

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

**Inovação na produção de cuidado integral:  
desafios e potências em uma unidade de saúde da  
família no estado de São Paulo**

Marina de Matteu Alves

São Carlos – SP  
2023

MARINA DE MATTEU ALVES

**Inovação na produção de cuidado integral:  
desafios e potências em uma unidade de saúde da  
família no estado de São Paulo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade, do Centro de Educação e Ciências Humanas, da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado  
Co-orientador: Prof. Dr. Flávio Adriano Borges

São Carlos – SP  
2023



## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade

---

### Folha de Aprovação

---

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Marina de Matteu Alves, realizada em 31/05/2023.

#### Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado (UFSCar)

Prof. Dr. Marco Akerman (USP)

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata (UFSCar)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade.

## AGRADECIMENTOS

À orientadora Malu, pela inspiração, apoio e confiança.

Ao co-orientador Flávio, pela parceria, caronas e aprendizados.

Às participantes da pesquisa, pelas informações fornecidas e a abertura para os afetos no compartilhamento do cotidiano.

Às e aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Práticas e Políticas de Saúde (GEPPS)

Às docentes da disciplina de Saúde Coletiva do departamento de Enfermagem, com quem aprendi muito no Programa de Estágio Supervisionado de Capacitação Docente: Adriana, Ana Maria e Leandra.

A família que me acompanhou de pertinho, Lourdes, Lian, Lis, Nabi, Maria e Carmen, sustentáculos de amor e coragem.

À rede de amizades e amores que torna a existência mais colorida e alegre, nos nomes de:

Valentina, pela partilha de cuidados e inspiração de coragem;

Taisa, Vivi, Lígia, Gabi, Jhá, Aline, Luiza, Catu pelos espaços de celebração e decompressão;

Amanda, que me ofereceu suporte emocional e estrutural para o desenvolvimento das atividades de estudante e pesquisadora;

Ju, Larissa e Duda, pelas terapias corporais compartilhadas;

Lennon pela entrega aos cultivos amorosos e presença instigadora das pesquisas internas.

Às e aos colegas da turma do curso de Mestrado em Ciência, Tecnologia e Sociedade ingressante em 2021. Em especial, Mariana, cujo apoio mútuo amenizou os desconfortos das burocracias e as ansiedades dos processos. Uma lembrança solidária às trocas breves, porém ricas, com o colega Fleydes antes que partisse com o adoecimento causado pela infecção pelo SARS-CoV-2, antes da disponibilidade do esquema vacinal completo.

Às e aos docentes do PPGCTS e à secretária Vanessa.

Às pessoas que compõem as plataformas e coletivos de produção e divulgação de conhecimento crítico em saúde: Escola Latinoamericana de História e Política, Fundação Dinarco Reis, Rede Unida, Região & Redes.

Às ancestrais vivas e encantadas, que me conecto para aperfeiçoar a existência através da escuta, da meditação e dos sonhos.

Ao fomento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

*Você tem que agir como se fosse possível transformar radicalmente o mundo. E você tem que fazer isso o tempo todo*

Angela Davis.

*Desistir... eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério; é que tem mais chão nos meus olhos do que o cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça*

Letícia Lanz.

*Ainda estamos em tempo de dar as mãos e lançar pontes entre nós, a fim de construir um mundo de justiça, no qual a equidade e a diversidade de culturas emancipadas floresçam em mil formas de saúde e nos permitam manter vivos todos os nossos sonhos*

Jaime Breilh.

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de produção de cuidado na Atenção Primária em Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) em que uma equipe multiprofissional é responsável por atender as necessidades de saúde da comunidade adscrita, a partir de uma abordagem territorial e comunitária com produção de vínculo e participação social ativa. Essa pesquisa busca analisar as potências e desafios para inovação no cuidado integral em saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de São Carlos-SP. À luz do materialismo histórico dialético, analisamos o objeto de estudo a partir de suas múltiplas determinações em movimento de transformação gerado pelas contradições sociais, desde o referencial da determinação social do processo saúde-doença às disputas pelos modelos de atenção à saúde no SUS e as ações de profissionais na base da produção do cuidado. A coleta de dados se iniciou com a observação do cotidiano na USF, com registro em diário de campo e, posteriormente, por meio de entrevistas com roteiro semi-estruturado. As profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) participaram da pesquisa fornecendo elementos para a tradução teórica da realidade que vivem e constroem. Os dados das entrevistas foram analisados utilizando a hermenêutica dialética. Verificou-se que embora as trabalhadoras de saúde reconheçam a existência de múltiplas determinações do processo saúde-doença, superar a cultura individualista e adoecedora, hegemônica nos modos de andar a vida em sociedade; a lógica médico-centrada na produção de cuidado, reforçada pela visão mercadológica da saúde; a falta de autonomia e liberdade na organização dos processos de trabalho; e o desfinanciamento da saúde pública são desafios coletivos para a produção de cuidado integral em saúde. São potenciais de transformação dessas condições, no âmbito da micropolítica, ações de inovação social, com tecnologias leves, que recuperem a capacidade de criação do trabalho vivo no encontro entre trabalhadoras(es) e usuárias(os), produzindo vínculo e acolhimento integral das necessidades de saúde; a recuperação da convivência comunitária em espaços de educação, promoção e prevenção em saúde. a educação permanente de profissionais e a participação social. Ademais, há mudanças necessárias no âmbito da organização da macropolítica para que se realizem as diretrizes pactuadas em defesa da vida e do SUS de qualidade e público.

**Palavras-chave:** atenção primária em saúde; cuidado integral; trabalho vivo; tecnologias leves.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) is a model for producing care in the Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS) in which a multi-professional team is responsible for meeting the health needs of the assigned community, based on a territorial and community approach with the production of bonds and active social participation. This research seeks to analyze the potential and challenges for innovation in comprehensive health care in a Family Health Unit (USF) in São Carlos-SP. In the light of dialectical historical materialism, we analyzed the object of study from its multiple determinations in a movement of transformation generated by social contradictions, from the reference of the social determination of the health-disease process to the disputes over models of health care in the SUS and the actions of professionals at the base of the production of care. Data collection began with observation of daily life at the USF, recorded in a field diary and then through interviews with a semi-structured script. The professionals from the Family Health team (eSF) took part in the research, providing elements for the theoretical translation of the reality they live and construct. The interview data was analyzed using dialectical hermeneutics. It was found that although health workers recognize the existence of multiple determinants of the health-disease process, overcoming the individualistic and sickening culture, which is hegemonic in the way life is lived in society; the medical-centered logic in the production of care, reinforced by the market view of health; the lack of autonomy and freedom in the organization of work processes; and the lack of funding for public health are collective challenges for the production of comprehensive health care. Potential ways of transforming these conditions, in the micro-political sphere, are actions of social innovation, with soft technologies, which recover the capacity to create living work in the encounter between workers and users, producing a bond and comprehensive reception of health needs; the recovery of community coexistence in spaces for health education, promotion and prevention; the permanent education of professionals and social participation. In addition, changes are needed in the organization of macro-policies in order to achieve the agreed guidelines in defense of life and a quality, public SUS.

**Key-words:** primary health care; integral healthcare; live labor, health technologies.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem  
ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
ACIEPE - Atividade Curricular de Integração Ensino, Pesquisa e Extensão  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
APPMS - Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde  
APS - Atenção Primária em Saúde  
ARES - Administração Regional de Saúde  
CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior  
CaSAPS - Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde  
CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS - Conselho Nacional de Saúde  
COREN - Conselho Regional de Enfermagem  
COVID - *Coronavirus Disease*  
eAP - Equipe de Atenção Primária  
eSF - Equipe de Saúde da Família  
EC - Emenda Constitucional  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
ESOCITE - Associação Brasileira de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias  
FNE - Federação Nacional dos Enfermeiros  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MHD - Materialismo Histórico Dialético  
MS - Ministério da Saúde  
NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica  
NEVS - Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde  
NOB-SUS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde  
NuMI-EcoSol - Núcleo Multidisciplinar Integrado de Estudos, Formação e Intervenção em Economia Solidária  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
OSS - Organizações Sociais de Saúde  
PAB - Piso Atenção Básica

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PLACTS - Pensamento Latino-Americano de Ciência, Tecnologia e Sociedade  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNCTIS - Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Sociedade  
POP - Procedimento Operacional Padrão  
PROADI-SUS - Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde  
PSF- Programa Saúde da Família  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UFSCar - Universidade Federal de São Carlos  
USF - Unidade de Saúde da Família  
USP - Universidade de São Paulo  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
SARS-CoV-2- Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2  
SEADE - Sistema Estadual de Análise de Dados  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Localização do Município de São Carlos.....	36
FIGURA 2- Mapa das Administrações Regionais de Saúde de São Carlos-SP.....	37
FIGURA 3 - Cartografia da exclusão social no município de São Carlos.....	38
FIGURA 4 - Profissão, identidade de gênero e idade das profissionais entrevistadas.....	46
FIGURA 5 - Tempo de atuação da unidade e experiência profissional prévia na APS do SUS para cada profissional.....	47
FIGURA 6 - Conjunto de agentes para Inovação Social no cuidado na APS.....	61

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	11
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	18
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
3.1 Contextualização da compreensão de saúde.....	19
3.2 Breve histórico do SUS e alguns desafios para sua consolidação.....	21
3.3 A Atenção Primária em Saúde do SUS.....	25
3.3.1 Reformulação de políticas públicas na APS: qual modelo de atenção?.....	28
3.4 Inovação do cuidado na ESF com tecnologias leves .....	31
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	34
4.1 Fundamento teórico-metodológico: método materialista-histórico-dialético.....	34
4.2 Procedimentos metodológicos.....	35
<b>5 RESULTADOS</b> .....	43
5.1 A APS no município de São Carlos-SP.....	43
5.1 Caracterização do perfil das participantes da pesquisa.....	46
5.2 A situação de saúde no território, sob o olhar das trabalhadoras da USF.....	47
5.3 Desafios imbricados nos processos de trabalho.....	50
5.4 Potências de Inovação Social na APS: coletivização do cuidado e o reencantamento com o trabalho vivo.....	55
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	62
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	67
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista .....	85
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	86
ANEXO - Parecer consubstanciado CEP-UFSCar.....	89

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória acadêmica se inicia com o ingresso no curso de Ciências Biológicas da Universidade Federal de São Carlos no campus São Carlos, cuja permanência foi oportunizada pela existência do Programa Nacional de Permanência Estudantil. A primeira experiência com pesquisa ocorreu com a realização de iniciação científica em um projeto de caracterização bioquímica e biofísica de proteínas que poderiam fornecer bases para o desenvolvimento de fármacos no tratamento das doenças tropicais negligenciadas.

Das transformações singulares em meu desenvolvimento pessoal a experiência de (re)nascer mãe fez com que minha percepção sobre a vida se refinasse e impactou no meu desejo de compor o tecido coletivo de maneira mais presente e propositiva para a possibilidade de existências mais amorosas, sustentáveis e saudáveis.

Então abracei oportunidades de participar de projetos de extensão universitária significativos no meu caminho, com destaque para a atuação junto ao Núcleo Multidisciplinar e Integrado de Estudos, Formação e Intervenção em Economia Solidária (NuMI-EcoSol), desenvolvendo atividades na linha de Educação, Saúde e Cidadania em um projeto de Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional.

As vivências extensionistas aguçaram uma percepção mais crítica e científica das construções sociais e da necessidade do enfrentamento às injustiças e desigualdades a que somos submetidos dentro de um sistema de produção que necessita delas para se desenvolver.

Posteriormente atuei como terapeuta integrativa, utilizando técnicas da medicina tradicional chinesa, mas, a partir de abril de 2020, devido a pandemia do novo coronavírus, me deparei com uma situação delicada, pois as oportunidades de trabalho estavam estagnadas pela necessidade de isolamento social e, no âmbito pessoal, a demanda da maternidade e dos afazeres domésticos se multiplicavam com o fechamento de escolas e espaços de convívio social.

Nesse período, resgatei um livro no armário, escrito pela orientadora que me acompanha nesse percurso do curso de Mestrado. O livro “A História da Saúde em São Carlos” era uma adaptação de sua tese de doutoramento em Saúde Coletiva e me apresentou um conjunto de informações sobre a trajetória de formação do

Sistema Único de Saúde, as disputas pela organização das práticas e políticas de saúde e da prática social de diversas pessoas que transformam os caminhos da saúde pública e coletiva.

A leitura do livro fez reviver o interesse pela pesquisa científica, mesmo com a desvalorização do trabalho científico no Brasil, e passei a realizar esforços de pesquisa e novas leituras que me aproximassem da definição de um objeto a ser estudado, considerando o interesse em desenvolver um pensamento científico crítico sobre a saúde pública e uma formação política.

Dentre os diversos eventos de comunicação *online* que se apresentaram durante a pandemia, participei do I Seminário Brasileiro de Educação Médica, cujo objetivo foi discutir sobre a formação médica no Brasil e as condições de trabalho na sociedade capitalista. O encontro forneceu referências que inspiraram a condução dessa pesquisa a partir do método materialista histórico dialético e a determinação social do processo saúde-doença, considerando a compreensão da realidade objetiva a partir das multideterminações históricas, produtos das relações sociais conflituosas e contraditórias.

Iniciei os estudos na Linha Dimensões Sociais da Ciência e Tecnologia, do Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade da Universidade Federal de São Carlos (PPGCTS/UFSCar) e a pesquisa junto a profissionais de uma Unidade de Saúde da Família no bairro Cidade Aracy. Nesse período participei do IX Simpósio Nacional de Ciência, Tecnologia e Sociedade da Associação Brasileira de Estudos Sociais das Ciências e das Tecnologias - ESOCITE, apresentando um trabalho oral sobre a utilização de tecnologias leves na organização do trabalho na APS e do XV Congresso Internacional da Rede Unida, discutindo, no formato de roda de conversa, sobre as reformas políticas no âmbito da saúde e seus impactos na produção de cuidado na APS.

O momento de fechamento da pesquisa coincidiu com a transição de ciclos pessoais e profissionais, marcados pela mudança de estado para cursar o processo educativo do Programa de Residência em Saúde Coletiva do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) no município de São Mateus-ES.

## 1 INTRODUÇÃO

O conhecimento científico caracteriza-se por possuir um conjunto de regras que possibilitam explicar um fenômeno a partir da comparação, observação e comprovação que, por sua vez, conferem ao ser humano a possibilidade de agir intencionalmente sobre os fenômenos (MIOTTO; BARCELLOS, 2009).

Os estudos em Ciência, Tecnologia e Sociedade (CTS) expandem os horizontes da pesquisa científica, propondo uma avaliação crítica sobre os objetos investigados, questionando a finalidade da prática social científica. Pergunta-se para quê e para quem produzem-se os conhecimentos? Quais são os elementos que configuram o interesse em conhecer, explicar e transformar um fenômeno?

Assim, o campo CTS constitui-se como campo de compreensão dos fenômenos técnico-científicos no contexto social, no que diz respeito a sua determinação e repercussão. Breilh (2015), discorrendo sobre o processo histórico de construção, oposição e superação dos paradigmas da ciência propõe que sejam consideradas os apontamentos da teoria de Kuhn (1969), com destaque para:

o caráter revolucionário do pensamento científico e a ideia de transformabilidade e movimento da ciência; o caráter contraditório de sua transformação; o peso das contradições sociais e os interesses nos aspectos normais e alternativos da atividade científica; e o caráter sociológico ou determinação comunitária da ciência, seus modelos e instrumentos (BREILH, 2015, p. 89).

O referido autor propõe que a ciência se caracterize como um processo inserido na vida coletiva (de impossível indissociação), que ultrapassa a sua própria dinâmica interna. Dessa maneira, a crise do paradigma dominante em determinado campo científico está relacionada para além do mundo da ciência. As mudanças de paradigmas científicos se relacionam com as contradições mais amplas e históricas da sociedade, com as disputas de interesses (BREILH, 2015).

As ciências humanas e sociais contribuem para a pesquisa em saúde à medida em que propõem a incorporação de dimensões sociais para a compreensão de seus objetos de estudo. Além disso, permitem o reconhecimento de que a própria ciência é atividade social, ou seja, é estruturada a partir de contextos históricos “mediante repertórios, protocolos, valores, espaços e práticas compartilhados, que envolve atores do mundo científico e também atores de outras esferas da vida social, como a política e a economia” (GUIMARÃES et al., 2021, p. 6109).

O Pensamento Latino-Americano de Ciência, Tecnologia e Sociedade (PLACTS) surge ao final dos anos 1960, com expressivas produções argentinas e brasileiras que criticavam a produção científica e tecnológica desde sua particularidade enquanto periferias do capitalismo. O PLACTS propunha a construção de metodologias científicas e políticas de Ciência e Tecnologia específicas para o desenvolvimento local, sob a justificativa que a incorporação de processos importados resultava em transferências de conhecimentos que, por sua vez, tinham como imperativo a transferência de modelos de sociedade e desenvolvimento, que não correspondiam às demandas das sociedades latino-americanas (AULER; DELIZOICOV, 2015).

No Brasil, o movimento da Saúde Coletiva surgiu próximo dos anos 1970, a partir de intercâmbios com a medicina social e comunitária latino-americana e os debates promovidos pelo movimento da Reforma Sanitária para o processo de redemocratização brasileira (OSMO; SCHRAIBER, 2015).

Esse campo científico e político criticava o pensamento que se instaurou com o diálogo entre o nacional-desenvolvimentismo e as questões médico-sanitárias, que considerava que o aumento da produtividade combinado com a adoção de medidas preventivas impactaria na saúde da população brasileira rompendo com “o ciclo de pobreza, desnutrição, moradia precária e enfermidade” (SCHRAIBER; MOTA, 2015, p. 1469).

A Saúde Coletiva se constitui como um campo de conhecimento especializado e institucionalizado integrado a um complexo sistema nacional de Ciência e Tecnologia por meio de Programas de Pós-Graduação e cursos de graduação (RIBEIRO; CASTRO, 2019) e se organiza em três subáreas: epidemiologia; ciências sociais e humanas em saúde; e políticas, planejamento, gestão, e avaliação em saúde. É marcado por uma produção científica que faz enfrentamento à concepção mercadológica da saúde e posiciona-se politicamente para o fortalecimento de ações que viabilizem o direito à saúde, a participação social para a melhoria na gestão e ampliação do financiamento do SUS (OCKÉ-REIS, 2018).

A pandemia de coronavírus<sup>1</sup>, em sua repercussão desde 2019, elucidou a gravidade e a complexidade de seu enfrentamento, considerando as desigualdades de acesso às diversas tecnologias de atenção à saúde nos territórios, regiões e países. Essas tecnologias correspondem aos diversos meios de acesso à saúde, desde instrumentos e processos para a garantia de condições mais básicas de vida até as mais sofisticadas. Ficou evidente que ações de saúde centradas apenas nos indivíduos são insuficientes, sendo necessário planejamento e ações coletivas orientados por princípios de solidariedade e equidade (BOUSQUAT et al., 2021) e pautados em conhecimentos científicos que integrem diferentes áreas.

Anterior ao surgimento do novo coronavírus, o Brasil já vivia uma dinâmica social conturbada, representada pelo “reco civilizador” (SOUZA; SOARES, 2019, p.13) que se projetava com altas taxas de desemprego, retorno do Brasil ao mapa da fome e uma tendência de privatização da saúde, que ameaçava os direitos de cidadania (SOUZA; SOARES, 2019; SILVA, et al., 2021).

O setor saúde, em sua importância fundamental no desenvolvimento territorial, é atravessado por conflitos de interesses sociais, políticos, econômicos e territoriais que se expressam em suas diferentes formas de organização (GADELHA *et al.*, 2011). Como característico do atual modelo hegemônico de (re)produção da vida, as tecnologias de promoção e recuperação da saúde não são igualmente acessadas, ao mesmo tempo em que o próprio modo de (re)produzir a vida adoece em diferentes âmbitos.

Desta forma, um questionamento que permeou o processo de construção deste projeto de pesquisa foi: como produzir saúde na sociedade capitalista, se as contradições que atravessam esse modo de produção produzem exclusão e desigualdades que impedem o acesso às condições mínimas de sobrevivência e bem-estar?

Apesar das condições de produção de saúde serem também macro determinadas pela organização social da produção e reprodução material da vida, é no limite do encontro entre pessoas singulares que se realiza a produção de

---

<sup>1</sup> Com epicentro na cidade de Wuhan, o alastramento de casos graves de pneumonia tomou proporção mundial, iniciando um período de pandemia ocasionado por uma nova cepa de coronavírus, o Covid-19 ((MOREIRA; PINHEIRO, 2020). No Brasil, informações oficiais apresentam 686.706 mil óbitos pela doença até o início de outubro de 2022 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022), resultado da falta de ação do governo federal com rastreamento de casos positivos com testes e correto isolamento, ao atraso na compra de vacinas (COSTA; RIZZOTO; LOBATO, 2021), somado ao incentivo de líderes políticos ao negacionismo científico sugerindo a realização de prevenção da doença com um ‘kit anti Covid’ sem comprovação científica (SANTOS-PINTO; MIRANDA; OSORIO-DE-CASTRO, 2021).

cuidado. Optou-se, então, por analisar mais de perto o trabalho em saúde desenvolvido no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), ambiente de primeiro contato que garante o acesso aos serviços públicos de saúde do SUS e abrange um conjunto de ações e práticas de saúde individuais e coletivas pautado na promoção, prevenção, tratamento e recuperação.

Escolheu-se realizar a investigação analisando a produção de cuidado que se propõe com a Estratégia Saúde da Família (ESF), cuja abordagem sugere uma nova orientação ao trabalho em saúde na APS. Soratto et al. (2015) classificam a ESF como um instrumento tecnológico e inovador, por tratar-se de um modelo de atenção com princípios de organização que incorporam novas percepções sobre saúde, reorientando as finalidades e o objeto do trabalho em saúde, ampliando a relação profissional, agregando ações educativas, a implantação de programas para acompanhamento de grupos populacionais e desenvolvimento das condições sociais de um território (SORATTO et al., 2015).

