UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP – DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

A prática dos articuladores da atenção básica: comunicação e mudança do modelo de atenção
em saúde

Giovanna Cabral Doricci

Dissertação apresentada ao Departamento de
Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e
Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São
Paulo, como parte das exigências para obtenção do
título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia.

Ribeirão Preto - SP
2014

GIOVANNA CABRAL DORICCI

A prática dos articuladores da atenção básica: comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área: Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi.

Ribeirão Preto – SP
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Doricci, Giovanna Cabral

A prática dos articuladores da atenção básica: comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde. Ribeirão Preto, 2014.

155 p. il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto / USP. Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Carla Guanaes-Lorenzi.

1. Gestão em saúde. 2. Atenção Básica 3. Comunicação em Saúde
4. Construcionismo Social.

Nome: Doricci, Giovanna Cabral.

Título: A prática dos articuladores da atenção básica: comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área: Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Considero esta a parte mais importante e mais difícil da dissertação, talvez porque escrever os agradecimentos indique a necessidade de encerramento, mas, minha preocupação também se relaciona à dificuldade para escolher palavras, pois receio que elas não alcancem à imensa gratidão que sinto.

Agradeço, primeiramente, a Deus, à energia que me protege e que sempre me dá forças nos momentos difíceis, que me acolhe e conforta o meu coração.

Agradeço ao Padre José Carlos, por estar sempre cuidando da minha família, por nos ouvir e acompanhar nossas vidas, por estar em oração nos momentos difíceis e por se emocionar com nossa vitória.

Agradeço imensamente à minha família, a meus pais pelo suporte oferecido em todos os aspectos da vida. Por estarem sempre dispostos a nos ajudar (a mim e às minhas irmãs) e a lutarem junto conosco, apesar das dificuldades; à minha mãe por sua força e coragem, pelos conselhos sábios, pelo conforto nos momentos difíceis; ao meu pai pelo apoio, por nos poupar de problemas e pela leveza de suas piadas. Por se emocionarem com nossas conquistas e torcerem por nós, por estarem sempre em oração pela nossa família. Às minhas irmãs por serem tão companheiras, por estarem sempre dispostas a estar comigo e por mim, independente de qualquer coisa. Sei que não há nada neste mundo que não faríamos uma pelas outras, estamos juntas e sempre cuidando para que estejamos bem. Irmãos são pra vida toda, e eu agradeço a Deus pela existência de vocês. Agradeço à Rose, por estar sempre conosco e por cuidar tão bem de todos nós. Amo todos vocês! “Essa é a minha família, eu que achei!”. Agradeço às minhas tias Márcia, Má, Marla, Estela e tio Pedro por estarem sempre rezando e torcendo por mim. Aos meus primos queridos também, os almoços em família são sempre uma aventura divertida.

Agradeço às minhas ex-colegas de trabalho. Flávia, minha ex-gerente, por sua sabedoria, incentivo e abertura ao diálogo, aprendi com você muito sobre a vida, e um dia quero ter a paz que tem para resolver problemas. Clara, por seu incentivo e companhia na realização dos trabalhos que eu mais gostava, os treinamentos, por estar sempre aberta a conversar e a me ouvir. Nely por me ensinar a ter fé, pela sua simplicidade perante as dificuldades, pela sabedoria inspiradora e por me matar de rir sempre! Dani, a Danica, tenho muito a agradecer, a Dani foi minha fada madrinha, sempre disposta a me ajudar, companheira não só no trabalho, mas na vida. Sinto muita falta de nossas conversas, dos

momentos cheios de trabalho em que nós, diante do estresse, ríamos nervosamente. Sinto falta de compartilhar meu dia com essa pessoinha linda que é a Dani. Obrigada, Flávia, Clara, Nely e Dani por terem feito parte da minha vida, sinto muitas saudades de estar diariamente com vocês! Vocês me incentivaram, e fizeram o meu medo da mudança ficar quase imperceptível, e sei que torceram por mim!

Agradeço aos meus amigos por fazerem a vida ficar leve, por estarem ao meu lado nos momentos bons e ruins, por estarem sempre dispostos a tomar uma cervejinha, e falar besteira, ainda que pelos grupos do WhatsApp. Sem os amigos eu não teria sanidade para finalizar esta dissertação. Em ordem quase alfabética: Amigos do Victor (são muitos, passaria o dia citando - agradecimento especial para: A XXIX de Fevereiro, adoro estar com eles, sempre animados e divertidos; Miguim e Vanessa por estarem sempre com a gente; Skank, Sobrinho e Mariane pela acolhida e pelo companheirismo, vocês são demais, adoro estar com vocês!!!); Ana Celeste, pela amizade, confiança, e pela parceria desenvolvida; Aline Pisani, minha amiga doida e divertida desde o colegial, como é bom ter você sempre perto apesar de distante; Ariane por ser linda e por espalhar alegria por onde passa; Carol Biazoli e Gui por formarem um casal querido e sempre disposto, Carol por nos fazer rir muito e por ser amiga e companheira; Carol Pires pela amizade antiga que apesar da distância sempre se mantém; Hugolino por ser esse trem maravilhoso; Fabíola, por anos de convivência e aprendizado (minha irmã de Uberlândia, sinto tanta falta); Fantis por ser fofo; Gabi Maravilha pela amizade que cresce a cada dia, por ser companheira de discussões, de bares, de almoço, de casa, tão pouco tempo morando juntas e já gosto tanto dessa menina; Gabi Moura pela profundidade do seu ser e por me fazer rir com suas histórias; João Virto (João Vitor) por ser um amigo antigo e por me aguentar no MSN e agora no whatsapp; Katsilene (Kátia) pelos quase dois anos de convivência na mesma casa, por alegrar os dias de quem está perto com seu jeito peculiar e divertido de ser; Luciana Morilas pelas ótimas conversas, pelo companheirismo, e pelas histórias sempre divertidas; Lucyana Rodrigues pela amizade companheira, por estar sempre perto e por ser tão linda e querida; Lud (Ludmilla) pela luz que sempre irradia, por me fazer sentir paz quando está perto; Marcelinha (Bo) por ser a primeira amiga da minha vida, mais de vinte anos de amizade, amo tanto; Nini, uma amiga admirável que me ensinou a amar as pessoas como são, com defeitos e qualidades e que me diverte toda vez que vem nos visitar; Pedrito esse amigo mais que demais que eu tanto admiro e por quem administro um fã clube: “Pedro como nenhum outro”, como gosto de conversar com ele sobre a vida, e sinto saudade quando fica muito tempo longe; Patrícia Miron por sua alegria e sabedoria, por ser tão companheira dos que considera; Piu (André), gosto muito do Piu,

mesmo sem saber porque, ele é daqueles amigos companheiros, um querido; Evelin por ser forte, uma pessoa linda e inspiradora.

Pedro, Carol Biazoli e Luciana Morilas, agradeço mais uma vez, pois me apoiaram muito no início. Pedro como um dos primeiros interlocutores com minha orientadora Carla, e porque eu nunca mais o deixei em paz; Carol por ter me ajudado a preencher o lattes e por sempre me dar dicas; e Lú por ter me ajudado desde o início, oferecendo inclusive abrigo quando eu não tinha onde ficar! Vocês são muito queridos!

Agradeço ao Instituto Conversações, que me iniciou nos estudos construcionistas. Marisa, nossa musa inspiradora, obrigada por ter me apresentado para a Carla e por fazer ainda parte da minha vida, sou muito grata a você por tantos motivos. Cris, uma pessoa especial, serena e cheia de boas idéias, adoro o trabalho voluntário que desenvolvemos juntas, você me enche de energia boa. Édna Costa que me acompanhou no estágio, obrigada pela competência e atenção conosco. Jú Poloni, obrigada pela parceria inicial, pelas boas conversas e pela disposição em estar perto mesmo que de longe.

LAPEPG, nosso laboratório. Agradeço aos integrantes, atuais e passados, pelas discussões profundas e proveitosas, pelo cuidado com os trabalhos dos colegas, e pelos momentos de descontração! Thaís, Ricardo, Andrezza, Jú Tiveron, Marina, Pedrito, Gabis (Maravilha, Ravagnani e Ferreira), Luiza, Malu, Marília, Mari, Marcus e Carla.

Agradeço ao meu segundo gato (o Maurício é sempre o primeiro), Victor. Meu amor, obrigada por ser meu companheiro. Conhecer você foi uma surpresa boa que veio junto com o mestrado. Compartilhamos muitos momentos desde que iniciamos o namoro, posso dizer que você desperta o que há de melhor em mim, como gosto de estar com você. Obrigada por me acalmar nos momentos de raiva, por estar sempre aberto para conversar e por estar disposto a se relacionar, a dividir a responsabilidade de cuidar do nosso relacionamento. Amo você mais do que pamonha e pastel! Seu cuidado me conquistou, obrigada por tudo!

Agradecimento muito especial à família do Victor, e futuramente minha também?! Anna, por sua presença marcante em nossas vidas, pelo apoio e suporte em qualquer situação, por ser essa pessoa iluminada; Rodolfo (pai) por sempre me receber bem, por ajudar a fazer minha mudança, e pelas boas conversas nos almoços de domingo; Rodolfinho, Fer, Sheila e Fio por serem os / as cunhados (as) que eu pedi a Deus, todos conversadores e amantes de cerveja. Gosto muito de passar o tempo com vocês, vocês são fofos, o Fio especialmente, ah, e romântico também (só que não... destruidor do romantismo alheio, rs). E às minhas sobrinhas, Ágatha e Marianna lindas demais, a titia baba!

Carla, minha querida orientadora, tenho tanto a agradecer! A Carla é uma excelente orientadora, apesar de estar sempre cheia de atividades, oferece aos alunos que acompanha todo o seu cuidado e atenção, não somente para assuntos de trabalho, mas também para a vida pessoal. Quero agradecer pela oportunidade, por ter me aceitado como sua orientanda e por me acalmar nos momentos de grande ansiedade. Obrigada por torcer por mim e por ficar feliz com as minhas conquistas. Não tenho palavras para descrever meu agradecimento e admiração por você, uma pessoa forte, amável, batalhadora, inteligente e tão cheia de vida. Sem você eu não estaria aqui escrevendo esse agradecimento com lágrimas nos olhos! Obrigada!

Profa. Zezé, essa pessoa querida que enche meu coração de alegria toda vez que a vejo. Mulher forte, linda, militante na área da saúde, e praticamente minha co-orientadora neste trabalho. Sempre disposta a tirar todas as minhas dúvidas e a trabalhar em parceria voluntariamente. Pessoas como você fazem do mundo um lugar melhor, sinto-me abençoada por nossos caminhos terem se cruzado nesta vida, que sorte tê-la por perto, obrigada por tudo, tudo, tudo! Como eu gosto de você, Zezé!

Agradeço imensamente a todos que colaboraram para que o estágio de pesquisa no exterior desse certo. Pedro (esse Pedro é o mesmo de todas as vezes anteriores, vejam o quanto ele participa da minha vida, mil vezes obrigada!) por nos oferecer os recursos e por nos acompanhar com dicas; Carla pelo encorajamento e pela disposição em construir conosco essa experiência; Gabi pela iniciativa, pelas homeopáticas e pela companhia; Marília pela companhia, pelas risadas boas e disposição para fazer roteiros; André por ter nos recebido de braços abertos, por ter nos ajudado mesmo sem nos conhecer, e pela amizade que construímos nos três meses em que estivemos por lá. Agradecimento muito especial à Sheila McNamee, orientadora do estágio, e uma referência mundial para estudos embasados no movimento construcionista social. A Sheila é uma pessoa apaixonante, cuidadosa, amorosa, extremamente inteligente - sempre nos ofereceu excelentes supervisões, e, ao mesmo tempo, extremamente humana e divertida, não é a toa que ela e a Carla se deram tão bem, as duas tem muito em comum. Antes de fazer este estágio eu já a admirava por seu trabalho, mas depois que a conheci de perto, a admirei por ser a pessoa que é, linda, divertida e acima de tudo humana em suas relações. Sem palavras para descrever minha gratidão.

Agradeço à Profa. Maria do Carmo por ter me colocado em contato com a coordenadora da Atenção Básica do estado, que por sua vez me apresentou aos Diretores dos Departamentos Regionais de Saúde os quais aprovaram a realização da minha pesquisa. Aos

articuladores da atenção básica, participantes deste estudo, pela disponibilidade com a qual me receberam, todos muito afetuosos e carismáticos, muito obrigada.

Agradeço à Profa. Sueli por ter contribuído com meu trabalho no exame de qualificação e por ter se disponibilizado a estar presente novamente na defesa, uma pessoa extremamente humana e cuidadosa, obrigada pela forma como se dispôs a estar conosco.

Agradeço à Jacqueline Correia, secretária do Programa de Pós-Graduação em Psicologia por sua paciência, e disponibilidade para nos ajudar. Obrigada pelo cuidado e por nos receber bem em sua sala.

Agradeço à Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo financiamento deste projeto e do estágio de pesquisa no exterior. Agradeço ao Conselho Nacional Científico e Tecnológico (CNPq) pelo recurso oferecido nos primeiros meses de desenvolvimento do projeto.

Mesmo que de forma indireta vocês fizeram parte deste trabalho, por pouco mais de dois anos estive dedicada a ele e vocês todos estiveram comigo. Muito obrigada!

RESUMO

Doricci, G. C. (2014). *A prática dos articuladores da atenção básica: comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O Programa Articuladores da Atenção Básica, iniciativa da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES-SP), objetiva apoiar o processo de qualificação da Atenção Básica no estado e oferecer suporte técnico aos municípios na reorientação do modelo de atenção em saúde. O Programa estabeleceu uma nova função profissional, a do articulador da atenção básica. Destacam-se, dentre os pré-requisitos para execução dessa nova função, habilidades de comunicação e negociação. Devido à escassez de informações na literatura sobre o Programa, e à falta de clareza quanto ao papel desempenhado, na prática, por esses novos profissionais, delineamos este estudo com o objetivo de compreender e analisar a forma como os articuladores da atenção básica significam sua atuação profissional. Buscamos, ao mesmo tempo, oferecer contribuições da Psicologia sobre o processo de comunicação e sua relação com esta nova proposta. Participaram deste estudo treze articuladores alocados em quatro Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que formam a Rede de Atenção à Saúde XIII do estado de São Paulo (DRS de Ribeirão Preto, Araraquara, Franca e Barretos). As entrevistas individuais e semiestruturadas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra. A análise do *corpus* possui delineamento qualitativo com respaldo teórico nas contribuições do movimento construcionista social em Psicologia, realizada a partir das seguintes etapas: 1ª) transcrição das entrevistas; 2ª) leitura em profundidade das transcrições; 3ª) organização temática e produção de sentidos. Os resultados são apresentados em dois momentos. O primeiro, em que analisamos a prática do articulador a partir de dois temas principais: a) A implantação do programa; e b) A prática do articulador; e o segundo em que apresentamos a análise sobre o processo de comunicação envolvido nesta função, também dividido em três temas principais: a) “O que fazem”, tema que descreve as ações; b) “Como fazem”, tema que analisa a comunicação envolvida a partir de dois modelos de comunicação, o transmissional e o construcionista social; e c) Reflexões sobre a mudança do modelo de atenção e a prática do articulador da atenção básica. De modo geral, concluímos que o Programa dos articuladores possui grande potencial para promover mudanças positivas que possibilitam a mudança do modelo de atenção, levando em consideração, ao mesmo tempo, a realidade local. Porém, na prática a atuação dos profissionais se mostra ainda em construção, oscilando entre o papel “informante” e o papel “transformador”. O modo como os profissionais significam sua prática e se comunicam com os demais delinea os objetivos traçados e resultados decorrentes de sua atuação. Esperamos, ao descrever os principais recursos teóricos e técnicos necessários ao desempenho dessa função, contribuir com o entendimento da prática do articulador da atenção básica, bem como contribuir para a participação da Psicologia no campo das políticas de saúde. (FAPESP, nº 2012/17264-8).

Palavras-chave: Gestão em saúde; atenção básica; comunicação em saúde; construcionismo social.

ABSTRACT

Doricci, G. C. (2014). *The primary healthcare articulators' practice: communication and healthcare model change*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The Articulators of Primary Healthcare Program, an initiative by the Health State Secretary of São Paulo (SES-SP), aims to support the qualification process of Primary Healthcare in the state area, and to offer technical support to the municipalities in the reorientation of the healthcare model. The Program established a new professional function – the articulator of primary healthcare. Communication and negotiation abilities are highlighted as requirements for the carrying out of this function. This study was designed because of the scarcity of information about this Program on scientific literature and because of a lack of clarity regarding the role that these professionals play in practice. The study aims to understand and to analyze how articulators of primary healthcare signify their professional work. We seek, at the same time, to offer contributions from Psychology about the communication process and its relations to this new proposal. Thirteen articulators participated in this study. They work in four Regional Departments of Health (DRS) that compound the Healthcare Network number XIII of the state of São Paulo (Ribeirão Preto, Araraquara, Franca and Barretos DRS). Individual and semi structured interviews were audio recorded and later fully transcribed. The analysis of the research corpus is a qualitative design, theoretically supported by the contributions of the social constructionist movement in Psychology. The analysis was carried out in the following stages: 1st) interview transcription; 2nd) deep reading of the transcripts; 3rd) thematic organization and meaning making. The results are presented in two moments. In the first moment, we analyze the articulators' practice from two themes: a) Implementation of the Program; and b) The articulators' practice. In the second moment we present the analysis of the communication process that is part of this practice. This moment is divided in three main themes: a) "What they do", a theme that describes their activities; b) "How they do it", a theme that analyzes the communication involved from the standpoint of two models of communication (transmissional and social constructionist); and c) Reflections about the changes in the healthcare model and the primary healthcare articulators' practice. In general, we concluded that the Articulator's Program has a great potential to promote positive changes that make the transformation of the healthcare model possible, at the same time that it takes into consideration the local reality. However, in practice, the work of the professionals is still found under construction, coming back and forth between the roles of "informant" and "change maker". The ways how the professionals understand their practices and how they communicate with each other design their objectives and the results their work bring about. In describing the main theoretical and technical resources required by this professional function, we expect to contribute to the understanding of the practice of the articulators of primary, as well as to contribute to the participation of Psychology in the field of health policies. (FAPESP, grant number 2012/17264-8).

