neoliberal exige a autossuficiência como uma ideia moral. No entanto, ao mesmo tempo, as formas neoliberais de poder trabalham para destruir essa possibilidade no nível econômico, usando a ameaça sempre presente da precariedade para justificar uma acentuada regulação do espaço público, bem como a desregulação da expansão do mercado. De tal forma que,

(...) no momento em que alguém se prova incapaz de se adequar à norma da autossuficiência (quando alguém não consegue pagar por assistência à saúde ou lançar mão de cuidados médicos privados, por exemplo), essa pessoa se torna potencialmente dispensável. E então essa criatura dispensável é confrontada com uma moralidade política que exige a responsabilidade individual ou que opera em um modelo de privatização do “cuidado”.^{14:20}

As políticas neoliberais ao priorizarem os valores do mercado sobre a justiça social expõem muitas vidas ao sofrimento, impossibilitam viver com dignidade e produzem desigualdades em saúde para determinadas populações.⁶ Nessa lógica, as privatizações e destruição dos serviços públicos pelas formas neoliberais de racionalidade conformam um mundo no qual os apoios necessários para que os corpos possam existir se tornam altamente precários para um número crescente de pessoas e é essa precariedade que une esses corpos em assembleia.¹⁴

Nesse cenário, de precarização da saúde e da vida, uma das ações mais potentes é a reunião dos corpos na cena pública, que Butler chama de assembleia, a qual “transmite uma exigência corpórea por um conjunto mais suportável de condições econômicas, sociais e políticas, não mais afetadas pelas formas induzidas de condição precária”.^{14:20} As assembleias, portanto, ocorrem com a aparição coletiva dos corpos que não são considerados importantes para o Estado, sobre os quais não há interesse em majorar a vida. Ao contrário, os corpos e as vidas que sofrem com a precariedade são silenciados e invisibilizados.

A partir da ideia de assembleia como uma reunião de corpos que, ocupando um espaço público buscam expressividade política, bem como resistir à agressividade dos processos de precarização da vida, podemos considerar as práticas coletivas na APS como um dos modos pelos quais determinados corpos podem e conseguem acessar um serviço de saúde público. Isso porque a reunião de corpos também tem como papel marcar a legitimidade dessas existências na sociedade, pois o que vemos “quando os corpos se reúnem em assembleia nas ruas, praças ou outros locais públicos é o exercício – que se pode chamar de performativo – do direito de aparecer, uma demanda corporal por um conjunto de vidas mais vivíveis”.^{14:31}

Nesse sentido, quando grupos de pessoas se reúnem nas práticas coletivas de cuidado em saúde nos territórios da APS, como, por exemplo, nas academias da saúde ou em hortas comunitárias, estão reconfigurando a materialidade do espaço público e produzindo, ou reproduzindo o caráter público desse ambiente. Além disso, a coletivização das demandas em saúde tensiona os ideais do

capitalismo neoliberal, porque problematizam questões que envolvem as determinações sociais da saúde e demonstram a importância do fortalecimento do SUS e das políticas intersetoriais destinadas a melhoria da qualidade de vida da população.⁹

Em relação a isso, destaca-se que a precarização dos serviços públicos de saúde apresenta-se de diversas formas, tanto relacionadas à instabilidade nos vínculos trabalhistas dos profissionais das instituições públicas de saúde, como pelos processos de terceirizações e financiamentos insuficientes do SUS.²⁴ Além disso, as populações que dependem desse serviço também vivem sob processos, mais ou menos intensos, de precarização da vida, a qual é aprofundada intensamente com a mercantilização da assistência à saúde.

Nos encontros, possibilitados pelas práticas coletivas de cuidado à saúde, ao agirem em concordância, as pessoas podem questionar as políticas que estão relacionadas com os problemas que lhes dizem respeito.¹⁴ Nesse sentido, ao ocuparem o espaço público precarizado da APS, com seus corpos e existências também precarizados, evocam uma ação de desindividualização e isso rompe com alguns modos necessários à medicalização social. Portanto, os corpos em assembleia formam comunidades, mesmo que provisórias e aliados uns aos outros podem exercitar formas de liberdade que superem versões estreitas de individualismo.¹⁴

Os territórios do SUS são espaços públicos que representam movimentos contrários aos interesses mercantilistas no campo da saúde, não apenas em relação ao lucro com a doença, mas, também, em relação à medicalização social, enquanto estratégia importante para conduzir e regular a população conforme interesses neoliberais perceptíveis em algumas práticas de promoção da saúde como: promoção e educação em saúde direcionadas para a saúde da mulher, do trabalhador e da infância.