Assim sendo, surgiram questões mais específicas para orientar o desenho da pesquisa: Quais são as contradições que permeiam a produção do cuidado em saúde na Unidade de Saúde da Família estudada? Quais as dificuldades e potencialidades do trabalho da equipe no atual contexto?

Formulou-se a seguinte hipótese de pesquisa: As trabalhadoras da USF enfrentam dificuldades em construir um cuidado em saúde com usuárias e usuários que envolva ações sobre as múltiplas determinações do processo saúde-doença. O reconhecimento da capacidade transformadora do trabalho vivo em saúde pode promover o desenvolvimento de novas formas de produção de cuidado em saúde individual e coletivo.

A produção científica dessa pesquisa pretende proporcionar informações e discussões relevantes para a área da Saúde Coletiva, para a reflexão crítica acerca dos modelos de atenção à saúde e para a construção de novas perspectivas para as tecnologias de cuidado na atenção primária do SUS.

O Ministério da Saúde publicou, em 2018, a Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde (APPMS), documento que apresenta as linhas de pesquisa prioritárias para o desenvolvimento estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS) em 14 eixos temáticos. Com relação a este trabalho destaca-se a aproximação com o Eixo 9 - Programas e Políticas em Saúde e seus subitens 9.27 Avaliação da oferta de ações e serviços de saúde da Atenção Básica frente às necessidades da

população; e 9.32 Avaliação de Tecnologias em Saúde na Atenção Básica (BRASIL, 2018).

Schraiber e Mota (2015) ressaltam a importância de produções científicas que avaliem as particularidades da produção de saúde e articulem o conceito de saúde para a saúde coletiva, na perspectiva do materialismo histórico-dialético, método utilizado neste trabalho.

Para avançar na compreensão da determinação social do processo saúde-doença, Souza e Silva et al (2019) indicam que são necessárias análises que examinem o particular-concreto de alguma realidade social em que o viver estiver impedido e que apontem o social e sua normatividade enquanto um todo tenso e contraditório quanto às distintas posições de classe no modo de andar a vida em sociedade.

A motivação para a realização dessa pesquisa se dá a partir do reconhecimento da importância e necessidade de contribuir com referências para uma ciência crítica que possa embasar e fortalecer os movimentos sociais, as políticas públicas e a transformação da sociedade para que seja possível o bem-viver.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar a produção do cuidado em saúde em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de São Carlos-SP, considerando desafios e potências para a inovação no cuidado integral.

#### **2.1.2 Objetivos específicos**

- Levantar a história da implementação da Atenção Primária em Saúde do SUS como política pública no município de São Carlos-SP;
- Compreender a percepção das trabalhadoras da unidade sobre o cuidado produzido e os limites do trabalho desenvolvido na USF estudada;
- Identificar, com as trabalhadoras da unidade, potencialidades, estratégias e inovações, individuais e coletivas, para a produção de cuidado no atual contexto do sistema de saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### Contextualização da compreensão de saúde

O desenvolvimento da biomedicina possibilitou importantes avanços em relação a maior rapidez e capacidade diagnóstica, possibilidade de intervenções terapêuticas precoces e mais eficientes, precisas e seguras, bem como na melhora do prognóstico e qualidade de vida frente a diversos agravos (AYRES, 2003).

Entretanto uma exclusividade do pensamento biomédico confere ao cuidado em saúde uma característica mecanicista em que as práticas e serviços de saúde, fragmentados, limitam-se à intervenção no indivíduo, com propostas curativas. Com ênfase no biologismo, relaciona os adoecimentos com o mau funcionamento de partes do corpo, baseados no paradigma da história natural da doença.

Refletindo sobre a centralidade da individualidade na biomedicina, Ayres (2003) diz:

(...) é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam (...) precisamos considerar que (...) o modo como aplicamos e construímos tecnologias e conhecimentos científicos determina limites para o que podemos enxergar como necessidades de intervenção em saúde (p. 83-84).

Uma definição de saúde mais abrangente, adotada pela Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS, 2015), apresenta a concepção 'biopsicossocial da saúde', conectando as diversas esferas de sua determinação (biológica, psicológica, social) como um conjunto de variáveis para a possibilidade de bem-estar, para além da ausência de doenças.

Há uma produção teórico-científica que busca avançar na compreensão de saúde, a partir de uma perspectiva crítica que vá além do conceito de saúde da OMS, que para Souza e Silva et al. (2019) assemelha-se a uma noção de lema:

esse lema, se de um lado, busca oferecer uma alternativa à definição biomédica de ausência de doenças no corpo individual, de outro, carece de construção mais precisa do significado de bem-estar em seu caráter histórico-social, quer para compreender o bem-estar físico como parte da vida social, o psíquico como igualmente parte do social e o propriamente social (sempre relativizado por referência às distintas situações de classe) relativamente ao todo da vida em sociedade (p. 8).

O referencial teórico da medicina social e comunitária ampliou o escopo do preventivismo, considerando que a situação da saúde das populações, o processo de adoecimento, o acesso e a utilização de serviços de saúde e a mortalidade são determinados pela posição social dos indivíduos e grupos (BARATA, 2009).

Na definição de saúde proposta por Juan César García e desenvolvida por Albuquerque e Silva (2014), a condição de saúde é determinada pela capacidade de objetivar-se como humanos, de desenvolver as potencialidades humanas já estabelecidas pela humanidade em sua história, ou seja, da possibilidade de apropriação dos objetos-produtos considerados determinantes sociais de saúde: moradia, transporte, alimentos, lazer, serviço de saúde, etc.

Para Ayres (2007), saúde pode ser definida como:

a busca contínua e socialmente compartilhada de meios para evitar, manejar ou superar de modo conveniente os processos de adoecimento, na sua condição de indicadores de obstáculos encontrados por indivíduos e coletividades à realização de seus projetos de felicidade (p. 60).

Analisando essa definição, Souza e Silva *et al.* (2019) provocam uma reflexão para a compreensão da saúde que considere as tensões e contradições históricas do movimento de transformação social:

quem for utilizar essa concepção precisa dar o passo seguinte, buscando não só os meios, mas porque são esses os meios e porque, em grande parte, esses meios não estão disponíveis para a população em geral na sociedade capitalista (p. 12).

Avançando na compreensão da saúde como modo de andar a vida desimpedido para acessar recursos individual e coletivamente para lidar com os processos adoecedores, é importante analisar o contraste entre os conceitos de 'Determinantes Sociais da Saúde' e 'Determinação Social da Saúde'.

Borde, Hernandez-Álvarez e Porto (2015) destacam a relevância dessa diferenciação devido a maneira como a interpretação das diferentes condições de saúde, "sistemáticas, evitáveis e injustas" (p. 842), são entendidas como processo social. Essa linha de pensamento pode ser melhor compreendida observando que:

Na perspectiva das práticas cotidianas de atenção à saúde, e, tendo como pressuposto que todo ato em saúde é dotado de significação, adotar a noção de 'determinantes sociais da saúde' reforça a polaridade estabelecida entre o 'ser biológico' e o 'ser social'. É nessa lógica que o sujeito portador de certas doenças específicas, além de ser 'dissecado' pelas diversas especialidades médicas, é desconsiderado como aquele que sofre violência familiar, que vive em condições precárias de vida e de trabalho, que depende das políticas de assistência social para viver (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 74).

#### Reconhecer e atuar sobre a determinação social da saúde:

implica reconhecer as dinâmicas sociais que engendram os processos de produção e reprodução dos padrões estruturais de dominação, exploração e marginalização nas sociedades concretas, que moldam os modos de vida e se expressam nos processos saúde-doença (BORDE; HERNANDEZ-ÁLVAREZ; PORTO, 2015, p.847).

Nesse sentido, as questões abordadas pelo campo da Saúde Coletiva brasileira possuem um caráter político indissociável, diferente do que é possível, no caso da biomedicina, restringir-se à cientificidade das ciências naturais. A multiplicidade de variáveis que atravessam e conectam as ciências naturais e sociais, sob a perspectiva da Saúde Coletiva, requerem que o social seja compreendido como objeto de análise e, ao mesmo tempo, campo de intervenção (DONNANGELO, 1983).

#### **Breve histórico do SUS e alguns desafios para sua consolidação**

A tendência neoliberal mundial que se iniciou a partir das crises econômicas da década 1970, encontrou no Brasil uma conjuntura de organização popular que se fazia resistente e lutava pela redemocratização do país com orientações sociopolíticas anticapitalistas, centralizando o campo da Saúde como um potente indutor das mudanças sociais.

Os debates que culminaram na criação do SUS foram resultado da reunião de comunidade científica, partidos políticos e movimentos sociais na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986). As bases fundamentais da proposta de transformação social desse movimento coletivo foram unificadas no projeto da Reforma Sanitária, tendo como principal conquista a garantia do direito à saúde na Constituição Cidadã (BRASIL, 1988).

A construção científica brasileira no campo da Saúde Coletiva propôs um novo marco teórico para a compreensão do processo saúde-doença e da realidade

sanitária, considerando suas determinações sociais, caracterizando-se como teoria crítica da saúde (RIBEIRO; CASTRO, 2019). O campo proporcionou importantes desenvolvimentos de tecnologias de processos, a exemplo da elaboração de propostas de planejamento, administração, programação e gestão na saúde (NOVAES; NOVAES, 1996) que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Simultaneamente aos debates sobre estratégias para a efetivação da Saúde como direito, em perspectiva social ampla e como potência no aprofundamento da democracia e construção de cidadania, a elite brasileira possuía interesse, força política e econômica para desenvolver parcerias internacionais que buscavam, nas economias capitalistas dependentes, uma oportunidade para restabelecer a ordem capitalista sob a égide de uma nova estruturação produtiva que compensasse a crise econômica.

Em meio a disputa de interesses, o desenvolvimento do SUS, no âmbito da materialização da política, efetivou-se apenas em ações técnico-administrativas, perdendo as diretrizes de reestruturação social anticapitalista, que tornariam possível o real projeto da Reforma Sanitária (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Ainda assim, a implementação do SUS se sucedeu diante desse cenário, abrangendo um arcabouço legal que fomentava princípios e diretrizes de complexos modelos de atenção à saúde, mas que enfrentariam dificuldades na sua realização.

A promulgação da Lei nº 8080/1990 (BRASIL, 1990), implantou os Princípios Doutrinários de Universalidade no acesso, Integralidade e Equidade na assistência e Organizativos em que as ações e serviços de saúde sejam regionalizados e hierarquizados conforme nível de atenção, descentralizados, ou seja, sob responsabilidade e autonomia de cada esfera de governo e com a premissa da participação social nas instâncias decisivas, formalizadas em conselhos e conferências. A Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990) regulamenta a participação social e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde,

Assim, o SUS começa a ser implementado a partir de uma estrutura diretiva legal complexa em um conjunto de ações pertencentes ao campo de atuação, desde os diferentes níveis de assistência, passando pelas Vigilâncias em Saúde à participação popular na elaboração de políticas e avaliações de competência do campo da Saúde.

O início da década de 1990 é marcado pela Reforma do Estado brasileiro, de cunho neoliberal, atravessando as incipientes diretrizes e leis de política social do

SUS. Uma característica importante da ideologia neoliberal é a intervenção na regulação estatal, com a implantação de uma política de estado mínimo relativa ao social e máximo para o capital (ROSADO; FREITAS, 2020).

Resultou a proposta de separação do Sistema Nacional de Saúde em dois: o hospitalar e o básico. A incorporação tecnológica no âmbito hospitalar e de especialidades convidava a escalada do projeto de saúde privatista com estímulo aos seguros privados e apoio estatal. E o serviço de atenção básica público tornava-se focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde (BRAVO, 2009).

Dessa forma, ao princípio da universalidade da atenção à saúde conferiu-se, por um lado, uma dimensão legal, de garantia de saúde para todas as pessoas; e outra, restrita, porém real, obtida da negação do direito à saúde explicitado na falta de vagas, de estrutura e de profissionais habilitados que, precisando recorrer ao mercado para exercer sua profissão, contribuíram para a ampliação do setor privado (SOUSA, 2014).

Aprovada em 1998, a Lei nº 9.637 (BRASIL, 1998) regulamentou a gestão da saúde por Organizações Sociais de Saúde (OSS) e teve como principal efeito a viabilização da contratação de pessoal sem que houvesse conflitos com o limite orçamentário do Estado. No entanto, observa-se que essa transferência da gestão estatal para as OSS resulta em precarização das condições de trabalho e da oferta de cuidado (MOROSINI, 2016; DAMASCENA; VALE, 2020). Sob a lógica da mercadorização da saúde, entendida como a tendência de privatização, embora caracterizadas como organizações sem fins lucrativos, o que se tem visto é que as dez maiores OSS do país tem expandido sua atuação por todo território nacional e ocupam posições importantes no ranking do mercado empresarial no Brasil (MORAIS et al., 2018).

A eleição do Partido dos Trabalhadores a partir dos anos 2003 foi um marco para a reorientação de ações políticas do Estado brasileiro como indutor de um novo desenvolvimento sócio-econômico, mas, ao contrário do que se esperava, não houve um debate junto a classe trabalhadora sobre a construção de “um projeto societário alternativo à ordem do capital, ou mesmo de um desenvolvimento que incluísse a dimensão da soberania nacional como meta” (COSTA et al., 2018, p. 1097).

Nesse período, foram retomados alguns pontos do projeto da Reforma Sanitária, com uma tentativa de conciliar os projetos em disputa, de um lado o mercado empresarial, na perspectiva de saúde como mercadoria e do outro a saúde como direito universal, no projeto da saúde coletiva. Surgiu então o projeto do “SUS possível”, em que foram mobilizados arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a viabilização da política de saúde prevista legalmente, ainda que distante da real concretização do direito à saúde universal. A direção das políticas seguiu focalizada para a população mais pobre, prevaleceu a articulação com os interesses do mercado privado e não houve viabilização da Seguridade Social (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

A tendência de mercadorização da saúde, corroborada por um contexto sociopolítico de princípios neoliberais, vem influenciando uma ação Estatal em que a condução de políticas públicas contraria os interesses sociais públicos.

Politicamente, no campo da saúde, o setor produtivo e a prestação de serviços são compreendidos como um Complexo Econômico Industrial da Saúde (CEIS). O CEIS caracteriza-se por ser o centro das tensões entre demandas sociais e do capital, uma vez que estrutura os sistemas nacionais de saúde e os sistemas nacionais de inovação, portanto de grande relevância como campo de base para a estruturação econômica e social (GADELHA; TEMPORÃO, 2018).

A partir do golpe institucional de 2016, intensificou-se o processo de reconfiguração do Estado capitalista brasileiro contribuindo para um cenário favorável a novos rearranjos na acumulação de capital. No âmbito específico da saúde, observa-se um projeto que visa a destituição do direito universal à saúde, evidenciado no desmonte de políticas públicas do setor e na restrição do financiamento para o SUS (MENDES; CARNUT, 2020). Um exemplo é a implementação da EC 95/2016 (BRASIL, 2016), que congelou gastos com despesas primárias, como saúde e educação, por 20 anos.

Atualmente, o gasto em saúde no Brasil é predominantemente privado, liderado por grandes seguradoras e fundos de pensão que possuem altos retornos financeiros que constituem a saúde como plataforma de investimentos (CORDILHA; LAVINAS, 2018). Para Ocké-Reis (2018), a oferta de subsídios de arrecadação fiscal a que os serviços de saúde privados são beneficiados favorece o mercado dos planos de saúde, enquanto enfraquece o SUS. Dessa forma o sistema público arca com o ônus da arrecadação, que privilegia apenas uma parcela da população, que

acessa planos privados. O gasto tributário associado aos planos de saúde (12,5 bilhões de reais em 2015) poderia ser revertido para fortalecer o SUS (OCKÉ-REIS, 2018).

Para Gadelha e Temporão (2018), o compromisso com a sustentabilidade social e econômica do CEIS é dependente de três pilares: a) universalidade do SUS com predomínio de financiamento público, b) do desenvolvimento da base produtiva nacional prioritariamente c) da Ciência, Tecnologia e Inovação apresentando valores sociais e econômicos.

Recentemente, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) elaborou uma ação que recupera os princípios democráticos e participativos que embasam o SUS (FORTALECER O SUS, 2022), com intuito de debater publicamente e com os candidatos políticos, sua defesa e melhoria como pauta prioritária nas eleições de representantes políticos em 2022. Como entidade científica consolidada e reconhecida internacionalmente, apresenta os principais pontos e propostas para o fortalecimento do SUS em torno de um financiamento adequado e regular, ao atendimento das necessidades de saúde, a consolidação de seu caráter público, a ampliação da integração política, organizacional e operativa, o aprimoramento da gestão com vistas a democracia e participação popular, a garantia da ocupação de cargos de gestão por profissionais qualificados, a implantação da política de pessoal integrada e a sustentação de uma Política de Ciência, Tecnologia e Inovação sólida.

### **A Atenção Primária em Saúde do SUS**

No ano de 1978, diante da extrema desigualdade das condições de saúde dos povos, dada a importância da saúde para o desenvolvimento econômico e social, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma - Ata, no Cazaquistão (GIOVANELLA et al., 2019). A reunião convocava a necessidade de ação urgente para a promoção de saúde dos povos, orientando para que até os anos 2000, fosse atingido um nível de saúde que permitisse uma vida social e economicamente produtiva. A estratégia principal indicada para o alcance desse objetivo era a implementação de cuidados primários em saúde.

Nessa perspectiva a Atenção Primária em Saúde (APS) passa a ser considerada um componente-chave dos sistemas de saúde (CUBAS et al., 2013), de referência internacional, e sinônimo de equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia (STARFIELD, 2002). É baseada em eixos estruturantes divididos em atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural.

Assim, a APS se caracteriza por ser a principal porta de entrada dos serviços públicos de saúde. Funciona como centro de comunicação, centralizador das necessidades de saúde da população, responsável por atenção contínua e integral, proporcionando cuidado multiprofissional, compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2014). Promove a articulação com os demais níveis da Rede de Atenção à Saúde, secundário e terciário, a partir da necessidade de acompanhamentos mais especializados e de intervenções com maior densidade tecnológica.

A APS como base em um sistema de saúde possibilita a garantia de cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes, aceitáveis pela população e evidenciados cientificamente, devendo garantir o acesso universal e em tempo oportuno às pessoas, ofertando o mais amplo e possível escopo de ações, visando à atenção integral (BRASIL, 2020):

Uma USF não pode ser apenas um local de triagem e encaminhamento, onde a maior parte dos casos são encaminhados para os serviços especializados. Ela tem que ser **resolutiva, com profissionais capazes de assistir aos problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes que, por meio de processos educativos, promovam a saúde e previnam doenças em geral**. É necessário promover a mudança de hábitos e costumes alimentares, promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas ESF em conjunto com a comunidade (BRASIL, 2000, p. 13).

A alta capacidade de resolubilidade na APS está associada às mediações de alta complexidade e baixa densidade tecnológica das ações desenvolvidas no processo de trabalho das equipes multiprofissionais, considerando a promoção de saúde, prevenção de agravos e recuperação da saúde.

No SUS, a APS teve seu desenvolvimento a partir do Programa de Saúde da Família (PSF). Segundo as orientações de implantação da Unidade de Saúde da

Família (USF) formuladas pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) o PSF deveria ser compreendido com uma proposta de reorientação do modelo biomédico vigente, com intuito de afirmar os princípios de universalidade e equidade dos serviços de saúde e integralidade das ações de saúde, direcionada à defesa da vida.

Em 2006, por meio da Portaria nº 648/GM (BRASIL, 2006), o Ministério da Saúde aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reorganizando diretrizes e normas do PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Mais tarde, a Portaria nº 2.488 de 2011 (BRASIL, 2011) estabeleceu outra reformulação da PNAB, trazendo em seu texto a denominação Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF, a partir do conceito de saúde e práticas de saúde que vem sendo construído pelo campo da saúde coletiva, amplia o conceito de atenção à saúde. Para Soratto e colaboradores (2015), a ESF apresenta-se como uma inovação tecnológica não material por conferir ao trabalho em saúde novas finalidades, considerando as transformações que propõe quanto ao objeto de trabalho (o ser humano, em sua integralidade, e os contextos familiar, cultural e social).

Nessa proposta, as ações e serviços de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde devem ser desenvolvidas a partir da interação entre a equipe de saúde da família (eSF) e indivíduos, famílias e a comunidade de um território delimitado. Essa interação, traduzindo-se em uma relação que consiga investigar e problematizar as necessidades em saúde da população que habita o território adscrito, fornecerá as bases para a produção de cuidado local, diante de necessidades reais, complexas e multifatoriais (SPERLING, 2017) na contramão do modelo médico centrado, individual, reducionista, fragmentado.

A reorientação do modelo de atenção à saúde proposto pela ESF sugere mudanças nas relações de profissionais entre si e com a comunidade atendida, reconhecendo as subjetividades e as inserções, de cada indivíduo, na família, no território e na sociedade como fundamentais para seu estado de equilíbrio individual. Incluem uma postura acolhedora, criação de vínculo e responsabilização com os(as) usuários(as), na tentativa de resolução dos problemas em nível local, compreendendo que *“o cuidado não é algo que se dá a outro, mas que se pratica com o outro, implica circulação de afetos, algo que se cria em comum”* (MIOTTO;

BARCELLOS, 2009, p. 46).

Nessa perspectiva, USF se constituem como espaços de potencial construção e compartilhamento de conhecimentos sobre saúde de maneira ampla, inclusiva e comunitária, bem como de reflexão crítica sobre o desenvolvimento da saúde integral, a partir do levantamento das necessidades de intervenção em saúde para maior impacto e significado social (BRASIL, 1997), de acordo com cada especificidade territorial.