Keywords: Health management; primary health care; health communication; social constructionism.

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
BDTD	Biblioteca Nacional de Teses e Dissertações
BM	Banco Mundial
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPES Superior	Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CDQ	Centro de Desenvolvimento e Qualificação
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CMM	Theory of the Coordinated Management of Meaning
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FFCLRP	Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto
NOAS 01/02	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB 01/96	Norma Operacional Básica
ObservaRHSP	Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa Agentes Comunitários
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS Nordeste	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
Prev-Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	21
APRESENTAÇÃO	23
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 O Movimento Construcionista Social	27
1.2 Histórico sobre o surgimento da Atenção Primária / Básica	28
1.2.1 A Construção Histórica de uma assistência pautada nos Cuidados Primários	29
1.2.2 A implantação dos Cuidados Primários no Brasil	35
1.2.3 Atenção Básica e a mudança do modelo de atenção	41
1.3 O Estado de São Paulo e os Articuladores da Atenção Básica.....	46
1.4 Teorias da Comunicação: um breve estudo	52
1.4.1 O Modelo Transmissional e o Modelo Construcionista Social	57
1.5 Justificativa e Objetivos	60
2 MÉTODO	63
2.1 Delineamento teórico-metodológico	63
2.1.1 A Pesquisa Qualitativa de Cunho Construcionista Social	63
2.1.2 Abordagem Teórico-Metodológica de análise da produção de sentido: enfoque na linguagem	67
2.2 Aspectos éticos	70
2.3 Contexto e participantes	71
2.4 Constituição do <i>corpus</i>	71
2.4.1 Procedimentos	71
2.4.2 Instrumentos	72

2.5 Procedimento de análise.....	73
----------------------------------	----

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
---------------------------------------	-----------

3.1 A Prática dos articuladores da atenção básica	81
---	----

3.1.1 A implantação do programa	81
---------------------------------------	----

3.1.2 A prática do articulador.....	90
-------------------------------------	----

3.2 Enfoque no Processo de Comunicação	108
--	-----

3.2.1 Atividades Comunicacionais: “O quê fazem”	108
---	-----

3.2.2 Análise do Processo de Comunicação envolvido nas atividades: “Como fazem”	112
---	-----

3.2.3 Reflexões sobre a mudança do modelo de atenção e a prática do articulador da atenção básica	120
---	-----

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
-------------------------------------	------------

REFERÊNCIAS	135
--------------------------	------------

APÊNDICES.....	145
-----------------------	------------

ANEXOS	153
---------------------	------------

PRÓLOGO

A intenção ao escrever este prólogo é possibilitar ao leitor que percorra todo o processo de construção da presente pesquisa desde seu início, momento em que se configurou a escolha do tema. Por considerar a não neutralidade do pesquisador ao abordar seu objeto de pesquisa, procuro através deste texto identificar minhas pretensões e posicionamentos ao propor esta pesquisa e ao concluí-la através da análise.

Apresento-me profissionalmente como psicóloga formada pela Universidade Federal de Uberlândia, com experiência na área de Recursos Humanos, e formação complementar em Mediação de Conflitos pelo Instituto ConversAções de Ribeirão Preto-SP, atualmente mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo. Optei pela mudança de carreira, de auxiliar de recursos humanos à professora universitária, quando iniciei o curso de Mediação e tomei contato mais aprofundado com as contribuições do movimento construcionista social.

Embora eu já tivesse a pretensão de seguir carreira acadêmica, imaginava este momento como sendo algo em um futuro distante. No entanto, aos poucos fui tomando coragem para iniciar o longo caminho da docência, não sozinha, mas acompanhada de várias conversas encorajadoras com amigos, parentes, colegas de trabalho ou do curso de mediação, resolvendo assim pedir demissão.

Logo em seguida, entrei em contato com a Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, hoje minha supervisora Carlinha, e iniciei meus estudos na área da saúde, sua grande área da atuação. Conversamos sobre o mestrado e sobre possíveis temas de pesquisa. Ao mesmo tempo em que estudava e buscava um tema, dediquei-me a atuar voluntariamente para o Instituto ConversAções realizando trabalhos de mediação de conflitos e facilitação de diálogos.

O tema de mestrado surgiu de um trabalho de facilitação de diálogo promovido por nós, ex-alunas voluntárias do Instituto ConversAções, à uma equipe de serviço de saúde que, por conflitos interpessoais, não era capaz de articular as ações do serviço às necessidades da comunidade. Por ter adorado o trabalho e por ter percebido as consequências negativas do conflito interpessoal na prestação de serviços em saúde, resolvi que o meu tema de pesquisa seria analisar o impacto do conflito interpessoal na atuação dos profissionais de saúde.

A ideia de estudar essa questão através da prática do articulador da atenção básica surgiu de uma conversa com a professora da Universidade de São Paulo (USP) e amiga do curso de Mediação, Zezé (Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira), da escola de Enfermagem. Enquanto conversávamos sobre o meu tema, Zezé se lembrou dessa nova função profissional e de seu enfoque comunicacional. Levando em consideração que a comunicação era uma exigência para a execução desta nova função de articulador, pensei que seria interessante estudar como os articuladores atuavam em situações conflituosas quando presente nas relações estabelecidas dos profissionais de saúde.

No entanto, ao iniciar a revisão de literatura, percebi não haver informações suficientes que me permitissem concluir ser um objetivo desta função o cuidado das relações interpessoais. Apesar do enfoque dado à comunicação, nenhuma das informações encontradas foi específica o suficiente para que eu pudesse concluir sobre esta prática. Em função disso, decidi estudar a prática desses profissionais como um primeiro passo necessário, sendo este o objetivo delineado para a presente pesquisa.

Apesar da mudança, busquei manter a curiosidade a respeito da atuação dos articuladores no que se refere aos conflitos percebidos por eles entre os profissionais das equipes com as quais trabalham, e, mantive como foco a prática cotidiana nesta nova função. Procurei, também, especificar a prática no que se refere ao processo de comunicação por considerar as contribuições da Psicologia na área.

Assim como a definição do tema, a análise proposta nesta pesquisa se delinea a partir do posicionamento exposto aqui não havendo a pretensão de se construir um relato fiel, em busca de uma realidade única, sobre a atuação desses profissionais, mas sim um relato a respeito de como juntos, eu e os participantes deste estudo, construímos o tema analisado.

APRESENTAÇÃO

O tema da presente pesquisa corresponde à prática profissional dos articuladores da atenção básica. Esta função foi criada a partir de uma iniciativa da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo (SES-SP) para apoiar o plano de fortalecimento da Atenção Básica¹ no estado e aprimorar a oferta dos serviços proporcionando auxílio técnico aos gestores municipais. Destacam-se, dentre as habilidades necessárias para o desempenho desta função, a comunicação e negociação com o objetivo de promover articulação entre os profissionais e instituições responsáveis pela promoção da Atenção Básica (AB) nos diversos municípios.

O delineamento da pesquisa fundamenta-se, teórica e metodologicamente, nas contribuições do movimento construcionista social em Psicologia. Esta perspectiva atravessa todo o seu desenvolvimento, desde a escolha do tema e estudo da literatura até a análise do *corpus*. Ao contrário de uma compreensão realista cujo principal objetivo de investigação se constitui pela busca por verdades a-históricas, o delineamento teórico-metodológico aqui proposto compreende a produção científica e suas práticas como construções datadas historicamente, ou seja, como narrativas possíveis e passíveis de transformação em decorrência do momento histórico e do sujeito que as constrói.

Com base nessa fundamentação, iniciamos a seção introdutória especificando o movimento construcionista social em Ciência, para posteriormente, embasados nesta perspectiva construirmos um histórico sobre a Atenção Primária em saúde dando destaque para alguns dos principais acontecimentos mundiais que influenciaram o desenvolvimento das políticas nacionais. O movimento construcionista será ainda abordado de modo mais aprofundado na seção sobre Metodologia, momento em que traremos os aspectos epistemológicos e suas demais especificações para a prática em pesquisa.

Ainda na seção introdutória apresentamos uma revisão de literatura a respeito do Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo, ou Programa Articuladores da Atenção Básica, conforme nomeado por Andrade e Castanheira (2011), em que buscamos descrever as principais informações encontradas nesta revisão. Por fim, devido ao destaque encontrado na literatura a respeito da comunicação como recurso útil para o exercício desta função, apresentamos um breve estudo sobre o processo de

¹ Utilizaremos os termos Atenção Básica e Atenção Primária como sinônimos conforme descrito pela Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, apesar de compreendermos que possa haver diferenças práticas e filosóficas em suas origens.

comunicação. Para finalizar a introdução, abordamos a justificativa para a realização da pesquisa, bem como, seu objetivo geral, e objetivos específicos.

Na segunda seção, sobre a metodologia, descrevemos, inicialmente, o delineamento teórico-metodológico adotado de modo bastante específico sendo ele subdividido em duas seções: a primeira em que enfocamos a pesquisa qualitativa de cunho construcionista social e a segunda em que aprofundamos os conceitos centrais da análise. Ainda nesta seção descrevemos os procedimentos de construção do *corpus*, especificando o contexto e os participantes, para posteriormente apresentarmos os procedimentos de análise deste material.

Na terceira seção especificamos a análise através da construção dos resultados em dois momentos principais, o primeiro em que enfocamos o Programa Articuladores da Atenção Básica: descrevemos seu processo de implantação e a prática dos articuladores. E o segundo momento em que analisamos de modo específico o processo de comunicação envolvido na prática desses profissionais. Este enfoque foi também subdividido em dois aspectos: o primeiro em que destacamos as atividades comunicacionais e o segundo em que buscamos destacar o formato de comunicação e suas implicações práticas.

Por fim, na quarta seção refletimos, com base nas análises, a potencialidade do Programa quanto à mudança do modelo de atenção, e damos destaque para outros aspectos relevantes que consideramos na discussão. Esperamos que esta pesquisa contribua para a divulgação deste novo Programa no âmbito acadêmico e no âmbito profissional, oferecendo ao mesmo tempo reflexões a respeito da função dos articuladores da atenção básica, e de sua potencialidade para o desenvolvimento de práticas coerentes com a reforma sanitária.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Movimento Construcionista Social

O movimento construcionista social em Ciências, especificamente em Ciências Humanas e Sociais, possui influência de diversos estudos desenvolvidos em áreas como Antropologia, Sociologia (teorias compreensivas e fenomenológicas), Filosofia, Filosofia da Linguagem, dentre outras, sendo uma tarefa árdua o resgate de todas as suas raízes. Além de origem diversa, constitui-se como um campo de conhecimento heterogêneo, havendo diferenças entre as produções teóricas. Esse movimento considera a realidade social como sendo construída pelos sujeitos através de suas relações, e dos sentidos nelas produzidos. Os modos de se relacionar, e o contexto de inserção dessas relações, fundamentam as práticas sociais e as formas de vida.

Um dos objetivos da investigação científica pautada nas contribuições do movimento construcionista social é compreender a forma como as pessoas organizam suas práticas cotidianas com base nos sentidos construídos em suas relações, e no contexto social, histórico e cultural em que estão inseridas (Guanaes, 2006). Assim, essas formas de organização discursiva dependem do contexto e repercutem nas práticas sociais, nas formas como os indivíduos coordenam suas atividades profissionais ou cotidianas (McNamee, 2010).

Spink e Medrado (2004) analisam a produção de sentido sob a ótica dos discursos e das práticas discursivas em uma perspectiva temporal. Os discursos são as regularidades linguísticas, os sentidos disponíveis que permanecem e se perpetuam através das relações sociais, são os sistemas institucionalizados na linguagem; já as práticas discursivas incluem tanto essas regularidades, passadas através das gerações, quanto as mudanças de sentido que podem ocorrer no encontro entre pessoas, ou seja, nas relações através das *trocas linguísticas*.

Com relação à perspectiva temporal, localizam-se três tempos de análise: 1º) o *tempo longo*, que são conhecimentos históricos como tradições, normas e modelos sociais que se fazem presentes, por exemplo, no uso que as pessoas fazem de determinados discursos sociais amplamente compartilhados, como o discurso médico; 2º) o *tempo vivido*, que se refere especificamente às experiências pessoais e à participação em determinadas linguagens sociais de grupos específicos; e, 3º) o *tempo curto*, em que ocorre a “interanimação dialógica”, momento da interação face a face que possibilita a produção de novos sentidos através da

interação e comunicação, a partir da “combinação de vozes, ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória afetiva de tempo vivido” (Spink & Medrado, 2004, p.53).

Sob esta perspectiva, a investigação do histórico sobre a implantação da Atenção Primária, apresentada no tópico a seguir, busca estabelecer como foco os acontecimentos históricos e as práticas, neles fundamentadas, que deram origem a determinados discursos amplamente compartilhados a respeito do que é, ou de como deveria ser a AB. Buscamos neste histórico dar visibilidade ao processo de produção de conhecimento nesse campo focalizando especificamente os discursos institucionalizados sobre o tema e que influenciam diretamente a produção dos sentidos nas práticas discursivas.

Portanto, esta análise do histórico de fortalecimento da AB, mantém como foco o *tempo longo* a que se referem Spink & Medrado (2004). Esse rastreamento a respeito do processo histórico de construção dos discursos permitirá a produção de uma análise das formas de organização e práticas sociais que se tornam possíveis a partir deles, seja em termos de políticas sociais, ou de ação cotidiana dos profissionais de saúde, estando aqui incluídos os articuladores da atenção básica.

Assim, a análise histórica aqui proposta busca resgatar a origem de alguns discursos institucionalizados na linguagem e perpetuados através das políticas de saúde que repercutem nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde no que concerne à importância atribuída aos cuidados primários. Ressaltarmos que o histórico aqui apresentado corresponde a um recorte, não sendo objetivo descrever, na íntegra, todos os acontecimentos, mas apenas os principais pontos que favoreçam a análise e discussão propostas.

1.2 Histórico sobre o surgimento da Atenção Primária / Básica

Atualmente, a Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecida, no plano discursivo de elaboração de novas políticas, como fundamental para a organização do sistema de saúde brasileiro. Em tese ela é a porta de entrada e considerada a coordenadora da assistência, principalmente nos últimos anos devido à proposta que estabelece a articulação em rede horizontal, em substituição ao modelo piramidal, como fundamental para a organização dos serviços de saúde (Mendes, 2011).

A Atenção Primária no Brasil inclui a proposta de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo esta a principal estratégia através da qual se pretende promover a alteração do

modelo assistencial, ou modelo de atenção em saúde (Paim, 2008), de modo a atingir os princípios ideológicos que fundamentam o SUS. Além dessa estratégia, em 2009, o estado de São Paulo via Secretaria da Saúde lançou, como referido, o Programa Articuladores da Atenção Básica com o objetivo de aprimorar a Atenção Básica da região.

Com a intenção de contextualizar essa necessidade da SES-SP ao propor o Programa, apresentaremos nesta subseção um breve histórico a respeito do surgimento dos cuidados primários em nível mundial e nacional. Este histórico está pautado nas contribuições do movimento construcionista social, perspectiva teórico-metodológica que fundamenta todo o percurso de desenvolvimento da presente pesquisa, conforme exposto anteriormente.

1.2.1 A Construção Histórica de uma assistência pautada nos Cuidados Primários

As políticas de saúde nos últimos séculos estiveram relacionadas à conformação dos Estados Nacionais e à manutenção da força de trabalho necessária para a produtividade e acúmulo de riquezas (Viana & Levcovitz, 2005; Aguiar, 2003; Fleury & Ouverney, 2008; Manzini-Covre, 1995).

A Medicina Social surgiu neste contexto tendo como principal objetivo a organização das cidades que, devido ao processo de industrialização, passaram a receber mão de obra do campo sem, no entanto, oferecer condições mínimas de saneamento, fato este que contribuiu para a proliferação de doenças. Foucault (1995) apresenta detalhadamente o surgimento da Medicina Social e suas peculiaridades na Inglaterra, França e Alemanha. De modo geral, a partir do conteúdo desta obra, é possível concluir que a preocupação do Estado com relação à saúde da população foi uma forma encontrada para o próprio fortalecimento político e econômico dos governos e manutenção da ordem social. Além disso, houve nesse período a necessidade de mão de obra saudável para a produção industrial e, ao mesmo tempo, a preocupação em se manter a saúde dos abastados que passaram a dividir o espaço das cidades com os menos favorecidos. Como coloca Aguiar (2003) embora haja peculiaridades em cada nação, a assistência médica passou a legitimar um modelo social e auxiliar na manutenção da economia e na garantia da ordem.