A mulher, o trabalhador e a criança são populações fundamentais para a manutenção das relações de poder e de dominância marcadas pelo gênero, pela raça e pela classe, pois garantem a disponibilidade de corpos prontos para gerar a força do trabalho produtivo. Além disso, as mulheres são sobrecarregadas pelo trabalho

reprodutivo, que envolve o cuidado dos outros, sem remuneração e considerado um atributo biológico sujeito a valoração moral. Dessa forma, os trabalhos que envolvem o cuidado são desvalorizados, embora sejam fundamentais para a manutenção da hegemonia do modelo capitalista de mundo, inclusive em sua fase neoliberal.

Destaca-se que, as práticas coletivas relativas ao tratamento de doenças crônicas de grande prevalência como hipertensão e diabetes são condições fortemente relacionadas com a impossibilidade de grande parte da população para acessar seus direitos à alimentação, o que foi agravado pela pandemia da covid-19, em 2020. Em tal cenário, fica fácil entender quão falaciosa é a exigência de responsabilidade e autossuficiência propagada pela racionalidade neoliberal, pois, quanto mais socialmente isolados estamos, mais vulneráveis e precarizadas nossas vidas se tornam, bem como “quanto mais estruturas sociais de apoio deixam de existir por razões ‘econômicas’, mais isolado esse indivíduo se percebe em sua sensação de ansiedade acentuada e “fracasso moral.”^{14,21} Os processos de precarização incorporam em nossas vidas uma escalada de ansiedade em relação ao futuro e em relação àqueles que dependem de nós. Também nos impõem uma carga de sofrimento que nos leva em busca da responsabilidade individual, pela qual passamos a nos redefinir como um empreendedor de si mesmo, contudo em condições de precariedade que tornam essa vocação impossível.¹⁴

As práticas coletivas, portanto, podem produzir efeitos parecidos com aqueles produzidos por assembleias públicas, pois a experiência do próprio corpo em coletividade ocupando espaços que cada vez mais são alvos de privatização como as ruas, as praças ou, mesmo, uma UBS, já é acima de tudo uma potência por se opor a individualização dos corpos e legitimar a presença destes nos espaços públicos.

(...) sobre e contra uma sensação cada vez mais individualizada de ansiedade e fracasso, a assembleia pública incorpora a percepção de que essa é uma condição social compartilhada e

injusta. A assembleia desempenha o papel de uma forma provisória e plural de coexistência que constitui uma alternativa ética e social distinta da “responsabilização”.^{14,23}

Por isso, entende-se que as práticas coletivas posicionam o corpo menos como uma entidade e mais como um conjunto vivo de relações, que reunidas em sua pluralidade e ocupando o espaço público vão operar na transformação deste. Assim, a ação conjunta sobre o ambiente material faz com que ele seja ativamente reconfigurado e refuncionalizado.¹⁴

CONCLUSÃO

Esse estudo permitiu identificar que as práticas coletivas durante a pandemia de covid-19 foram descontinuadas. Em relação à isso é preciso considerar que a racionalidade neoliberal nos exige a produção da autossuficiência, pela qual somos moralmente avaliados, e, ao mesmo tempo, as formas neoliberais de poder impedem a concretização dessa possibilidade no nível econômico, fazendo com que muitas vidas sejam potencial ou realmente precárias.¹⁴ O SUS tem sido território de disputa, podemos ver o processo de precarização se intensificando e inviabilizando não só as práticas de cuidado realizadas pelas enfermeiras, mas, também, as práticas de cuidado em saúde em geral e o acesso a condições de vida digna, fazendo com que muitas vidas fiquem expostas ao sofrimento e até a morte.

O distanciamento social repercutiu de maneiras diferentes conforme o segmento social.²⁵ A intensa desigualdade social faz com que muitas vidas transcorram sob condições precárias de trabalho, renda, moradia, saneamento básico, entre outras determinações sociais da saúde, de tal forma que não conseguem cumprir com a adesão individual aos protocolos de prevenção do contágio relativos covid-19.