### **Reformulação de políticas públicas na APS: qual modelo de atenção?**

Para Santos, Mishima e Merhy (2018, p. 862), *"o modelo de atenção corresponde à forma com que tecnologias e saberes são organizados dentro de um sistema, para responder às necessidades de saúde da população"*. Machado (2007) aponta que a história da atenção à saúde é marcada pela disputa entre um modelo previsto pela constituição, reconhecendo a saúde como direito e de acordo com os princípios norteadores do SUS e outro de interesse neoliberal, de caráter excludente, sob uma perspectiva mercantilista, com objetivo reduzido à produção de procedimentos, sem ocupar-se das reais necessidades de saúde.

Antunes (2001), discorrendo sobre a implementação do PSF, pontua que ofertar serviços de saúde universais, de natureza integral e de defesa da manutenção e qualidade da vida encontra dificuldades como: o condicionamento social, histórico, simbólico, estrutural e cultural da produção de saúde baseada no consumo e incorporação tecnológica; a falta de conhecimento de processos de produção de cuidado para a saúde coletiva, devido a formação dos profissionais ser centrada em enfermidades individuais; ausência de objetividade e finalidade do desenvolvimento da produção de cuidado integral nos serviços básicos de saúde; falta de recursos para qualificação profissional para planejamento e desenvolvimento da proposta de cuidado integral, bem como falta de infra-estrutura; ausência de políticas consistentes que integrem serviços de produção de saúde com serviços de bem estar social.

Na contramão de ações para o aprimoramento da ESF para a mudança do modelo de atenção em uma perspectiva de saúde ampliada, a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 tem sido avaliada como um retrocesso

e uma ameaça para os princípios do SUS, enfraquecendo a ESF como modelo prioritário para a reorientação da atenção à saúde, bem como as ações que promovam atenção integral.

Essas constatações se devem à 1) regulamentação de novas composições da equipe multiprofissional, a exemplo da equipe de atenção primária (eAP), que não possui profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) e 2) descaracterização do cuidado de abordagem familiar e longitudinal, com foco no atendimento individual de condições agudas, via demanda espontânea (acesso avançado), com a possibilidade de contratação de plantonistas (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Essas alterações descaracterizam a abordagem de saúde integral preconizada pelo atendimento de equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde responsável por microárea composta por até 750 pessoas. A flexibilização da carga horária na contratação de médicos, o que prejudica a atenção integral e de outras ofertas para além da consulta.

A PNAB-2017 estabeleceu ainda, a necessidade de definição dos serviços ofertados, sob a justificativa de garantir a coordenação do cuidado e ampliação do acesso (BRASIL, 2020). Assim, em 2020, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), reunindo as ofertas e ações de saúde sob responsabilidade da APS, desde os serviços clínicos às ações de vigilância em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a CaSAPS apresenta-se como uma ferramenta de gestão do cuidado, sem a intenção de excluir ações e serviços que não estejam mencionados em seu conteúdo, cabendo a cada gestor municipal a adaptação da oferta da Carteira de Serviços às especificidades do município, de acordo com as legislações locais, avaliação da demanda municipal e da oferta já realizada pelas Unidades de Saúde (BRASIL, 2020). No entanto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e da Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), apontam para a equivocada predominância da abordagem biomédica, que limita as ações de prevenção de doenças e de promoção da saúde (RUIZ; MARTUFI, 2019).

A concepção restrita de cuidado na nova regulamentação da APS é analisada por Giovanella, Franco e Almeida (2020), ao evidenciarem a falta de integração com

a rede regionalizada e a desconsideração com as necessidades de saúde produzidas no cotidiano, o que sugere corroborar para que a Carteira de Serviços se caracterize como um instrumento para a precificação das práticas na APS e contratualização de serviços privados, com base na produtividade. Indicando a mudança para o modelo de atenção que corrobora com produção de procedimentos, focado na doença e não na pessoa, na família e no território.

Sperling (2018) avalia que a PNAB foi convertida:

(...) de produto estratégico para a defesa e implantação da ESF e de um modelo de atenção à saúde civilizatório em todo o País, em carta de conciliação e convivência política para com atores antagônicos aos princípios fundantes do SUS, tentando intermediar mais as tensões do mercado de saúde, cada vez mais desnacionalizado, do que as tensões do SUS e de suas necessidades (p. 343).

Na mesma direção, o novo modelo de financiamento da Atenção Primária, o Previner Brasil, vem sendo analisado criticamente como parte das ações de desmonte do SUS como política pública social. Ocorre que essa modalidade de financiamento surge conseqüente à intensificação do desfinanciamento da saúde pública, após a EC de congelamento de gastos na saúde, e vem sendo fundamentada por discussões acerca das recomendações do Banco Mundial para maior eficiência e racionamento dos serviços prestados pela Atenção Primária, para que essa se consolide como um *“novo nicho de acumulação de capital em larga escala no sistema de saúde”* (MENDES; CARNUT, 2020, p. 194).

Metodologicamente o financiamento é composto por captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a programas estratégicos. A captação ponderada substitui o Piso de Atenção Básica (PAB) fixo (calculado com base na população per capita), pelo número de pessoas cadastradas nas unidades de saúde, com variação de repasse de acordo com especificidades de faixa etária e situação social, bem como de uma adequação conforme as características de tamanho e tipologia do município. A vinculação do repasse financeiro ao número de indivíduos cadastrados descaracteriza o princípio de acesso universal (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Nesse caso, a valorização do indivíduo e sua situação social, ao contrário de promover eficiência e equidade, apresenta-se como um mecanismo de focalização que confere ao cuidado uma forma individual e assistencial (MENDES; CARNUT, 2020). Igualmente, a valorização de indicadores de desempenho, que visam

controlar a produção de profissionais de saúde, como resultado da produção de cuidado, corrompe a lógica do modelo de atenção previsto inicialmente na APS.

### **Inovação do cuidado na ESF com tecnologias leves**

O cuidado, práxis particular da saúde, resulta do “*entrelaçamento entre teleologia e causalidade do agir humano*” (SOUZA; MENDONÇA, 2017, p. 546) e compreende a consciência e atuação dos sujeitos na apreensão e intervenção sobre o processo saúde-doença. Assim, a práxis do cuidado se constitui como um conjunto de saberes e fazeres sobre a saúde que tem possibilidade de modificar sua processualidade (SOUZA, 2016).

Descrevendo a composição técnica do trabalho em saúde, Merhy e Franco (2003) diferenciam o trabalho morto e o trabalho vivo em ato. O trabalho morto, consiste no acúmulo de processos produtivos e sistematizações que culminaram em determinadas ferramentas, saberes e tipo de intervenção, que orientam a prática de saúde. O trabalho vivo é produzido em ato, ou seja, é realizado no momento em que se produzem as ações de saúde particularizados na relação profissional-usuário. É caracterizado pela expressão da capacidade humana de desenvolver autonomia e criatividade (MERHY, 2007).

Cecílio (2009) propõe que a produção de cuidado seja orientada por uma dimensão sistêmica, coordenada e avaliada pela figura de um(a) gestor(a), sob princípios estruturados em políticas e planos de financiamento, que promovem o acesso ao complexo de serviços de saúde. O mesmo autor ainda identifica que a institucionalização da medicina tecnológica com suas diretrizes e protocolos orienta a gestão do cuidado em uma dimensão organizacional caracterizada pela dependência de organizações que articulam a coordenação do trabalho fragmentado pela divisão técnica, sob orientação da figura de um(a) gerente.

A gestão do cuidado atribuída à dimensão profissional ocorre segundo o posicionamento do(a) profissional diante de cada usuário(a), à maneira como opera os conhecimentos do seu núcleo específico de saber (variando com a formação e função) e de acordo com a capacidade de operacionalização de tecnologias para a melhor realização do cuidado (CECÍLIO, 2009).

Portanto, o trabalho vivo que se realiza para produzir cuidado, está implicado com as condições de organização, mobilização e interação entre as(os)

envolvidas(os) na produção do cuidado, dadas pela três dimensões profissional, organizacional e sistêmica.

Para Merhy et al. (2019) as tecnologias desenvolvidas no trabalho em saúde são identificadas em tipos conforme a sua gradação de materialidade. As tecnologias duras são materiais e correspondem a equipamentos e ferramentas direcionados para determinadas finalidades. As leve-duras são imateriais, definidas pelos conhecimentos estruturados que orientam as práticas de saúde, mas são influenciadas pela abstração do(a) profissional de saúde, de acordo com a singularidade da situação de sua mobilização. As tecnologias leves são as ações e intenções que favorecem o encontro profissional-usuário(a) para a produção de saúde e, portanto, imateriais (MERHY et al., 2019).

O trabalho vivo em ato, que produz as tecnologias leves, resulta em escuta, acolhimento, e construção de vínculos, que atuam na captação da singularidade da(o) usuária(o), a partir de seu universo cultural e modo de viver.

Na ESF, a responsabilização dos(as) profissionais com a comunidade adscrita, está intimamente relacionada com a produção de tecnologias leves orientadas para a humanização do atendimento. Para o desenvolvimento do trabalho na ESF são necessárias tecnologias leves de permanente revisão dos saberes e práticas, que irão fomentar o processo de educação permanente das(os) profissionais, para uma atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, em que o indivíduo, a família e a comunidade sejam as bases de uma nova abordagem (BRASIL, 2000).

O foco na potencialidade do encontro profissional-usuário(a), gerenciado por tecnologias leves, possibilita o desenvolvimento de ações de saúde voltadas para a transformação das condições de saúde da população, orientando os processos relacionais como tomada de decisões, desenvolvimento de projetos terapêuticos, produção de vínculo, mediação de conflitos e acolhimento.

O acolhimento, que se produz com diálogo, confere um melhor reconhecimento das demandas de saúde (COELHO; JORGE, 2009). E assim, reconhecer as potencialidades cuidadoras das tecnologias leves, significa também validar usuárias(os), família e comunidade como agentes ativos na produção de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Embora todos trabalhos em saúde sejam permeados pela dimensão da produção de cuidado, podem apresentar um deslocamento desse núcleo em função

de privilegiar outros (MERHY, 2007). E apesar dos esforços em humanizar o trabalho em saúde utilizando tecnologias leves para orientar as relações, ainda prevalece a norma de acumulação mercantil gerenciando as práticas de saúde (LEMOS, 2016).

No desenvolvimento de novas tecnologias leves encontra-se a potência de iniciativas de Inovação Social, diante das necessidades de produzir, junto à população, formas de atenção integral à saúde que não tem sido encaminhadas pelo Estado de maneira satisfatória.

Juliani et al. (2014) apontam que as iniciativas sociais de inovação são motivadas pelo enfrentamento de *“políticas que direcionam o investimento público para o aumento de competitividade em detrimento do desenvolvimento social”* (JULIANI et al., 2014, p. 1). Inicialmente ocorrem em um nível micro, por meio do empoderamento de indivíduos e grupos e, posteriormente, em um nível macro, podem promover mudanças sociais em direção a superação de desigualdades.

Assim, surgem como possibilidade de encontrar alternativas viáveis para a melhoria de situações desfavoráveis (BIGNETTI, 2011), normalmente mobilizadas pelas pessoas diretamente afetadas, visando alterar o contexto social que estão inseridas (PATIAS, 2022).

A Inovação Social caracteriza-se, ainda, por elevar a capacidade de agir da sociedade, à medida que apresenta uma nova ideia ou uma ideia melhorada que visa atender necessidades sociais, ao mesmo tempo em que cria novas relações sociais. Ela se desenvolve com ações intencionais a partir de objetivos previamente definidos, devendo ser planejada, coordenada e organizada (JULIANI et al., 2014).

É evidente que ações exclusivas ao âmbito da micropolítica da produção do cuidado são insuficientes para a transformação do modelo de atenção à saúde, pois perpassa a necessidade de esforços mais objetivos em âmbitos macroestruturais, simultaneamente.

Há uma tensão entre subjetividade e objetividade na relação de intenção do(a) trabalhador(a) em transformar a realidade das condições da produção do cuidado e a dimensão real de alcance de seus atos.

Ayres et al. (2006) apontam que o desenvolvimento da Saúde Coletiva está contemplado na atuação profissional dos trabalhadores da saúde quando está vinculado a ações que promovam resposta social de diversos sujeitos para atender as necessidades em saúde.

Por isso, Souza e Maurício (2018) alertam que, para além da mobilização na esfera subjetivo-relacional, é necessário o alcance de ações objetivas na dimensão coletiva de enfrentamento das condições desumanizadoras do cuidado, resultantes do caráter mercantil que orienta as práticas de saúde e da exclusão e produção de desigualdades que se propagam na sociedade capitalista.

## **4. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Fundamento teórico-metodológico: método materialista-histórico-dialético**

Entre o leque de opções teórico-metodológicos para realizar investigações científicas buscou-se trabalhar à luz do materialismo histórico dialético (MHD), considerando sua relevância para a compreensão da centralidade do trabalho na sociedade capitalista (ESCURRA, 2016), sua afinidade com o campo da Saúde Coletiva (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013) e contribuição para um olhar crítico das dimensões sociais da ciência e da tecnologia (CARVALHO; ZANIN; SHIMBO, 2017), especialmente na produção de cuidado em saúde.

Sob a perspectiva teórico-conceitual desenvolvida pelo MHD a compreensão do processo saúde-doença está diretamente relacionada com os processos sociais históricos, que provocam as estruturações e transformações nos sistemas de saúde (QUEIROZ; EGRY, 1988).

A utilização desse método na produção de conhecimento científico pressupõe um ponto de vista ontológico em que se compreende que a realidade é composta por uma articulação dinâmica, de múltiplas determinações e complexidades. O MHD propõe realizar uma análise objetiva da realidade, mediada pelos processos históricos sociais que atravessam o objeto estudado, buscando conhecer as conexões entre as partes que compõem a realidade.

Explica Tonet (2016), o objetivo do conhecimento é conhecer o objeto em sua integralidade: 1) capturando suas determinações essenciais, 2) suas estruturas fundamentais e 3) diferenciando-o de outros objetos.

Realizar uma tradução teórica da realidade, implica em uma investigação que percorrerá desde elementos genéricos já conhecidos sobre a composição do objeto até a captação de elementos mais particulares e singulares, aproximando-se, abstratamente, do objeto específico (TONET, 2016). Assim, “o objeto é tomado como

*totalidade e como unidade de contrários. Torna-se um desafio captar o conflito, o movimento, a tendência predominante de sua transformação” (SANFELICE, 2005, p. 84-5).*

Lima e Mito apontam que ao realizar uma pesquisa a partir do reconhecimento da totalidade (portanto histórica e social) e da lógica dinâmica da realidade é necessária *“a utilização de procedimentos metodológicos que consigam engendrar todos esses pressupostos com a mesma intensidade como se apresentam quando estão em relação”* (LIMA; MIOTO, 2017, p.40).

Neste trabalho, buscaremos identificar os desafios e potencialidades presentes na produção do cuidado na APS, exemplificados, especificamente, pela experiência da equipe de Saúde da Família da USF selecionada. O produto final da pesquisa será compartilhado com as participantes da pesquisa, considerando a responsabilidade de devolutiva do conhecimento produzido na Universidade sobre sua prática profissional e a finalidade da produção de conhecimento sobre a realidade compreendida pelo MHD, cujo intuito é contribuir para transformá-la (SOARES; CAMPOS; YONEKURA, 2013).

## **4.2 Procedimentos metodológicos**

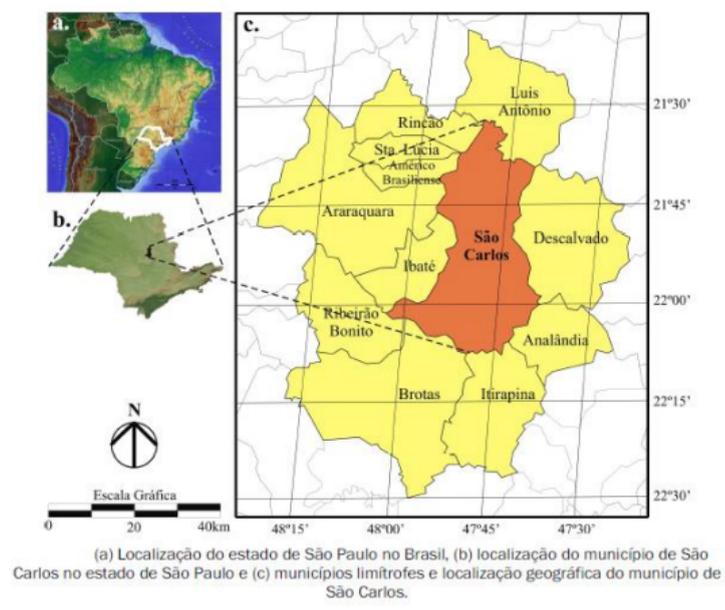
### **Cenário de estudo**

A pesquisa é realizada no município de São Carlos, pertencente ao Estado de São Paulo (Figura 1) com população estimada, no ano de 2021, de 256.915 habitantes (IBGE, 2021). Segundo dados de 2018 do Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE (GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2018), o município possui grau de urbanização de 96%, com média de 2,8 habitantes por domicílio. O PIB municipal, no mesmo ano, era composto em 59,4% por serviços, 26,9 % pela indústria, 12,7% por impostos líquidos por subsídios e 1% pela agropecuária. Em 2018, 75.703 habitantes possuíam emprego formal, com renda média de R\$3158,00. A porcentagem de empregados na área de atenção à saúde humana era de 4,25%. O município é caracterizado como a “Capital da Tecnologia”, sendo reconhecido pela presença da Universidade Federal de São Carlos e da Universidade de São Paulo.

Em 2020, de acordo com o *site* e-gestor, plataforma para serviços de

Informação e Gestão da Atenção Básica, o município de São Carlos apresentava uma cobertura de ESF de 28,75% e de 52,56% para a Atenção Básica.

FIGURA 1 - Localização do município de São Carlos

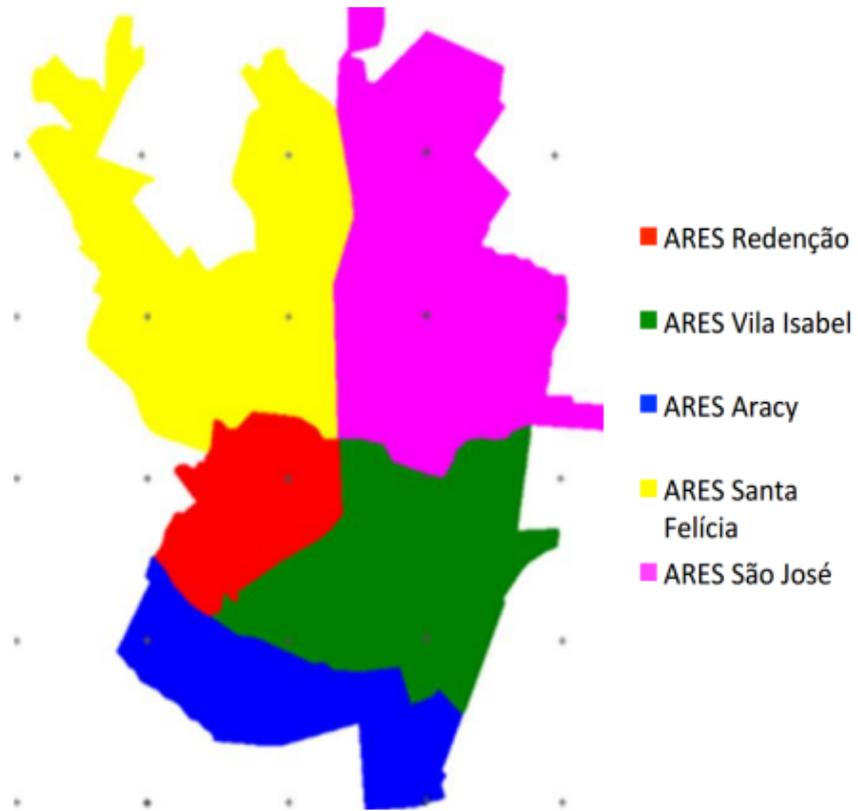


Fonte: Barbosa (2009)

O Município pertence ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara (DRS III) junto a mais 23 municípios. Conforme explicitado no *site* da prefeitura de São Carlos, as unidades de Saúde são coordenadas por cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES), representadas na Figura 2, de maneira a facilitar o contato de usuários(as) do SUS para ofertar cuidado integral às necessidades de saúde da população e receber reivindicações e propostas, de acordo com a distribuição geográfica. Uma USF da região da ARES-Aracy foi escolhida como cenário de estudo deste trabalho. O Ares Aracy é composto por sete Unidades de Saúde Família (USF) matriciadas por uma equipe do NASF-AB, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

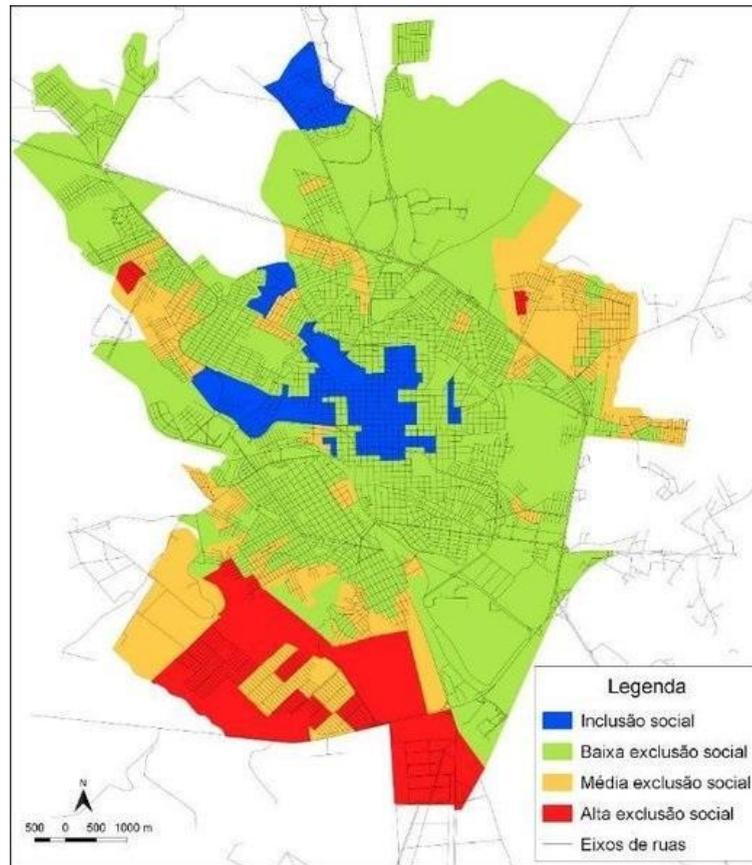
A Figura 3 apresenta a cartografia da exclusão social do município identificada pela avaliação de dimensões demográficas, socioambientais, econômicas e educacionais, conforme metodologia desenvolvida pelo Centro de Estudos e de Mapeamento da Exclusão Social para Políticas Públicas (CAMACHO, 2019).

