

A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19

Crisis as potentiality: proximity care and the epidemic by Covid-19 (abstract: p. 15)

La crisis como potencia: los cuidados de proximidad y la epidemia de Covid-19 (resumen: p. 15)

Clarissa Terenzi Seixas^(a)

<claseixas@gmail.com> 

Emerson Elias Merhy^(b)

<emerhy@gmail.com> 

Laura Camargo Macruz Feuerwerker^(c)

<lauramacruz@gmail.com> 

Tiago Braga do Espírito Santo^(d)

<tbes81@gmail.com> 

continua pág. 11

^(a) Departamento de Enfermagem de Saúde Pública, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Faculdade de Enfermagem (FE), Boulevard 28 de setembro, 157, Vila Isabel. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20551-030.

^(b, e, f) Curso de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Macaé, RJ, Brasil.

^(c) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

^(d) Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, FE, Uerj. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Este artigo busca tensionar os equívocos do modelo biomédico hospitalocêntrico privatizante com base na resposta à epidemia pela Covid-19, que tem como centralidade o cuidado no hospital e as tecnologias duras e leve-duras. Mostramos, como elementos agravantes nesse cenário, o projeto político governamental de desfinanciamento do sistema público de saúde e de outras políticas sociais. Trazendo a experiência de outros países para a cena, apresentamos os “cuidados de proximidade” como construção de base territorial centrada nas tecnologias leves para a produção de cuidados de alta complexidade, presentes sob diversas modelagens no Sistema Único de Saúde (SUS), que vêm sendo pouco aproveitadas nesse momento. Buscamos mostrar o potencial dos cuidados de proximidade para a criação de redes vivas de existência e as possibilidades que abrem para reconfigurar não apenas o modelo de enfrentamento da epidemia, mas também o do pós-pandemia.

Palavras-chave: Coronavírus. Sistema Único de Saúde (SUS). Território sociocultural. Serviços básicos de saúde.

Introdução

Os primeiros casos de Covid-19, doença respiratória aguda causada pelo vírus SARS-CoV-2, foram reportados em Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China, em 31 de dezembro de 2019¹. Em 30 de janeiro de 2020, a epidemia do novo coronavírus já era elevada ao *status* de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS)². Essa pandemia, com altíssima velocidade de progressão, desencadeou um esforço mundial para interromper a propagação do vírus. No momento em que este artigo é finalizado, no dia 3 de junho de 2020, já são 6.195.000 casos confirmados em 216 países ou territórios³.

Essa epidemia tem pressionado os sistemas de saúde de todos os países atingidos, tanto nos ditos centrais como nos ditos periféricos, e produzido um evidente impacto nos sistemas econômicos, assunto que não abordaremos neste artigo, mas que sabidamente tem efeitos na saúde. Os noticiários internacionais e nacionais vêm mostrando cotidianamente sistemas de saúde à beira do colapso^{4,5}, expresso geralmente pela insuficiência de leitos e equipamentos hospitalares, assim como de profissionais de saúde capacitados para atender todas as pessoas, com ou sem sintomatologia compatível com a Covid-19. Tal pressão é uma decorrência das características específicas dessa epidemia: as elevadas taxas de transmissão da doença, em grande parte por pessoas assintomáticas – cada pessoa contaminava, antes da adoção de medidas de distanciamento social no Brasil, uma média de três a quatro pessoas⁶ –, levando ao aumento exponencial de casos⁷; a gravidade de uma expressiva parcela dos casos, com demanda de hospitalização para cerca de 19% dos sintomáticos, sendo que 1/4 deles necessitava de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e uso de ventilação mecânica⁸, além de um tempo prolongado de ocupação de leitos hospitalares.

Não se pode desconsiderar, no entanto, que o enfrentamento político da crise tem um importante papel na definição do curso da epidemia e do seu impacto nas redes locais de saúde, à imagem do que vimos ocorrer em diversas cidades pelo mundo, com casos bem e mal-sucedidos. No Brasil, à exemplo de Milão e Nova Iorque^{9,10}, discursos e ações contraditórios entre diferentes instâncias de governo e no seio do próprio governo federal^{11,12}, no que tange ao reconhecimento da gravidade do problema e à intensidade das medidas de confinamento da população, têm como consequência um aumento acelerado do número de casos de Covid-19, o que vem pressionando de forma significativa uma rede hospitalar pública já sucateada, resultando em uma elevação do número de mortes evitáveis. Considerando, ainda, que o aumento da necessidade de internação na UTI em curto intervalo de tempo é diretamente proporcional ao aumento da velocidade de progressão da curva epidêmica¹³, a situação tem se mostrado particularmente preocupante no Brasil. Não seria importante, então, discutir que outras medidas, além do distanciamento social, poderiam contribuir para diminuir a necessidade de leitos de UTI?