Com os avanços tecnológicos proporcionados pela Revolução Industrial, fortaleceu-se o paradigma médico, ou paradigma flexneriano, fundamentado na Ciência Positivista e decorrente do relatório elaborado por Abraham Flexner a respeito da necessidade de mudança

curricular das escolas de medicina. Esse documento tinha como objetivo padronizar a prática médica. Dentre as propostas, podemos destacar: introdução do ensino laboratorial; expansão do ensino clínico – especialmente em hospitais; ênfase nas pesquisas biológicas; e estímulo à especialização. Essa nova concepção tinha alguns pressupostos básicos: Mecanicismo - o corpo humano comparado a uma máquina; Biologismo - busca explicar as doenças pelas alterações biológicas, excluindo fatores de ordem econômica e social; Individualismo - o indivíduo é objeto de estudo, e principal responsável por suas condições de saúde; Especialização – divisão de saberes; Exclusão de práticas alternativas; Tecnificação do ato médico; Ênfase da medicina curativa; Recursos vinculados ao pagamento, ou seja, a saúde é vista como um bem de mercado (Aguiar, 2003). Interessante notar que estas diretrizes se articulam como discursos que se fazem presentes nas Faculdades de Medicina até os dias atuais, impactando, também, nas concepções dos profissionais de saúde a respeito de suas práticas.

É importante destacar que essa medicina científica surgiu em um momento econômico específico que facilitou o investimento e desenvolvimento tecnológico, e propiciou avanços ao erradicar doenças que há muito atingiam as populações do mundo (Aguiar, 2003). Assim, para o contexto em que surgiu, mostrou-se útil passando a se fortalecer como discurso e prática ao longo do processo histórico.

Após a segunda guerra mundial, em 1948 a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento em que se reconheceu o direito universal à saúde (Mitre, Andrade, & Cotta, 2012). Também neste contexto surgiram as políticas de Proteção Social na Europa, conhecidas como Estados de Bem Estar Social (*Welfare State*²). Essas políticas objetivavam reconstruir a economia dos países afetados pela guerra e, ao mesmo tempo combater o movimento comunista (Baptista, 2005). Constituíram-se como formas de intervenção do Estado no funcionamento da economia e distribuição de oportunidades, visando à seguridade e igualdade entre os cidadãos. Como colocam Fleury e

² Ao longo do processo histórico e da realidade social de cada nação, as ideias lançadas pelo Estado de Bem Estar Social foram sendo modificadas. É possível identificar três modelos principais de Proteção Social: 1) Modelo de Seguridade Social – políticas públicas inspiradas no conceito de justiça social que garantem a todos os cidadãos os direitos sociais, ou seja, é universal e subsidiada tanto financeiramente quanto administrativamente pelo Estado. A principal referência histórica desse modelo é o Plano Beveridge de 1942 elaborado na Inglaterra; 2) Modelo de Seguro Social – implantado por Bismarck na Alemanha, estabelece uma relação contratual de seguro entre Estado, empregador e empregados. Assiste somente a população contribuinte, normalmente relacionada a grupos ocupacionais específicos, e; 3) Modelo de Assistência Social – enfatiza a capacidade auto-regulável do mercado, ficando a cargo do Estado, através de políticas discriminatórias e compensatórias, proteger os grupos sociais que não conseguem se manter, o que não significa ser o beneficiário possuidor de um direito, ou seja o Estado atua oferecendo “esmola” e não promove modificações para inserir essa camada da população na sociedade (Fleury & Ouverney, 2008).

Ouverney (2008) “representam respostas às crescentes demandas por igualdade socioeconômica surgidas no processo de crescimento dos Estados nacionais e das democracias de massa com a expansão da cidadania” (p.8).

Na Inglaterra essa política reafirmou a Lei dos Pobres (século XVII), lei específica de manutenção da saúde da população desassistida (Viana & Levcovitz, 2005; Aguiar, 2003; Fleury & Ouverney, 2008; Manzini-Covre, 1995). De acordo com Merhy (2006), o crescimento industrial no pós-guerra criou um ambiente favorável para a adoção de políticas sociais mais amplas como essas, sendo algumas de caráter universal, financiadas e organizadas pelo Estado como a adotada na Inglaterra.

Também no século XX a Organização Mundial de Saúde (OMS), fundada no pós-guerra, ampliou o conceito de saúde incluindo aspectos sociais e psíquicos. Posteriormente, em 1978 com a Conferência Internacional de Alma Ata, este conceito ampliado de saúde foi reiterado, surgindo como proposta um novo modelo de atenção baseado no que se convencionou chamar Atenção Primária (Aguiar, 2003).

De acordo com Paim (2008), os principais modelos de atenção observados ao longo do processo histórico estão relacionados a quatro movimentos: 1) o da medicina preventiva, fundamentado no processo saúde/doença, que mantém a organização dos serviços em uma perspectiva liberal, sendo disciplinas básicas a epidemiologia e a clínica (Arouca, 2003, citado por Paim, 2008); 2) o da medicina comunitária, baseado no cuidado progressivo do paciente, propõe a organização das ações e serviços de modo regionalizado e integrado em formato piramidal; 3) o da atenção primária, proposto após conferência de Alma Ata; e, 4) o modelo conhecido como “campo da saúde” que considera os determinantes ambientais e o estilo de vida como fatores importantes do perfil epidemiológico; concepção reforçada com o movimento da promoção da saúde, cujo marco é a carta de Ottawa, de 1986 (Paim, 2008).

Assim, a Conferência Internacional de Alma Ata é reconhecida como um marco histórico por fazer emergir um novo paradigma, com foco na promoção da saúde dos povos e na redução das desigualdades sociais, além de um novo modelo de atenção baseado na APS, que se tornou, aos poucos, a principal proposta para a produção das reformas sanitárias. Como resumem Fausto e Matta (2007):

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apresentada como um modelo adotado por diversos países desde a década de 1960 para proporcionar um maior e mais efetivo acesso ao sistema de saúde e também para tentar reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar, tradicionalmente instituído nos sistemas de saúde nacionais, em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (p.43).

A APS foi definida conceitualmente em Alma Ata após a realização de reuniões prévias organizadas pela OMS entre representantes de alguns países que possuíam experiência na utilização dos cuidados primários. Dentre as experiências anteriores, podemos destacar: em 1847 na Alemanha (Relatório de Virchow sobre febre tifóide incluía a necessidade de reformas econômicas e sociais como necessárias para a resolução da enfermidade); 1864 na Rússia (Projeto Zemstvo – Centros de Saúde em áreas rurais); 1920 na Inglaterra (Relatório Dawson – propôs a regionalização do serviço de saúde e implantou Centros de Saúde Primários com enfoque na medicina generalista, que se tornou porta de entrada do sistema de saúde); 1965 na China (Comitês Comuns Chineses – organizavam as comunidades promovendo saúde e desenvolvendo as necessidades sociais); meados de 1960 nos Estados Unidos da América (desenvolvimento da Medicina Comunitária e Medicina Familiar); e, em 1974 no Canadá (Relatório Lalonde que apresentou um conceito amplo de saúde, relativizando a eficácia da medicina curativa) (Aguar, 2003).

Com base nessas experiências discutidas no período anterior à Conferência, a Atenção Primária à Saúde foi assim definida em 1978:

Atenção Primária à Saúde é a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, acessível a todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e em cada uma das etapas de seu desenvolvimento, em um espírito de auto-responsabilidade e autodeterminação. A Atenção Primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui a função central e o núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária (OMS, 1978, citado por Aguar, 2003).

Nesta nova perspectiva a saúde passou a ser compreendida em um caráter ampliado como já havia sido definido pela OMS, e o seu alcance passou a ser vislumbrado a partir de práticas diferenciadas de baixa densidade tecnológica e com foco na promoção e prevenção através dos cuidados primários, o que complementaria o enfoque no processo biológico de cura como proposto pelo paradigma flexneriano. Este enfoque na promoção de saúde foi aprofundado posteriormente com as demais Conferências Internacionais de Saúde, tendo destaque aquela que deu origem à Carta de Ottawa (Brasil, 2002).

Como elementos fundamentais para as ações de cuidado destacaram-se naquele momento: a educação sobre problemas de saúde e métodos para prevenção; distribuição de

alimentos e nutrição apropriada; abastecimento de água e saneamento básico; assistência materno-infantil e planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e traumatismos comuns; e distribuição de medicamentos essenciais (OMS, 1978).

Além de possibilitar o início de um novo paradigma em saúde, ao identificar os cuidados primários como sendo peça-chave para a extensão de cobertura e cumprimento da meta mundial estabelecida “Saúde para todos no ano 2000”, a Conferência inaugurou e legitimou a universalização do acesso. Apesar de representar um avanço, naquele momento, as práticas relacionadas aos cuidados primários ainda se configuravam como práticas especialmente voltadas para a higienização do meio e educação da população. Mas, como descrito, a Medicina Flexneriana vinha se desenvolvendo naquele momento histórico e ganhando espaço no campo da saúde. Então, por que o enfoque dado aos cuidados primários nesse momento? Como surge esse novo discurso?

Conforme referido, após a segunda guerra alguns Estados Europeus lançaram as políticas de Bem Estar Social. De um modo geral, independente do modelo de Proteção Social, o Estado participa das ações contribuindo através de recursos mínimos (ou totais, a depender do modelo de proteção adotado) para a manutenção da saúde da população.

Em 1972 com a crise do petróleo ocorreu um processo de recessão mundial o que gerou a necessidade de corte de gastos por parte dos governos. Surgiu nesse momento um paradoxo: de um lado o Estado e seu compromisso em proporcionar assistência à saúde, sendo esta pautada, até aquele momento, no modelo flexneriano de alta tecnologia e elevados custos, e de outro, a necessidade de redução de gastos devido à crise. Nasce desse paradoxo a busca por alternativas mais baratas para o cuidado em saúde. É nesse contexto que os cuidados primários aparecem como uma alternativa viável, pois manteriam o compromisso do Estado com a saúde da população, e, ao mesmo tempo, não demandaria altos gastos para esse fim (Franco & Merhy, 2006; Aguiar, 2003).

Apesar das propostas apresentadas em Alma Ata, muitos países tiveram dificuldades para implantar os cuidados primários. Houve um agravamento da crise financeira, principalmente em países da América Latina, o que dificultou ainda mais esse processo de mudança. Mediante tal situação, o Banco Mundial (BM) lançou uma proposta alternativa, embasada nos ideais liberais de livre mercado (os ideais liberais defendem a mínima intervenção do Estado na saúde). Dentre as propostas estabelecidas pelo BM, cabe destacar: afastamento do Estado com corte de gastos públicos voltados para a saúde, de modo a direcionar as ações somente para população carente através da criação de programas de saúde

que são definidos por conjunto de serviços sanitários básicos tais como: imunização, nutrição, cuidados pessoais, prevenção de zoonoses, dentre outros; e estímulo à diversificação e concorrência no financiamento e prestação de serviços de saúde, de forma que o setor privado seja responsável pelos que possam pagar e o setor público pela parcela pobre (Aguilar, 2003).

Portanto, a proposta do BM reiterou algumas ideias propostas em Alma Ata, mas ao mesmo tempo, opôs-se à universalidade, pois a saúde pública seria algo restrito à parcela carente da população, configurando-se como ações específicas, em formato de “programas”. Como colocam Franco e Merhy (2006):

[...] o Estado pode agir para garantir os direitos essenciais à vida da pessoa humana, como o Welfare State, ou definir a saúde, entre outros, como serviços a serem regulados pelo mercado, e portanto, com acesso restrito, como o é no Estado Neoliberal. O tipo de Estado e suas funções está ligado aos interesses hegemônicos que comandam o núcleo central de poder instituído em determinada sociedade (p.69).

Embora reconheçamos a constante transformação dos conceitos sobre saúde e modelos de atenção (Paim, 2008), o que consequentemente sustenta novos discursos e novas práticas (Gergen, 2009; McNamee, 2010), é possível reconhecer, do pós-guerra à Alma Ata, alguns discursos que permeiam as práticas e as políticas até os dias de hoje. De um lado as propostas universais dos Estados de Bem Estar Social, especificamente do modelo de Seguridade Social, lançadas em um momento particular do pós-guerra, e, dentro dessa política de proteção social, no que concerne à saúde, destacam-se dois enfoques de cuidado: 1) Inicialmente o paradigma flexneriano, fundamentado em alta tecnologia e voltado para a cura biológica de doenças já estabelecidas e, 2) Paradigma proposto em Alma Ata, em que se tem a ampliação do conceito de saúde, pois inclui também aspectos sociais e psíquicos além do biológico; com enfoque na promoção e prevenção através dos cuidados primários. De outro lado, devido ao agravamento da crise financeira mundial e às dificuldades dos países ao implantar os cuidados primários, surgiu um novo discurso baseado nas propostas do BM: em que a saúde pública e os cuidados primários deveriam se restringir a algumas ações voltadas à população carente.

Assim, de modo geral, a ideologia de Proteção Social difundida pelo Estado de Bem Estar Social repercutiu, em um momento histórico específico de crise, no enfoque dado aos cuidados primários em saúde. Posteriormente, também delimitado pelo agravamento da crise, o discurso neoliberal de livre mercado se fortaleceu em oposição às propostas anteriores modificando parte da definição de APS proposta em Alma Ata. Do mesmo modo, a proposta

lançada em Alma Ata, ainda sofre modificação constante devido às próprias configurações políticas de cada nação e do contexto histórico local.

1.2.2 A implantação dos Cuidados Primários no Brasil

Com base no histórico apresentado, a respeito dos cuidados primários, podemos nos perguntar sobre seu contexto de implantação no Brasil. Embora o conceito de Atenção Primária tenha sido introduzido no país somente após a Conferência Internacional de Alma Ata, é possível identificar ideias relacionadas aos cuidados primários presentes nas Conferências Nacionais de Saúde desde o início do século XX (Ribeiro, 2007).

De acordo com Mendes (1994) as políticas de saúde no Brasil acompanham as necessidades econômicas e as transformações políticas de cada época. Em resumo, até a metade do século XX, as políticas de saúde tinham o formato de sanitarismo campanhista, pois visavam o saneamento dos espaços para a circulação de mercadorias em um momento de predomínio da exportação do café. Posteriormente, devido ao processo de industrialização e à necessidade de manutenção da saúde dos trabalhadores, foi introduzida no Brasil a política de assistência médica através da Previdência Social que se fortaleceu durante o Regime Militar. Este formato corresponde ao modelo de Seguro Social³, sendo a assistência vinculada ao trabalho e, portanto, específica a uma parcela da população.

Assim, no início do século XX as ações em saúde pública eram voltadas para a erradicação de doenças através de campanhas sanitárias, e a assistência médica não fazia parte da estruturação da Saúde Pública (Merhy & Queiroz, 1993).

Em 1963, com a III Conferência Nacional de Saúde, houve discussão para se criar um Plano Nacional de Saúde, ainda bastante focado nas questões sanitárias e com forte apelo à municipalização. Discutiu-se também a relação existente entre distribuição de riqueza e condições sanitárias, o que levou o governo a propor a modernização da economia nacional como um meio para a criação de um Programa de Saúde Pública que priorizasse as camadas menos favorecidas que não eram capazes de financiar serviços de assistência. Como coloca Ribeiro (2007) “A municipalização foi apontada como medida para estruturar uma **rede**

³ Modelo específico de Proteção Social - Definição na primeira nota.

básica de serviços médico-sanitários necessárias para melhorar as condições sanitárias do País” [grifos da autora] (p.54).

Essa rede básica teria como prática o saneamento do meio; a fiscalização de alimentos; a imunização contra doenças transmissíveis; a prestação de primeiros socorros e assistência; e o levantamento de dados estatísticos (Ribeiro, 2007). A nova perspectiva rompia com a dicotomia assistência médica/saúde pública, pois a integração das ações ocorreria através de serviços básicos permanentes elaborados por planejamento governamental (Merhy & Queiroz, 1993).

Em 1964, com o Golpe Militar, essa proposta é deixada de lado, havendo a estruturação de um modelo centrado na “assistência médica comercializada” via setor previdenciário, reduzindo a Saúde Pública a uma ação auxiliar (Merhy & Queiroz, 1993). Como colocam Merhy e Queiroz (1993) “[...] promoveu-se uma completa separação entre o campo da assistência médica e o da saúde pública, com maciços investimentos no primeiro e o sucateamento do segundo [...] projeto privatizante e medicalizante” (p.180).

Apesar das propostas inovadoras discutidas nas Conferências, e do movimento da reforma sanitária que se iniciou já na década de setenta, década da Conferência de Alma Ata, neste momento consolidou-se o modelo médico-assistencial no Brasil (Mendes, 1994). Sob o regime militar (1964-1985) a saúde passou a ter um novo formato de organização em que foi estabelecida grande ênfase na assistência médica com enfoque flexneriano, embora tenha havido algumas ações a favor da reforma ao final do regime. Nesse período o Estado passou a contratar o serviço privado e a investir na construção de hospitais (Baptista, 2005).

A partir da metade dessa década, a recessão econômica mundial repercutiu também no Brasil. A exclusão de grande parcela da população da assistência médica, associada à crise e ao aumento de desemprego gerou graves problemas (Mendes, 1994). Como resume Baptista (2005):

Durante todo o regime militar autoritário, o investimento na área de saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram, doenças controladas apareceram em surtos epidêmicos, o saneamento e as políticas de habitação populares foram desprezados, aumentou a pobreza e principalmente a desigualdade social (p.23).

Com intuito de amenizar a insatisfação popular e a crise do sistema de saúde surgiu, naquele momento no Brasil, a saúde pública focada em uma rede básica de serviços e colocada em prática através de programas de baixo custo voltados para a população marginalizada e promovidos por profissionais pouco qualificados. Em 1976 foi criado o

Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), modelo estendido a todo território nacional a partir de 1979. Esse programa representa a incorporação das prescrições da Medicina Comunitária no Brasil (Mendes, 1994; Carvalho, 1995).