FIGURA 2 - Mapa das Administrações Regionais de Saúde de São Carlos-SP.



Fonte: Fagá (2016)

Figura 3 - Cartografia da exclusão social no município de São Carlos



Fonte: Camacho (2019)

A região do Grande Aracy tem uma população estimada em 80 mil habitantes, representativa de cerca de  $\frac{1}{3}$  do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2018), é caracterizada como área de grande exclusão social e foi escolhida como cenário de estudo por apresentar características territoriais representativas da realidade de grande parte da extensão do território brasileiro.

Lopes et al. (2008) realizaram trabalho de acompanhamento da juventude da região entre 2005 e 2007 e avaliaram que havia a necessidade de ampliação de ofertas e escolhas fomentadas pelos espaços públicos locais, no sentido de impactar positivamente a perspectiva de vida dessa população, caracterizada pela prevalência de situação de vulnerabilidade, com baixa escolaridade, proximidade ao trabalho informal e ilegal.

A caracterização geológica do Cidade Aracy indica a presença de solo arenoso, sujeito a processos erosivos intensos, caracterizado por ser extremamente drenado, com alta permeabilidade e classificado como região de recarga do Aquífero Guarani. A região está localizada na Bacia Hidrográfica do Monjolinho,

especificamente, nas Microbacias Água Quente e Água Fria, abrigando um curso d'água, o Córrego Água Quente (MAZZUCO; MOSCHINI, 2018). No entanto, as condições de saneamento no bairro eram precárias e o esgoto sanitário era lançado diretamente, sem passar pela estação de tratamento, nas micro bacias hidrográficas (CAMPANELLI, 2012) até o ano de 2016, quando ocorreu a inauguração da estação elevatória (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2016), direcionando o material para tratamento. Portanto, configura-se como um ambiente de grande importância ecológica, negligenciado pelo poder público, reforçando características comuns a muitos territórios brasileiros.

### **Coleta de dados**

Na etapa de coleta junto às integrantes da equipe de saúde da família, primeiramente foi realizada uma aproximação com a rotina na USF para acompanhamento da dinâmica de produção do cuidado. A observação proporciona o levantamento de dados que não poderiam ser capturados por meio de perguntas, a exemplo de conversas informais, reações emocionais, hábitos, que foram registrados em um diário de campo (MINAYO, 2002).

O diário de campo foi o instrumento utilizado para anotação das impressões da pesquisadora sobre a observação das ações e práticas de saúde desenvolvidas, dos processos de trabalho, das relações entre a equipe durante o atendimento da população e em momentos de reunião para discussão de casos e rotinas de trabalho.

A vivência em campo ocorreu de maio de 2022 a fevereiro de 2023, com permanência de pelo menos duas horas em períodos e dias variados, totalizando cerca de 60 horas de observação, contemplando a observação de diferentes momentos. À essa observação foram acrescentadas informações coletadas previamente durante a participação da pesquisadora em aulas práticas do curso de graduação em Enfermagem da UFSCar, ocorridas na mesma USF, em momento de realização de Estágio Supervisionado em Docência do PPGCTS.

A elaboração do roteiro semi-estruturado para as entrevistas envolveu questões orientadas a atingir os objetivos específicos da pesquisa de compreender a concepção das trabalhadoras da unidade sobre a determinação social do processo saúde-doença; compreender a percepção das trabalhadoras da unidade sobre o

cuidado produzido e os limites e contradições do trabalho desenvolvido na USF estudada; identificar, com as trabalhadoras da unidade, potencialidades, estratégias e inovações, individuais e coletivas, para a produção de cuidado no atual contexto do sistema de saúde. O instrumento orientador utilizado nas entrevistas é apresentado no **Apêndice A**.

As entrevistas foram realizadas de setembro de 2022 a fevereiro de 2023, participaram 10 integrantes da equipe, no próprio local de trabalho. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de quarenta minutos. Apenas a profissional médica optou por não participar, alegando indisponibilidade.

### **Aspectos éticos da pesquisa**

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar (CEP) referente ao parecer nº 5.369.977 (Anexo), de acordo com as normas da Resolução nº 510/2016 elaborada pelo Conselho Nacional de Saúde para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Os(as) participantes da pesquisa são integrantes da equipe de saúde da família da unidade escolhida para aprofundamento do estudo. Cada membro recebeu um convite formal para a participação, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com apresentação da pesquisadora e do projeto de pesquisa, esclarecimentos sobre os objetivos, os riscos e benefícios envolvidos.

Toda pesquisa que envolve seres humanos possui riscos. Dada a natureza da pesquisa, os participantes poderiam correr riscos psicológicos, físicos e morais. No momento de realização da entrevista poderia ocorrer de acessarem memórias de situações desconfortáveis ou sentirem-se cansados(as) e, após a coleta de dados, poderiam sentir-se inseguros(as) em relação a alguma informação fornecida. Nesses casos, o(a) participante teria total liberdade para interromper sua participação a qualquer momento e retomar posteriormente se fosse desejável, o que não ocorreu.

Todos os dados coletados foram anonimizados, a fim de impossibilitar a identificação dos(as) participantes. A denominação das participantes, quando necessário diferenciar, foi atribuído o nome de cada profissão acrescido do numeral correspondente a ordem de entrevista por profissão. O armazenamento dos dados foi de acesso exclusivo da pesquisadora e ficará disposto em dispositivo portátil de armazenamento (*pendrive*), local onde permanecerão pelo período de cinco anos

após a coleta de dados e depois serão destruídos.

Diante do cenário epidemiológico de infecção por SARS-CoV-2, o encontro presencial para a realização das entrevistas se manteve apenas em ausência de sintomas gripais, preconizando o uso de equipamentos de proteção individual e respeitando os protocolos de distanciamento mínimo de acordo com as orientações atualizadas do Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde (NEVS) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar, 2022).

### **Análise dos dados**

Os relatos das entrevistas gravadas em áudio foram transcritos de forma literal e organizados em grupos temáticos. A análise dos dados das entrevistas e das observações foram orientadas pela hermenêutica-dialética.

Segundo Minayo (2014), a hermenêutica-dialética como ferramenta de análise de dados, promove a articulação das subjetividades com a particularidade do momento histórico ao qual as participantes da pesquisa estão inseridas. Assim, em um primeiro momento do tratamento dos dados ocorre a elaboração de um mapa horizontal das descobertas em campo, por meio da ordenação dos dados das entrevistas (transcrição, releitura e prévia classificação) e organização dos dados de observação. Posteriormente realiza-se a classificação dos dados por meio de duas etapas:

- a) leitura horizontal exaustiva dos dados com anotação das primeiras impressões da pesquisadora, etapa em que se inicia a busca pela coerência entre as informações coletadas, para a construção de categorias empíricas, sem realizar contextualizações (posteriormente serão contrastadas com as categorias analíticas)
- b) leitura transversal, buscando em cada entrevista, recortar temas e agrupá-los conforme semelhanças, dando início a reflexão sobre suas conexões. A seguir busca-se por um reagrupamento em temas mais sintéticos que expressem a representatividade e relevância do material coletado.

Por fim, ocorre a análise final de ordenação e classificação buscando apresentar um *“quadro complexo de respostas voltadas para esclarecer a lógica interna de um grupo determinado sobre o tema em pauta”* (MINAYO, 2014, p. 359).

O processo de concreção (TONET, 2016), ou seja, de captura do objeto (a produção de cuidado nesta USF) como concreto pensado, para alcançar sua

integralidade, consiste no exame do conjunto de dados obtidos (observações em campo e levantamento das concepções e percepções das entrevistadas), sob o olhar do referencial teórico. Assim buscou-se apresentar como produto final desse trabalho científico, um panorama dos desafios e as potencialidades que permeiam a produção de cuidado para a realidade estudada.

### **A Unidade de Saúde da Família estudada**

No momento da pesquisa, a equipe multiprofissional pertencia ao quadro de servidores públicos do município e era composta por: cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), duas Auxiliares de Enfermagem, uma Enfermeira, uma Médica, uma Auxiliar de Saúde Bucal e uma Cirurgiã-Dentista. A profissional que realizava o serviço de limpeza da unidade era contratada por empresa de serviços terceirizados. A equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família que realizava atividades de apoio clínico aos usuários(as) e apoio matricial a equipe era composta por: Assistente social, Educadora Física, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga.

A estrutura física contava com sala de espera, sala de recepção, sala de vacina, consultório de enfermagem, consultório médico, consultório odontológico, sala de curativo, sala de procedimentos, sala de esterilização, sala de reunião, banheiro para usuários com acessibilidade, banheiro para funcionários e cozinha. O prédio de funcionamento era alugado e possuía as adaptações necessárias, apesar da necessidade de manutenção com maior frequência. É possível encontrar paredes quebradas, infiltrações e até mesmo animais peçonhentos, como escorpiões.

Os Manuais de Procedimento Operacional Padrão (POP) e Protocolos de Assistência estão atualizados e disponíveis para verificação na unidade. São programas desenvolvidos na Unidade: Pré-natal, Saúde da Criança, Saúde do Adulto, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso. Ainda realizavam o programa Leite de São Carlos, para crianças de até dois anos de idade, e a distribuição de fraldas, conforme a Portaria Municipal que previa a retirada de fraldas para pacientes maiores de dois anos com alguma deficiência e algumas patologias (G1, 2018).

A USF estudada é responsável por uma parcela da população da região do Grande Aracy e seu território de abrangência estava dividido em cinco microáreas, sob a responsabilidade das cinco Agentes Comunitárias de Saúde.

No ano de 2022 estavam cadastradas em prontuários eletrônicos no sistema

de informação da Atenção Básica (e-sus) 3528 pessoas, correspondendo a 4,4% da população total do Grande Aracy. O atendimento às(aos) usuárias(os) era realizado de segunda a sexta-feira, das 7h às 17h, com exceção das quintas-feiras, quando ocorriam as reuniões de equipe a partir das 14h.

## **5 RESULTADOS**

### **A APS no município de São Carlos-SP**

A implantação da APS no município de São Carlos iniciou-se em 1984 com a criação do “primeiro serviço municipal de saúde preventiva” (MACHADO, 2007, p. 161), um Posto de Saúde no bairro Redenção.

Em 1997, a Secretaria Municipal de Saúde incorporava o discurso de reorientar o modelo de atenção à saúde promovendo uma medicina mais humana e econômica, ultrapassando o assistencialismo em direção ao preventivismo, ainda que já houvesse conhecimento de que “a saúde pública não se resume a prevenção, atenção primária ou unidades de saúde” (MACHADO, 2007, p 170). No ano seguinte foi implantado o Programa de Saúde da Família, iniciando a implementação em três bairros (Santa Felícia, Romeu Tortorelli e Jardim Munique).

Os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde do SUS foram organizados a partir da promulgação da Lei Municipal nº 12.587/2000 (SÃO CARLOS, 2000), porém contrariamente à possibilidade de apropriação social para levantamento de demandas e participação democrática na gestão da saúde, consistiam em espaços pouco propositivos, com características fiscalizatórias burocratas (MATUOKA; OGATA, 2010).

Anos depois, a Lei Municipal nº 13.908/2006 em seu primeiro artigo instituiu a prioridade da execução de serviços da atenção básica à saúde por equipes de Saúde da Família. Ao final de 2010, São Carlos foi contemplada pelo Programa de Aceleração de Crescimento (PAC 2) nas Categorias “Cidade Melhor” e “Comunidade Cidadã” (PREFEITURA MUNICIPAL SÃO CARLOS, 2010) e parte da verba foi destinada para a ampliação de Unidades de Saúde da Família.

Na condução de propostas de saúde integral, a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos implantou, em 2007, dois projetos com financiamento do MS. O projeto para a Implementação da Vigilância e Prevenção de Violências e

Acidentes, Promoção da Saúde e Cultura de Paz articulava as Secretarias Municipais de Cidadania e Assistência Social; Transportes, Trânsito e Vias Públicas; Educação, Cultura, Infância e Juventude. Enquanto isso, o projeto de Incentivo à Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis promovia práticas corporais e atividade física nas UBS, além de capacitar enfermeiro e médicos para a promoção da atividade física em parceria com o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) e o curso de medicina da UFSCar (PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2007).

No mesmo ano, a Rede Escola de Atenção à Saúde no município inaugurou a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, que fomentou a proposta de apoio matricial como processo de trabalho e resultou na implantação de uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família<sup>2</sup> (NASF) em 2011. A composição da equipe ocorreu com a captação de profissionais do quadro municipal, sem seleção específica, o que dificultou sua inserção no serviço de saúde, demandando estudos e aprimoramento por não possuírem experiência ou conhecimentos acerca do processo de trabalho (NORDI, 2015).

O Programa de Residência referido encerrou suas atividades no ano de 2015, quando a parceria da Rede Escola ficou fragilizada com a mudança da gestão municipal. Em 2015, a expectativa dos integrantes do NASF era de que a gestão municipal integrasse novas equipes de NASF, com intuito de abranger todas as equipes de estratégia de saúde da família no matriciamento (NORDI, 2015), que não foram implantadas até a defesa dessa dissertação em maio de 2023.

Na contramão do desenvolvimento do apoio matricial, com o novo modelo de financiamento da APS, o Previne Brasil (BRASIL, 2019), as equipes de NASF-AB foram desfinanciadas pelo governo federal, ficando sob responsabilidade dos municípios a manutenção ou diluição das atividades de matriciamento. A equipe NASF-AB de São Carlos foi, então, vinculada a uma equipe multiprofissional de uma USF da ARES Cidade Aracy e segue realizando as atividades de matriciamento em todas as unidades da região.

---

<sup>2</sup>A Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017 alterou a nomenclatura para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

<sup>3</sup>As informações sobre a 8ª Conferência Municipal de Saúde foram encontradas em relatório publicado no site: [https://preconferenciasaudeaocarlos.files.wordpress.com/2019/03/apresentac3a7c3a3o-conferc3aancia\\_vanessa.pdf](https://preconferenciasaudeaocarlos.files.wordpress.com/2019/03/apresentac3a7c3a3o-conferc3aancia_vanessa.pdf)

Observando o relatório da 8ª Conferência Municipal de Saúde<sup>3</sup>, realizada no ano de 2018, uma das propostas aprovadas reforçava a adoção do Modelo de Estratégia de Saúde da Família como prioritário, visando atingir a cobertura de 80% da população, em contraposição aos 20% de cobertura naquele ano. Também havia a determinação para a contratação de servidores públicos, contrária a tendências de terceirização na gestão de pessoas.

A 10ª Conferência Municipal de Saúde, ocorrida em 2021, aprovou uma proposta recorrente nas Conferências desde 2018 sobre a alteração da Lei Municipal nº 16.000/2012. A mudança na lei é base para a adequação do quadro de profissionais de saúde, com destaque para a indicação do dimensionamento do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), bem como para a efetivação de plano de cargos e salários das(os) servidores municipais. Para a produção de cuidado na atenção primária, em especial, essa adequação é fundamental para garantir vínculo e longitudinalidade por meio da manutenção das equipes, evitando a rotatividade de profissionais que buscam melhores oportunidades de trabalho.

A situação provocada recentemente pela pandemia de COVID-19 em São Carlos vem sendo enfrentada com dificuldades, mesmo com a destinação específica de recursos econômicos, observando-se a falta de equipamentos de proteção individual (EPI), a precariedade de estruturas físicas de ambulatórios e hospitais, de equipamentos. Diante de denúncias sobre a utilização de recursos, sem transparência, em reformas de prédios para atendimento de pacientes com COVID-19 e da má gestão da Secretaria Municipal de Saúde, em 2021, foi aberta uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na Câmara Municipal para apurar possíveis irregularidades na gestão.

Durante os onze meses de investigação da CPI foram constatados problemas diretamente relacionados ao enfrentamento da pandemia, a exemplo da falta de materiais, a sobrecarga de profissionais, incapacidade técnica e ausência de protocolos de cuidado aos pacientes com COVID-19 (G1, 2021). O relatório da CPI ainda deverá ser apreciado pelas demais instâncias do Ministério Público.

O documento indicou, entre outras necessidades, a implantação de um sistema informatizado para o controle de medicamento e materiais, a elaboração de protocolos de assistência para a uniformização dos processos de trabalho, a fiscalização da Vigilância Sanitária nos locais com atendimento ambulatorial e hospitalar, maior integração entre as secretarias municipais, a correta utilização da

Atenção Primária no SUS, com as UBS e USF realizando atendimento de demanda espontânea para o alívio de sobrecarga da UPA (MORAES, 2022).

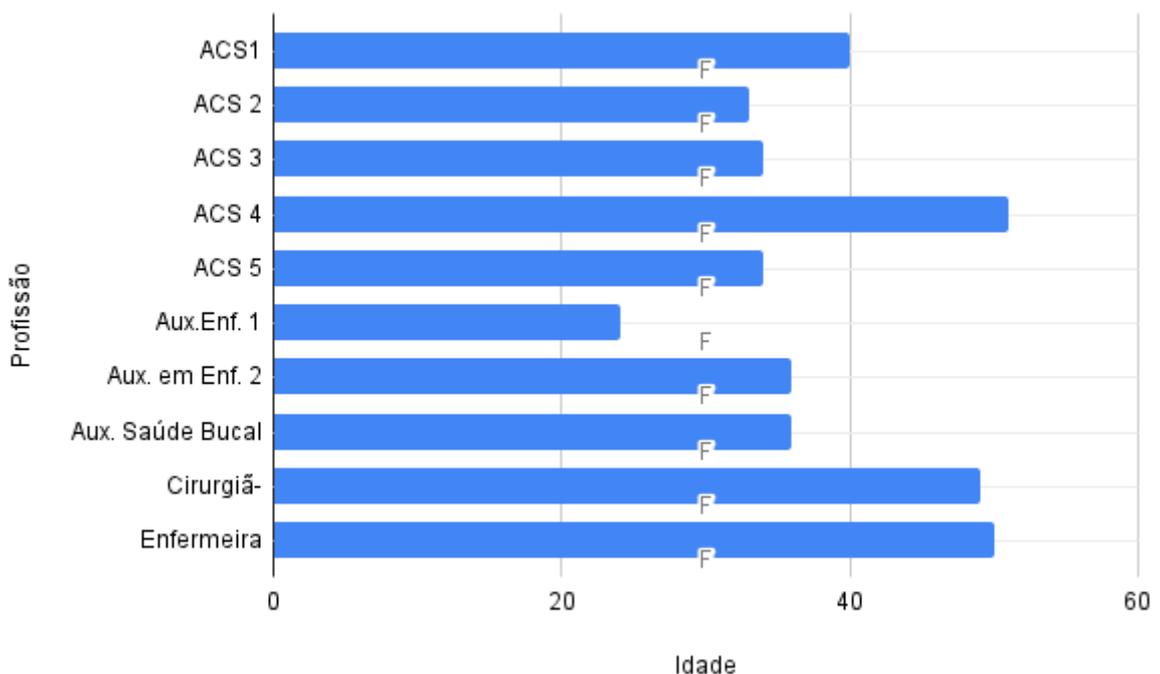
### Caracterização do perfil das participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa dez integrantes da equipe de saúde da família, que se identificam com o gênero feminino e possuem, em média, entre 30 e 40 anos, como representado na Figura 4.

Na Figura 5 apresentamos, para cada profissional, o grau máximo de escolarização, a correlação das informações de tempo de atuação na unidade e prévia experiência profissional no SUS.