É inegável que, diante desse cenário, temos assistido e experimentado um movimento de reorganização dos serviços de saúde em tempo real para atender a essa demanda tão intensa quanto não homogênea entre estados, cidades e até mesmo entre diferentes áreas de um mesmo município⁶. São constantes os novos protocolos clínicos, estabelecimento de novos fluxos, fortalecimento de certas modalidades de atenção e estruturas para assistência em saúde, além da resignificação de funções de diferentes espaços de

cuidado e de seus atores. Cabe, no entanto, perguntar: em quais bases ou modelos esses movimentos de reorganização têm se apoiado? Será que essas mudanças têm pensado a produção da saúde por meio dos diversos modos de existência individuais e coletivos, ou apenas reforçam um conservadorismo em torno de velhos conceitos? Para além do momento atual de “redução de danos” para controle da epidemia com medidas de distanciamento social, que estratégias poderiam ser pensadas com vistas ao cuidado e a medidas protetivas extensivas a um progressivo desconfinamento?

Com base nesses questionamentos, partimos de nossas reflexões no campo da Saúde Coletiva e da Saúde como campo de produção da vida para analisar as estratégias que têm sido adotadas de forma prioritária no enfrentamento da epidemia de Covid-19 no Brasil, e sobre o protagonismo que os arranjos de base comunitária poderiam assumir na resposta à crise e na produção do cuidado no pós-pandemia.

Para desenvolver tal reflexão, buscamos analisar de forma não sistemática a produção científica em resposta à epidemia de Covid-19 nos primeiros meses de 2020, mas também nos valemos de outras fontes como boletins epidemiológicos, documentos de órgãos governamentais e não governamentais nacionais e internacionais, notícias jornalísticas e debates públicos veiculados na internet. Essa reflexão se pauta, igualmente, em observações e vivências nos territórios de produção da vida, nas ações de apoio a serviços e municípios em que estamos direta ou indiretamente envolvidos como “Rede de Observatório de Políticas Públicas, Cuidado e Educação em Saúde”. Tal coletivo de pesquisa vem debatendo em reuniões semanais essas experimentações que estão em processo, e este artigo é devedor dessas ricas trocas.

Considerando as fontes referidas, defendemos que no Sistema Único de Saúde (SUS) a potencial capilaridade das modalidades de cuidado mais próximas dos territórios de vida e de trabalho das pessoas vem sendo pouco explorada nos movimentos de enfrentamento da Covid-19. A esse conjunto de modalidades, que exploramos mais adiante, chamaremos “cuidados de proximidade”.

O hospital como estratégia prioritária para o enfrentamento da epidemia de Covid-19

De um modo geral, no Brasil, assim como internacionalmente, a aposta predominante para responder à crise tem como foco o distanciamento social, a testagem e a oferta de mais leitos hospitalares para pessoas com Covid-19, sobretudo de UTI. As estratégias para atingir esse último objetivo, em muitas das cidades brasileiras que temos acompanhado, envolvem: abertura de leitos específicos em hospitais públicos e privados para pacientes com Covid-19; suspensão de atividades eletivas em estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares e sua preparação para receber pacientes infectados pela Covid-19; edificação de hospitais de campanha; aquisição, construção e reparo de respiradores e outros equipamentos; compra de insumos; contratação emergencial de profissionais e capacitações para sua atuação. Outra medida comum tem sido a criação de centros de referência para Covid-19 nos municípios, para triagens e primeiro atendimento aos sintomáticos respiratórios e, na melhor das hipóteses, testagens, desativando outros serviços e centralizando nesses locais a avaliação dos

suspeitos¹⁴. Tais centros de referência assumem diferentes nomes e configurações de acordo com cada gestão municipal, com diferentes ofertas de serviços, mas sempre obedecendo a uma lógica de centralização assistencial.

Esse tipo de resposta à crise encontra seu alicerce na subjetivação do modelo biomédico que tem norteado, predominantemente, as decisões e práticas de gestores da saúde durante a epidemia. Esse modelo se fundamenta na medicina científica moderna, para a qual a doença consiste em um defeito biológico-mecânico, o que leva a uma abordagem tecnicista da Atenção à Saúde, centrada na incorporação de tecnologias duras⁽⁹⁾. Agrega-se aí uma concepção sobre saúde e doença em torno do paradigma da História Natural da Doença (HND)¹⁵, que trabalha com o agente, o hospedeiro e o ambiente, em seus aspectos quantitativos, centrando o manejo no corpo doente, considerando que o tratamento adequado no momento oportuno e durante o tempo necessário repercutirá em cura ou na redução dos danos aos corpos. Escapa dessa abordagem um conceito mais amplo de saúde, que inclui singularidades, relações, inclusões e exclusões, valores e culturas, que certamente modificam a possibilidade e o curso dos adoecimentos.

No que se refere a Covid-19, um primeiro “desenho” da HND levou a centrar esforços no manejo dos adoecimentos graves, levando ao reconhecimento tácito do hospital como melhor lugar para sua efetivação. No entanto, já se pode dizer que: 1) O modelo de intervenção influencia a lógica de construção dos contágios, evidenciando que há uma história social da doença que precisa ser levada em conta; 2) O hospital tem sido um lócus privilegiado para o cuidado de casos graves, mas também para a transmissão do vírus, sobretudo entre profissionais de saúde, intensamente expostos em seu trabalho¹⁷.