Interessante notar que, também no Brasil, houve a implantação dos cuidados primários em momento anterior à Conferência de Alma Ata. Embora não houvesse a utilização deste termo “Atenção Primária” como um conceito (Ribeiro, 2007), pode-se dizer que houve a implantação de algumas ações referentes aos cuidados primários. A prática adotada naquele momento, de caráter seletivo, diferenciava-se das propostas estabelecidas em Alma Ata por dois motivos principais, por não ter a universalização como meta, e por suas propostas não serem integradas ao sistema já existente (Aguilar, 2003).

C. E. A. Campos (2006) descreve a criação de uma rede de Centros de Saúde como sendo a consolidação da Atenção Primária do Brasil. Os Centros de Saúde foram implantados inicialmente como uma proposta de medidas sanitárias em que se utilizavam duas metodologias principais: subdivisão das cidades em distritos sanitários e Educação Sanitária às famílias - para promover visitas domiciliares que embasassem o levantamento do perfil epidemiológico de cada região. Como resume o autor, entre as décadas de cinquenta e setenta a expansão dessa rede de Centros de Saúde foi colocada de lado prevalecendo a Medicina Previdenciária e o surgimento de hospitais e ambulatórios, acarretando o crescimento do complexo médico industrial.

Ao final dos anos setenta com a crise da Previdência, houve a necessidade de racionalização do sistema de saúde. Era esta a configuração do contexto nacional no momento de realização da Conferência Internacional de Alma Ata, um contexto específico de início da crise do sistema previdenciário e crescimento da insatisfação popular. Mediante este panorama, o movimento sanitário contra-hegemônico, promovido por profissionais de saúde em conjunto à população, passou a se fortalecer reivindicando alternativas ao modelo médico-assistencial privatista (Mendes, 1994). Este movimento se configurou não somente como uma proposta de reforma do sistema de saúde, mas também como uma proposta de reforma do Estado (Baptista, 2005).

Em agosto de 1980 o governo lançou o Prev-Saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – que se configurou como um plano nacional alternativo, uma proposta de expansão do PIASS (Baptista, 2005), e de incorporação das proposições da Conferência de Alma Ata. Por apresentar características opostas ao modelo hegemônico, não chegou a ser colocado em prática (Carvalho, 1995). Como conclui C. E. A. Campos (2006, p.135 e 136):

Em um contexto de crise do modelo da saúde previdenciária, que acarretou fortes medidas de racionalização do gasto em saúde, privilegiou-se a Atenção Primária à Saúde e a municipalização da prestação de serviços de saúde. Essas medidas estavam respaldadas pela Conferência de Alma Ata, que preconizava um rol de cuidados essenciais a serem prestados aos povos, de forma a se alcançar saúde para todos.

Emergem neste processo de redemocratização do país, dois grandes projetos político-sanitários alternativos: o contra-hegemônico, marcado pela proposta da reforma sanitária, consequência do movimento sanitário e também influenciado pelas propostas de Alma Ata; e o hegemônico ou neoliberal, uma “proposta conservadora de reciclagem do modelo médico-assistencial privatista” (Mendes, 1994, p.34).

Com objetivo de enfrentamento da crise da Previdência, o governo criou o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) de representação mista, cujo objetivo era organizar a assistência médica previdenciária. No entanto, este Conselho apesar de ter sido formado para organizar a Previdência, operou, também, em prol de uma reforma do sistema de saúde ao levantar uma crítica ao modelo médico hegemônico. Dessas discussões nasceram, por volta de 1985, dois projetos: 1) a racionalização das contas hospitalares – com a Autorização de Internação Hospitalar; e 2) Ações Integradas de Saúde (AIS) (Carvalho, 1995). A implantação das AIS sustentaram o discurso da Nova República de democratização e tiveram o objetivo de promover a melhoria e universalização da assistência (Mendes, 1994; Baptista, 2005).

Em 1986 ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada o principal marco do movimento da reforma sanitária. Dentre os principais aspectos discutidos na Conferência estão: 1) Necessidade de reformulação profunda do sistema de saúde, para além da reforma administrativa e financeira, de modo a ampliar o próprio conceito de saúde, considerando aspectos sociais e econômicos; 2) Mudança da lógica com relação à assistência: a saúde deveria ser compreendida como um direito de cidadania e dever do Estado; 3) Proposta de aprofundamento e reformulação do Sistema Nacional de Saúde; 4) Princípios e Diretrizes do novo Sistema; 5) Financiamento (Brasil, 1986).

Posteriormente à VIII Conferência, em 1987, as AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que incorporou os princípios estabelecidos pela reforma sanitária e discutidos na conferência: universalização, integralidade, regionalização, hierarquização, e descentralização. No entanto, os resultados desse sistema foram pouco promissores, tendo sido ele substituído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela nova Constituição Federal em 1988 (Mendes, 1994). A nova Constituição

compreende a saúde em seu caráter ampliado e como um direito de todos e um dever do Estado, assim, ela é considerada como parte das políticas sociais mais amplas de Proteção Social. No texto constitucional, o modelo de proteção social adotado é o de Seguridade Social.

Como resume Mendes (1994): “O texto da saúde na Constituição, apesar de suas ambigüidades, representou um avanço considerável, refletindo a correlação de forças presente na sociedade brasileira e permitindo a continuidade da luta política entre os projetos neoliberal e da reforma sanitária” (p.47). Embora o texto constitucional apresente as propostas contra-hegemônicas da reforma sanitária, na prática, a universalização do direito à saúde promoveu, e ainda promove, muitas vezes, o fortalecimento do setor privado através dos planos de saúde. As classes sociais mais abastadas migram para a saúde suplementar devido à baixa qualidade e ao investimento precário no setor público.

Portanto, houve, naquele momento, uma mudança constitucional com uma proposta universal, mas na prática se consolidou também, para a maior parte dos brasileiros, o modelo de livre mercado proposto pelo projeto neoliberal em que o mercado regula a assistência cabendo ao Estado oferecer, também, assistência básica aos que não podem pagar. Como conclui Mendes (1994):

Vale notar que há uma trajetória muito perceptível de mudanças jurídicas e institucionais, marcadamente influídas pelos pressupostos da reforma sanitária, que passaram a impressão de que esse projeto político-sanitário deu a tônica das políticas de saúde nos anos 80.

Ao contrário, de forma sutil, pouco perceptível até mesmo para os núcleos acadêmicos e, direta ou indiretamente decorrente das políticas públicas praticadas no período, consolidou-se o projeto neoliberal (Mendes, 1994, p.34).

Apesar desse panorama dicotômico, o objetivo de ampliação do acesso e de universalização, em conjunto à crise do modelo previdenciário e necessidade de racionalização, impulsionou o crescimento da rede básica nos anos 80.

Os Centros e Postos de Saúde passaram a incluir a prestação da assistência básica: clínica, pediatria e gineco-obstetrícia, além de ações preventivas de acordo com a lógica da Programação em Saúde. Os Programas de Saúde criados como organizadores das ações das unidades básicas combinavam intervenções clínico-epidemiológicas com o intuito de melhorar os indicadores sanitários (C. E. A. Campos 2006).

Esses Programas de Saúde operavam divididos em especialidades técnicas, o que gerou a fragmentação do trabalho nas unidades. Cada especialista atuava no Programa de sua

especialidade, reproduzindo assim o atendimento especializado prestado nos hospitais, o que comprometia as premissas básicas da APS, de território e vínculo entre equipe e comunidade. Para aumentar a cobertura, criou-se um trabalho paralelo aos programas, com a contratação de médicos que realizavam consultas para atender os indivíduos excluídos das ações programáticas. A falta de formação adequada desses profissionais fez com que as unidades funcionassem, muitas vezes, nos moldes dos serviços de emergência e urgência; além de promover um cuidado pautado em modelo centrado em procedimentos e aplicação de *tecnologias duras*, e maior ênfase à atuação dos médicos em detrimento do trabalho em equipe (C. E. A. Campos 2006).

Ao longo dos anos 90 os governos não deram grande foco à implantação do SUS, embora não possamos desconsiderar alguns avanços (Paim, 2008a). Pode-se resumir, de forma breve, a ênfase dada a questões gerenciais no governo Collor; a ênfase à municipalização no governo Itamar; e a ênfase à questão do financiamento e da gestão no governo Fernando Henrique Cardoso (Teixeira, 2006).

No que concerne especificamente aos cuidados primários, houve maior enfoque difundido a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa de Saúde da Família (PSF) iniciado em 1994. Estes foram concebidos inicialmente como medicina simplificada para pobres; tornando-se, posteriormente, com a integração das duas propostas PACS/PSF, a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial, assentando-se no trabalho de equipes multiprofissionais (Paim, 2003).

Nos anos 2000 a AB esteve presente na agenda federal sendo considerada a principal proposta para a mudança do modelo de atenção e concretização dos princípios filosóficos do SUS. Surgiu nesse período a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada através da Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva (Castro & Machado, 2012).

A PNAB foi atualmente revogada e substituída pela Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, que define a AB como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, tendo sua organização orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2011). A principal estratégia dessa política, como comentado anteriormente, é a ESF que tem como objetivo principal a execução dos princípios ideológicos do SUS e a mudança do modelo assistencial em saúde (Castro & Machado, 2012).

1.2.3 Atenção Básica e a mudança do modelo de atenção

A discussão sobre modelos de atenção assumiu relevância a partir do movimento da reforma sanitária, tendo sido o tema central da décima Conferência Nacional de Saúde em 1996 (Paim, 2003). Assim, desde o movimento da reforma, diversos autores, embasados por diferentes correntes filosóficas, debruçam-se sobre o tema, o qual ganha um caráter polissêmico devido aos diferentes modos de abordá-lo (Paim, 2008).

Paim (2003) caracteriza os modelos de atenção não apenas como organização ou administração do sistema de saúde e dos serviços, mas como:

[...] uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação. É uma maneira de organizar os *meios de trabalho* (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde [...] Corresponde, portanto, à dimensão técnica das práticas de saúde [grifos do autor] (p.568).

G.W.S. Campos (1997) caracteriza os modelos de atenção como uma combinação entre a organização técnica e política:

[...] um conceito que estabelece intermediações entre o técnico e o político. Como uma dada concretização de diretrizes de política sanitária em diálogo com um certo saber técnico. Uma tradução para um projeto de atenção à saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e de desejos sobre o viver saudável. Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só política e tampouco é só tecnologia (Campos, 1994 citado por G.W.S. Campos, 1997, p. 266).

Para Merhy (2006), o modelo se configura, também, para além da organização. Como ele coloca, “[...] qualquer modelo de atenção à saúde faz referência não a programas específicos, mas ao modo como se constrói a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos com a produção dos atos de cuidar” (p.16). Assim, a definição de um modelo de atenção é resultado de um jogo de disputas entre necessidades e interesses, um jogo que combina aspectos políticos e tecnológicos.

Como explorado anteriormente, a AB, em especial a ESF, tem sido considerada proposta primordial para a tão almejada mudança do modelo de atenção após reforma sanitária, uma possibilidade para a construção do SUS idealizado. A PNAB (Brasil, 2011)

considera a importância da atuação de todos os envolvidos, adotando um conceito que não restringe o modelo de atenção à organização dos serviços, como consta na política:

O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (Brasil, 2011, s/p).

Considerando a diversidade conceitual, Teixeira (2006) propõe uma classificação das propostas alternativas desenvolvidas para a concretização dos ideais da reforma sanitária, o que ela nomeou como diferentes “modelos de atenção”. A classificação distribui as propostas em dois grupos: 1) propostas que valorizam e priorizam o nível “micro”, ou seja, o próprio processo de trabalho. Correspondem ao “modelo em defesa da vida” e às “ações programáticas”; e 2) propostas que priorizam o nível “macro” de formulação e implementação de políticas. Correspondem à “Promoção da Saúde” e às “Cidades Saudáveis”; e as que enfatizam a integralidade: “Vigilância da Saúde” e “Saúde da Família”.

Embora o termo “modelo de atenção” aponte para diferentes conceitos, aspectos e práticas, tornou-se consenso considerar a mudança a partir da superação do modelo médico hegemônico, centralizado no atendimento clínico individual e fortemente pautado em um saber técnico, modelo próprio do paradigma flexneriano.

Assim, um novo modelo - distinto do hegemônico - deveria abarcar ações de prevenção de riscos e agravos e de promoção à saúde, incluindo também o contexto físico e familiar em que vivem os sujeitos; o que se configuraria em atenção promovida por equipe multidisciplinar com enfoque na integralidade (Teixeira, 2006).

Apesar da diversidade de propostas que buscam responder a essas necessidades, Teixeira (2006) defende um modelo de atenção que leve em consideração as especificidades de cada local. Para a autora nenhuma das abordagens abarca isoladamente todas as necessidades de transformação. Assim, ao invés do enfoque na construção de um modelo padrão a ser reproduzido, a autora propõe uma busca por modelos adaptados às realidades locais, que tenham como eixo central o comprometimento com a universalização, integralidade e equidade. Este debate entre modelo padrão e modelos adaptados ao local esteve presente nas discussões políticas produzidas ao longo dos anos 2000, sendo possível reconhecer dois momentos: o primeiro entre 2003 e 2005 em que a ESF ainda não era considerada modelo central; e 2006 em diante em que ESF é considerada central para a

promoção da mudança, havendo inclusive incentivos financeiros atrelados a esta proposta (Castro & Machado, 2012).

Em conformidade a este segundo momento, há atualmente um movimento estabelecido pelas políticas implementadas de conformação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa ideia complementa a proposta de mudança do modelo e de enfoque à ESF, mantendo-se a AB como primordial. Como definido em portaria:

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas (Brasil, 2010, s/p).

Apesar do esforço no plano político para a promoção da mudança, é possível perceber a diversidade de sentidos a respeito do que vem a ser o modelo de atenção. Essa diversidade se faz presente também no cotidiano de trabalho. Assim, embora haja, no plano discursivo, um esforço para a alteração do modelo de atenção, na prática, autores ressaltam a reprodução da lógica médico-assistencial privatista e sanitarista (Paim, 2008a; Merhy, 2006; Feuerwerker, 2005).

De acordo com Merhy (2006), os modelos de atenção expressam relações políticas de contrato estabelecidas entre usuários, trabalhadores e gestores, os três principais atores no cenário da saúde (embora o autor não desconsidere a presença de outros). Os modelos de atenção podem ser, portanto, definidos por fatores macropolíticos (fatores sociais, econômicos e políticos) e micropolíticos (produção do cuidado, ações propostas nos serviços de saúde). Nesse âmbito micro, o trabalho humano é em si um serviço oferecido e se dá através das relações (Franco & Merhy, 2006), que correspondem à *tecnologia leve*, definida por Merhy (2006, p.23) como “[...] modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde”.

É fundamental refletirmos sobre o potencial transformador das *tecnologias leves* através da nova consciência e adesão dos profissionais da área, pois em muitos casos o que determina o modelo de atenção é justamente o formato da assistência e o formato das relações (Franco & Merhy, 2006), algo que não se estabelece **somente** através de normas ou políticas editadas verticalmente, mas que se produz no *tempo curto*, nas interações cotidianas.

Nesse sentido, cabe retomarmos a análise dos discursos que permeiam a prática dos profissionais de saúde e suas relações, principalmente no que se refere às formas de compreensão a respeito dos cuidados primários em saúde, uma vez que estes se fazem presentes nas interações cotidianas e influenciam as práticas de cuidado. Aguiar (2003) retoma algumas produções na área que buscam classificar as principais interpretações desse conceito. A seguir tem-se de forma breve essa revisão realizada pelo autor.

De acordo com ele, Tarimo e Webster (1997 citado por Aguiar, 2003) destacam duas interpretações: a) APS como *nível* de atenção - corresponde ao início da assistência, constitui uma gama de atividades – Essa interpretação pode ser considerada anterior a Alma Ata e compreende a APS como subordinada a determinadas práticas médicas, sua origem estaria relacionada ao uso de termos como primário, secundário e terciário que diferencia as ações hospitalares; e, b) como *abordagem* através da qual se busca atingir um nível satisfatório de saúde para a população. Essa concepção é mais ampla, pois inclui uma mudança em todo o sistema de saúde e ações de âmbito econômico e social.

Uma outra classificação possível é a proposta pela Organização Panamericana de Saúde em conjunto com a OMS, em que se destacam três interpretações possíveis: a) APS como *nível*, com o mesmo sentido anterior; b) APS como um *programa* que inclui determinadas ações de baixo custo voltadas para a parcela carente da população, e, c) APS como uma *estratégia* que inclui e afeta todo o sistema em uma proposta de transformação – consideramos como correspondente a ideia de *abordagem* (Aguiar, 2003).

Starfield (2002) apresenta uma terceira classificação incluindo quatro interpretações: a) APS como um conjunto de atividades, como a ideia de *programa*; b) como *nível* de cuidado; c) *estratégia* para organização do cuidado, corresponde às noções de *abordagem* e *estratégia* apresentadas anteriormente, e, por fim d) como uma *filosofia*, algo amplo que permeia o cuidado (Vuori, 1985, citado por Starfield, 2002).