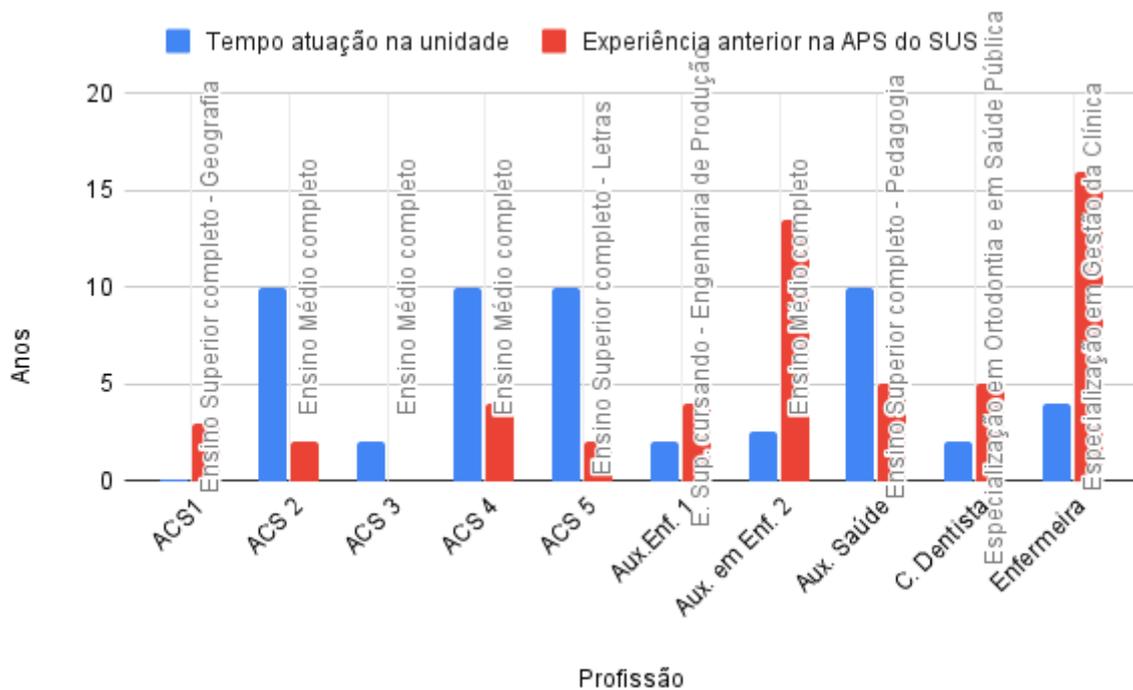
As profissionais Enfermeira e Cirurgiã-dentista possuem formação em nível de especialização. As demais ocupam cargos públicos cuja escolaridade mínima exigida é nível fundamental (ACS) ou técnico (auxiliar de enfermagem e auxiliar de saúde bucal), mas duas ACS possuem ensino médio completo, enquanto as demais profissionais possuem ensino superior completo ou cursando, fora da área da saúde. As trabalhadoras que ocupam mais tempo de serviço na unidade são as ACS e a Auxiliar de Saúde Bucal que já atuou como ACS na mesma unidade.

Figura 4 - Profissão, identidade de gênero e idade das profissionais entrevistadas



Fonte: elaboração da autora

Figura 5: Tempo de atuação da unidade e experiência profissional prévia na APS do SUS para cada profissional



Fonte: elaboração da autora

### A situação de saúde no território, sob o olhar das trabalhadoras da USF

No que diz respeito a identificação das necessidades de saúde da população adscrita, todas(os) as(os) profissionais da ESF são orientadas(os) a participar do processo de territorialização, realizando o mapeamento da área de adscrição e buscando um diagnóstico que identifique grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (BRASIL, 2017).

O processo de territorialização é uma metodologia de avaliação de um local delimitado, e funciona como um processo de apropriação das(os) profissionais de saúde que auxilia no conhecimento, caracterização e intervenção de seu local de ação, podendo ser entendido também como uma técnica de planejamento territorial (MONKEN, 2008).

Muitas vezes, a realização da territorialização se encerra ao delineamento do mapa e à adscrição da clientela, limitando sua função à criação de territórios para o planejamento e efetivação dos serviços de saúde, conforme a orientação dos recursos do Estado (FARIA, 2013).

Considerando que o uso do território informa, além da sua limitação espacial, a dinâmica da vida cotidiana, suas relações e determinações sociais, para Monken e Barcellos (2007), a apropriação do território para planejar a oferta de serviços de saúde inclui reconhecer o uso dos territórios a partir de cada especificidade, utilizando dados econômicos, sociais, ambientais, de maneira que sejam identificados os “*perfis dos territórios*”, reconhecendo seu “*conteúdo social, político e ambiental*” (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 187) cuja saúde da população está sujeita às consequências dos processos de produção e consumo.

As trabalhadoras da USF possuem ampla percepção sobre a multiplicidade de fatores que influenciam no processo saúde-doença, apresentando diversos elementos que contribuem nessa dinâmica:

*O bairro interfere, a infraestrutura do bairro, a profissão das pessoas e a cultura do lugar (Aux. Saúde Bucal).*

*O fator social e econômico, né, de rentabilidade das famílias interfere muito na saúde da população (Aux. Enf. 1).*

*O convívio, o dia a dia, como que a gente vai administrando nosso tempo tudo isso vai influenciando no nosso processo saúde-doença e também os nossos hábitos, costumes, né (ACS 5).*

*(...) chegar água potável, a questão do lixo coletado (...) quando a gente tem um ambiente mais favorável acho que a doença essas coisas acabam sendo menores ou menos propícias de acontecerem (ACS 3).*

*As causas da doença envolvem muito mais, assim, questões muito maiores do que a gente imagina, acho que a questão psicológica, a questão sócio econômica, as questões de ordem cultural da população (Cirurgiã-dentista).*

*Olha eu acho que as pessoas elas têm muito carência né (...) você trabalhar que nem não sei o que, e aí você recebe apenas um salário mínimo, mas você tem um aluguel, você tem força, você tem comida, vive com o mínimo do mínimo, né. [a causa dos processos de adoecimento da] nossa população em geral, assim no geral (...) ela é mais emocional, não é nem questão física (Aux. Enf. 2).*

As situações de opressão, violência, machismo, abuso de substâncias que permeiam, de diferentes maneiras, a realidade de todos os grupos populacionais do território são apresentadas como agravantes à saúde individual e coletiva:

*a violência, a violência doméstica, o assalto, tá muito forte aqui em São Carlos. violência também no trânsito (ACS 1).*

*é a questão do álcool, da droga, muitos adolescentes já envolvidos com uma idade muito baixa, (...) a gente vê né, na rua né, criança de onze, doze anos já nesse caminho de venda, de uso (ACS 2).*

A ACS 3, com seus conhecimentos e experiência na atuação em cooperativa de catadoras(es) de recicláveis, identifica como importante fator determinante da saúde a limpeza de vias públicas. Recupera a história da situação sanitária do território que viveu em sua infância, em que na falta de serviço de coleta de lixo, alguns moradores realizavam a queima do material para limpar o ambiente.

Para as trabalhadoras, as vulnerabilidades às quais a população está exposta se relacionam com a sua baixa capacidade de autonomia em relação ao cuidado com a própria saúde. Assim, as ações de educação em saúde são compreendidas como estratégias para a melhoria da produção de cuidado compartilhado e, para a realidade estudada, na visão das trabalhadoras, nota-se que:

*como a população daqui é um pouco mais carente, então a falta de estudo coloca em risco a saúde da população porque a pessoa ela acha que aquilo não é importante (Aux. Enf. 1).*

*E eu acho que questão também de educação, de ter essa parte educacional mais presente assim de orientação mesmo né, pra algumas coisas...(Cirurgiã-dentista).*

Por vezes há uma tendência em atribuir a responsabilidade da situação de saúde das pessoas do território a ações individuais, como expresso pela ACS 3:

*não é nem a cidade em si ou o território, na verdade a própria população que ela não se previne, ela não consegue entender que ela é dona de seu próprio... ela é responsável pela sua própria saúde ou pelo seu ambiente, né, ela não entende que o que ela faz pode trazer consequências pra ela (ACS 3).*

Não foram identificados processos benéficos à saúde dessa população presentes no território, evidenciado pela falta de atividades de lazer no bairro, a condição de depredação dos locais públicos e a dificuldade de acessar lazer no centro da cidade, devido a condição financeira da maior parte das(os) moradoras(es). No entanto, o próprio equipamento de assistência à saúde foi citado por duas trabalhadoras como sendo o maior benefício a que a população tem acesso:

*(...) um deles é ter o sus disponível né, principalmente se a gente observa nas vacinas gratuitas para a população, isso é muito importante (Aux. Enf. 1).*

*(...) um fator bom de você ter um serviço aqui quando realizado com carinho de maneira correta, né, profissional, que muitas vezes que eles não dão valor. Eu acho que é uma coisa boa eles terem um serviço de saúde e, assim, aqui, vizinho a gente vai na casa... quando que UNIMED faz isso pra gente? (Cirurgiã-dentista)*

Isso ficou evidente com a situação emergencial de saúde pública que se apresentou com a pandemia do coronavírus. Durante o período mais grave de coronavírus as autoridades sanitárias não utilizaram, nas medidas de enfrentamento a pandemia, o potencial da atenção primária para rastrear, identificar e referenciar pessoas sintomáticas, que fortaleceriam a prevenção (FLEURY; MENEZES, 2020).

Esse período evidenciou a importância do cuidado com a saúde mental, revelando novas e suprimidas demandas de necessidade de atenção a esse tipo de mal estar que se dá diante da necessidade de adequação a uma normatividade produtiva da vida em tensão com as necessidades dos biorritmos, desejos, emoções e potências criativas.

*Em relação às crianças, eu acho que tem muita criança com problemas na escola, agressividade, dificuldade no aprendizado. A gente recebeu muito encaminhamento pra profissionais tipo pra psicólogo, pra fono, psicopedagoga, psicóloga. A demanda a gente achou muito grande também, pessoas terem ficado depressivas que ficaram muito tempo em casa, desempregado (ACS 1).*

*(...) aqui a gente tem bastante problema com pessoas que têm ansiedade, psiquiátricos tem assim é, muitas pessoas que estão procurando, principalmente depois da pandemia, questão da depressão anda muito alta aqui no posto (ACS 3).*

*(...) uma família na rua X e eles vivem depressivos. Aí eu fui atualizar o cadastro né, gente, a pessoa não atende a porta, abriu um burquinho no portão e falou quem morava. Ela vai ficando mais doente com isso (ACS 4)*

*(...) é grande maioria dependente de remédios psicotrópicos então anti depressivo, usa calmante e afins uma população muito jovem e que demanda cada vez mais desses serviços (Aux. Enf. 1).*

## **Desafios imbricados nos processos de trabalho**

O atendimento de demandas específicas de saúde mental, que requerem encaminhamentos para outros níveis de atenção não acontece de modo satisfatório devido a sobrecarga da profissional psicóloga do NASF e a frequente ausência de psiquiatra no município:

*O NASF tá com uma demanda muito grande, né, vire e mexe tem encaminhamento pra criança, pra adulto. Pra eles atender essa área em geral não tem como. Tem que montar mais uma equipe pra dar conta, um suporte (ACS 1).*

*Nós não temos psiquiatra na rede. E hoje, principalmente depois da pandemia, as pessoas precisam muito, sabe? Muita gente com depressão, cê conversa com a pessoa, uma, uma tristeza, sabe, ela passa pra você isso e cê não pode fazer nada, entendeu? (ACS 4).*

*Em diálogo com a pesquisadora sobre a falta de psiquiatras no município (as profissionais do NASF) relatam que o SUS paga mal e não compensa para esses profissionais. Avaliam que de maneira geral, os(as) médicos(as) iniciam sua carreira como profissionais no SUS e, à medida que 'fazem o nome na cidade', passam a atuar somente em consultórios particulares, em que conseguem melhores rendimentos financeiros. Dizem que até mesmo os estudantes da UFSCar, cujo projeto do curso de medicina é formar para atuação no SUS, não permanecem na rede pública (Diário de campo, Observação 9, realizada em 27/07/2022).*

Sobre a relação entre gestão municipal e profissionais, apesar de mediada por encontros mensais, ao contrário de ser pautada na tomada de decisões compartilhadas, ocorre que os encaminhamentos se realizam a partir de decisões verticais, sem o devido acolhimento das demandas das situações cotidianas que enfrenta-se no território:

*Então, às vezes a gente tem que falar que aquela ideia é inviável e a gente não consegue ter essa comunicação com gestão, então a gente não consegue dar essa opinião e falar 'olha isso não tá legal' então, quando a gente tem uma boa gestão a gente acredita que o nosso trabalho é muito melhor (Aux. Saúde Bucal).*

*Nós estamos trabalhando para, nós não estamos trabalhando com...Nós estamos trabalhando para a gestão conseguir números para conseguir verba para o município. Eu não estou trabalhando pelo bem estar do paciente (Enfermeira).*

A fala da Enfermeira sinaliza a descaracterização do modelo de atenção preconizado pela ESF, explicitada pela contradição entre o previsto pela institucionalidade das políticas públicas que orientam as diretrizes para o planejamento e ações em saúde nessa perspectiva, mas que encontra obstáculos na formação profissional centrada na atenção, no despreparo de gestores para a criação de contextos de diálogo, compartilhamentos e co-gestão, do subfinanciamento do sistema e da própria política pública de financiamento que condiciona a qualificação do atendimento ao cumprimento de metas procedimentais.

A implementação do acesso avançado nas UBS e USF do município foi uma conduta de gestão pautada na conceituação desse modelo de atendimento como

dinamizador da organização da rede de atenção à saúde. A ampliação do acesso foi percebida nas seguintes falas:

*Quando a gente trabalha muito com a agenda fechada eu acho que fica se perdendo muito porque não tem consulta para todos, vamos dizer assim, não tem horário. O acesso, no meu ponto de vista, melhorou essa questão (ACS 2).*

*Às vezes o agendamento é urgente e tava para longe e aí a pessoa não lembrava de vir, hoje com acesso todos os dias atendendo eu acho que facilitou bastante, isso é em tudo, é odonto, é médico (Aux. Saúde Bucal).*

No entanto, gerou uma desestruturação dos processos de trabalho da equipe. Pode-se perceber que, nesse formato de atendimento, intensificou-se a abordagem médico-centrada, em que o processo de trabalho se organiza para a realização da consulta médica como fim do atendimento a(o) usuária(o). A fala da profissional Médica “*agora aqui é o Pronto Atendimento de Saúde da Família*” expressa sua avaliação sobre a descaracterização do processo de trabalho preconizado pela ESF.

A busca pelo contato com as profissionais de saúde na unidade ocorre, notadamente, em caso de necessidades mais agudas com objetivo de solucionar de maneira imediata e

*(...) só quando apresenta alguma coisa muito séria, eles procuram a unidade só quando não tem mais jeito mesmo (ACS 3).*

*É médico centrado e depois que a doença está instalada. Você não faz prevenção, não tem (Enfermeira).*

O aumento do número de consultas realizadas na USF fez crescer a demanda por encaminhamento para serviços secundários, que não tiveram ampliadas as ofertas, resultando em congestionamento e longas esperas para o encaminhamento. Aqui a contradição é apresentada pelo desenvolvimento da prática em saúde voltada para o reconhecimento de queixas agudas e a triagem para especialidades sobrepondo o instituído pelas diretrizes da ESF para a produção de cuidado. Em alguns casos foi observada orientação da equipe para o uso de serviços privados para adiantamento da realização de exames ou de consultas e tratamentos com profissionais especializados(as).

*A gente não consegue atender com qualidade e com aquilo que realmente a população precisa, né. Quando precisa sair fora daqui do posto acabar implicando (sic) bastante porque a cidade não tem a quantidade de profissionais suficiente pra atender toda população (ACS 3).*

*Assim, o certo seria o paciente veio na consulta, sair daqui com exames e consultas agendadas. Às vezes quando cê marca um exame, cê liga pra pessoa e a pessoa nem precisa mais, ou então ela já arrumou o dinheiro e ela mesmo pagou (ACS 4).*

*Assistente social, Nutricionista, Educadora Física, Fisioterapeuta e 2 ACS realizam discussão de seis casos. ACS fazem leitura e a fisioterapeuta anota no livro de casos discutidos. O primeiro necessita de atendimento com fisioterapeuta, com observação de ser agendado para depois das 15 h, pois apesar de ter recebido atestado para afastamento do trabalho, continua trabalhando. Como a fisioterapeuta não tem agenda nesse horário, encaminharão a informação e a sugestão para que sejam agendadas sessões em programa da UNICEP, que possui um valor mensal de R\$60 (Diário de Campo, Observação 9, realizada em 27/07/2022).*

O desdobramento do trabalho da Enfermeira depara-se com entraves devido ao impedimento de realização de procedimentos, como solicitação de exames (por exemplo TSH, TGO, TGP, mamografia) e replicação de receita de medicamentos pela Enfermeira:

*Passa um hipertenso, hipertenso e diabético que eu tenho que ver a função renal, eu tenho que ver a função do fígado... Eu tenho que ver tireoide pra vê se tá...Eu não posso pedir... eu dependo do médico (Enfermeira).*

Isso ocorre devido a inexistência de protocolos municipais que regulamentem a assistência em enfermagem conforme as normativas sobre as atribuições profissionais da(o) profissional enfermeira(o) na ESF, consolidadas na Política Nacional de Atenção Básica, desde 2006. Além disso:

*O município de São Carlos não possui Protocolos de Enfermagem para atuação em saúde do homem, da criança, do trabalhador e de saúde coletiva (Diário de Campo, Observação 11, realizada em 08/09/2022).*

Ainda sobre a condição do trabalho de enfermagem, há intensa sobrecarga das profissionais, explicitada pelo resultado do cálculo de dimensionamento dessas profissionais, realizado de acordo com metodologia normatizada pelo COREN, que aponta, para essa unidade, a necessidade de atuação de dois profissionais de ensino superior e quatro auxiliares, o que significa o dobro de atuantes.

O horário de funcionamento da unidade, muitas vezes, dificulta o contato com a população trabalhadora, inviabilizando as visitas domiciliares e o cadastramento dessa população do território:

*As ACS lembram que até 2014 havia atendimento em horário noturno às quartas-feiras e também aos sábados. Consideram que o funcionamento da USF em horário estendido promovia (Diário de Campo, Observação 4, realizada em 22/06/2022).*

O acompanhamento de processos mais crônicos tem a garantia de continuidade devido ao trabalho de presença das ACS, profissionais com maior vínculo com a comunidade, em realizar as visitas domiciliares. Em uma reunião de equipe:

*A médica relata não ter sido possível uma comunicação eficiente com paciente, que não compreende a necessidade do acompanhamento de seu quadro de saúde e parece não entender as orientações médicas. Trata-se de um caso grave, caso não haja monitoramento e adesão terapêutica, pode evoluir para óbito. Assim, fica definido que a ACS responsável pela microárea da usuária fará visita, em tentativa de estabelecer vínculo e diálogo (Diário de Campo, Observação 5, realizada em 30/06/2022).*

Contudo, a sobrecarga de tarefas e desvio de função das ACS dentro da unidade, executando função administrativa, realizando inclusão de dados no sistema de informação e-sus, agendamento de consultas e exames e organizando prontuários, dificulta a presença no território em visitas domiciliares e diálogo com a população.

*tem essa dificuldade também de uma técnica de suporte, tem só um computador ali no fundo, a gente tem que ficar dividindo aí demora também. (...) Aí amanhã já to na recepção já não vou pra rua, porque eles atribuíram muito funções administrativo. O ACS, então, a gente fica muito presa aqui dentro da unidade (ACS 1).*

As trabalhadoras da equipe reconhecem que sua dedicação ao serviço confere qualidade ao cuidado produzido, mesmo que este ocorra num contexto de deficiências de recursos, acúmulo de demandas, falta de tempo e presença, espaços inadequados e sem ambiência adequada para um equipamento de atenção à saúde:

*fico [satisfeita] porque assim, eu tento passar tudo que eu aprendi, que eu to aprendendo, eu tento passar e eu sinto que eles recebem isso. Não são todos? Não, cê não vai agradar a todos, mas eu sinto que eles recebem, porque quando eles vem aqui e fala “ó, a ACS já me explicou isso em visita, eu já sei como que funciona” Então, quer dizer, ela já sabe, ela aderiu aquilo que eu falei pra ela, não entrou e saiu (ACS 4).*

*eu acho que dentro do que é nos fornecido, eu falo desde gestão, desde saúde, desde equipamentos, eu acho que a gente tem até sustentado tudo bem, sabe? A gente procura fazer o melhor, procura se entender, procura conversar e procura alcançar, né, o que nos é proposto desde a consulta, do cuidado, do atendimento com o paciente (ACS 5).*

A situação da saúde das trabalhadoras foi tema recorrente nos depoimentos.

Um conjunto de fatores relacionados às condições de trabalho, como grau de responsabilidade, sobrecarga, cobrança de metas, ausência de insumos e remuneração insatisfatória estão implicados com a qualidade do encontro e cuidado produzido, para além de questões pessoais:

*Mas, assim, tem coisas que a gente também já tá cansada, né? Esses anos de experiência também contam com uma desmotivação muito grande (...) quando um funcionário tá cansado ele não consegue fazer o tanto que gostaria pelo pela população infelizmente (Aux. Saúde Bucal).*

*Agora o município precisa de recurso, precisa de atendimento, oi? **Sois homem, não sois máquina.** Eu sou um número. Se eu morrer hoje, amanhã tem outra... Então? E aonde você cuida do seu funcionário? (...) Eu tenho que olhar a população. E eu tenho que prezar pelo bem-estar da população. E o meu. Mas não só o meu, o das equipes, não só dessa USF, mas da saúde... (Enfermeira).*

*As profissionais integrantes do NASF relatam estar cansadas de serem mal remuneradas, sem perspectiva de carreira, incentivo a estudos e tentam encontrar pequenos prazeres que fortaleçam o empenho diário na realização da profissão. Uma fala chamou atenção: “mas tá errado né, nos acostumarmos com uma situação que não é ideal” (Diário de Campo, Observação 9, realizada em 27/07/2022).*

## **Potências de Inovação Social na APS: coletivização do cuidado e o reencantamento com o trabalho vivo**

A reflexão sobre a prática profissional a partir dos incômodos e desafios que se apresentam no dia a dia, pode representar um prelúdio para ações transformadoras da produção de cuidado na APS. É, também, a partir das constatações do que não tem contribuído para a integralidade do cuidado, que se reconhece a importância de mobilizar esforços para realizá-la.

*Escuto Aux. Enf. 1 expor a necessidade de reciclagem, formação, educação permanente das profissionais. Refletindo sobre a atuação no acolhimento dos(as) usuários(as), que também participa, percebe que poderia ter mais recursos para qualificar a mediação das profissionais, melhorando a relação profissional-usuário. Relata que, muitas vezes, falta empatia, sensibilidade, senso de coletividade (Diário de Campo, Observação 4, realizada em 22/06/2022).*

Considerando a síntese de incômodos relatada pela profissional, apresentaremos as potências para a realização de um cuidado em saúde integral que surgiram nas falas das profissionais em diálogo com esses temas mencionados.