Consideramos que, ainda que essa resposta em termos de ampliação da oferta de leitos hospitalares seja importante e necessária, haja vista o expressivo número de pessoas que têm necessitado de cuidados envolvendo internação hospitalar e o uso de tecnologias duras e leve-duras, há muito o que se fazer nos territórios das cidades. Cabe interrogar: quais têm sido as ofertas para os cerca de 80% de pacientes sintomáticos que têm sido aconselhados a permanecer em suas casas? O que tem sido feito para orientar e apoiar as pessoas nos seus ambientes de moradia e de trabalho para viabilizar seu cuidado e sua proteção? Como identificar rapidamente casos novos e seus contactantes, sobretudo em domicílios e comunidades com maior aglomeração e precariedade? Como garantir o acompanhamento dos usuários na multiplicidade de outras situações de saúde que os levam, em tempos normais, a procurar um serviço de saúde? Como garantir a continuidade do cuidado no retorno para casa após períodos mais ou menos longos de hospitalização, possivelmente com comprometimentos que exigem reabilitação?

No Brasil, uma palavra de ordem como “distanciamento social”, a mais efetiva estratégia para lentificar o contágio, repercute de modos diversos em diferentes segmentos da população (para além dos efeitos das divergências políticas). Em um cenário de grande desigualdade social que implica precárias condições de trabalho, renda, moradia, saneamento básico e transporte para expressivas parcelas da população, não basta o chamado à adesão individual; seriam necessárias políticas específicas para estender os efeitos protetivos para esse segmento, que hoje já concentra a maioria das mortes por Covid-19¹⁸. Mas assistimos ao contrário, como deixam ver as dificuldades para se conseguir o auxílio emergencial federal¹⁹ e muito limitadas iniciativas para oferecer espaços adequados para o isolamento, ao menos, dos sintomáticos.

⁽⁹⁾ O conceito de tecnologias duras (relacionadas ao manejo de equipamentos e medicamentos utilizados nas intervenções terapêuticas), leve-duras (intervenção por meio de saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia) e leves (que permitem a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos) pode ser encontrado em Merhy e Feuerwerker¹⁶

Mais do que nunca há necessidade de debater, com distintos segmentos e coletivos, seus hábitos de vida e modos de existência singulares nas suas redes de conexão, entendendo como marcam sua experiência na pandemia²⁰. Sem reconhecer as singularidades e diversidades, a biomedicina transmuta as questões sociais, relacionais e práticas da vida cotidiana em um conjunto de medidas, orientações, protocolos, tomando como modelo uma certa referência do que sejam a casa, a família e as relações entre os seus componentes, muitas vezes bem distante e até mesmo destoante dos modos singulares de composição do viver cotidiano de muitos.

A ampla oferta de cuidados de proximidade que não estamos aproveitando como poderíamos

Considerando que o enfrentamento à epidemia pela Covid-19 ultrapassa os muros hospitalares e que ele se faz também nos territórios de vida e de trabalho das pessoas, para além do já discutido em relação ao distanciamento social, há que se construir também outras ações para se cuidar de quem está e de quem não está doente. É preciso inventar outras formas de cuidar que incorporem as tecnologias de cuidado em novos processos de trabalho, bem como as que combinem com novas formas de se encontrar no território com as antigas formas já conhecidas de vigilância epidemiológica: acompanhamento dos casos, interferindo em sua distribuição nos territórios, bem como medidas de contenção rápida dos surtos nos bairros, com identificação dos comunicantes de cada caso conhecido e respectivo isolamento. Há que se constituir redes de apoio às situações de precariedade presentes nos territórios, como já tem acontecido em alguns locais de forma espontânea, pois não são poucos os esquecidos e cronicamente negligenciados pelas políticas públicas. É preciso construir outras lógicas de organização da oferta comunitária de cuidado em saúde para além do que tem sido proposto. E, mais para a frente, preparar o desconfinamento de forma coordenada com moradores, estabelecimentos comerciais, associações, escolas, entre outros.

Nesse sentido, apostamos que as ofertas de cuidado de proximidade têm uma potência que vem sendo pouco explorada na gestão dessa crise, como possibilidade de se enfrentar a epidemia na produção micropolítica dos encontros cotidianos, ultrapassando os limites da subjetivação do modelo biomédico que tem marcado também as ofertas de base comunitária. O chamado “cuidado de proximidade”, proposta que ganhou esse nome em algumas regiões e países europeus como França, Itália e Espanha, tem sido definido, *grosso modo*, como o cuidado realizado o mais perto possível dos cidadãos de um dado território²¹⁻²³. Em certas regiões do norte da Itália utilizam-se os chamados “serviços de proximidade”, definidos como serviços sociais que, por sua natureza, estão mais próximos da vida cotidiana e doméstica dos usuários, como, por exemplo, assistência a idosos ou doentes crônicos²⁴.