Estas interpretações podem ser também compreendidas como discursos, pois sustentam diferentes expressões, termos e entendimentos acerca da APS. Como discursos, essas propostas delimitam e estabelecem os sentidos construídos pelos profissionais e o formato das ações práticas. Ao considerá-la como *nível*, o cuidado em saúde se restringe às atividades menos complexas; ao considerá-la como um *programa*, a prática se volta a determinados serviços de baixo custo oferecidos a uma parcela específica da população; se, porém, considerada de modo abrangente, como *estratégia*, *abordagem* ou até mesmo *filosofia*, o campo de ação é ampliado, incluindo ações intersetoriais, e, ao mesmo tempo, o objetivo do cuidado também se modifica, pois o enfoque passa a ser a manutenção da saúde

em seu caráter integral. Essas implicações demonstram a interconexão entre discursos, práticas discursivas (momento em que os sentidos são construídos) e práticas sociais; entre o que se repete e o novo que se produz através das relações sociais, das práticas estabelecidas com enfoque nas *tecnologias leves*.

De certa forma, é possível perceber no Brasil a confluência e convivência de todos esses discursos e sentidos, tanto nas políticas lançadas quanto no processo de formação dos profissionais e em suas práticas, afinal, o percurso histórico de construção da AB influencia e delimita as possibilidades de compreensão.

Como colocado, atualmente, a partir da proposta de formulação das RAS (Brasil, 2011), a APS é descrita como a coordenadora do sistema de saúde e a principal responsável pela mudança do modelo assistencial (Mendes, 2011). Com essa nova proposta, houve a reafirmação dos cuidados primários, tratando-se nessa política de uma *abordagem* ou *estratégia* envolvida por uma *filosofia* ampla de cuidado.

No entanto, embora haja esse direcionamento de enfoque à APS através dos preceitos constitucionais, nota-se um processo de privatização do sistema de saúde com a criação de subsídios, por parte do governo federal, para o desenvolvimento de um mercado de convênios de saúde que visam atender as classes de trabalhadores em ascensão através de modelos de baixo custo para usuário (Bahia, Portela & Scheffer, 2013; Gaspari, 2013; Temporão, 2013). Com essa medida a saúde suplementar privada se fortalece criando a ilusão de ampliação do acesso à saúde, perpetuando, muitas vezes, o modelo de Seguro Social. Essas medidas enfraquecem a saúde pública definida com base em um modelo de Seguridade Social como consta em nossa Constituição. Com isso é possível perceber a ideologia neoliberal ainda presente e em constante tensão com os princípios constitucionais.

Portanto, no Brasil ao longo do processo histórico houve mudanças nas formas de compreensão dos cuidados primários, ou seja, houve a construção de diversos sentidos e discursos. Inicialmente como uma proposta específica para uma parcela da população, APS seletiva fundamentada nas ideias da Medicina Comunitária. Posteriormente, com a reforma sanitária, passou a ser compreendida, também, como um *nível* de atenção e uma *estratégia* possível para promoção de mudanças a favor dos princípios filosóficos do SUS. Por fim, em meio à disputa ideológica presente até os dias de hoje, há, com a formulação das RAS, a tentativa de resgate da *filosofia* ampla que compreende a APS como central ao sistema de saúde, ao mesmo tempo em que se estabelecem propostas como a apresentada anteriormente e que fortalece o modelo médico privatista.

Esses discursos convivem na realidade brasileira e permeiam as ações dos profissionais. Como colocado por Merhy (2006) apesar das transformações verticais impostas pelas políticas de saúde, o modelo de atenção, ou seja, a organização dos serviços e o formato de cuidado, depende, em grande medida, das ações estabelecidas no cotidiano, das *tecnologias leves*; complementamos ainda que estas relações são atravessadas pelo conceito de saúde, ou pelo sentido, que os profissionais possuem a este respeito. Assim, o cuidado e a possibilidade de mudança do modelo assistencial decorrem, também, da relação que se estabelece entre os atores, gestores, profissionais e usuários, e dos sentidos negociados nestes encontros.

É com este olhar histórico e reflexivo, inspirado pelo movimento construcionista social, que passamos a seguir à reflexão acerca da implantação do Programa Articuladores da Atenção Básica. Partimos das seguintes questões: Qual é a proposta deste programa? Qual posicionamento ideológico ele favorece? Entendemos que refletir sobre este tema é fundamental para avançarmos na construção das práticas de saúde.

1.3 O Estado de São Paulo e os Articuladores da Atenção Básica

Conforme referido, atualmente no Brasil, no plano discursivo das políticas de saúde, a Atenção Primária/Básica é vista como transformadora potencial do modelo de atenção em saúde, sendo papel das SES contribuir para a reorientação do modelo através do apoio oferecido aos municípios na qualificação da AB e do auxílio na implantação da ESF (Brasil, 2011; São Paulo, 2008).

Com o intuito de operacionalizar a nova organização proposta pela PNAB, a SES-SP criou em 2009 uma estratégia de implantação e aprimoramento da AB através do Programa Articuladores da Atenção Básica que estabeleceu uma nova função profissional, a do articulador da atenção básica.

Por ser um Programa novo e em construção são poucas as informações disponíveis. Foram encontradas descrições genéricas distribuídas no site da SES-SP, estando mais estruturadas na Resolução SS 61 de 14 de Junho de 2011 que dispõe sobre o assunto. Foram localizados também o edital de recrutamento e seleção, produzido pela Secretaria de Estado da Saúde e Coordenadoria de Recursos Humanos (comunicado 001/2009), e um estudo

disponível no site do Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo (ObservaRHSP)⁴.

Quanto à produção científica no âmbito acadêmico sobre esse tema, apenas um artigo foi localizado (Andrade & Castanheira, 2011). A revisão de literatura foi realizada em dois momentos, um para a elaboração do projeto de mestrado em Janeiro de 2012 e outro para elaboração do texto de qualificação em Julho de 2013.

A primeira busca, em 2012, foi realizada através de consulta à base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Ao todo foram feitas quatro pesquisas utilizando descritores relacionados ao tema em questão: “articuladores”; “cooperação técnica”; “descentralização”; “regionalização”; “formulação de políticas”; “gestão em saúde” e “atenção básica”. Por se tratar de um projeto da Secretaria de Estado, uma política regional, e por ter sido implantado somente em 2009, os textos localizados foram filtrados sendo selecionados somente aqueles em português e com publicação posterior a 2009.

No segundo momento de revisão da literatura, em 2013, com o objetivo de ampliação, a busca foi realizada em três bases distintas: BVS, escolhida por ser a maior biblioteca nacional de publicações na área da saúde, Biblioteca Nacional de Teses e Dissertações (BDTD), escolhida por conter publicações, muitas vezes, inovadoras e recentes, e Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), escolhido por abarcar publicações nacionais na área da saúde.

Como em Janeiro 2012 havíamos realizado uma busca na base BVS, optamos manter os descritores, mantendo também o filtro de publicações em português. No entanto, alteramos a data de publicação para 2012 ou 2013, anos subsequentes à realização da primeira revisão de literatura. Nas demais bases, utilizamos os descritores “articuladores”; “atenção básica”; e “gestão em saúde”.

No total, entre as duas revisões, localizamos 1.572 textos. Aqueles que traziam em seus títulos algo relacionado à descentralização em SP ou no Brasil, ou algo sobre processo de Gestão foram selecionados para análise do resumo. Foram analisados 77 resumos, mas o único artigo localizado sobre o Programa foi o de Andrade & Castanheira (2011).

Cabe destacar que os textos não selecionados para a análise dos resumos traziam em seus títulos assuntos diversos, como o processo de gestão e a implantação da descentralização em outros estados – Bahia, Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais e Rio de Janeiro –, e assuntos

⁴ Esse observatório, em parceria com a SES-SP, promove e aprofunda conhecimentos relativos à gestão e regulação de Recursos Humanos em saúde pública.

específicos, tais como saúde mental, gestão hospitalar, implantação de novos Programas de tratamento para doenças (hanseníase, tratamento bucal, cárie etc.), dentre outros.

O artigo localizado sobre o Programa dos Articuladores (Andrade & Castanheira, 2011) comenta sobre a origem dessa iniciativa da SES-SP, sua implantação e descrição na prática, e aponta os primeiros resultados. De acordo com as autoras, o Programa configura-se como experiência relacionada ao processo de descentralização e da nova configuração de gestão cooperativa entre estado e município; e à necessidade de políticas que pudessem efetivar a AB como ordenadora do sistema de atenção. Portanto, os acontecimentos históricos que criaram a necessidade dessa iniciativa estão relacionados às transformações ocorridas na gestão, através dos processos de descentralização e regionalização.

As bases jurídico-normativas da descentralização e regionalização estão definidas desde a Constituição de 88. Ao longo dos anos os entes federativos buscaram concretizar essas diretrizes através de Normas Operacionais publicadas como Portarias a partir de 1991 (Chebli, Paiva & Stephan-Souza, 2010). Pode-se considerar que o aprofundamento da descentralização ocorreu a partir da Norma Operacional Básica, NOB 01/96, que consolidou a política de municipalização (Mendes, 2004). Durante os anos noventa, os estados permaneceram afastados da gestão havendo fragilização da articulação dos sistemas estaduais e das redes regionais de atenção (Mendes, 2001).

Frente a isso, a Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS 01/02, procurou modificar o foco da municipalização autárquica à regionalização (Mendes, 2004) através do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que alterou também a gestão envolvendo de maneira mais direta a participação dos estados (Chebli, Paiva & Stephan-Souza, 2010). Atualmente, as diretrizes são contempladas pelo Pacto Pela Saúde 2006, em que são estabelecidas três dimensões: 1ª) Pacto pela Vida, 2ª) Em defesa do SUS e o 3ª) Pacto de Gestão, sendo esta última considerada um avanço para o processo de regionalização e descentralização, pois reitera e complementa o PDR (Conass, 2006).

De acordo com a terceira dimensão descrita acima, a gestão passa a ser baseada na cooperação entre estados e municípios, e, a regionalização passa a ser estabelecida com base em territórios sanitários e não político-administrativos. Essa ideia é a base para a construção de redes horizontais e integradas de atenção à saúde. O Pacto não apresenta um modelo padrão para o desenho das Regiões de Saúde, cabendo aos gestores indicar qual a melhor organização de acordo com as necessidades locais (Conass, 2006).

Em decreto recente, Decreto nº 7.508 de Julho de 2011, a Região de Saúde é definida como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios

limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais [...] a fim de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Brasil, 2011a, s/p).

A partir dessas mudanças estabelecidas pelo Pacto Pela Saúde 2006 surgiu um novo formato de gestão estadual com relação à AB, e, nesse sentido, o Plano Estadual de Saúde (2008-2011) definiu o fortalecimento da AB como prioridade para o estado de São Paulo. Com esse objetivo, a SES-SP, em parceria com as universidades UNESP (Universidade Estadual Paulista) e UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), lançou o Programa Articuladores da Atenção Básica, que pode ser considerado como “[...] uma política de apoio do estado para os municípios, priorizando aqueles com população inferior a 100 mil habitantes, com o objetivo de auxiliar os gestores municipais na qualificação dos serviços de Atenção Básica e de fortalecer esse nível de atenção” (Andrade & Castanheira, 2011, p. 985).

Esse novo projeto foi regulamentado inicialmente através da Resolução SS -187 de 05 de Dezembro de 2008 (São Paulo, 2008), tendo sido posteriormente revogada e substituída pela Resolução SS – 61 de 14 de Junho de 2011. Consta nessa resolução o papel de assessoria técnica da SES aos municípios no processo de qualificação da AB e consolidação da ESF (São Paulo, 2011).

Com base na primeira resolução, a SES-SP, através da Coordenadoria de Recursos Humanos lançou em comunicado (001/2009) o edital de divulgação das vagas constando o perfil e pré-requisitos necessários, bem como informações sobre a inscrição para o processo seletivo. Nesse documento, o Programa é definido como “serviço de apoio técnico aos municípios [...] que envolve avaliação, monitoramento e apoio ao desenvolvimento da gestão municipal da atenção básica, atividade essa que será desenvolvida conforme orientação técnico-normativa” (Secretaria de Estado da Saúde, s/p). Quanto ao perfil e pré-requisitos, destaca-se a necessidade desse profissional possuir capacidade de interlocução, negociação e cooperação, ser servidor público de cargo efetivo, ocupante de função de nível superior, possuir experiência comprovada de no mínimo três anos em saúde coletiva, ter disponibilidade de horário flexível e ser residente na região de abrangência (Secretaria de Estado da Saúde).

No site da SES-SP consta ainda que o articulador é um colaborador na qualificação dos processos de trabalho das Unidades Básicas de Saúde atuando sob uma perspectiva loco-regional, devendo ter uma “atitude comunicacional, postura ativa, propositivo, negociador”. Mais uma vez, destaca-se o papel comunicativo e negociador da função, além do aspecto técnico previsto.

De acordo com Andrade e Castanheira (2011), o processo seletivo ocorreu em duas fases: 1ª) análise de currículo, tendo como critério principal o tempo de experiência em atividades de supervisão, gerência ou gestão e 2ª) discussões temáticas para avaliar conhecimento técnico e perfil comportamental; após as discussões, os candidatos realizaram trabalhos que eram avaliados pela equipe da SES e das Universidades parceiras. Ao final, foram selecionados 85 profissionais que possuíam diferentes formações (enfermagem, psicologia, odontologia, assistência social e medicina), sendo a grande maioria do sexo feminino (Andrade & Castanheira, 2011).

Esses articuladores selecionados foram distribuídos de acordo com as Regiões de Saúde estabelecidas em 2007, após adesão do estado ao Pacto Pela Saúde (Andrade & Castanheira, 2011). São Paulo possui 64 Regiões de Saúde geridas pelos Colegiados de Gestão Regional (CGR); o conjunto das Regiões de Saúde compõe as Regionais de Saúde que estão sob gestão dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS). O estado de São Paulo está dividido em 17 DRS (São Paulo, 2008a). Os articuladores fazem parte do quadro de profissionais da SES-SP (Andrade & Castanheira, 2011), mas estão subordinados administrativamente às DRS (São Paulo, 2011).

A proporção média de distribuição dos articuladores é de 1 para cada 10 municípios com menos de 100 mil habitantes de uma mesma Região. O articulador atua como elo entre os municípios e DRS / SES-SP, sendo este um dos motivos destacados por Andrade e Castanheira (2011) para justificar a necessidade de que eles “[...] saibam ouvir, propor e negociar soluções coerentes” (p. 985).

Andrade e Castanheira (2011) comentam ainda sobre a implantação do Programa entre 2009 e 2010 e fazem uma alusão aos primeiros resultados desse trabalho. A implantação no período mencionado foi feita em dois momentos: 1ª) visita aos municípios, considerada uma estratégia inicial em que os articuladores tomavam um primeiro contato com a realidade local e realizavam um diagnóstico através de um roteiro dirigido; e 2ª) desenvolvimento de planos de trabalho por meio de oficinas mensais que tiveram como objetivo levantar propostas frente às necessidades observadas previamente nos diagnósticos realizados.

De acordo com Andrade e Castanheira (2011) os articuladores são instruídos a construir relatórios das atividades que desenvolvem e entregá-los via plataforma de educação permanente (plataforma *moodle*). Como resultados iniciais as autoras apontam: apoio e fortalecimento do PSF/PACS, indução ao desenvolvimento de ações de educação permanente, apoio à reorganização dos processos de trabalho nas unidades, promoção de avaliação e monitoramento dos serviços de Atenção Básica, apoio à implantação de políticas de atenção à

gestante, crônicos e idosos, integração entre as Vigilâncias Epidemiológica, Sanitária e Zoonoses, incentivo e apoio aos investimentos na AB, apoio à utilização dos recursos do SUS e apoio na construção de Planos Municipais e Regionais de Saúde.

Com base nesses resultados, é possível identificar o caráter técnico da função. O articulador busca reconhecer as necessidades dos municípios no processo de implantação da AB e, em seguida, oferece apoio. No entanto, como apontado, este profissional deve ter habilidade para interlocução, negociação e cooperação. Esse papel “comunicador” é reiterado no estudo realizado pela ObservaRHSP (disponível no site) que conclui como principais atribuições desse novo profissional os seus papéis de “Consultor” (propõe soluções, oferece informações e auxilia no planejamento, não cabendo a ele a execução) e “Comunicador” (atua em equipe com os demais articuladores, fortalece o contato e a integração entre os diferentes municípios, devendo, portanto “saber ouvir, propor e negociar”).

Embora não fique claro no estudo de Andrade e Castanheira (2011) como ocorre na prática esse papel negociador, e, até mesmo, se ele ocorre, é possível identificar com base nas demais informações abordadas que, além do aspecto técnico, a habilidade comunicacional é necessária para o exercício da função. Percebemos que essa é uma prática ainda em construção, não havendo uniformidade nas informações localizadas.

É importante considerar que a PNAB visa como ação prioritária favorecer a transformação do modelo assistencial, tendo sido esse um dos objetivos da implantação do Programa (São Paulo, 2011). Ainda que sejam muitas as produções teóricas que dão sustentação à necessidade de transformação do modelo assistencial, na prática o que se vê é a convivência tensa entre as novas propostas e os discursos construídos ao longo do processo histórico, sendo destaque o biomédico tradicional (modelo ainda hegemônico).

Desse modo, é possível levantar a seguinte questão: seria possível pensar o articulador, função criada para prestar assessoria na qualificação da Atenção Básica e na consequente mudança do modelo, como alguém que através de seu trabalho poderá manter e gerar a lógica do modelo médico, curativista e centrado em procedimentos, ou como alguém que poderá atuar de forma inovadora, de modo a levar mais do que prática técnica, oferecendo aos profissionais com os quais trabalha outros recursos tecnológicos (além do apoio técnico previsto que é, também, relevante) como o potencial transformador, a exemplo do que Franco e Merhy (2006) chamam de *tecnologia leve*?