De início, destaca-se que a equipe possui compromisso com a construção do

trabalho conjunto, percebendo as particularidades dessa organização, realizando reuniões semanais para discussão de casos e reorganizações do processo de trabalho a cada situação nova:

*Eu acho que é você poder sentir também um pouquinho do que o outro também a função do outro, e entender também e procurar assim em conjunto a juntar no que for preciso, né, de uma maneira para que o conjunto caminhe, né (...) trabalhar em equipe exige um pouco mais de... eu acho que essa sensibilidade, de percepção do outro, no falar, no respeito com o outro, né? (Cirurgiã-Dentista).*

*A gente consegue discutir os casos dos pacientes, levar em reunião de equipe, consegue chamar pra visita tanto da enfermagem, quanto a médica e a dentista. E eu acredito que com isso a unidade consiga proporcionar um cuidado melhor pro paciente (ACS 2).*

No espaço micropolítico do encontro profissional-usuária(o) as ações das(os) profissionais de saúde carregam a responsabilidade de significar a experiência social que é o SUS. A maneira como movem-se, produzem, inventam e resistem é que configura o cuidado (CECÍLIO, 2012).

Diante da rotina de trabalho agitada e com grandes filas de espera, muitas vezes, o tempo de encontro profissional-usuária(o) é limitado. Assim, ficam fragilizadas as produções de vínculo, a escuta atenta e o compartilhamento do cuidado utilizando tecnologias leves:

*Não tem um espaço de conversa até porque tem mais gente lá fora esperando. Então é um tempo curto que a gente precisa, às vezes tem cinco pessoas pra atender, aí a pessoa vai trabalhar, vai levar criança pra creche, então a gente tem que ir dando uma olhada nessas coisas também (Aux. Saúde Bucal).*

Apesar disso, existe o reconhecimento da capacidade de agência das trabalhadoras na mediação de encontros que possibilitem a produção de cuidado longitudinal:

*O que a gente consegue fazer é melhorar o fluxo de trabalho, tentar melhorar uma coisa aqui, uma coisa ali, e ó, o que que pode ser a organização interna, o fluxo... (Aux. Saúde Bucal).*

A ACS 1 relata uma situação em que a autonomia e criatividade da equipe aproximou-se da perspectiva de integralidade do cuidado, possibilitando uma construção de ação em rede para uma paciente idosa:

*Tinha uma senhora, uma senhora que ela não queria, é, a gente desconfia que ela já tava tendo quadro de demência. Ela não aceitava ir para a família, e a família também não fazia muita questão, teve que acionar o idoso. Aí a gente tirou um dia, foi na residência dela pra olhar como tava a residência e tava cheio de larvas de mosquito, ela não tomava medicação, a casa tinha uma sujeira. Mesmo sabendo que ela não gosta da gente ir lá, a casa dela tinha que fazer isso e entendeu. E acabava puxando assunto, brincando, a gente conseguiu trazer ela pro centro de idoso, onde ela já passa o dia, o centro de idoso se responsabiliza de dar a medicação (ACS 1).*

Utilizar as tecnologias leves possibilita re-estruturar o processo de trabalho em saúde por meio do reconhecimento da ação intencional e transformadora do trabalho vivo, considerando que, no espaço em que se constroem as relações profissional-usuário(a), há também lugar para a produção subjetiva dos sujeitos (COELHO; JORGE, 2009).

A proposta de encontros em grupo, na perspectiva da coletivização/compartilhamento do cuidado em saúde, possibilita interação com tempo de qualidade, riqueza de trocas a partir de experiências compartilhadas, a exemplo das situações relatadas.

A enfermeira possui uma trajetória de formação profissional no próprio SUS. Iniciou como auxiliar de enfermagem e, junto a seu crescimento pessoal, transita na rede até o cargo atual. Ela identifica que ações de educação em saúde, utilizando recursos das artes cênicas, visuais e artesanatos e em parceria com outros setores que são essenciais para construir cuidado em saúde de maneira ampla:

*... você tinha um grupo de arteterapia, você tinha um grupo de caminhada, (...) você tinha um grupo de HiperDia com orientações pra hipertensão, diabetes, você tinha várias vertentes de saúde. Você tratava a população, não só na sua doença. Então, você tinha os grupos, se tivesse algum problema nesses grupos, (...) se você tivesse algum problema, aí encaminhava pro médico. (...) Aí eu já pegava a pasta, olha, você liga para esse paciente pra ele vir no grupo. Eu preciso que ele venha no grupo. Ele não vem em consulta. Não era uma consulta com a enfermeira, não era uma consulta com a... Ele vinha no grupo. Deixa eu ver quem que é esse aqui, é da área da ACS tal, ó, esses dois aqui são da sua área, você liga e pede pra ela que a enfermeira pediu pra vir no grupo. Então você fazia aquela orientação, você ensinava receitas, até saco de sal temperado, a gente fazia, entregava. Era uma coisa assim, sabe? De grupo (Enfermeira).*

A Auxiliar de enfermagem 2 possui experiência de dez anos como ACS e nos anos iniciais de sua inserção no SUS participou de encontros entre profissionais e usuáries(os) que estreitaram as relações como, por exemplo, em celebrações como a Ceia de Natal coletiva que era realizada em uma unidade da região. Ela relata a importância do envolvimento com o cotidiano da população adscrita em outra

experiência:

*Eu tinha um grupo de adolescentes, meninas. (...) o grupo chamava 'Papo Calcinha', que o sucesso foi tão grande com as adolescentes de doze a dezoito anos que as mulheres casadas se interessaram e quis um papo calcinha de mulher adulta. E a gente fez, né, porque aí englobou outras pessoas, daí teve a dentista que fez parte desse grupo, teve a médica, teve a enfermeira, teve até mesmo pessoas do NASF, residência e estudantes, né. Então, assim, é de trazer isso e de trazer a população, isso é o cuidado, né (Aux. Enf. 2).*

Essas vivências guardam memórias e aprendizados em que as práticas profissional e social se entrelaçam para construir contextos de cuidado em saúde pautados em construção de vínculo, proporcionando afetos que qualificam as relações de convivência que participam.

As entrevistadas descrevem diferentes situações em que identificam necessidade de mudanças nas concepções e éticas orientadoras da práticas de saúde:

*Quando a gente fala em saúde da família, né, então a gente tem que pensar na família, então ser um lugar legal sabe, não só pra parte prática que é renovar uma receita, sabe, pegar a orientação sobre os medicamentos, não... eu queria um local em que eles pudessem vir (ACS 3).*

*E precisava ter pessoas que gostam do que fazem, porque a gente vê muito pessoas que tão trabalhando na saúde só pelo dinheiro e não por amor. Como que você vai tratar uma pessoa se você não tem empatia pra se colocar no lugar da pessoa? (ACS 4).*

*O olhar pro outro como um todo, não somente a dor que ele tá ali, saber de onde vem essa dor e porque que tá vindo essa dor. Isso é cuidado (Aux. Enf. 2).*

Também destacam necessidades de adequação da ambiência, da USF como espaço de acolhimento integral das demandas de saúde da população adscrita e de atenção às suas subjetividades, construídas nas relações que ali são cultivadas:

*O cenário ideal seria ter uma estrutura melhor, com mais salas, que pudesse atender, é, mais pessoas, ter mais profissionais, mais médico, mais enfermeiro, pra poder conseguir atender mais pessoas, né, um número maior de pessoas (ACS 3).*

*(...) conseguisse atendê-lo num lugar bom, numa qualidade nesse ambiente para ele também conseguisse todas as consultas, todos os exames, dar um suporte para ele necessário (...) Então o cenário ideal seria fazer o cadastro de todos, ter aquilo redondinho (ACS 2).*

*Eu quero uma unidade nova, com espaço, com equipamento pra gente trabalhar, com espaço pra grupo, pra quem quiser fazer grupo, pra quem*

*quiser desenvolver algo, um espaço atrativo para a população, que tivesse um lugar que as crianças pudessem vir não só no dia da vacina, no dia de chorar, no dia da tristeza deles, mas que eles pudessem vir, falassem assim 'hoje é um dia legal, vamo lá no posto fazer algo diferente'. Com um espaço para os idosos também pra poderem vir aqui pra ficar um pouco, socializar, conversar, sabe? (ACS 5).*

Reconhecemos que alcançar a integralidade do cuidado não resulta apenas da vontade das trabalhadoras em reinventar-se e atuar com foco na dimensão cuidadora do trabalho. Diante das dificuldades cotidianas em atuar próximo a um 'cenário ideal' as profissionais apontam a importância do que interpretamos como ações intersetoriais:

*(...) meu plano ideal seria saúde e educação trabalhando juntas (Aux. Enf. 1)*

*Eu acho por exemplo, tinha que ser assim, a união dos setores, sem essa união não vai funcionar (ACS 4)*

Para além da dimensão profissional, as dimensões de gestão e sistêmicas precisam estar alinhadas com a construção de um modelo de atenção em que seja possível promover e proteger a saúde. As ações nessas dimensões são de caráter político, participativo e papel de todas(os) cidadãs(ãos), contribuindo para ações democráticas nas organizações sociais institucionalizadas ou não.

Atualmente o Conselho Gestor Local da unidade não está em funcionamento e as profissionais não têm acompanhado os encontros do Conselho Municipal de Saúde. Foram relatadas memórias de situações conhecidas ou vivenciadas nesse âmbito, uma com destaque para uma participação a fim de suprir necessidades pessoais, mas que promovia ganhos coletivos. Outra recupera um momento histórico do município, nos mandatos dos governos do Partido dos Trabalhadores, em que havia um instrumento de gestão coletiva chamado Orçamento Participativo e, dessa forma, motivava a participação social para discutir as necessidades e definir direcionamentos de recursos em um planejamento estratégico:

*Eu lembro que na época que tinha conselho municipal de saúde as pessoas iam por interesse próprio não pelo bairro, a maioria das pessoas iam porque 'ai, o nome da minha mãe tá na fila de espera de tal coisa, vou participar porque eu quero que tire o nome da minha mãe da lista'. (...) mas tinha (uma abertura), às vezes a pessoa ia lutar por ela mas conseguia alguma coisa pros outros também, né (Aux. Saúde Bucal).*

*(...) começava na quinta, na sexta e ia até domingo, segunda... Nossa, aí você deliberava o que que ia ser pauta para levar para o prefeito, o que que não ia... Dali saíam as discussões. Agora? não sei em que ponto perdeu-se tudo isso... mas perdeu-se (Enfermeira).*

A contínua formação das profissionais também é identificada pelas trabalhadoras como fundamental para proporcionar ações de saúde integral:

*Antigamente a gente tinha mais curso de educação permanente que motivava você fazer alguma coisa com a população e pra população e hoje eles buscam mais é atendimento, atendimento, queixa e conduta (...) de uma forma de outra, você tendo uma educação permanente contribui muito para prevenção, né. É o que a gente queria (Aux. Saúde Bucal)*

*A gente sempre foi chamado para conversar tipo, 'ah, é uma reunião com os ACS', 'pra cobrança, nunca pra uma orientação, um curso legal, perguntar assim 'qual coisa vocês gostariam de aprender no momento? o que que falta, o que vocês não sabem?'" (ACS 5).*

*Não tem um curso, não tem, não existe mais uma reciclagem, não existe mais uma atualização de nada (Aux. Enf. 2).*

Destaca-se que as trabalhadoras dessa USF demonstram seu interesse em atividades de capacitação, como previstas pelo modelo tradicional de educação profissional, caracterizado pela abordagem pontual de temas e de atualização de orientações técnicas.

Rézio et al. (2022) apontam que estratégias de Educação Permanente, por sua vez, contribuem para a reflexão a partir do trabalho e sobre ele, possibilitando o desenvolvimento de novos conhecimentos e ações, a partir das situações vividas, com relação às trocas entre profissionais e a construção de práticas em saúde que se aproximem, cada vez mais, de um cuidado integral.

Reencantar-se pelo trabalho vivo é perceber-se como agente na rede de sujeitas(os) que compõem o tecido social, e que reconhecendo as possibilidades de conduzir mudanças nos encontros individuais, com as famílias, nos encontros no território, entre as(os) colegas da equipe, com outros setores da saúde, da política, das ciências, podem mobilizar ações que irão possibilitar um cuidado integral em saúde.

Para Ayres (2007, p.50), a busca pela Saúde trata-se de escolher o “*que fazer frente à necessidade de reacomodar-se continuamente, inerente ao estar vivo*” e evidencia que a racionalidade prática, reflexiva é fundamental para a elaboração de novos instrumentos para reconstruir as práticas de saúde.

As e os agentes envolvidos na inovação social para o desenvolvimento do cuidado integral na APS embora encontrem-se em núcleos ou ambientes distintos, desenvolvem ações que se complementam, compondo um coletivo com valores, ações e agências mais ou menos alinhados.

Uma representação da rede de agentes envolvidos nessa inovação social (Figura 6) reúne indivíduos ativos na produção do cuidado compartilhado: trabalhadoras(es) do SUS e usuárias(os); organizações em defesa da saúde pública, responsáveis pela produção de conhecimento, qualificação de profissionais e serviços e participação em instâncias decisivas, a exemplo dos Conselhos de Saúde em todas as instâncias (locais, municipais, estaduais e nacional), Universidades, entidades como ABRASCO, CEBES, Rede Unida e PROADI-SUS; movimentos sociais de grupos em luta contra opressões históricas; e poderes públicos em sua organização dos equipamentos públicos de promoção de cidadania e suas formas de ação por meio da criação e implementação de Leis e Políticas, conforme a Constituição Federal.

Figura 6 - Conjunto de agentes para Inovação Social no cuidado na APS



Fonte: Adaptado de JULIANI et al., 2014.

## DISCUSSÃO

Sob a ótica do paradigma interpretativo positivista os fatores que determinam as condições de saúde e doença são compreendidos separadamente em categorias (a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais). Diante dessa fragmentação, a atenção a esses processos se apresenta na análise cada uma dessas variáveis e em proposta de ações, por agentes externos, que possam reintegrá-las, devolvendo a normalidade de seu funcionamento independente, sem a necessidade de que haja uma alteração no sistema global pelo qual são determinadas (BREILH, 2015).

Assim, embora perceba-se a conexão do indivíduo com o todo e as influências de fatores externos, há uma tendência em responsabilizar indivíduos sobre as condições que levam ao adoecimento e, além disso, individualizar e apenas medicalizar as ações que podem ser realizadas para a recuperação, reabilitação, prevenção e promoção da saúde. Dessa forma, o reconhecimento de condições histórica e socialmente determinadas que se relacionam diretamente com a saúde fica limitada, gerando um sentimento de impotência diante de situações de processos de risco e agravamentos da saúde.

Adotamos a concepção da determinação social do processo saúde-doença justamente por proporcionar compreender as diversidades que compõem os seres humanos em grupo e individualmente e pressupor que os pactos sociais estabelecidos ou impostos é que definirão os modos de vida permitidos.

Madel Luz manifesta a importância de observar a relação entre o padrão dominante de valores da sociedade atual, que estimula práticas sociais individualistas em si e comportamento de competição e rivalidade, com a predominância de *“ações coletivas de insegurança, desconfiança e agressividade mútua dos cidadãos”* que contribuem para princípios antissociais (LUZ, 2015).

Para ela, a promoção de cuidado em saúde, a partir de valores solidários pautados no reconhecimento e respeito da diversidade e multiplicidade da sociedade e da vida, tem potencial de gerar um estado de *“simpatia social”* e *“partilha de vida”*, promovendo um ambiente saudável para o desenvolvimento biológico, físico, mental, espiritual.

Observamos que no atual modo de (re)produção da vida, o próprio ritmo da vida e o cuidado em saúde são definidos a partir da necessidade de alimentação de um sistema econômico. As práticas em saúde ficam limitadas a reprodução de uma lógica de dominação, extração, acumulação, e conseqüente exclusão, que reflete na distribuição desigual desde condições básicas até o acesso a tecnologias de aperfeiçoamento do viver.

A saúde consiste em uma área de grande interesse financeiro, pois permite explorar a criação de diversos mercados para geração de lucro, diante da combinação científico-tecnológica que proporciona frequentes inovações na área (ROSADO; FREITAS, 2020). O Brasil como país periférico no processo capitalista de reprodução mundial, encontra-se dependente do mercado internacional e sua base produtiva nacional fica limitada/vinculada aos interesses e regras do pensamento e da prática do capitalismo neoliberal (COSTA et al., 2018). Essa relação de dependência extrapola a simples e aparente veiculação de mercadorias e capitais, de forma que a economia e a política são profundamente afetadas:

(...) é a totalidade do ciclo de reprodução do capital nos países periféricos que está subordinada e determinada, direta ou indiretamente, pelo ciclo de reprodução do capital em escala mundial, com o domínio dos capitais estrangeiros sobre os principais e mais dinâmicos setores produtivos nacionais (COSTA et al., 2018, p.1096).

A mercantilização da saúde fomenta o desenvolvimento de um vasto e inovador cardápio de produtos, procedimentos e serviços que podem ser adquiridos conforme a capacidade de pagamento da clientela. Nessa perspectiva, os recursos terapêuticos se restringem a aquisição de medicamentos e de procedimentos centrados, principalmente à(ao) profissional médica(o).

Para Narvai (2022), os cuidados de saúde e as ações necessárias para lidar com necessidades em saúde, transformados em mercadoria, perdem seu caráter de direito social e:

Assim, não se trata de fazer a gestão de recursos para que um direito seja exercido por todos, mas de vender uma mercadoria para consumidores. As políticas públicas dão lugar, nessa concepção, à compra e venda de mercadorias. Sai de cena o cidadão que exerce um direito social; entra em cena o consumidor de uma mercadoria (NARVAI, 2022, p. 233).

A saúde compreendida enquanto direito e processo social, confronta

diretamente com a lógica capitalista de mercantilização da vida e mercadorização da saúde (MORAIS et al., 2018). A sustentação de políticas públicas que viabilizem a atenção a saúde como previsto pela Constituição federal, os princípios do SUS e as necessidades de saúde da população dependem da construção de uma cultura diferente *“que considera o desenvolvimento humano tão ou mais importante que o econômico”* (CAMPOS, 2018, p.1708) em contraposição à prevalência dos interesses de mercado.

A lógica de pagamento por desempenho proposta pelo novo modelo de financiamento da APS limita o planejamento do trabalho em saúde ao alcance de números e a produção de procedimentos. Dessa maneira, a equipe de saúde da família fica limitada a entregar resultados quantitativos à gestão municipal para que possa ter boas avaliações e o repasse financeiro garantido, sem que haja um planejamento específico de ações evidenciadas pelas necessidades de saúde da população do território adscrito.

A dimensão da Integralidade na saúde tem papel mediador para a concretização do direito à saúde, pois sua constituição articula aspectos da organização dos serviços, dos conhecimentos e práticas das(os) trabalhadoras(es) da saúde e das populações nas políticas governamentais (PINHEIRO, 2006).

O SUS, em seu projeto político-institucional crítico e revolucionário, ainda que a passos lentos, vem avançando na democratização do acesso às tecnologias em saúde. Acontece que o modelo de atenção à saúde instituído nas diretrizes do SUS, encontra dificuldades em se concretizar. Os princípios e diretrizes do SUS prevêm a estrutura da oferta de ações e serviços de saúde de maneira universal, integral, equitativa em uma organização descentralizada, regionalizada, hierárquica, com mecanismos de representação e controle social para a deliberação das prioridades de ações conforme as necessidades de cada local. No entanto, o funcionamento desse complexo não se concretiza tal como suas premissas, enfrentando dificuldades de financiamento e atravessamentos políticos que limitam seu alcance, que repercutem em um funcionamento enviesado, de um lado provedor de demandas urgentes e focalizadas para as populações mais pobres e de outro, centralizador de atividades sanitárias e administrativas de alcance nacional.

Embora o crescimento da cobertura nacional da ESF apresente como resultado expressivo a redução da mortalidade infantil (CECCON et al., 2014; LEAL et al., 2018; HATISUKA; MOREIRA; CABREIRA, 2021), ainda permanecem

problemas a serem superados. Para que possa, de fato, haver inclusão de cada necessidade singular e coletiva nas ações para saúde integral, é fundamental que a população adscrita ao território de atuação da eSF não seja vista como objetos de intervenção, mas como sujeitos(as) participantes da construção de suas realidades.

Para Borde e Torres-Tovar (2017), no território pode-se compreender a dinâmica de produção da vida e da saúde de uma comunidade, e, portanto, é nesse mesmo lugar que irá emergir conhecimentos e novas práticas em saúde que integrarão as complexidades da vida. O âmbito local tem sido apontado por cientistas e organismos internacionais como um campo de ação privilegiado para que sejam desenvolvidas ações com intenção de melhorar a qualidade de vida, minimizar os riscos à saúde e promover espaços saudáveis (AKERMAN, 2005).

Essa maneira de produzir ações de cuidado exige *“o rompimento com posturas clientelistas, assistencialistas e tutelares para superar as desigualdades sociais e criar estratégias inclusivas sob a responsabilidade do Estado”* (GONDIM, 2011, p. 156).

Embora desde a década de 1980 os movimentos sociais e científicos que construíram a Saúde Coletiva questionassem o modelo de atenção à saúde baseado em medidas preventivas e curativas em saúde, ainda hoje observa-se esse discurso como hegemônico e orientador dos modelos de atenção à saúde. (SCHRAIBER; MOTA, 2015). Observa-se que as tecnologias duras e leve-duras, diretamente relacionadas a biomedicina e suas especialidades, aparecem como prioritárias na busca da qualificação da produção de cuidado. São elas, principalmente, as que movimentam o mercado da saúde e combinam ações de investimento em saúde e de produção de insumos, criando oportunidades de incorporação de trabalhadoras(es) que reproduzem o trabalho morto, em uma cadeia produtiva que produz procedimentos fragmentados e pré-estabelecidos. Essa lógica de atuação a partir de critérios causais-controlistas (AYRES, 2007) não é suficiente para a produção de cuidado integral em saúde.