Esse conceito, na prática, vai além de uma noção de proximidade em termos geográficos, de delimitação física de áreas de abrangência. Trata-se de dispositivos que têm se proposto a estar, de modo ativo, perto dos problemas cotidianos do viver comunitário, aproximando-nos de uma compreensão de “território” como um cenário dos agires humanos em relação, tal como proposto por Santos²⁵. Essa concepção de território se

aproxima, igualmente, da proposta por Seixas²⁶, que inverte a noção emblemática do sociólogo Michel Maffesoli *le lieu fait lien* (o lugar faz o vínculo), para retomá-la como *le lien fait lieu* (o vínculo faz o lugar), por meio de uma compreensão de que os encontros que se estabelecem no cotidiano das pessoas dão sentido ao território.

Entendendo o conceito da forma como os autores deste artigo o têm pensado e ampliado em reflexões recentes, a potência dos cuidados de proximidade, em suas diversas modelagens locais, decorre de uma aposta de que as equipes são tão mais capazes de pensar soluções adequadas, de forma compartilhada com os diversos atores, quanto maior a sua proximidade e o seu conhecimento dos problemas que as pessoas daquela comunidade específica enfrentam, suas necessidades, demandas, mas também potencialidades. Destaca-se que o conhecimento aqui citado não trata somente daquilo que os profissionais adquirem em sua profissionalização, mas sim de uma produção singular que ocorre em ato, no encontro, fruto de uma interseção simétrica entre esses atores e da adesão incondicional à vida do outro como ética. Decorre igualmente da possibilidade real de formação de vínculo, permitindo a produção de projetos de cuidado comunitário compartilhados com os moradores e, portanto, com mais sentido para a vida daquelas pessoas²⁷. Isso porque há a potência de construir tecnologias de cuidado em suas várias dimensões, ampliando muito o proveito que o uso das tecnologias leves relacionais abre na construção de vínculo, responsabilização e compartilhamento horizontal na produção do cuidado de si e do outro.

Considerando o que se constrói de possibilidades nesses encontros nos territórios, compreende-se que os cuidados de proximidade ultrapassam as fronteiras do setor saúde e dos núcleos de saberes formais das categorias profissionais. Os sentidos da produção do cuidado nos territórios demandam sempre um comprometimento ético-político com a perspectiva de construção da existência dos demais atores locais. Mas que serviços de saúde têm essa “proximidade” da qual precisamos, especialmente em tempos de Covid-19 no Brasil, e provavelmente também no pós-pandemia?

O SUS possui uma grande rede de serviços distribuída de forma heterogênea em todo o território nacional, vigorosamente construída durante muitos anos, mas intensamente sucateada nos dois últimos governos federais, sobretudo a partir da Emenda Constitucional 95 (EC 95)²⁸, da nova Política Nacional de Atenção Básica²⁹ e de suas normatizações, e da “nova” Rede de Atenção Psicossocial³⁰. Entre as ofertas de cuidados de proximidade não hospitalares, destacam-se, por sua capilaridade e por sua base territorial, a Atenção Básica (AB) incluindo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a Atenção Domiciliar (AD), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os Consultórios na Rua (CR), entre outros.

Apesar de todos os problemas e desafios, esses dispositivos que operam próximo às casas das pessoas com equipes multiprofissionais, incorporando trabalhadores como os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes de endemias, têm possibilidades de implementar formas locais de cuidado em uma intensidade que poucos sistemas de saúde no mundo têm, com potencial de impactar os processos de adoecimento nos diversos territórios em que se inserem.

Desde o início da pandemia, foi proposto que partes dessas equipes fossem desviadas para atuar nas portas das emergências que atendem os sintomáticos respiratórios. Associado a isso, também foram chamados a realizar monitoramento telefônico de casos diagnosticados de Covid-19 (muitas vezes contando com os aparelhos dos próprios profissionais) e a direcionar os sintomáticos respiratórios que buscassem os serviços de forma espontânea para os centros de referência não hospitalares ou para os serviços de urgência e emergência; ou orientando-os a retornar para seus domicílios, operando como barreira de acesso³¹.

Ao mesmo tempo, temos observado uma diretriz de desmobilização dessa rede em suas ações rotineiras de cuidado às suas populações adstritas, restringido-se a atuar de modo recolhido e sustentando, muitas vezes a distância, algumas de suas ações, como campanhas de vacinação, renovação de receitas, atendimento de gestantes, distribuição de materiais para curativos e realização de alguns atendimentos. Ora com a justificativa de que sua presença no território os colocaria na condição de “disseminadores da Covid-19”, ora com o argumento de protegê-los de contaminação, os trabalhadores foram inicialmente orientados a suspender as visitas domiciliares, salvo algumas exceções.

Uma parte do recuo foi justificada pela falta de equipamentos de proteção individual (EPI) em quantidade suficiente para a atuação desses profissionais no território. No entanto, essa tem sido igualmente reportada nos hospitais³², mas não tem impedido, em algumas redes locais, o remanejamento de profissionais dos serviços de base comunitária para os serviços hospitalares. Tal movimento é tão mais preocupante quando os dados mostram que as chances de se contrair a Covid-19 aumentam significativamente em ambiente hospitalar, seja entre trabalhadores de saúde como entre pessoas internadas por outras causas¹⁷, nos levando a perguntar: onde mesmo se justifica o medo de atuar e contaminar?