Essa é uma questão relevante, pois a forma como esses profissionais significam sua função influencia diretamente nos seus modos de agir na prática. Se eles a descrevem como

“apoio técnico” provavelmente oferecerão procedimentos, mas, se a descrevem como “apoio em busca de transformação”, oferecerão mais do que procedimentos.

Levando em consideração que o articulador utilizará como um de seus recursos a comunicação e estará em contato direto com dois dos atores considerados fundamentais (Merhy, 2006), para a transformação do modelo de atenção no cotidiano (os profissionais e gestores da saúde), e contato indireto com os usuários seria possível pensar em sua atuação como um meio para se promover a tão buscada “nova consciência”, através do aprimoramento da *tecnologia leve*? É possível que esse novo profissional promova mudanças através de seus modos de se comunicar?

A Psicologia e, em particular, as contribuições do movimento construcionista social e seus estudos sobre o processo de comunicação humana, ao considerar a linguagem como produtora das práticas sociais cotidianas (Gergen, 2009; McNamee, 2010; Spink & Frezza, 2004), ou como coloca Pearce (2007), produtora de realidades sociais, pode ser considerada campo fértil para se pensar sobre a atuação dos articuladores; afinal, a comunicação é a base para se pensar sobre os papéis de “comunicador” e negociador. Considerar a linguagem através dessa perspectiva abre possibilidade para o levantamento de algumas questões que nortearam o delineamento da pesquisa: Como os articuladores significam sua prática? Sendo a comunicação um de seus recursos, poderia esse profissional promover mudanças através do seu modo de se comunicar? E como esses profissionais têm se comunicado? Quais os efeitos de seu formato de atuação?

Com base nestas questões e com o enfoque dado ao processo de comunicação encontrado na literatura julgamos como necessário o estudo a respeito das teorias do processo de comunicação em Psicologia, algo que será desenvolvido na próxima subseção.

1.4 Teorias da Comunicação: um breve estudo

O Processo de Comunicação tem sido estudado em diversas áreas como Linguística, Psicologia, Sociologia, Antropologia, Filosofia dentre outras. Cada disciplina enfatiza diferentes aspectos e diferentes assuntos de forma que a comunicação é, muitas vezes, somente um elemento através do qual outros temas são abordados. Como coloca Littlejohn (1983, p.3):

A comunicação está interconectada a todos os aspectos da vida humana. Qualquer estudo sobre a atividade humana deve tocar no processo de comunicação de um jeito ou de outro. Algumas escolas tratam a comunicação como central, enquanto outras tomam a comunicação como um conhecimento dado sem fazer dela o foco de seus estudos.

Podemos concluir, com base na literatura (Craig, 1999; França, 2001; Wolf, 1995; Paulo Serra, 2007; Krauss & Fussell (n.d.); Ferreira, Hohlfeldt, Martino & Moraes, 2010; Littlejohn & Foss, 2005; Littlejohn, 1983) que há inúmeras teorias construídas para explicar o processo de comunicação. O termo “comunicação” pode ser compreendido de diferentes formas, sendo uma tarefa árdua estabelecer uma definição única. Trata-se de um conceito abstrato possuidor de vários sentidos que podem ser legitimados em sua diversidade (Littlejohn, 1983).

As definições e teorias criadas para explicar o processo de comunicação dependem de pressuposições feitas pelos pesquisadores a respeito de seu objeto de análise. Os três principais aspectos que influenciam a construção de diferentes discursos científicos são: Ontologia, Epistemologia e Metodologia. A Ontologia se caracteriza como sendo o estudo do “ser”, da essência das coisas; já a Epistemologia, refere-se ao estudo dos modos de construção do conhecimento; e, a Metodologia corresponde às estratégias e ferramentas utilizadas no processo de construção do conhecimento (McNamee, 2010).

Em resumo, Epistemologia e Ontologia caminham juntas uma vez que a produção de conhecimento depende da noção anterior a respeito da natureza do que é cognoscível no mundo. Assim, pressupostos epistemológicos guiam a construção das pesquisas, e das teorias que delas provem, com base em premissas sobre o que as coisas são (Littlejohn, 1983).

As teorias de comunicação podem ser agrupadas de diversos modos a depender dos pressupostos ontológicos, epistemológicos e metodológicos adotados pelos autores; de suas áreas de inserção no campo; dos assuntos abordados; e de outros aspectos.

Graig (1999) agrupa as teorias em sete tradições principais: 1) Tradição Semiótica – teorias que focam as questões do significado e que consideram a intersubjetividade mediada pelos signos; 2) Tradição Fenomenológica – enfocam a experiência do outro, baseadas no diálogo; 3) Tradição Cibernética – utilizam o conceito de sistemas e de processamento da informação; 4) Tradição Sociopsicológica – enfocam nas expressões, interações e influências individuais; 5) Tradição Sociocultural – enfocam nas interações, apesar de não desconsiderar o processamento individual, possuem interesse no modo como as pessoas criam realidades conjuntamente; 6) Tradição Crítica – buscam identificar os sistemas de entendimento

disponíveis e suas influências ideológicas; e 7) Tradição Retórica – tradição antiga, considerada a arte do discurso. De acordo com o autor essa é uma classificação não essencialista, e que não leva em consideração a área disciplinar de origem das teorias, mas sim seus pressupostos básicos (Craig, 1999; Littlejohn & Foss, 2005).

Mauro Wolf (1995) situa três modelos principais da comunicação: 1) Informacional – em que a comunicação é compreendida como transmissão de mensagens que partem de um emissor a um receptor, embora haja críticas a este modelo, por ser unilateral e mecanicista, ele pode ser considerado o modelo hegemônico; 2) Semiótico-Informacional – inclui a noção sobre a natureza semiótica das mensagens, que são consideradas unidades de sentido. Este modelo possui grandes contribuições das ciências da linguagem; e 3) Semiótico-textual – busca compreender as mensagens a partir da intertextualidade, chegando a desenvolver uma semiótica da cultura.

França (2001), autora brasileira no campo da Comunicação Social, adota a classificação de Wolf (1995) e inclui a estes três modelos um quarto, o modelo chamado por ela “Dialógico”. Este modelo considera a bilateralidade do processo e a igualdade das condições e funções estabelecidas entre interlocutores. A ênfase é dada à relação dos interlocutores, não havendo tanta preocupação com os demais componentes do processo.

Krauss e Fussel (n.d.), autores que estudam a comunicação interpessoal no campo da Psicologia Social, oferecem outra classificação, apresentando quatro modelos de comunicação, nos quais se inserem uma série de teorias: 1) Modelo Codificador / Decodificador (*Encoder / Decoder Model*) - considera a comunicação como um processo em que a representação interna (algo que ocorre dentro do indivíduo) é codificada (transformada em um código), transmitida em um canal, e recebida por outro indivíduo que processa a informação e a decodifica. Este modelo exemplifica a aplicação dos princípios da clássica teoria matemática da informação (Shannon & Weaver, 1949; Wiener, 1948, citado por Krauss & Fussel, n.d) à comunicação humana; 2) Modelo Intencionalista (*Intentionalist Model*) - neste modelo o sentido não é atribuído à mensagem, mas à intenção do falante, não havendo relação fixa entre palavras e sentidos ou efeitos que produz. Aqui o contexto é considerado por oferecer regras implícitas que auxiliam a perceber o sentido pretendido pelo falante; 3) Modelo da Perspectiva Adotada (*Perspective-Taking Model*) - Este modelo considera que as pessoas experimentam o mundo a partir de pontos de vista diferentes. Assim para que haja comunicação os indivíduos devem identificar ou criar um contexto compartilhado. Os estudos deste modelo enfocam a intenção do comunicador de tornar a mensagem compreensível, através de um ajuste em seu conteúdo de acordo com o ponto de vista do receptor; e, 4)

Modelo Dialógico (*Dialogic Model*) – Os três primeiros modelos explicam a comunicação interpessoal a partir dos atos individuais de produção e compreensão; este modelo, no entanto, considera a comunicação algo mais complexo, em que a troca comunicativa não é a simples combinação de dois processadores de informação independentes, mas a combinação de participantes e de seus contextos. Assim o sentido é aqui considerado socialmente situado, derivado das particularidades da interação, em que as palavras não possuem sentido até que os participantes o dêem a ela. Outra diferença dos três primeiros modelos que consideram a comunicação como uma transmissão de informação, neste modelo o objetivo da comunicação é a realização de intersubjetividades.

Como pode ser observado, a palavra “dialógico” tem sido amplamente utilizada. Diferentes autores como França (2001) e Krauss & Fussell (n.d) a utilizam com diferentes sentidos. Além destas diferentes concepções, no Brasil a palavra é associada, também, à produção teórica de Paulo Freire. Embora inseridas na área da Educação, suas obras contribuem para o campo das teorias de comunicação, sendo utilizadas em diversos contextos, como na área da saúde para discutir assuntos como Humanização, Educação Popular, Psicologia Comunitária, dentre outros.

Embora haja semelhanças entre as obras deste autor e a noção abordada ao longo desta dissertação, utilizamos aqui a palavra “dialógico” como definida por Bakhtin, e mencionada por Spink e Medrado (2004), em que a linguagem é considerada uma prática social, pois o próprio pensamento é resultado dos encontros sociais e do confronto das *vozes* (diálogos e negociações que ocorrem para a produção de um enunciado). A ideia, portanto, é a compreensão do enunciado como a conjunção de inúmeras *vozes*, decorrentes dos encontros sociais estabelecidos e não obra da mente individual (Spink & Medrado, 2004).

O campo das teorias de comunicação é amplo e sua definição e organização em modelos ou classificações se diferencia de acordo com a área e com os autores que a produzem. No entanto, é possível distinguir dois posicionamentos principais, especialmente no que concerne à epistemologia (Georg H. von Wrigth, 1971; Joseph Houna, 1982, citados por Littlejohn, 1983): A Visão de Mundo I (*The World View I*) e A Visão de Mundo II (*The World View II*).

A Visão de Mundo I está baseada nas idéias empiristas e racionalistas, que são formas de se pensar sobre a realidade como algo externo à percepção humana. Assim, há um mundo real e externo pronto para ser descoberto através do conhecimento humano. Essa forma de compreensão é normalmente nomeada como a *visão recebida* (*received view*). Nesta abordagem os estudos buscam desenvolver generalizações e verdades, conhecimentos

considerados válidos por se manterem os mesmos, independente do contexto e tempo histórico. Neste tipo de estudo, a objetividade e a operação analítica, que corresponde à divisão do todo em pequenas partes, devem ser procedimentos bem definidos e exatos. As teorias da Comunicação e pesquisas na área tendem a: a) utilizar métodos comportamentais; b) para descobrir leis universais; c) buscar por uma explicação causal e mecanicista da comunicação; e d) compreender o ser humano como reativo.

A Visão de Mundo II compreende o mundo como um processo em que as pessoas estão ativamente criando o conhecimento. Assim, o conhecimento não é algo a ser descoberto, mas algo construído: “O mundo das coisas existe fora da pessoa, mas o indivíduo pode conceituar essas coisas de várias formas úteis” (Littlejohn, 1983, p. 21). Uma vez que o conhecimento é algo construído o processo de interpretação é um importante objeto de estudo. Muitos estudos decorrentes desta visão de mundo compreendem a comunicação como um aspecto central do processo de construção da realidade, como o próprio construcionismo social. Assim, pesquisas embasadas nessa perspectiva tendem a: a) enfatizar o processo de interpretação, mais do que o de objetividade; b) enfatizar o conhecimento social como uma criação simbólica e interativa; e c) perceber a comunicação como um processo complexo e não linear.

Não sendo objetivo realizar uma revisão sistemática da literatura sobre as diversas teorias e modelos de comunicação, para os propósitos desta pesquisa optamos pela classificação concebida por Pearce (2007) em que as teorias de comunicação são divididas em apenas dois modelos: o transmissional e o construcionista social. Essa divisão tem como foco as bases epistemológicas das teorias, o que vai ao encontro da proposição abordada por Littlejohn (1983) a respeito das Visões de Mundo.

A classificação adotada se mostra útil para o delineamento da análise, pois aborda o assunto de acordo com a postura epistemológica construcionista social adotada por nós pesquisadoras. Como colocam Littlejohn e Foss (2005): “Diferentes definições possuem diferentes funções e possibilitam aos teóricos a fazer diferentes coisas. A definição deve ser avaliada com base em quão bem ela ajuda o estudioso a atingir os propósitos de sua investigação (p.13)”.

Por haver inúmeras formas de compreensão e inúmeras maneiras de se pesquisar e estudar o assunto, manteremos, a seguir, o foco na proposição de Pearce (2007) que será utilizada como fundamentação teórica para a análise proposta a respeito do processo de comunicação envolvido na prática dos articuladores da atenção básica. Como conclui Littlejohn (1983, p.299) “[...] nenhum capítulo ou livro poderia jamais apresentar uma descrição completa sobre o processo envolvido na comunicação”.

1.4.1 O Modelo Transmissional e o Modelo Construcionista Social

De forma didática, Pearce (2007) divide as teorias da comunicação em duas perspectivas principais: “o modelo transmissional” e o “modelo construcionista social”. O primeiro está relacionado à ideia de que a comunicação se dá através da linguagem em um processo de transmissão de informações que decorrem da mente humana. Essa perspectiva considera haver uma relação direta entre palavras e sentidos sendo a linguagem o meio de transmissão dos pensamentos. Esse modelo parte do discurso dominante sobre o processo de comunicação presente em nossa cultura desde o Iluminismo, em que os indivíduos são vistos como independentes uns dos outros, e o sentido é concebido como uma produção interna e decodificada através da linguagem. Este modelo se configura como amplamente compartilhado, como discurso hegemônico a respeito da comunicação. Sendo assim, aprofundaremos, a seguir, a análise sobre o modelo construcionista social.

O modelo construcionista social compreende a comunicação não como meio de expressão dos pensamentos, mas sim como um elemento essencial que constrói os próprios pensamentos e a realidade social. Essa abordagem é embasada em uma forma peculiar de compreensão do mundo como resultado da construção social, ou seja, algo moldado pelas pessoas em suas relações na linguagem. Os mundos sociais podem se transformar de acordo com o momento histórico e com as relações estabelecidas em cada época, deste modo somos reconhecidos como agentes de construção das realidades sociais possíveis. Como coloca Pearce (2007, p.29):

[...] comunicação é um processo de se fazer coisas e de se construir coisas, não apenas um processo de se falar sobre elas. Este conceito de comunicação vai contra as noções comuns de como a comunicação funciona e sobre o que a comunicação faz.

Mas o que significa o conceito de “mundo social”? Pearce (2007) define o mundo social como sendo a realidade criada por nós através dos sentidos que construímos sobre as coisas que existem no mundo. Vivemos em um mundo físico e nele nos organizamos com base nos sentidos que atribuímos a ele, assim, criamos também nossas práticas e “mundos possíveis” de acordo com o modo como o compreendemos.

Portanto, o mundo social é a realidade construída através do processo de produção de sentido. Como conclui o autor: “[...] a realidade é em si construída, e sempre se transforma conforme produzimos/coordenamos os sentidos” (p. 43). Com base neste conceito, o autor nos convida a entender o processo de comunicação como sendo algo construído por nós em nossas relações, e como aquilo que dá forma, que constrói nossos mundos sociais.

Considerando esta perspectiva a respeito da comunicação, é necessário que estejamos atentos ao modo como nos coordenamos em nossas práticas, para que possamos perceber os mundos sociais construídos e sua utilidade contextual, ao invés de nos preocupar com o processo de comunicação e seu funcionamento em busca de leis universais, como se ela fosse algo presente e independente de nós. Nesse sentido, deveríamos manter uma postura reflexiva e responsiva buscando sempre responder a três questões principais: “O que estamos fazendo juntos? Como estamos fazendo? Como podemos construir mundos sociais melhores?” (Pearce, 2007, p.31).

Pearce (2007) destaca ainda a multiplicidade dos mundos sociais. Como apresentado pelo autor, não há somente um, mas vários mundos sociais construídos a cada encontro entre duas pessoas. É justamente por este motivo que ele propõe o estudo da comunicação através dos modos como coordenamos e construímos nossas realidades sociais em nossas relações, em detrimento de uma busca por leis gerais. Em suas palavras:

Estou confiante de que vivemos em um universo pluralista [...] Sendo assim, então a tarefa diante de nós tem mais a ver com o processo de construção de mundos sociais melhores, e com a busca por modos melhores de coordenar nossas ações com as de outras pessoas que vivem em outros mundos sociais, do que encontrar um esquema abrangente que explicaria tudo (p. 43).

Podemos resumir as ideias desse modelo em dois aspectos principais: 1) A comunicação não se refere somente ao ato de “falar”, mas também ao ato de “fazer” coisas na linguagem; 2) A nossa linguagem constrói o mundo; o conhecimento é construído na linguagem. Da mesma forma, nossas práticas são delimitadas por nosso conhecimento. Portanto, nesta perspectiva o principal objetivo é o estudo desse processo de construção dos mundos sociais, das práticas que se constroem na linguagem, no processo de comunicação.