O trabalho, em perspectiva ontológica, é uma mediação social que preconiza a consciência, a abstração e a intencionalidade das ações. O trabalho em saúde apresenta uma *“direção social”* que guia a atuação das(os) profissionais de saúde (GUIMARÃES, 2017), no sentido de que suas ações podem contribuir para *“promover a reprodução e manutenção das relações de dominação”* (p. 568) ou, ainda, para a construção de novas possibilidades para a sociabilidade.

Sob a ótica das profissionais participantes e a literatura do campo, o tempo e qualidade do encontro com usuárias(os) é fator condicionante fundamental para que haja criação de vínculo, reconhecimento e atendimento das especificidades, espaços de educação em saúde e de produção coletiva de cuidado, em perspectiva comunitária.

O âmbito da micropolítica do trabalho vivo é diretamente afetado pela conjuntura em que se organiza a macropolítica e, considerando as ações estatais de desfinanciamento do setor saúde (BRASIL, 2016) e a reformulação das políticas públicas da atenção primária (BRASIL, 2017; BRASIL, 2019), a capacidade de agência das(os) profissionais de saúde fica limitada diante da precarização dos serviços de saúde. De Seta et al. (2021) avaliam que essas reformulações culminam na priorização do atendimento de demandas agudas na Atenção Primária, comprometendo o acompanhamento longitudinal das(os) usuárias(os) e descaracterizando a organização da APS como espaço de promoção de saúde.

Machado (2007) aponta que a atuação nos espaços de prática profissional, conselhos e conferências de maneira crítica é um caminho de contribuição das(os) profissionais de saúde para defesa da constitucionalidade do SUS, da transformação social e das práticas de saúde. Para isso é relevante a sua capacitação técnico-política, com ênfase para o âmbito municipal.

A efetiva participação social na formulação de estratégias e direcionamento da execução da política de saúde diz respeito a uma participação política junto ao corpo do Estado. Essa participação, em perspectiva democrática, pode germinar espaços de poder político compartilhado, gerando novos conhecimentos e novas verdades (VASCONCELLOS; ALMEIDA; GUEDES, 2010). Nota-se que apesar desse potencial de construção coletiva, ainda nos espaços de participação política local e também na micropolítica dos encontros que caracterizam relações mais próximas, a democracia é incipiente.

É evidente que a população brasileira necessita recuperar o potencial do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em seus valores de solidariedade e justiça social. Fomentar processos que promovam cuidados emancipadores, implicados com as necessidades em saúde do cotidiano da população são urgentes..

As atividades de educação permanente também são potenciais espaços de produção de conhecimento e ações coletivas entre as dimensões profissional e de

gestão do cuidado em saúde que, trabalhando juntas e democraticamente, podem oferecer bases para o aprimoramento da gestão sistêmica, melhorando ou criando novas políticas públicas.

A educação permanente em saúde (BRASIL, 2018) apoia os processos de formação das profissionais de saúde para a realização do cuidado integral, de acordo com os princípios e valores do SUS, permitindo refletir sobre o cuidado em saúde que se produz enquanto sistema. Então, reconhecer o potencial de transformação do trabalho vivo das trabalhadoras da USF envolve questionar que tipo de mudanças no processo de trabalho precisam ocorrer para que haja produção de cuidado integral em saúde.

Diante de uma condição de adoecimento social, reconhecemos como tecnologias de cuidado inovadoras as práticas sociais que conectam as pessoas em solidariedade, cooperação, apoiando processos de conscientização de si e das relações com o mundo para trilhar caminhos de andar a vida de modo desimpedido.

Portanto, para que os processos de educação em saúde sejam emancipadores, seja no âmbito da educação permanente, continuada, formação profissional ou popular em saúde, deverão ser pautados sob o referencial de novos paradigmas científicos. Para tal, destacamos a relevância de epistemologias que contribuem para a interpretação crítica do atual modo de (re)produção da vida adoecedor, produtor de desigualdades, necropolítico (MBEMBE, 2021), desenraizado da natureza (FRANCO, 2011). Sejam elas compreensões que possibilitem novas práticas de cuidar e produzir saúde coletivamente no SUS, ressignificando o valor e o ritmo da vida (KRENAK, 2020) e as concepção de saúde (BORDE, 2015; PORTO; ROCHA; FASANELLO, 2021).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Sob o referencial do campo de estudos CTS e do PLACTS considera-se que as inovações em saúde (políticas públicas, gestão de processos e pessoas, ferramentas e técnicas) são elaboradas em meio a tensões no contexto social. Essa pesquisa buscou apresentar a complexidade da composição da realidade da produção de cuidado na APS.

Os resultados dessa pesquisa apresentaram a avaliação de profissionais da ESF sobre a situação de saúde da população adscrita e o funcionamento do

processo de trabalho da equipe, as relações entre si, com a gestão e as possibilidades, desafios e desejos de produzir cuidado junto às pessoas.

A compreensão da percepção das profissionais sobre o cuidado produzido na USF considera sua importância fundamental para a população atendida, porém com insuficiências que impossibilitam a resolutividade nesse nível de atenção, garantindo ações de promoção em saúde, prevenção de agravos e doenças e os encaminhamentos adequados para unidades de referência.

Identificamos com as trabalhadoras da unidade potencialidades para as mudanças nas relações estabelecidas no encontro profissional e usuária(o), na formação de grupos para maior interação e construção de vínculos e novas rotinas e cotidianos.

As trabalhadoras observam as necessidades de saúde da população atendida a partir do reconhecimento dos processos adoecedores do cotidiano, das dificuldades encontradas no território. Apontam como cenários de melhor desenvolvimento da produção de cuidado a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde em perspectiva comunitária, com proposição de encontros que possibilitem a criação ou retomada de espaços de educação em saúde, fortalecimento do vínculo e trocas de conhecimento. Ao mesmo tempo encontram-se desmotivadas e desestimuladas para a mobilização desses encontros. Os motivos são a inadequação da estrutura física, a falta de apoio da gestão, a sobrecarga com demandas de organização do trabalho e a desconexão com a população, intensificada após o período de pandemia.

As demandas de cuidado com a saúde da população atendida por essa USF estão além do alcance profissional no âmbito institucional da saúde. Condições mínimas de saúde, bem-estar, lazer e higiene não são igualmente acessíveis para essa população, que enfrenta incertezas de empregabilidade, insegurança alimentar, baixa frequência escolar, exposição a diversos agravos em saúde. A experiência das profissionais de saúde da USF estudada, guardadas as singularidades das existências, das ações e dos encontros, é consonante com a realidade das(os) demais profissionais da APS do SUS.

Algumas inquietações permanecem após a realização desta pesquisa, e instigam o reconhecimento de inovações sociais que possam qualificar a produção de cuidado na APS. Novas pesquisas podem contribuir para identificar processos de ensino-aprendizagem, no âmbito do trabalho, que proporcionem contextos de

diálogos para refletir sobre ações de promoção de saúde em perspectiva ampla, considerando a determinação social para os diferentes modos permitidos de andar a vida.

Ressaltamos que o modo de produção atual, caracterizado pela fase neoliberal do capitalismo, configura vulnerabilidade na garantia dos direitos sociais à saúde, uma vez que evidencia-se o desmonte de políticas públicas. Por tratar-se de uma lógica de mercantilização da vida, em um contexto de distribuição desigual de recursos econômicos, implica em um modo de viver impedido, com limitação ao acesso a recursos e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Portanto, o desafio de produzir cuidado integral em saúde requer inovações sociais que extrapolam o âmbito da APS e do setor Saúde, tratando de reconfigurações nos modos de ser em sociedade e com a natureza, valorizando princípios de solidariedade, comunidade e pertencimento.

## REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. **Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos, práticas e cooperação técnica**. Editora Hucitec, 2005, 158 p.

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**: Rio de Janeiro, v 38, n.103, p.953-965, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Q4fVqRpm5XfVnfg8HSCymkH/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 05 dez. 2020.

ANTUNES, M. L. M.; EGRY, E. Y. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 54, n.1, p.98-107, 2011.

ASSIS, M.M.A.; JORGE, M.S.B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana JSS, Nascimento MAA, (org.), **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade Social**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS); 2010. p. 139-59.

AULER, D.; DELIZOICOV, D. Investigação de temas CTS no contexto do pensamento latino-americano. **Linhas Críticas**, Brasília, DF, v.21, n.45, p. 275-296, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1935/193542556003.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2022.

AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.14, p.73-92, 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180114099005.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

AYRES, J. R, PAIVA V, FRANCA Jr. I, GRAVATO N, LACERDA R, DELLA NEGRA, M, et al. Vulnerability, Human Rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **Am J Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1001-1006, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470608/>. Acesso em: 06 maio. 2021.

AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100004>. Acesso em: 13 jan. 2023.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BARBOSA, R.V.R. **Estudo do campo térmico urbano de São Carlos (SP):** análise da intensidade da ilha de calor urbano em episódio climático de verão. Tese (Doutorado em Ciências da Engenharia Ambiental) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2009. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/18/18139/tde-14102010-095126/publico/TeseRicardoVictorRodriguesBarbosa.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

BIGNETTI, L.P. As inovações sociais: uma incursão por ideias, tendências e focos de pesquisa. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, v. 24, n. 1, p. 3-14, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/1040>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BORDE, E.; HERNANDEZ-ÁLVAREZ, M.; PORTO, M.F.S. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>. Acesso em: 12 nov. 2022.

BORDE, E.; TORRES-TOVAR, M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. **Saúde Debate**, v. 41, n. esp., p. 264-275, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BOUSQUAT, et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**: São Paulo, n. 128, p. 13-26, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/185393>. Acesso em: 07 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986, 430 p. Disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf). Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição 1988**. Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 16 maio 2023.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 19 de setembro de 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 9 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 28 de dezembro de 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000, 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73p. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 30 abr. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 09 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. : il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 09 out. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: programa saúde da família**. Caderno 1: A implantação da unidade de saúde da família. Brasília, 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_unidade\\_saude\\_familia\\_ca\\_b1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_ca_b1.pdf). Acesso em: 13 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160 p.

BRASIL. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 09 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda de Prioridades de Pesquisa do Ministério da Saúde - APPMS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 26 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 09 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS):** versão profissionais de saúde e gestores [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 83 p.: il. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira\\_servicos\\_atencao\\_primaria](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria). Acesso em: 09 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde.** Coronavírus Brasil, 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 09 out. 2022.

BRAVO, M. I. Política de saúde no Brasil. In: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** 4. ed. São Paulo: Cortez, p. 88-110, 2009. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo). Acesso em: 09 ago. 2022.

BRAVO, M.I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan.-abr./2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/argumentum/article/view/19139/13218>. Acesso em: 09 ago. 2022.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica:** ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2015. 317p.

CAMACHO, V.A.L. Geotecnologias na análise das áreas de desigualdade social e áreas de interesse ambiental em São Carlos – SP. **Anais:** XVI Simpósio Nacional de Geografia Urbana, p. 3870-3886, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/simpurb2019>. Acesso em: 19 ago. 2022.

CAMPANELLI, L.C. **Zoneamento (geo)ambiental analítico da bacia hidrográfica do rio monjolinho - São Carlos-SP**. Dissertação (Mestrado em Engenharia Urbana). São Carlos: UFSCar, 2012. 136 p. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/4336>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 16, n.7, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Jj53gWB3hNGLVZWF4RxcBXS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 03 fev. 2021.

CAMPOS, G.W.S. SUS: o que e como fazer? **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>. Acesso em: 15 set. 2021.

CARVALHO, H. J. R.; ZANIN, M.; SHIMBO, I. Marx como referencial para análise de relações entre ciência, tecnologia e sociedade?: evitando equívocos e ampliando possibilidades na aplicação de conceitos marxianos da teoria do mais-valor no campo CTS. **Ciênc. Educ.**, Bauru, v. 23, n. 4, p.1077-1090, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ciedu/a/PBTrn39bTFkPxcYkbzGx3Td/?lang=pt>. Acesso em: 04 jun. de 2021.

CECÍLIO, L. C. O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão cuidado. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, n. Supl. 1, p. 545–553, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CECCON, R. F.; BUENO, A.L.M; HESLER, L.Z.; KIRSTEN, K.S.; PORTES, V.M.; VIECILI, P.R.N. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998–2008. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 2, 177-83, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400020011>. Acesso em: 02 out. 2022.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 14, n. Supl. 1, p. 1523–1531, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CARLOS, 10., 2021, São Carlos-SP. **Relatório final da 10ª conferência municipal de saúde de São Carlos**, São Carlos: Prefeitura de São Carlos, 2021. Disponível em: <https://conferenciadesaude desaocarlos.files.wordpress.com/2021/07/relatorio-final-da-10a-conferencia-municipal-de-saude-de-sao-carlos-27-07-21-2-1.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

CORDILHA, A.C.; LAVINAS, L. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização. Lições da França e do Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2147-2158, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7ngjNc674JpS3S4WfSK9gPb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 08 ago. 2021.

COSTA, L.T.C.; MÉLLO, L.; NOGUEIRA, P.T.A. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. **Saúde Soc.**, v.27, n.4, p.1094-1104, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xXSndrHbNQPp9Jd8fVt89Xb/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 20 ago. 2022.

COSTA, A.M.; RIZZOTTO, M.L.F.; LOBATO, L.V.C. Fome, desemprego, corrupção e mortes evitáveis: faces da necropolítica. **Saúde debate**, v. 45, n. 130, p. 555-562, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TJ5KLb3rxLY4RKcFnFyXp3F/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 08 out. 2022.

CPI aponta problemas na saúde e Prefeitura Municipal de São Carlos estuda novas medidas contra Covid-19. **G1**, São Carlos e Araraquara, 25 maio 2021. Disponível em:

<https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2021/05/25/cpi-aponta-problemas-na-saude-e-prefeitura-de-sao-carlos-estuda-novas-medidas-contracovid-19.ghtml>.

Acesso em: 13 ago. 2022.

CUBAS, M.R.; FAORO, N.T.; MOYSES, S.T.; CARVALHO, D.R.. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, vol 66, esp, p. 158-164, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 12 ago. 2022.

DAMASCENA, D.M.; VALE, P.R.L.F. Tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica: estudo netnográfico. **Trab., Educ. e Saúde**, v. 18, n.3, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/FjGgT5dnfHkfWj9PZ44JHrQ/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 19 set. 2022.

DE SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 26 (Supl.2): 3781-3786, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/>. Acesso em: 05 maio.

2022.

DONNANGELO, M.C.F. A pesquisa na área da saúde coletiva no Brasil: a década de 70. In: **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco; 1983. p. 1735.

ESCURRA, M. F. O trabalho como categoria fundante do ser social e a crítica à sua centralidade sob o capital. **Verinotio** - Revista on-line de Filosofia e Ciências Humanas: Ano XI, n. 22, p. 12-28, 2016.

FAGÁ, M.A.P. **Estudo dos atributos de Atenção Primária na rede de saúde de São Carlos – SP.** (Dissertação de Mestrado em Gestão da Clínica). Universidade Federal de São Carlos, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/8135>. Acesso em: 12 maio. 2022.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território urbano. **Hygeia** - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 9, n. 16, p. 121–130, 2013. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501>. Acesso em: 19 ago. 2022.

FLEURY, S. MENEZES, P. Pandemia nas favelas: entre carências e potências. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial 4, p. 267-280, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E418>. Acesso em: 12 mar. 2023.

FORTALECER O SUS, 2022. Disponível em: <https://fortalecerosus.org.br/>. Acesso em: 16 maio 2023.

FRANCO, T. Alienação do trabalho: despertencimento social e desenraizamento em relação à natureza. **Caderno CRH**: Salvador v 24 n. spe 1, p 171- 191, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ccrh/a/MTqm5bSgk3h64tqMqZZXXRQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2020.

GADELHA, C.A.G.; TEMPORÃO, J.G. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06482018>. Acesso em: 16 jan. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; BUSS, P.M.; FLEURY, S.; GADELHA, C.A.G.; GALVÃO, L.A.C. SANTOS, R.F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n.3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 04 mar. 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 4 p. 1475-1482, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2022.

GONDIM, G. M.M. **Territórios da atenção básica**: múltiplos, singulares ou inexistentes? Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: s.n., 2011. 256 f. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17935#collapseExample>. Acesso em: 10 out. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Perfil dos Municípios Paulistas. **Fundação SEADE**. Disponível em: <https://perfil.seade.gov.br/>. Acesso em: 09 out. 2022.

GUIMARÃES. R.; et al. Política de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CT&I/S): uma atualização para debate. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 26(12):6105-6116, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZQyH58DPb6J86FyTt9jN3mb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 ago. 2022.

HATISUKA, M.F.B.; MOREIRA, R.C.; CABRERA, M.A.S. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica e a mortalidade infantil no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 26, n.9, p. 4341-4350, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.11542020>. Acesso em: 02 out. 2022

JULIANI, D.P.; JULIANI, J.P.; SOUZA, J.A.; HARGER, E.M. Inovação social: perspectivas e desafios. **Espacios**, v. 35, n. 5, p. 23, 2014. Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a14v35n05/14350423.html>. Acesso em: 26 mar. 2023.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. Pesquisa e organização: Rita Carelli. São Paulo: Companhia das letras, 2020, 126 p.

LEAL, M.C.; SZWARCOWALD, C.L.; ALMEDA, P.V.B.; AQUINO, E.M.L.; BARRETO, M.L.; BARROS, F.; VICTORA, C. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p.1915-1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 02 out. 2022.

LEMOS, C.L.S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 3, p. 913–922, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182015>. Acesso em: 08 set. 2021.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**. Florianópolis, v.10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 10 fev. 2022.

LINSINGEN, I.von. Perspectiva educacional CTS: aspectos de um campo em consolidação na América Latina. **Ciência & Ensino**, v. 1, n. especial, 2007. Disponível em: <https://wiki.sj.ifsc.edu.br/images/2/23/Irlan.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2022.

LOPES, R.R.; ADORNO, R.C.F.; MALFITANO, A.P.S.; TAKEITI, B.A. Juventude Pobre, Violência e Cidadania. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.3, p.63-76, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xDfVHWyfDB4cFsfSJnQ46Np/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2022.

LUZ, M. **Saúde da população brasileira**. ABRASCÃO: TV ABRASCO, 2015. 1 vídeo (27 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dMUUsUMoozpE>. Acesso em: 17 mar. 2023.

MACHADO, M.L.T. **História da Saúde em São Carlos**. São Carlos: EdUFSCar; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007. 331 p.

MARTIN, D.; MONTANARI, P.M.; PEREIRA, P.P.G.; HAMBURGUER, F.G.; SILVEIRA, C. As contribuições das Ciências Sociais e Humanas no campo da Saúde Coletiva: vinte anos da revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. **Interface** (Botucatu). 2018; 22(67):1029-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0219>. Acesso em: 08 ago. 2022.

MATUOKA, R.; OGATA, M.N. Análise quantitativa dos conselhos locais da atenção básica de São Carlos: a dinâmica de funcionamento e participação. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 396-405, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14395/7774>. Acesso em: 09 out. 2022.

MAZZUCO, G.G. MOSCHINI, L. E. **Rev. Bras. de Gestão e Desenvolvimento Regional**, v. 14, n. 5, p. 2-16, Taubaté, SP, 2018. Disponível em: <[https://redib.org/Record/oai\\_articulo1773308-an%C3%A1lise-de-indicadores-de-de-sempenho-urbano-estudo-de-caso--bairro-cidade-aracy-s%C3%A3o-carlos-sp](https://redib.org/Record/oai_articulo1773308-an%C3%A1lise-de-indicadores-de-de-sempenho-urbano-estudo-de-caso--bairro-cidade-aracy-s%C3%A3o-carlos-sp)> Acesso em: 15 mar. 2022.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica**. 3. ed. São Paulo: n-1 edições, 2018. 80 p.

MENDES, A. N. ; CARNUT, L. . Crise do Capital, Estado e Neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Rev. da sociedade brasileira de economia política**, v. 57, p. 174-210, 2020. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>. Acesso em: 16 set. 2022.

MENDONÇA, C.S. Saúde da Família, agora, mais do que nunca? **APS em Revista**, v.1, n. 3, p. 154-161, 2019. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/48/33>. Acesso em: 10 ago. 2022.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelo tecno-assistenciais. **Saúde Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>. Acesso em: 10 out. 2022.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. Editora HUCITEC, 3. ed., 2007.

MERHY, E.E. FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. p. 59-72 In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes / organização Emerson Elias Merhy ... [et. al.]**1. ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>. Acesso em: 07 jun. 2021.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social**. Teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MIOTTO, M.M.B. BARCELLOS, L.A. Contribuição das Ciências Sociais nas práticas de Saúde Pública. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 11(2), p. 43-48, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/426/301>. Acesso em: 05 ago. 2022.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: CORBO, A. M. A.; FONSECA, A. F. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 177-224. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l24.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2022.

MONKEN, M. Contexto, território e processo de territorialização de informações. Desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, C. (org.). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, p. 141- 163. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header\\_pdf.php?id=495&ext=.pdf&titulo=C\\_onte](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/includes/header_pdf.php?id=495&ext=.pdf&titulo=C_onte). Acesso em: 20 ago. 2022.

MORAES, B. Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito elenca 10 pontos de melhoria, pede investigação do Ministério Público, Tribunal de Contas e CPI da Prohab. **A Cidade On**, 2022. Disponível em: <https://www.acidadeon.com/saocarlos/politica/Apesar-de-ter-dinheiro-Sao-Carlos-deixou-faltar-EPIs-e-lidou-com-precariedades-conclui-CPI-20220126-0014.html>. Acesso em: 13 ago. 2022.