Nessa perspectiva da doença como fenômeno exclusivamente biomédico constituído de uma HND e destituído de sua história social, é que se engendra a compreensão pela qual se julga que as ofertas de cuidado de proximidade não possuem as tecnologias necessárias para a abordagem dos pacientes em plena pandemia, tais como: exames de imagem e imunodiagnóstico, locais para isolamento, leitos de intervenção mais intensiva e para suporte avançado de vida.

Assim, isoladas e distantes da população, e destituídas de seu lugar no cuidado, as equipes dos territórios assistem ao *boom* dos casos de sintomáticos respiratórios em suas áreas de abrangência; enquanto isso, dados catastróficos expressos em números de óbitos indicam os equívocos estratégicos de várias ordens na coordenação das ações entre as três esferas de governo no enfrentamento da pandemia no Brasil.

Somado à descoordenação das ações, há um reforço para a adoção de antigas práticas hospitalocêntricas e médico-hegemônicas em que se prioriza o cuidado aos casos graves, sem espaço para problematizações da adequação dessas práticas. Assume-se que não há, na “pandemia”, dimensões que sejam passíveis de outras ações que possam ser criadas e oferecidas nos territórios.

Apesar de muito tempo se ter sustentado o discurso sobre a centralidade da AB no cuidado à saúde no SUS²⁹, foram pouco examinados os dispositivos para seu efetivo fortalecimento e para a disputa de valores com o modelo médico-hegemônico, o qual preside livremente os agires profissionais em torno do modo de compreender saúde, interditando novos modelos de construir relações, de reconhecer a necessidade de construção compartilhada e de aproximar o cuidado da vida real nos diferentes territórios. Além disso, o subfinanciamento, a focalização e o gerencialismo contribuíram para seu enfraquecimento ao longo do tempo. Ou seja, uma precarização instalada em plena implementação. Assim, AB isolada, entendida como mera porta de entrada, não tem desenvolvido a necessária complexificação das tecnologias de cuidado, nem os dispositivos para sua construção em redes vivas³³.

Apesar disso, há muita vida e potência acumulada e potencial de amplificação das conexões dos trabalhadores desses serviços com a vida que pulsa nos territórios. Nesse momento, seria crucial sua presença ativa junto à população, reafirmando a potência dos cuidados de proximidade como parte integrante do conjunto de táticas para se defender a vida e evitar mais mortes.

Localizadas nos lugares de maior precariedade material da produção da existência, as diversas modalidades de cuidado de proximidade poderiam ter um papel decisivo nesse momento, conectando-se com diferentes coletivos e organizações, com a vida das pessoas, para construir estratégias de proteção, identificando as situações de extrema precariedade, as aglomerações, e disparar articulações intersetoriais com outras entidades, movimentos e instituições, ações de solidariedade para prover estratégias de garantir segurança epidêmica, alimentar e de outras ordens, para contingentes populacionais cada vez mais empobrecidos.

O que podem os cuidados de proximidade?

Temos visto a dificuldade de vários países no enfrentamento da pandemia. Os Estados Unidos, amplamente afetados, enfrentam as consequências de iniquidades sistêmicas no acesso à saúde e do enfraquecimento de outras políticas sociais, ao considerar a saúde como gasto e não um campo público de investimento econômico-financeiro. No Brasil, essa mesma lógica se intensifica sobretudo a partir da EC 95.

A pandemia da Covid-19 também tem posto à prova países cujos sistemas de saúde não tiveram capacidade de agenciar ações territoriais coordenadas com a rede de serviços em saúde e intersetorialmente, com a incorporação de tecnologias de cuidado adequadas a cada momento para limitar as consequências da epidemia em termos de número de doentes e mortos, além do impacto econômico sobre as famílias. Nesse sentido, o modelo biomédico hospitalocêntrico privatista hegemônico tem se revelado um fracasso ao trabalhar sozinho, isolado de uma rede ampliada e desconectado dos territórios de existência. Essa situação coloca, então, uma grande discussão: sem um sistema universal de saúde que articule as tecnologias de cuidado – leves, leve-duras e duras – em um arranjo tecnológico que torne mais efetivas as ações de enfrentamento da Covid-19, menores serão as possibilidades de ultrapassar a pandemia com menor perda de vidas.

Se olharmos para a experiência cubana de enfrentamento da Covid-19, país que, como o Brasil, conta com uma grande rede de serviços nos territórios da vida e do trabalho, vemos de modo gritante quanto estamos subaproveitando essa potência acumulada no SUS. Com cerca de 1.900 casos e menos de oitenta mortes registradas até 20 de maio de 2020³⁴, Cuba empregou diversas estratégias de base comunitária para o combate à epidemia, como visitas regulares de estudantes ou profissionais de saúde às famílias em quarentena para perguntar sobre a saúde dos moradores, suas atividades diárias e verificar se estavam aplicando as medidas de proteção contra a Covid-19; direcionamento precoce de moradores sintomáticos a centros instalados em cada bairro; mobilização intersetorial para ações coordenadas, ampla testagem domiciliar, etc.³⁵. Além, é claro, de um investimento estatal em saúde bastante robusto.