É nesse cenário que a capilarização da APS nos territórios, bem como o saber que as enfermeiras produziram ao longo do tempo de existência do SUS, podem colocar em cena modos para que possamos criar coletivos, grupos e

comunidades, de tal forma, que ocorram encontros entre os saberes das enfermeiras com os saberes das pessoas dos territórios. Além disso, ocupar o espaço público precarizado da APS, evoca uma ação de desindividualização e isso enfraquece os processos de medicalização social.²⁵

O encontros promovidos pelas práticas coletivas de cuidado à saúde podem criar condições para que o cuidado em enfermagem, e em saúde, constituam experiências potencializadoras, tanto para criação de modos não assujeitados às estratégias biopolíticas da contemporaneidade, quanto para ocupar o espaço público precarizado da APS, evocando uma ação de desindividualização que pode enfraquecer os processos de medicalização social e dessa forma despotencializar as relações de poder e dominação hegemônicas do capitalismo neoliberal.

REFERÊNCIAS

- 1 Rossetto M, Grabl F. *Educational groups in Primary Care: an integrative literature review from 2009 to 2018. Research Society and Development.* 2021;10(10):e174101018561. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18561>
- 2 Menezes ES, Kantorski LP, Ramos CI, Couto MLO, Ubessi LD. Atividades grupais na perspectiva de enfermeiros da Atenção Psicossocial. *Vínculo.* 2022;19(1):86-97. <https://doi.org/10.32467/issn.19982-1492v19n1a9>
- 3 Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017 (BR). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), *Diário Oficial da União (Brasília).* 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.
- 4 Organização Panamericana da Saúde. Atenção primária à saúde; 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>
- 5 Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? *Cadernos de Saúde Pública.* 2018;34(8):e00029818. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>
- 6 Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate.* 2023;47(137):13-30. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>
- 7 Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, Melo KM, Freitas RWJF. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2019;(72):266–273. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0702>
- 8 Kanno, Natália de Paula et al. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cadernos de Saúde Pública.* 2023;39(10):e00213322. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213322>
- 9 Mattioni FC, Rocha CMF. Promoção da saúde na atenção primária: efeitos e limitações em tempos de neoliberalismo conservador. *Ciência saúde coletiva.* 2023;28(8):2173–82. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023288.05752023>
- 10 Ferreira, SR, Périco LAD, Dias VRFG. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2018;(71):704–709. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
- 11 Rocha SMM, Almeida MCP. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem.* 2000;8(6):96–101. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692000000600014>

- 12 Moraes DR, Castiel LD. O salutarismo de Robert Crawford e as atualizações do autoritarismo sanitário nosso de cada dia. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. 2019;13(1). <https://doi.org/10.29397/reciis.v13i1.1731>
- 13 Dall'alba R, Rocha CMF, Silveira RP, Dresch LSC, Vieira LA, Germano MA. Covid-19 in Brazil: far beyond biopolitics. *Lancet* (London, England). 2021;397(10274):579-580. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00202-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00202-6)
- 14 Butler, J. *Corpos em aliança e a política das ruas: notas para uma teoria performativa de assembleia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2019.
- 15 Foucault, M. *Nietzsche, a genealogia e a história. Ditos e Escritos II*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.
- 16 Sousa MF. *Práticas de Enfermagem no Contexto da Atenção Primária à Saúde (APS): Estudo Nacional de Métodos Mistos [Relatório final]*. Brasília: Editora ECoS; 2022.
- 17 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação*. Rio de Janeiro: Diretoria de Geociências; 2017.
- 18 Medina MG, Giovanella L, Bosquat A, Mendonça MHM, Aquino R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(7). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>
- 19 Daumas RP. O papel da atenção primária no enfrentamento da covid-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020;36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104120>
- 20 Foucault M. *Microfísica do poder*. 28 ed. São Paulo, SP (BR): Paz e Terra; 2014.
- 21 Silveira R de P, Rocha CMF. Verdades em (des)construção: uma análise sobre as práticas integrativas e complementares em saúde. *Saude Sociedade*. 2020;29(1):e180906. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180906>
- 22 Zorzaneli RT, Ortega F, Bezerra Júnior B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19(6):1859–68. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014196.03612013>
- 23 Mbembe A. *Necropolítica*. 3 ed. São Paulo: N1-edições; 2018.
- 24 Damascena, DM.; Vale, PRLF. *Tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica: estudo netnográfico*. Trabalho, Educação e Saúde. 2020;1:e00273104. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00273>
- 25 Seixas CT, Merhy EE, Feuerwerker LCM, Santo TB do E, Slomp Junior H, Cruz KT da. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200379. <https://doi.org/10.1590/interface.200379>

Recebido: 20 jun. 2024

Aceito: 22 jul. 2024