MORAIS, H.M.M.; ALBUQUERQUE, M.S.V.; OLIVEIRA, R.S.; CAZUZU, A.K.I.; SILVA, N.A.F. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.1, 2018, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/S3WHg5SLbnggrCNdjPpnLsg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2022.

MOREIRA, A.; PINHEIRO, L. OMS declara pandemia de coronavírus. **G1**, 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml>. Acesso em: 09 out. 2022.

MOROSINI, M.V.G.C. Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 5-13, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/kWfPVL3HtkSfBmmHXw8wDMz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2022.

NARVAI, P.C. **SUS: uma reforma revolucionária para defender a vida**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2022, 270 p.

NORDI, D. F. **Núcleo de apoio à saúde da família: o processo de implantação em um município paulista**. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica). São Carlos: UFSCar, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/6929>. Acesso em: 11 ago. 2022.

NOVAES, H.M.D; NOVAES, R.L. Políticas Científicas e Tecnológicas para a Saúde Coletiva. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, vol 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7Hsn5fRqXvrN95QsMKmtKPJ/?lang=pt>. Acesso em: 14 ago. 2022.

OCKÉ-REIS, C.O. Sustentabilidade do SUS e renúncia da arrecadação fiscal em saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 23(6):2035-2042, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05992018>. Acesso em: 23 out. 2022.

OLIVEIRA, V.F. **Os sentidos da casa própria: condomínios horizontais populares fechados e novas práticas espaciais em Presidente Prudente e São Carlos** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 245 p. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/138606/ISBN9788579837098.pdf?sequence=1&isAllowed=ym>. Acesso em: 10 ago. 2022.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B. O Campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, supl.1, p. 205-218, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QKtFb9Pkdpctnz7YNJyMzjN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2020.

PATIAS, T. **Inovação Social**. Incubadora Social da UFSM, Santa Maria – RS, 2022, 15 p. Disponível em: <https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/570/2022/03/04.-INOVACAO-SOCIAL-1.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2023.

PINHEIRO, R. Integralidade em saúde - Integralidade como princípio do direito à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, v. , p. 159-166, 2006. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2020.

POLI, M. N. **A geografia do espaço vivido**. Análise do uso social do solo urbano – estudo de caso na cidade de São Carlos. São Carlos, 2004. Dissertação (Mestrado em Engenharia Urbana) – Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/4260/DissMNP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 ago. 2022.

PORTO, M. F. S.; ROCHA, D. F.; FASANELLO, M. T. **Saúde, ecologias e emancipação: conhecimentos alternativos em tempos de crise(s)**. Organizadores: PORTO, M. F. S.; ROCHA, D. F.; FASANELLO, M. T. São Paulo: Hucitec. 212 p. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. **Ministério da Saúde financia projetos da Secretaria Municipal de Saúde**. São Carlos, 2007. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2007/151778-ministerio-da-saude-financia-projetos-da-secretaria-municipal-de-saude.html>. Acesso em: 04 ago. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. **São Carlos 8 ganha praça do PAC**. São Carlos, 2010. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2010/158541-sao-carlos-8-ganha-praca-do-pac.html>. Acesso em: 05 ago. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. Elevatórias de esgoto no Cidade Aracy garantem integridade de córrego. São Carlos, 2016. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2016/170217-elevatorias-de-egoto-no-cidade-aracy-garantem-integridade-de-corregos.html>. Acesso em: 10 ago. 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. Unidades de saúde da família vão atender demanda espontânea a partir de segunda-feira. São Carlos, 2022. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias-2022/175458-unidades-de-saude-da-familia-va-atender-demanda-espontanea-a-partir-de-segunda-feira.html>. Acesso em: 12 ago. 2022.

QUEIROZ, V. M. EGRY, E. Y. Bases metodológicas para a assistência de enfermagem em saúde coletiva, fundamentadas no materialismo histórico e dialético. **Rev. Bras. Enferm.**: Brasília, 41 (1): 26-33, jan./mar. 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671988000100005>. Acesso em: 12 out. 2020.

RETIRADA de fraldas em unidades de saúde de São Carlos tem novas regras. **G1**, São Carlos e Araraquara, 14 abr., 2018. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/retirada-de-fraldas-em-unidades-de-saude-de-sao-carlos-tem-novas-regras.ghtml>. Acesso em: 12 ago. 2022.

RÉZIO, L.A.; CECCIM, R.B.; SILVA, A.K.L.; CEBALHO, M.T.O.; BORGES, F.A. A dramatização como dispositivo para a Educação Permanente em Saúde Mental: uma pesquisa-intervenção. **Interface**, v. 26, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210579>. Acesso em: 20 mar. 2023.

RIBEIRO, P.T. CASTRO, L. Ciências sociais em saúde: perspectivas e desafios para a saúde coletiva. **Saúde debate**, v. 43 (spe7), 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F5nC9qPSqFpRhG48ph8mSWC/?lang=pt>. Acesso em: 05 ago. 2022.

ROSADO, I. V. M.; FREITAS, G. A. de. As contradições do direito à saúde no capitalismo:: apontamentos da realidade brasileira . **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 47, p. 368–388, 2020. DOI: 10.26512/sersocial.v22i47.25428. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/25428](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25428). Acesso em: 08 ago. 2022.

RUIZ, D.; MARTUFI, V. Posicionamentos sobre a Carteira de Serviços da APS. **APS em Rede**, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamentos-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SANFELICE, J. L. Dialética e Pesquisa em Educação. In: LOMBARDI, J.C.; SAVIANI, D. (Org.) **Marxismo e Educação**: debates contemporâneos. Cap. 3. Campinas: Editora Autores Associados, 2005 p.84-85.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 861–870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/?lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021.

SANTOS-PINTO, C.B.; MIRANDA, E.S.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00348020>. Acesso em: 8 out. 2022.

SÃO CARLOS. **Lei nº 12.587, de 17 de julho de 2000**. Dispõe sobre a organização dos Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. São Carlos, 2000. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/1165337963--lei12587.pdf>. Acesso em: 09 out. 2022.

SILVA, J.J.L.; SANTOS V.M.; CORREIA, M.V.C. Política de Saúde e desmonte do SUS no Governo Temer. **SER Social**. Brasília, v. 23, n. 48, 2021. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/download/29324/28792/94131](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/29324/28792/94131) . Acesso em: 14 ago. 2022.

SCHRAIBER, L.B.; MOTA, A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, vol. 20(5), p. 1467-1473, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/MVMmyQrbMpsfwWzN6TrDLnN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SOARES, C. B.; CAMPOS, C.M.S.I; YONEKURA, T. Marxismo como referencial teórico metodológico em saúde coletiva: implicações para a revisão sistemática e síntese de evidências. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**: São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1403-1409, 2013.

SORATTO, J.; PIRES, D. E. P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto Contexto Enferm**: Florianópolis, v. 24 p. 584-592, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>. Acesso em: 14 jan. 2020.

SOUSA, A. M.C.. Universalidade da saúde no Brasil e as contradições da sua negação como direito de todos. **Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 227-234, jul-dez./2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/xTDBxFXJfdS6gzzbKGg6qYP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2022.

SOUZA, D. O. A saúde na perspectiva da 'ontologia do ser social'. **Trab. educ. e saúde**, v. 14, p. 337-354, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/xBS6dK8rsnCFqZSkFwYPYfk/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SOUZA, D.O.; MAURÍCIO, J.C. A antinomia da proposta de humanização do cuidado em saúde. **Saúde Soc.**, v. 27, n. 2, p. 495-505, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/vnmDGgzB6WN7gCbZMfbvtJn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2020.

SOUZA, D. O.; MENDONÇA, H. P. F. Trabalho, ser social e cuidado em saúde: abordagem a partir de marx e lukács. **Interface**: Botucatu, v. 21, p. 543-552, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/pxzHqFpbkQ3ZYYhD4YBsDR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SOUZA, L.E.P.F. et al. Os desafios atuais da luta pelo direito à saúde no Brasil. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, 24(8):2783-2792, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

SOUZA, G.; SOARES, M. G. M. Contrarreformas e recuo civilizatório: um breve balanço do Governo Temer. **SER Social**, [S. l.], v. 21, n. 44, p. 11-28, 2019. DOI: 10.26512/ser\_social.v21i44.23478. Disponível em: [https://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/23478](https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/23478). Acesso em: 09 ago. 2022.

SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **Rev. Eletr. de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 11, n. 4, 2017. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1471>. Acesso em: 04 maio 2021.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde? **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, Esp., 2018, p. 341-345. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369009024>. Acesso em: 10 maio 2021.

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

SZWARCWALD, C. L.. Mudanças no padrão de utilização de serviços de saúde no Brasil entre 2013 e 2019. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, [online], v. 26, supl. 1, p. 2515-2528, jun. 2021. Disponível em: <https://old.scielo.br/pdf/csc/v26s1/1413-8123-csc-26-s1-2515.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2022.

TONET, I. **Método científico:** uma abordagem ontológica. 2 ed., Maceió: Coletivo Veredas, 2016.

UFSCar. Vencendo a covid-19. **Manifesto**, 2022. Disponível em: <https://www.vencendoacovid19.ufscar.br/institucional/normas-e-fluxos>, Acesso em: 16 maio 2023.

VASCONCELLOS, L.C.F.; ALMEIDA, C.V.B.; GUEDES, D. T. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trab. Educ. Saúde**, v. 7, n. 3, p. 445-462, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000300004>. Acesso em: 20 mar. 2023.

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

### ROTEIRO ENTREVISTA

1. Perfil do(a) trabalhador(a) de saúde entrevistado(a):
  - Gênero:
  - Idade:
  - Profissão:
  - Escolaridade:
  - Tempo de atividade anterior e na unidade:
  - Experiência de atuação no setor privado:
  - Participação em conselhos:
2. O que motivou a escolha de sua profissão atual? Possui outro vínculo de trabalho?
3. Para o(a) Sr.(a) quais fatores influenciam na dinâmica saúde e doença da população atendida?
  - a) Quais são os principais processos benéficos a que a população atendida está exposta? E quais são os processos de risco?
  - b) Quais são os principais problemas de saúde enfrentados pela população?
  - c) Quais são as atividades de lazer realizadas por essa população?
  - d) Onde trabalham?
4. Pensando sobre a sua atuação, quais desafios são mais comuns para produzir cuidado? Pode descrever uma situação de atendimento ou situação que exemplifique sua resposta?
5. Como avalia o alcance do cuidado produzido nesta USF?
  - a) pelo seu trabalho?
  - b) pelo trabalho da equipe?
  - c) pela ação junto aos programas de atenção integral à saúde, que envolvem articulação com outros setores, entidades, movimentos?
6. Como avalia a Gestão Municipal de Saúde para o desenvolvimento do trabalho nesta USF? (/para o seu trabalho?) O que o(a) Sr(a) acha que precisa mudar para melhorar o cuidado, de maneira geral?
7. Existem situações em que é preciso agir com criatividade e autonomia? Pode citar algum exemplo?
8. Como seria um cenário ideal para a produção do cuidado com a população adscrita?
  - a) O que, na sua avaliação, impede que isso aconteça?
9. Como a pandemia de Covid-19 afetou e vem afetando a dinâmica do trabalho da equipe e a produção do cuidado?
10. Deseja acrescentar algo que não foi perguntado?

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **(Resolução 510/2016 do CNS)**

Você está sendo convidada(o) para participar da pesquisa de mestrado com o título: **“Análise da produção de cuidado com profissionais da Atenção Primária à Saúde de uma cidade do interior paulista”** que está sendo desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciência, Tecnologia e Sociedade do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar.

Essa pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Marina de Matteu Alves sob orientação da Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado e co-orientação do Prof. Dr. Flávio Adriano Borges Melo.

Entendemos que a organização dos serviços de atenção à saúde pode ser orientada por modelos com diferentes fundamentos e objetivos, correspondentes aos interesses hegemônicos em determinado local e momento social e histórico. Muitas são as dificuldades e potencialidades em realizar a produção de cuidado de acordo com os princípios constitucionais de direito à saúde e de organização do Sistema Único de Saúde. Reconhecendo a complexidade que permeia o trabalho em saúde na atenção primária, a proposta deste estudo é analisar a produção do cuidado em saúde em uma USF de XXXX, considerando as contradições na produção de saúde na sociedade capitalista.

Você foi selecionada(o) por ser profissional da equipe de Saúde da Família XXXX, do município de XXXX. Sua experiência e conhecimentos são importantes para a construção de conhecimento científico nessa pesquisa. Primeiramente, você será convidada(o) a dialogar em uma entrevista semiestruturada com informações de caracterização de perfil profissional e tópicos sobre diversos aspectos que envolvem o trabalho diário na USF.

A entrevista será individual e o local da coleta de dados será, preferencialmente, no local de trabalho, conforme autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Havendo dificuldade ou desconforto para a utilização do local, poderá ser combinado, individualmente com cada participante, outro local adequado, sem implicar gastos com transporte para o(a) participante.

O encontro para realização das entrevistas será presencial, apenas em ausência de sintomas gripais, preconizando o uso de equipamentos de proteção individual e respeitando os protocolos de distanciamento mínimo de acordo com as orientações atualizadas do Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde (NEVS) da UFSCar.

A sua participação implicará em riscos de aspectos psicológico, físico e moral. No momento de realização da entrevista poderá acessar memórias de situações desconfortáveis ou sentir-se cansado(a) e, posteriormente a coleta de dados, poderá sentir-se inseguro(a) em relação a alguma informação fornecida. Nessa situação você poderá interromper sua participação, a qualquer momento, e retomá-la posteriormente se desejar.

Você terá direito a indenização de qualquer dano decorrente da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro ou qualquer tipo de gratificação pela participação. A qualquer momento é possível desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação com a pesquisadora, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível.

Todas as informações obtidas por meio das entrevistas são confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Todos os dados coletados serão anonimizados, a fim de impossibilitar a identificação dos(as) participantes.

O armazenamento dos dados será de acesso exclusivo da pesquisadora e ficará disposto em dispositivo portátil de armazenamento, um pendrive, local onde permanecerão pelo período de 5 anos após a coleta de dados e depois serão destruídos.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Saúde Coletiva, para a reflexão crítica acerca da oferta de serviços de saúde e para a construção de novas possibilidades para a produção de cuidado na atenção primária à saúde.

Você receberá uma via deste termo rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de perda da cópia do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, o(a) participante terá acesso ao registro de consentimento, quando solicitado.

Este projeto de pesquisa foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas

as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP)** da UFSCar que está vinculado à Pró-Reitoria de Pesquisa da universidade, localizado no prédio da reitoria (área sul do campus São Carlos). Endereço: Rodovia Washington Luís km 235 - CEP: 13.565-905 - São Carlos-SP. Telefone: (16) 3351-9685. E-mail: cephumanos@ufscar.br. Horário de atendimento: das 08:30 às 11:30.

O CEP está vinculado à **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)** do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e o seu funcionamento e atuação são regidos pelas normativas do CNS/Conep. A CONEP tem a função de implementar as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pelo CNS, também atuando conjuntamente com uma rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) organizados nas instituições onde as pesquisas se realizam. Endereço: SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar - Asa Norte - CEP: 70719-040 - Brasília-DF. Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br.

---

Assinatura da Pesquisadora  
**Marina de Matteu Alves**  
End. Av Capitão Luiz Brandão. 525  
(16) 982121279

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.**

São Carlos, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

---

Assinatura do(a) Participante  
**Nome da(o) Participante**

## ANEXO - Parecer consubstanciado CEP/UFSCar



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Análise da produção de cuidado com profissionais da Atenção Primária à Saúde de uma cidade do interior paulista

**Pesquisador:** MARINA DE MATTEU ALVES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57107522.1.0000.5504

**Instituição Proponente:** CECH - Centro de Educação e Ciências Humanas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 5.369.977

**Apresentação do Projeto:**

A saúde na sociedade capitalista apresenta contradições à medida em que tecnologias para promoção e recuperação da saúde são desenvolvidas e não são igualmente acessíveis e os modos de (re)produção da vida são adoecedores. A proposta da Estratégia de Saúde da Família é de orientar a Atenção Primária em Saúde em uma abordagem territorial que possa atender as necessidades de saúde da comunidade adscrita por uma equipe multiprofissional, em uma perspectiva de saúde integral. É considerada uma inovação tecnológica não material por sua elevada capacidade de resolutividades das demandas de saúde, mas encontra limitações em sua realização. Essa pesquisa busca analisar a produção do cuidado em saúde em uma USF de São Carlos-SP, considerando as contradições na produção de saúde na sociedade capitalista. Adotamos uma concepção teórico-metodológica orientada pelo materialismo histórico dialético, em que a captura do objeto de estudo é realizada a partir das múltiplas determinações históricas, culturais, sociais, políticas, econômicas e ambientais que se configuram a partir do modo de produção de uma determinada época. A análise sobre a produção do cuidado perpassa, nessa perspectiva, pela investigação sobre os interesses que configuram a sociedade capitalista e conflitam com o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde, construído por movimentos sociais contra-hegemônicos. Os(as) participantes da pesquisa são profissionais da equipe de saúde da família e, por meio de entrevistas, fornecerão elementos importantes para a tradução teórica da realidade objetiva que vivem e constroem. Os dados das entrevistas serão

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9685

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.369.977

tratados utilizando a hermenêutica dialética. A síntese do conjunto de dados obtidos em diálogo com o referencial teórico fornecerão as bases para os resultados e discussão. Estima-se reconhecer os processos de alienação do trabalho em saúde e desumanização do cuidado e identificar as potencialidades e condições de superação de um cenário em que a produção do cuidado individual e coletivo está permeada por contradições presentes na sociedade capitalista.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Analisar a produção do cuidado em saúde em uma USF de São Carlos-SP, considerando as contradições na produção de saúde na sociedade capitalista.

Objetivo Secundário: - Levantar a história da implementação da ESF no município de São Carlos-SP; - Compreender a concepção dos trabalhadores da unidade sobre a determinação social do processo saúde-doença, a produção do cuidado e o trabalho em saúde; - Compreender a percepção da equipe de saúde sobre o cuidado produzido na USF; - Analisar a percepção dos trabalhadores da unidade sobre os limites e potencialidades do trabalho desenvolvido na USF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Toda pesquisa que envolve seres humanos possui riscos. Dada a natureza da pesquisa, aos participantes poderá ocorrer risco psicológico, físico e moral. No momento de realização da entrevista poderá acessar memórias de situações desconfortáveis ou sentir-se cansado(a) e, posteriormente a coleta de dados, poderá sentir-se inseguro(a) em relação a alguma informação fornecida. Nesses casos, o(a) participante poderá interromper sua participação a qualquer momento e retomar posteriormente, se assim desejar. Para minimizar riscos de perdas de informações ou quebra de sigilo, as gravações das entrevistas individuais e demais documentos serão armazenados em pen drive protegido por login e senha pessoais e intransferíveis; somente os pesquisadores terão acesso a estes dados. Após a transcrição e análise das entrevistas, os áudios e gravações em áudio serão armazenados durante o período de cinco anos e, posteriormente, destruídos. Não haverá armazenamento de dados em nuvem, mas em dispositivo eletrônico local (todos os registros em ambiente virtual compartilhado ou nuvem serão apagados). Todos os dados coletados, serão anonimizados, a fim de impossibilitar a identificação de pessoas. O(A) participante também será orientado a guardar uma cópia do TCLE impresso ou em documento eletrônico. O(A) participante da pesquisa terá direito a indenização de qualquer dano decorrente da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Não está previsto pagamento ou gratificação decorrente da participação na pesquisa; a pesquisa não trará custos para o(a) participante; sua participação é voluntária e o(a) participante está livre para

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.369.977

recusar, interromper sua participação e retirar seu consentimento a qualquer momento, inclusive após o período de coleta dos dados (nestes penalidade ao(à) participante. Diante do cenário epidemiológico de infecção por Sars-CoV-2, o encontro presencial para a realização das entrevistas ocorrerá apenas em ausência de sintomas gripais, preconizando o uso de equipamentos de proteção individual e respeitando os protocolos de distanciamento mínimo, de acordo com as orientações atualizadas do Núcleo Executivo de Vigilância em Saúde (NEVS) da UFSCar.

**Benefícios:**

Esta pesquisa pretende proporcionar informações e discussões relevantes para a área da Saúde Coletiva, para a reflexão crítica acerca da oferta de serviços de saúde e para a construção de novas possibilidades para a produção de cuidado na atenção primária à saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa que deve seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 510 de 2016 e suas complementares.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está adequado e sem pendências.

Recomendamos aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de ética em pesquisa - CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e 510 de 2016, manifesta-se por considerar "Aprovado" o projeto. A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais, cabendo-lhe, após aprovação deste Comitê de Ética em Pesquisa: II - conduzir o processo de Consentimento e de Assentimento Livre e Esclarecido; III - apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; IV - manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa; V - apresentar no relatório final que o projeto foi desenvolvido

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 5.369.977

conforme delineado, justificando, quando ocorridas, a sua mudança ou interrupção. Este relatório final deverá ser protocolado via notificação na Plataforma Brasil. OBSERVAÇÃO: Nos documentos encaminhados por Notificação NÃO DEVE constar alteração no conteúdo do projeto. Caso o projeto tenha sofrido alterações, o pesquisador deverá submeter uma "EMENDA".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1900719.pdf	17/03/2022 18:21:44		Aceito
Outros	AutorizacaoDeInstituicaoCoparticipante_MarinaMatteuAlves.pdf	11/03/2022 14:31:24	MARINA DE MATTEU ALVES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto_MarinaMatteuAlves.pdf	25/02/2022 14:31:09	MARINA DE MATTEU ALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MarinaMatteuAlves.pdf	22/02/2022 15:03:55	MARINA DE MATTEU ALVES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado_MarinaMatteuAlves.pdf	22/02/2022 15:02:21	MARINA DE MATTEU ALVES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 26 de Abril de 2022

---

**Assinado por:**  
**Adriana Sanches Garcia de Araújo**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br