Já a Nova Zelândia, país que vem obtendo grande sucesso no seu combate à epidemia, além de adotar medidas precoces e bastante restritivas de distanciamento social, também adotou estratégias de testagem massiva e rastreamento de contactantes nos territórios³⁶. Na Costa Rica, país que investe um percentual importante de seu PIB no sistema de saúde, foram essenciais para os bons resultados no combate à epidemia: o acesso de toda a população a saneamento básico, uma ampla articulação em rede dos serviços de saúde e o trabalho das Equipes Básicas de Atenção Integral à Saúde no monitoramento ativo de casos suspeitos nos territórios³⁷. Esse bom desempenho no enfrentamento da epidemia por Covid-19 também se repete na China, na Coreia do Sul, Etiópia e em outros países e/ou regiões com sólidas estratégias de cuidado comunitário, corroborando a compreensão de que a história social da doença caminha conforme as estratégias adotadas.

As experiências, como analisadores, nos apontam para possibilidades de construção de superação por dentro da dimensão pública, mesmo em um contexto de precarização, de um modelo cindido, isolado e privatizado.

Não é admissível deixar a população sozinha nos territórios, à mercê de informações desencontradas e fabricando soluções – por vezes solidárias, em outras vezes confusas e solitárias – com todo o histórico brasileiro de construção original de modalidades de cuidado de proximidade, que inventou matriciamentos, fóruns e outros elementos de um arranjo tecnoassistencial tão sofisticado, como os ACS. Entendemos que a pandemia é justamente o momento para retomá-las em sua maior potência, interromper sua destruição e investir em seu funcionamento máximo.

Caberia abrir o leque e imaginar que os cuidados de proximidade teriam várias dimensões possíveis: uma delas toma como pressuposto o fato de que, ao fazer intervenções de cuidado orientadas por uma história social da doença, é possível mudar o seu curso e, portanto, a própria gravidade clínica que chega – ou nem mesmo precisa chegar – ao hospital.

Uma outra dimensão é entender que cuidar no território não é só intervir no quadro clínico: é circular nos territórios com a devida proteção e com um agenda de trabalho para o período de pandemia construída com diferentes atores locais. Já dissemos, mas vale reafirmar: um trabalhador de saúde circulando no território devidamente paramentado tem menos possibilidade de ser contaminado do que um trabalhador cuidando de quadros graves da Covid-19 no hospital. Esses podem, assim, construir com a comunidade mecanismos e estratégias em que o distanciamento social

seja também um modo de produção de vida, e não só de isolamento e sofrimento psíquico. E que se possa produzir estratégias de construção comunitária de autogestão das ações naquele local, naquele território.

Então, é possível construir uma capacidade operativa de outra modalidade de cuidado da pandemia e que pode mudar a história social e natural da Covid-19 dentro da nossa sociedade. Tal capacidade não apenas aumentaria muito a legitimidade das equipes, como também ofereceria aos brasileiros uma possibilidade de defesa contra a epidemia que nenhum outro sistema de saúde no mundo tem, pela sua ampla rede de cuidados de proximidade capilarizada com centenas de milhares de trabalhadores muito potentes, evitando o abandono de sintomáticos e contatos, atuando com maior consistência no controle da transmissão comunitária, e construindo outras possibilidades para o distanciamento social.

Cabe, então, construir redes de cuidado que se desdobram em uma multiplicidade de tecnologias de cuidado baseadas nos territórios da vida e do trabalho das pessoas, usando-se ferramentas muito mais manejáveis do ponto de vista do custo, mas principalmente com uma capacidade de interferir de maneira efetiva na contenção do contágio comunitário, assegurando uma oferta suficiente de testes, EPI, informação, apoio articulado com capacidade de acolhimento, diálogo e compartilhamento de ações.

Isso porque há redes de comunicação muito capilares nessas comunidades, territórios muito vivos que exigem ser olhados como tal. No entanto, esses lugares estão submetidos a uma tensão muito importante, sendo obrigados a inventar uma política local onde o Estado não chega com políticas efetivas. Os grupos vão se organizando, inventando seu modo de fazer vigilância no território, procurando redes de movimentos, e esses processos inventivos serão muitas vezes ricos e outras vezes problemáticos. Os coletivos vão construindo suas sabedorias de como se organizar para não serem exterminados, e podem se beneficiar do apoio ativo dos serviços de saúde locais nesse processo.

Essas estratégias devem ser combinadas com medidas efetivas de distanciamento social, com o fechamento de comércios e escolas e garantia de saneamento básico com água potável para a totalidade da população, diminuindo-se o coeficiente de contágio pessoa-pessoa e, ao mesmo tempo, construindo uma capacidade de retaguarda para aqueles que necessitam de intervenção com alta densidade de tecnologias duras.

Vemos que é preciso tirar proveito do SUS, mantê-lo robusto como um patrimônio indispensável justamente em calamidades, e ativá-lo por meio de suas potencialidades.