Com base nessas ideias e nos pressupostos do movimento construcionista social, Pearce (2007) desenvolve uma teoria da comunicação chamada por ele de Teoria do Manejo Coordenado de Sentido (Theory of the Coordinated Management of Meaning - CMM). Littlejohn (1983) define a CMM como uma teoria abrangente que reúne conceitos de outras teorias da comunicação. Esta é uma teoria com enfoque na produção de sentido e que integra ideias do Interacionismo Simbólico (*Symbolic Interactionism*); da Teoria Sistêmica (*Systemic Theory*); da Teoria dos Atos de Discurso e da Comunicação Relacional, (*Speech Acts and Relational Communication Theory*) (Littlejohn, 1983). Explicaremos aqui somente as noções básicas da CMM, sem nos preocupar com uma descrição detalhada, uma vez que nosso objetivo é fundamentar a análise do processo de comunicação como desenvolvido pelos articuladores em sua prática cotidiana.

A CMM compreende a comunicação a partir de dois aspectos inseparáveis: a coordenação das ações e a produção / manejo de sentidos. O primeiro aspecto sobre a coordenação busca compreender o modo como as pessoas se relacionam, os padrões de comportamento que surgem a partir dessas relações, e os modos como se posicionam nessa relação. Esses padrões são construídos na comunicação e não correspondem a traços de personalidade como normalmente compreendido. O segundo aspecto é baseado no pressuposto ontológico de que os seres humanos são capazes de produzir sentido. O objetivo aqui é estar atento ao processo de produção / manejo do sentido, buscando compreender quais sentidos são produzidos em quais contextos (Pearce, 2007).

De acordo com Pearce (2007) há duas regras no jogo da coordenação: as regras culturais, que se aplicam a todos aqueles inseridos em um mesmo contexto; e as regras pessoais, que são construídas nas relações ao longo da vida. Essas regras são pessoais por não serem amplamente compartilhadas. Essas duas regras podem ser também contempladas no que se convencionou chamar de perspectiva macro social e perspectiva micro social no movimento construcionista social.

A perspectiva macro se refere aos discursos sociais mais amplos que são os sentidos amplamente compartilhados e herdados socialmente através de nossas relações (Burr, 2003; Spink, 2004), que de certa forma delimitam as possibilidades de produção de novos sentidos (Burr, 2003). Ou como descrito na análise da produção de sentido proposta por Spink (2004) correspondem ao *tempo longo*.

Já a perspectiva micro destaca o encontro entre dois mundos sociais, em que a produção de novos sentidos pode ocorrer (Burr, 2003). Como descrito por Spink (2004) este enfoque na produção dos sentidos recai sobre o *tempo curto*, momento em que se confrontam os discursos sociais mais amplos do *tempo longo*, com o *tempo vivido*, ou como nomeado por Pearce (2007) com as regras pessoais.

Como descrito, o modelo transmissional é o discurso amplamente difundido a respeito do processo de comunicação desde o Iluminismo (Pearce, 2007). Assim, a noção de linguagem como veículo de nossos pensamentos corresponde a um discurso socialmente compartilhado e, portanto, tomado como um conhecimento válido, real e universal.

Porém, o modelo construcionista nos oferece um outro discurso a respeito do processo de comunicação como uma possibilidade para a construção de novas práticas e compreensões. Neste sentido, torna-se relevante que mantenhamos uma postura aberta e reflexiva para que possamos analisar as práticas que se constroem mediante a utilização de um ou outro discurso, buscando sempre destacar a utilidade contextual, o que significa dizer que não há um modelo melhor ou pior em si. Ambos podem ser considerados úteis a depender dos propósitos das práticas e de seus contextos de ação.

1.5 Justificativa e Objetivos

Como apresentado, o Programa Articuladores da Atenção Básica foi implantado há seis anos atrás. No entanto são poucas as informações encontradas na literatura, ficando uma série de questões levantadas ao longo desta introdução sem resposta: como os articuladores significam sua prática? Como esses profissionais têm se comunicado? Quais os efeitos de seu formato de atuação no cotidiano? Quais os efeitos para a promoção da mudança do modelo de atenção?

Apesar das diretrizes estabelecidas, a literatura nos indica que função do articulador ainda se mostra em plena construção, sendo possível considerar que os resultados do Programa dependem diretamente da forma como essa função vem se construindo, no cotidiano, através da prática dos profissionais.

Devido à dificuldade em se descrever a construção da prática através de pesquisas anteriores e por se tratar de um campo novo de atuação repleto de potencialidades, consideramos relevante a investigação da prática desses novos atores no campo da saúde, conforme proposto no projeto inicial.

Assim, são objetivos da presente pesquisa:

Objetivo geral:

- Compreender e analisar a forma como os articuladores da atenção básica significam a sua prática profissional cotidiana.

Objetivos específicos:

- Descrever como articuladores da atenção básica: (a) caracterizam sua função, (b) percebem as potencialidades e dificuldades de sua prática cotidiana e (c) exercem as ações de negociação e comunicação em seu trabalho cotidiano; e, (d) compreendem a transformação do modelo de atenção.

Esperamos através desta investigação, contribuir para o entendimento da prática do articulador da atenção básica e, ao mesmo tempo, para participação da Psicologia no campo das políticas em saúde pública.

MÉTODO

2 MÉTODO

2.1 Delineamento teórico-metodológico

Essa pesquisa é de natureza qualitativa uma vez que este delineamento se mostra adequado ao objetivo de compreender a forma como os articuladores da atenção básica dão significado à sua prática profissional (Bodgan & Biklen, 1991; Cozby, 2003; André, 2002). Como colocam Cozby (2003) e Kude (1997) a adequação do método depende dos objetivos da pesquisa. Especificamente, esta pesquisa se fundamenta nas contribuições do movimento construcionista social em Psicologia (Gergen, 2009; McNamee, 2010; Spink & Frezza, 2004), e nos conceitos sobre o processo de produção de sentidos nas Práticas Discursivas (Spink, 2004).

A seguir, elucidamos as bases epistemológicas da pesquisa qualitativa construcionista social em Psicologia, e a explanação geral a respeito da abordagem teórica utilizada como inspiração para a análise do *corpus*.

2.1.1 A Pesquisa Qualitativa de Cunho Construcionista Social

A pesquisa qualitativa em Psicologia pautada nas contribuições do movimento construcionista social busca compreender a forma como as pessoas organizam suas vidas discursivamente, considerando o contexto social, histórico e cultural que circunscreve tais possibilidades de significação (Guanaes, 2006).

De acordo com Spink e Frezza (2004) o interesse pela produção de sentidos surge na Psicologia Social a partir das décadas de 60 e 70 em que se passou a considerar a importância dos contextos cultural, social e político ao influenciarem as produções científicas de cada época. Essas ideias deram origem à Psicologia Social Crítica que reconheceu tal influência e passou a dar visibilidade a esse processo.

Concomitante a esse movimento ocorrido na Psicologia, outras reflexões vinham ocorrendo no âmbito das Ciências Sociais e Humanas que culminaram no movimento construcionista social. De acordo com McNamee (2010) os temas relacionados à Construção Social podem ser encontrados em diversas produções científicas como as pesquisas feministas

e outras críticas radicais à Ciência, estudos sobre a comunicação, Psicologia Social, Sociologia, Terapia Familiar e Antropologia Social Crítica.

Gergen (2009) é considerado precursor ao pensar a produção científica da Psicologia a partir desses questionamentos que juntos formam o movimento construcionista social. De acordo com o autor, a origem do movimento está pautada em três críticas principais: 1) crítica social (Marx, Weber, Scheler e Karl Mannaheim) – Destaca a gênese social do pensamento científico ao considerar que as produções científicas ocorrem inseridas em momentos culturais e históricos específicos, sendo inclusive por eles influenciadas; 2) crítica ideológica (Horkheimer, Adorno, Marcuse, Benjamim e outros) – Explicita os *vieses* presentes na construção de determinadas teorias, rejeitando a neutralidade da Ciência; e 3) crítica retórico-litética (Bartz, Derrida e Rorty) – Demonstra como as descrições científicas dependem de metáforas próprias, de conceitos delimitados pela linguagem. A simples observação não gera o conhecimento, mas sim a forma de descrever o observado que permite a formulação explicativa (Gergen, 2009; Guanaes, 2006).

Ibáñez (2004) identifica o movimento construcionista como sendo uma vertente participante do chamado “giro linguístico”, expressão que designa a mudança ocorrida no estudo da linguagem ao incorporar em suas análises o papel social. Como já colocado, a pesquisa embasada no movimento construcionista social busca dar visibilidade para a organização social que se realiza através da linguagem, das produções de sentido, havendo nessa perspectiva grande influência de autores da Filosofia da Linguagem, conforme apontado por Ibáñez (2004). No entanto, não se deve limitar o movimento construcionista social a essas influências, pois como será abordado, o foco dado à linguagem é somente um dos aspectos desse movimento, havendo também uma ênfase nas relações e no contexto sócio-histórico-cultural (Guanaes, 2006).

Spink e Frezza (2004) destacam as produções da Sociologia do Conhecimento através da obra “A Construção Social da Realidade” de Berger e Luckman, publicada em 1966, como um movimento inicial, nas Ciências Sociais, de interesse pela produção de sentido, produção de conhecimentos, realizada **na vida cotidiana**. Como sociólogos, esses autores preocupavam-se em estudar processos de conservação e transformação social em âmbito macro.

Essas ideias aplicadas à Psicologia Social promoveram uma formulação, realizada inicialmente por Kenneth Gergen, a respeito da produção de sentidos no âmbito micro, nos momentos de interação. A partir dessa perspectiva, a produção de sentidos, passou a ser considerada um empreendimento social, algo que ocorre na linguagem e entre as pessoas de modo a influenciar as formas de organização e práticas sociais produzidas em determinados contextos sócio-histórico-culturais (Spink & Frezza, 2004).

Como sintetiza Guanaes (2006), há um entrelaçamento entre produção de sentido e realidade (modos de organização social). Essa concepção não nega a existência do mundo material, mas afirma que este “mundo externo” é compreendido através de processos sociais e discursivos de produção de sentido. Como define Pearce (2007) este é o processo de construção dos mundos sociais.

A partir da fusão dessas perspectivas e ideias que vinham sendo discutidas em diversos campos da ciência, Gergen (2009) destaca alguns pressupostos básicos do movimento construcionista social:

- A produção de conhecimento depende das possibilidades de compreensão disponíveis na linguagem, a experiência em si não determina as formas de compreensão, esta é atravessada pela forma como é organizada na linguagem. Nesse sentido, a linguagem participa da construção de conhecimento e de realidades.
- As formas de compreensão, os termos que utilizamos para dar sentido ao mundo são construídos socialmente, são produtos situados historicamente, não sendo inatos e intrínsecos à mente humana. A produção de sentidos é um empreendimento ativo e cooperativo que ocorre entre pessoas em relação, e, nesse sentido, é uma construção social. Por exemplo, a investigação histórica revela variações no conceito de saúde e nas práticas utilizadas para seu alcance (Foucault, 1995). Essas mudanças não parecem estar relacionadas a alterações no corpo humano, mas sim às crenças e valores das sociedades, algo que varia de acordo com o momento histórico.
- Assim, a prevalência de determinadas formas de entendimento depende das vicissitudes dos processos sociais, o que significa que as interpretações podem ser mantidas ou modificadas à medida em que são negociadas nas relações ao longo do tempo.
- As formas de compreensão negociadas estão conectadas com as formas de organização e práticas sociais, que podem se tornar padrões que legitimam determinadas ações e não outras. Por exemplo, descrever a APS como um Programa implica a produção de práticas focais através da oferta de serviços básicos a uma parcela específica da população. Por outro lado, descrevê-la como uma estratégia possibilita a abertura de novas práticas, menos focais e mais envolvidas pela busca do cuidado integral.

Com base nesses pressupostos, é possível localizar o movimento construcionista como uma possibilidade para a superação da dicotomia existente entre empirismo e racionalismo (Gergen, 2009). Ao considerar a produção de conhecimento como produto social realizado no processo de interpretação linguística, o movimento construcionista social busca incluir o contexto cultural, social e histórico na produção de conhecimentos e realidades práticas (Guanaes-Lorenzi, Moscheta, Corradi-Webster & Souza, 2014). Portanto, o conhecimento não depende somente das experiências (empirismo) ou da mente individual (racionalismo), ele é construído através das relações e inteligibilidades negociadas em determinados contextos. Assim, a racionalidade é deslocada da mente individual para a relação, o racional passa a ser compreendido como inteligibilidade negociada (Gergen, 2009).

Como destaca Guanaes (2006) há a organização de uma nova inteligibilidade que busca, ao invés de explicações sobre a natureza do mundo, compreender como a produção de sentido influencia a construção da realidade. Portanto, o propósito da investigação nessa perspectiva é explorar quais tipos de organização, de práticas sociais se tornam possíveis a partir das formas através das quais os sentidos são construídos nas relações (McNamee, 2010). Como resume Gergen (2009, p. 301):

A pesquisa construcionista social ocupa-se principalmente de explicar os processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam, ou, de alguma forma, dão conta do mundo em que vivem (incluindo-se a si mesmas). Busca articular formas compartilhadas de entendimento tal como existem atualmente, como existiram em períodos históricos anteriores, e como poderão vir a existir se a atenção criativa se dirigir neste sentido.

De acordo com McNamee (2010), a Ontologia na investigação de cunho construcionista propõe que o mundo social é criado a partir das relações; A Epistemologia, partindo de uma Ontologia relacional, considera que é através das relações que se construirá o conhecimento. Nesse sentido, é a relação estabelecida entre o pesquisador e o pesquisado, entre eles e o contexto, e entre o pesquisador e seu referencial teórico, que produzirá uma determinada forma de conhecimento. Quanto ao método, é possível concluir que não há uma forma única e mais correta para produção de conhecimento, a escolha do método é fundamentada em um processo reflexivo do pesquisador que deve estar consciente de que sua escolha produzirá uma versão do mundo que implicará determinadas práticas. Assim, “a formulação científica não resultaria de uma aplicação impessoal de regras metodológicas descontextualizadas, mas da responsabilidade de pessoas em intercâmbio ativo e

compartilhado” (Gergen, 2009, p.314), ou seja, a pesquisa a partir dessa perspectiva é vista como prática social, e o pesquisador não é, e nem poderia ser, neutro.

Em complemento a essas ideias, Spink e Menegon (2004) colocam que não é a escolha do método em si que define a postura epistemológica do pesquisador, mas sim o seu posicionamento entre as concepções realistas ou construcionistas. Esse posicionamento nos informa se o pesquisador parte da ideia de que o mundo é acessível para o sujeito tal como ele é - o conhecimento corresponde à realidade (realista), ou da ideia de que os conhecimentos são construções histórica e socialmente localizadas (construcionistas). Embora haja essa diferença, não há pretensões em se estabelecer o posicionamento epistemológico mais correto, se o de cunho realista ou construcionista, uma vez que, como já colocado cada um produzirá versões distintas e válidas de conhecimento, a depender do contexto (Spink & Menegon, 2004; McNamee, 2010).

Sendo assim, o rigor nesse tipo de pesquisa é estabelecido pela visibilidade que o pesquisador constrói ao explicitar suas escolhas teóricas e metodológicas. A postura reflexiva e a descrição da mesma ao longo da pesquisa garantem o rigor e a cientificidade da investigação qualitativa de cunho construcionista social (Spink & Menegon, 2004).

Portanto, a investigação pautada nesse referencial teórico busca compreender como a produção de sentido, realizada na linguagem (verbal ou não) promove modos de organizações sociais que implicam em determinadas práticas. Compreender a produção de sentido dá visibilidade às formas como as pessoas se organizam e como coordenam suas ações, o que pode abrir possibilidade para mudanças sociais que sejam úteis ou desejadas.

A seguir apresentaremos a abordagem teórica utilizada como inspiração para a análise das entrevistas. Embora não tenhamos utilizado esta abordagem exatamente como sugerem os autores (não aplicamos a metodologia na análise proposta, mas sim nela nos inspiramos para criar um método próprio), consideramos relevante contextualizar o enfoque proposto nas Práticas Discursivas, e as implicações dele decorrentes.

2.1.2 Abordagem Teórico-Metodológica de análise da produção de sentido: enfoque na linguagem

Como abordado na subseção anterior, a pesquisa qualitativa de cunho construcionista tem como foco de análise o processo de produção de sentido por reconhecê-lo como

importante meio de produção das práticas sociais. A análise da linguagem é objeto de estudo de diversas disciplinas desenvolvidas dentro do campo da Linguística. Há inúmeros autores e inúmeras formas de análise do processo de produção da linguagem (Weedwood, 2002); assim como do processo de comunicação, havendo, muitas vezes, pontos de intersecção entre os dois campos de conhecimento.

Cabe destacar aqui um breve percurso de análise que se estabeleceu na Filosofia da Linguagem, através das correntes analíticas, e que influenciou fortemente a concepção de linguagem como estabelecida no movimento construcionista social em Psicologia, e, também, como abordada na análise das Práticas Discursivas proposta por Spink e Medrado (2004). Além de conceituar as Práticas Discursivas, é também necessário diferenciá-las, em termos teóricos, da Análise do Discurso, outra forma de análise da linguagem derivada das correntes analíticas.

A Filosofia Analítica surgiu a partir das contribuições de Bertrand Russell (1872-1970) que passou a estudar as influências sociais nos discursos. Essa mudança também faz parte do chamado “giro linguístico”. Essa nova filosofia promoveu a expansão do interesse pela linguagem nas Ciências Sociais e Humanas (Ibáñez, 2004).

De acordo com Ibáñez (2004) o movimento construcionista foi fortemente influenciado pela segunda vertente da filosofia analítica, a corrente dos filósofos de Oxford, que inspirados pelo segundo momento de Wittgenstein, defendiam ser a linguagem não somente um veículo dos pensamentos, mas sua base de sustentação, criadora das realidades, conforme abordado na subseção anterior.