Considerações finais

Em que medida, e em que direções, o potencial imanente aos momentos de crise – de colocar em questão as bases que fundam nossas sociedades e modelos – tem sido aproveitado? “Essa talvez seja a pergunta derradeira, antes que a porta se feche de uma vez por todas”. Essa chamada à ação inspirada pela crise atual que Achille Mbembe³⁸ nos fazia no início de abril de 2020 em um aspecto mais amplo – o do nosso estar humano neste planeta – nos convoca como atores comprometidos com um modelo em defesa da vida, que aponta que toda vida vale a pena.



Perguntamo-nos: vamos enfrentar essa crise sanitária, ética e política inédita na existência de todos nós usando os mesmos paradigmas e modelos conservadores do campo da saúde pública e da biomedicina, cujas limitações ficam mais evidentes a cada dia?


A Covid-19 escancara o esgotamento de todos os limites possíveis da noção de sociedade, colocando em xeque as lógicas de organização das existências centradas nas vidas-mercado, no agravamento das desigualdades e o (des) lugar que a saúde ocupa nesse processo.

Autores

Helvo Slomp Junior^(e)

<helvosj@gmail.com> 

Kathleen Tereza da Cruz^(f)

<cruz.ufrrj.macaee@gmail.com> 

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Agradecimentos

Aos pesquisadores da “Rede de Observatório de Políticas Públicas, Cuidado e Educação em Saúde” com os quais aprendemos cotidianamente que o conhecimento só tem sentido quando produzido com afeto, de forma coletiva e comprometida com a vida. Continuaremos fazendo poesia.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)



Editora

Denise Martin

Editor associado

Lucas Pereira de Melo

Submetido em

07/06/20.

Aprovado em

09/09/20.

Referências

1. World Health Organization. Pneumonia of unknown cause – China [Internet]. Geneva: Who; 2020 [citado 9 Maio 2020]. Disponível em: <http://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>
2. Pan American Health Organization, World Health Organization Brasil. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus [Internet]. Brasília: OPAS Brasil; 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. Geneva: Who; 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
4. ABC News. Brazil threatens to become COVID-19 hotspot with health system on verge of collapse [Internet]. Sydney: ABC News; 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.abc.net.au/news/2020-04-25/coronavirus-brazil-health-system-close-to-collapse-covid19/12184912>
5. Silva HM, Pereira RS, Gritz RA, Simoes A, Porto FA. Projection of hospitalization by COVID-19 in Brazil following different social distances policies. medRxiv. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1101/2020.04.26.20080143>.
6. Mellan TA, Hoeltgebaum HH, Mishra S, Whittaker C, Schnekenberg RP, Gandy A, et al. Subnational analysis of the COVID-19 epidemic in Brazil. MedRxiv [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.09.20096701v2.full.pdf+html>
7. Sanche S, Lin Y, Xu C, Romero-Severson E, Hengartner N, Ke R. High contagiousness and rapid spread of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2. *Emerg Infect Dis.* 2020; 26(7):1470-7. Doi: <https://dx.doi.org/10.3201/eid2607.200282>.
8. Epidemiology Working Group for NCIP Epidemic Response, Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2020; 41(2):145-51. Doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003.
9. Verdú D. Coronavírus inverte os papéis históricos do norte e do sul na Itália. EL PAÍS [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2020-04-21/virus-inverte-os-papeis-historicos-do-norte-e-do-sul-na-italia.html>
10. Goodman JD. How delays and unheeded warnings hindered New York’s virus fight. *The New York Times* [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/04/08/nyregion/new-york-coronavirus-response-delays.html>
11. Shalders A. Mandetta é demitido do Ministério da Saúde após um mês de conflito com Bolsonaro: relembre os principais choques. *BBC News Brasil* [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>
12. Phillips D. Brazil: largest rise in Covid-19 deaths follows Bolsonaro “worst is over” claim. *The Guardian* [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.theguardian.com/world/2020/may/06/brazil-coronavirus-deaths-covid-19-bolsonaro>



13. Rafael RMR, Neto M, Carvalho MMB, David HMSL, Acioli S, Faria MGA. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? *Rev Enferm UERJ*. 2020; 28:49570.
14. São Paulo (Estado). Saiba quais as medidas do Governo de SP para o combate ao coronavírus [Internet]. São Paulo; 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/saiba-quais-as-medidas-do-governo-de-sp-para-o-combate-ao-coronavirus-2/>
15. Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.
16. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp Junior H, organizadores. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2017. v. 1, p. 59-72.
17. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação nº 020, de 7 de Abril de 2020 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado 9 Maio 2020]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1103-recomendac-a-o-no-020-de-07-de-abril-de-2020>
18. Bertoni E. Como a desigualdade afeta a disseminação do vírus em São Paulo. *Nexo Jornal*. [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2020/05/04/Como-a-desigualdade-afeta-a-disseminacao-do-virus-em-Sao-Paulo>
19. Almeida M. Calendário do auxílio emergencial está atrasado há 14 dias. Exame [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://exame.com/seu-dinheiro/calendario-do-auxilio-emergencial-esta-atrasado-ha-14-dias/>
20. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg Saude Debate*. 2014; (52):153-64.
21. Bataillon R, Michel P, Varroud-Vial M. Soins de proximité : vers un exercice d'équipe. *ADSP* [Internet]. 2019 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=169>
22. Lucas-Gabrielli V, Nestrigue C, Coldefy M. Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). *IRDES* [Internet]. 2016 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/070-analyse-de-sensibilite-de-l-accessibilite-potentielle-localisee-apl.pdf>
23. Imbaud C, Garassus P, André J-M, Langevin F. Le développement de centres de santé pluridisciplinaires de proximité en Allemagne : les Medizinische Versorgungszentren. *Sante Publique (Bucur)*. 2016; 28(5):555-68.
24. Internazionale. Servizio di prossimità. *Dizionario italiano De Mauro* [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://dizionario.internazionale.it/parola/servizio-di-prossimita>
25. Santos M. Território, globalização e fragmentação. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
26. Terenzi Seixas C. *Histoires de vieux : Un regard sur le quotidien des personnes âgées au Brésil* [Internet]. 2012 [citado 9 Maio 2020]. Disponível em: <http://www.theses.fr/2012PA05H009>

27. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Bortoletto MSS, Slomp Junior H, Merhy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e170627. Doi: <https://doi.org/10.1590/interface.170627>.
28. 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. *Diário Oficial da União*. 16 Dez 2016.
29. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017.
30. Portaria nº 3.588, de 21 de Dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de Setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 22 Jan 2018.
31. Rio de Janeiro (Estado). Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde. Nota Técnica SGAIS/SES nº 21 - Centros de Triagem Covid-19 (CT Covid-19) [Internet]. Rio de Janeiro; 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/NT-Centros-de-Triagem-COVID-19-CT-COVID-19.pdf>
32. Rede CoVida, UFBA, Fiocruz, CIDACS. Boletim CoVida: pandemia de Covid-19. A saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da Covid-19 [Internet]. Salvador; 2020 [citado 9 de maio de 2020]. Disponível em: https://covid19br.org/main-site-covida/wp-content/uploads/2020/05/Boletim-CoVida-5_Edit_.pdf
33. Merhy EE, Feuerweker LCM, Santos MLM, Bertussi DC, Baduy RS. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. *Saude Debate*. 2019; 43(6):70-83.
34. Worldometer. Cuba Coronavirus: 1,887 cases and 79 deaths [Internet]. 2020 [citado 20 Maio 2020]. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/cuba/>
35. Bras O. Face au Covid-19, Cuba se bat sur tous les fronts. *France 24* [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.france24.com/fr/20200514-face-au-covid-19-cuba-se-bat-sur-tous-les-fronts>
36. BBC News. Coronavirus “currently eliminated” in New Zealand. *BBC News* [Internet]. 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/news/world-asia-52436658>
37. Brooks D. Qual a fórmula da Costa Rica, país com menor número de mortes por covid-19 na América Latina [Internet]. São Paulo: *BBC News Brasil*; 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-52496815>
38. Mbembe A. O direito universal à respiração [Internet]. São Paulo: n-1 edições; 2020 [citado 14 Set 2020]. Disponível em: <https://n-1edicoes.org/020>



This article aims at questioning the privatizing hospital-centered biomedical model from the point of view of the response to the Covid-19 epidemic, which focuses on hospital care and hard and light-hard technologies. In this context, we argue that the governmental political project of defunding the public health system and other social policies severely aggravates this scenario. Putting under the spotlight the experiences of other countries, we present 'Proximity Care' as a territorial-based construction centered on light technologies for the production of highly complex care. Proximity Care appears under various shapes in the Brazilian National Health System (SUS) and has been presently underused. We show its potential for the creation of living networks of existence and the possibilities that it opens to reconfigure not only the model of coping with the epidemic, but also that of the post-pandemic.

Keywords: Coronavirus. Brazilian National Health System (SUS). Sociocultural territory. Primary health care services.

El objetivo de este artículo es tensionar los equívocos del modelo biomédico centrado en el hospital privatizador a partir de la respuesta a la epidemia de Covid-19, que tienen como centro el cuidado en el hospital y las tecnologías duras y leves-duras. Traemos como elementos agravantes en este escenario el proyecto político gubernamental de desfinanciación del sistema público de salud y de otras políticas sociales. Colocando en escena la experiencia de otros países, presentamos los 'Cuidados de Proximidad' como construcción de base territorial centrada en las tecnologías leves para la producción de cuidados de alta complejidad, presente bajo diversos modelados en el Sistema Brasileño de Salud (SUS), que se ha aprovechado poco en este momento. Buscamos mostrar el potencial de los cuidados de proximidad para la creación de redes vivas de existencia y las posibilidades que abre para reconfigurar no solo el modelo de enfrentamiento de la epidemia, sino también el de la postpandemia.

Palabras clave: Coronavirus. Sistema Brasileño de Salud (SUS). Territorio sociocultural. Servicios básicos de salud.