Spink e Medrado (2004) desenvolveram uma abordagem *teórico-metodológica de análise da produção de sentido no cotidiano* fundamentada nas Práticas Discursivas tendo como base epistemológica as contribuições do movimento construcionista social, e duas correntes de pensamento dentro da corrente analítica: 1) A corrente que estuda as *trocas linguísticas* e 2) A que estuda o *discurso* (diferente da anterior que se prende à análise das trocas, essa corrente inclui o contexto discursivo que delimita as possibilidades de produção de sentido) (Spink & Medrado, 2004).

Com base nessas correntes, os autores (Spink & Medrado, 2004) propõem uma abordagem em que a Prática Discursiva seja o principal objeto de análise. As práticas discursivas incluem as *trocas linguísticas* e os *discursos*. A Análise do Discurso busca pelas regularidades linguísticas, os sistemas institucionalizados na linguagem; já, a análise da Prática Discursiva está pautada na linguagem em uso, na linguagem em ação (ao produzir sentido, as pessoas se posicionam em suas relações sociais e dessa forma coordenam suas

ações), no momento interativo em que as ressignificações, as mudanças de sentido podem ocorrer. Assim, há uma convivência entre as regularidades (formas de produzir sentido que advém dos discursos) e as diversidades produzidas no encontro de diferentes *vozes* no momento da interação. Em resumo, “práticas discursivas são as diferentes maneiras em que as pessoas, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais” (Davies & Harré, 1990, p.45 citado por Pinheiro, 2004, p.186).

Tanto a Análise do Discurso quanto a análise das Práticas Discursivas permitem um aprofundamento com relação aos processos sociais. A escolha entre uma ou outra, depende do foco que se pretende dar à análise proposta. Como colocam Spink e Medrado (2004), embora o conceito de discurso aponte para uma estrutura de reprodução social e não desconsidere a polissemia, sua análise não alcança a diversidade e não regularidade, próprias da produção de sentido no cotidiano. Sendo assim, se o resultado de uma investigação for construído a partir de um momento interativo, como, por exemplo, uma entrevista, momento de trocas e de produção de sentido entre pesquisador e entrevistado, o foco de análise recai na linguagem em uso, na polissemia própria das Práticas Discursivas, em que estão, também, incluídos os discursos conforme descrito acima.

Com relação à análise da produção de sentidos, os autores (Spink & Medrado, 2004) propõem uma perspectiva temporal que considera as Práticas Discursivas como resultado das relações estabelecidas ao longo do processo histórico. Nesse sentido, localizam os três tempos de análise: 1º) o *tempo longo*; 2º) o *tempo vivido* e 3º) o *tempo curto*, conforme detalhado na subseção 1.1 deste texto.

Assim, “a produção de sentido [...] é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso [...] é tomada, portanto, como um fenômeno sociolinguístico” (Spink & Medrado, 2004, p.42). A ideia principal está centrada no fato de que ação e prática resultam dos sentidos construídos em um processo dialógico⁵ e situado - social, histórica e culturalmente, como já colocado.

A análise da produção de sentido corresponde a um resgate das influências que permeiam as falas e os sentidos daí decorrentes (influências tais como discursos presentes nas falas; perguntas do pesquisador que constroem uma realidade sobre o assunto; respostas dos participantes que direcionam a conversa da entrevista para um aspecto e não outro, e assim sucessivamente), através dos quais as pessoas coordenam suas atividades.

⁵ A palavra “dialógico” utilizada neste contexto fundamenta-se nas obras de Bakhtin, como informado pelos autores Spink & Medrado (2004).

Inspirados pela proposta teórico-metodológica descrita, buscamos analisar as entrevistas como um momento em que a produção de sentidos ocorre, um momento em que os três tempos descritos se interconectam. Compreendemos que a partir dos sentidos negociados no encontro entre pesquisador e entrevistado, e posteriormente, no processo de interpretação (produção de sentido) formulado pelo pesquisador, seja possível promover uma construção analítica a respeito das ações práticas dos articuladores da atenção básica, bem como de suas potencialidades quando comparadas aos objetivos do Programa.

2.2 Aspectos éticos

Essa pesquisa segue a Resolução nº 196/96⁶ que estabelece parâmetros éticos para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Desse modo, foi apresentada ao Comitê de Ética da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) junto aos aceites dos diretores de cada DRS, via Plataforma Brasil. Recebemos parecer favorável, sem necessidade de alterações, no dia 06 de novembro de 2012, protocolo CAAE – 07576212.4.0000.5407 (Anexo A).

Durante o desenvolvimento do trabalho de campo, buscamos atender aos parâmetros, informamos a todos os participantes quanto aos objetivos do projeto, formato de realização e aspectos éticos relacionados (ausência de danos previstos, garantia de anonimato, disponibilidade das pesquisadoras para esclarecimentos ao longo do processo e possibilidade para desistência em qualquer etapa do estudo, sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou retaliação).

Assim, após esclarecimento de dúvidas foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A e Apêndice B); o primeiro autoriza a utilização das informações no presente estudo e o segundo autoriza o arquivamento e utilização das informações obtidas em pesquisas futuras. Ao final da pesquisa, apresentaremos aos participantes os resultados como uma forma de proporcionar um retorno sobre o estudo realizado. A previsão desta devolutiva é para o primeiro semestre de 2015, em que buscaremos agendar uma data de acordo com a disponibilidade dos profissionais.

⁶ O projeto está sob vigência das normas desta resolução, no entanto, buscamos atender, também, aos requisitos da nova Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012.

2.3 Contexto e participantes

Foram convidados para participar desse estudo os articuladores da atenção básica, profissionais do quadro da SES-SP (Andrade & Castanheira, 2011) e subordinados administrativamente aos DRS de Ribeirão Preto, Araraquara, Franca e Barretos. Essas Regiões formam a Rede Regional de Atenção à Saúde XIII do estado de São Paulo (RRAS XIII), composta por 90 municípios (Coordenadoria de Planejamento de Saúde, 2011).

Os articuladores estão distribuídos de acordo com as Regiões de Saúde de cada CGR, sendo um articulador por Região. Dessa maneira, foram entrevistados 12 articuladores distribuídos nas doze regiões, e um ex-articulador considerado hoje como um apoio para os articuladores das DRS de Ribeirão e Franca. Essa amostra foi escolhida por abranger a gestão RRAS XIII do estado de São Paulo que é composta pelos quatro DRS descritos, e por ser a regional mais próxima do local de realização da pesquisa, o que facilitou a coleta dentro do prazo estabelecido para o mestrado.

Portanto, participaram da pesquisa um total de treze participantes, apenas dois do sexo masculino, todos com nível superior completo, sendo nove graduados em Enfermagem, e quatro graduados em outras áreas como Psicologia, Medicina e Odontologia. A idade dos participantes varia entre 37 e 60 anos.

Optamos descrever os participantes de forma pouco detalhada por julgar que ao construirmos um quadro especificando a relação entre regiões de atuação, formação, idade e sexo, poderíamos facilitar a identificação desses profissionais. Da mesma forma, ao longo desta dissertação, utilizaremos a palavra *articulador* sempre como um pronome masculino de modo a não identificar o sexo dos participantes. Compreendemos que o fato de haver somente dois participantes do sexo masculino poderia facilitar a identificação caso utilizássemos diferenciação do termo quando correspondente a um entrevistado do sexo masculino ou do sexo feminino.

2.4 Constituição do *corpus*

2.4.1 Procedimentos

Inicialmente entramos em contato com a Coordenadora da Atenção Básica do estado de São Paulo a quem solicitamos apoio para a realização da pesquisa. A Coordenadora entrou

em contato com os diretores dos DRS que aprovaram a realização da pesquisa e assinaram uma carta de autorização. As cartas foram encaminhadas para o Comitê de Ética juntamente ao Projeto para análise.

Após aprovação do Comitê de Ética no dia 06 de Novembro de 2012 (Anexo A), entramos em contato, via e-mail, com as secretárias dos DRS solicitando o telefone dos articuladores. Foi encaminhada a elas a autorização dos Diretores, o projeto de mestrado, e a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa, tendo sido solicitado que encaminhassem essas informações também aos articuladores para que eles pudessem ter conhecimento de que receberiam, em breve, uma ligação.

Ao receber os contatos dos participantes demos início às ligações em Janeiro de 2013, após finalização das comemorações de final de ano. Esse primeiro momento das ligações teve o intuito de esclarecer os objetivos do estudo, seu formato de realização, e formalizar o convite para a participação voluntária que ocorreria através da entrevista posteriormente agendada em local e data escolhidos por eles, caso concordassem em participar. O momento presencial anterior à realização da entrevista se configurou como espaço para o esclarecimento de dúvidas e formalização do aceite, através da assinatura dos TCLE (Apêndices A e B), após explicação sobre a diferença de cada um e suas implicações práticas.

A composição do *corpus* foi realizada ao longo do primeiro semestre de 2013, no período de março a junho. As entrevistas com os articuladores de Franca, Barretos e Araraquara foram realizadas nas respectivas cidades. Por este motivo, buscamos agendar um único dia com todos os articuladores de cada uma dessas cidades. As entrevistas de Ribeirão Preto foram feitas em datas diferentes, uma vez que esta é a cidade sede do desenvolvimento da pesquisa.

2.4.2 Instrumentos

O instrumento utilizado corresponde a uma entrevista semiestruturada, contendo 21 questões distribuídas em 4 temas principais: Informações Gerais; Sobre a implantação do Programa; Descrição da prática atual e Opinião sobre o Programa (Apêndice C), construída por nós, pesquisadoras. As entrevistas aconteceram com duração média de uma a duas horas, tendo sido todas gravadas em áudio (gravador digital de voz Sony ICD-PX 312) e transcritas integralmente e literalmente de acordo com adaptação das regras estabelecidas pela Análise

da Conversação (Preti, 1999). Embora esta não seja a análise proposta, a formatação para transcrição de acordo com essas regras auxilia o processo de normatização do processo. Os nomes dos participantes foram omitidos nas transcrições. Foram substituídos pela letra E em conjunto a um número. Algumas informações foram omitidas de modo a não identificar os participantes. Utilizamos como ferramenta para a transcrição um processador de dados tipo Word for Windows para posterior análise.

O referencial teórico para a realização da entrevista corresponde à produção de Pinheiro (2004) incluída na obra de Spink (2004) que considera a entrevista como sendo uma Prática Discursiva, ou seja, como um momento ativo em que a produção de sentidos se constrói através do diálogo entre pesquisador e participante, não sendo este um processo neutro (Pinheiro, 2004).

Assim, nesta pesquisa o modelo de entrevista semiestruturado proporcionou abertura para que pudéssemos, através do diálogo com os participantes, delinear novas questões relevantes que surgiam no momento da interação. Como coloca Pinheiro (2004):

Para responder às perguntas feitas, a pessoa recorre às informações que circulam em seu meio, processadas por ela ao longo de suas experiências de vida e que, na situação de consulta são agrupadas e ressignificadas, tendo em vista a interação que aí se estabelece (p.194).

Portanto, o resultado é uma construção conjunta, depende da atuação do pesquisador e das escolhas de resposta do participante, uma versão possível do fenômeno estudado.

2.5 Procedimento de análise

A análise qualitativa de cunho construcionista social fundamenta-se na produção de sentidos que ocorre em todo o percurso de construção da pesquisa (Spink & Lima, 2004). Compreendemos, assim, que o delineamento proposto e o formato de construção da análise refletem escolhas as quais produzirão um resultado dentre outros possíveis (Spink & Menegon, 2004).

Portanto, como colocam Spink e Lima (2004), é importante que o pesquisador mantenha uma postura reflexiva ao longo de todo o processo de desenvolvimento da pesquisa de modo a descrever todos os passos de sua construção, desde o delineamento do assunto à

exposição da análise. Como já colocado, neste tipo de pesquisa qualitativa de cunho construcionista social o rigor é estabelecido pela visibilidade dada a todo processo interpretativo. Buscamos a seguir dar visibilidade ao processo de análise descrevendo os principais passos que nortearam a construção dos resultados.

As entrevistas foram analisadas tendo como inspiração a abordagem teórica desenvolvida por Spink e Medrado (2004) e algumas técnicas desenvolvidas por Spink e Lima (2004) sobre a análise da produção de sentidos nas Práticas Discursivas. Como já referido, a entrevista é compreendida como uma Prática Discursiva (Pinheiro, 2004). Importante ressaltar que embora não desconsideremos a linguagem não verbal (gestos, expressões faciais, posição corporal etc.) e sua influência para o formato da conversa e consequente produção de sentidos, mantivemos o foco de análise na linguagem verbal, ou seja, nas falas produzidas nas entrevistas e posteriormente transcritas.

De modo geral podemos delimitar três passos de construção da análise das entrevistas: 1º) transcrição em processador de dados tipo Word for Windows (Spink & Lima, 2004), sendo este um passo inicial da análise como explicitaremos em detalhes a seguir (Guanaes & Japur, 2008); 2º) leitura em profundidade das transcrições (Guanaes, 2006; Guanaes & Japur, 2008), que pode ser compreendida como o momento inicial de imersão do pesquisador “no conjunto de informações coletadas procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas *a priori*” [grifo das autoras] (Spink & Lima, 2004, p. 106); 3º) construção temática, os temas **organizam os sentidos produzidos** mediante o confronto dos conhecimentos prévios do pesquisador, de suas teorias de base com o *corpus* construído em sua relação com os participantes (Spink & Lima, 2004).

Após o processo inicial de transcrição das entrevistas, compreendemos que a comunicação, algo bastante destacado na literatura encontrada a respeito da prática dos articuladores, é de fato uma ferramenta extremamente útil para a atuação desses profissionais. O estudo da comunicação se configurou nesta pesquisa como um dos objetivos específicos. Para melhor desenvolvimento desta análise, propusemos um estágio de pesquisa no exterior, conforme aprovado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo número 2013 / 10593-9, pelo período de três meses, de Setembro a Novembro de 2013, no Departamento de Comunicação da Universidade de New Hampshire sob orientação da Profa. Sheila McNamee, PhD.

Assim, estabelecemos dois momentos de análise, um primeiro mais descritivo, em que buscamos responder ao objetivo geral desta pesquisa sobre a prática dos articuladores da atenção básica em relação dois aspectos: implantação do Programa e função desses

profissionais. E um segundo momento em que descrevemos e analisamos o formato de comunicação estabelecido por esses profissionais nessa nova função, buscando enfatizar as implicações das diferentes formas de se comunicar também ao refletirmos sobre a mudança do modelo assistencial.

Importante destacar que mesmo nos momentos definidos como descritivos, a análise partiu não somente do conteúdo dos relatos, mas também da forma como foram construídos, em que observamos quais palavras foram usadas (de quais discursos fazem parte); como as perguntas direcionaram a construção dos conteúdos; como as respostas direcionaram as próximas perguntas e assim por diante. Como coloca Guanaes (2006) o foco deste tipo de análise não está no conteúdo das falas como se este fosse produto de uma construção individual, mas está na relação entre pesquisador e participante, e no modo como constroem juntos o tema pesquisado.

Do mesmo modo, este tipo de análise não busca estabelecer relações entre os sentidos e a quantidade de respostas obtidas a respeito de um mesmo tema. Sendo assim, abordamos os sentidos sem nos preocuparmos em representar uma realidade que normalmente se constrói pela retórica de quantificação das respostas, ao contrário, reconhecemos a realidade como construída nas diversas relações estabelecidas ao longo da pesquisa. Portanto, os sentidos abordados não pretendem representar a significação da maioria, mas sim explorar os diversos modos de compreensão da prática que se tornaram possíveis em nosso contato com os participantes. A seguir detalhamos os três passos da análise descritos acima:

Transcrições

Conforme explicitado na subseção 2.3.2 *instrumentos*, as entrevistas foram transcritas integralmente. Compreendemos este processo de transcrição como correspondente ao primeiro passo da análise, em que a produção de sentidos também ocorre na relação entre pesquisador e material de análise (Guanaes & Japur, 2008). Isso significa que ao transcrever, ao utilizar pontuações nas falas e fazer comentários sobre o “como” ocorreu a conversa (por exemplo, ao fazer apontamentos dos momentos de maior emoção; ou de diferenças percebidas dos sentidos, dentre outros), reconhecemos o início do processo de interpretação próprio da análise (Guanaes & Japur, 2008).

As transcrições foram organizadas da seguinte maneira: a) cada entrevista foi transcrita individualmente e corresponde a um arquivo word; b) para facilitar o recorte das falas e sua localização posterior, numeramos as páginas e as linhas; e c) a cada nova página a contagem das linhas foi reiniciada, assim, a referência do nº da linha é sempre acompanhada

pelo nº da página. Para fazer menção a algum trecho das entrevistas utilizaremos o seguinte código: EnºLnºPnº. Por exemplo, E4 L5P10 a L10P10, significa que este trecho se refere à fala do participante E4, que se inicia na quinta linha da página dez e termina na décima linha da mesma página.

Leitura das transcrições

As transcrições foram lidas diversas vezes para que a organização dos sentidos pudesse ser iniciada. A leitura em profundidade permite o início do diálogo interno do pesquisador, o que o auxilia no processo reflexivo de interpretação e construção da análise (Spink & Lima, 2004). Conforme colocam Guanaes e Japur (2008) “A leitura em profundidade das conversas transcritas [...] permite ao pesquisador sua imersão no *corpus* construído para sua pesquisa. Ele inicia intenso diálogo com o material, trazendo inúmeras vozes que o constituem como pessoa participante de segmentos culturais específicos” (p.120 e 121).

Podemos destacar três momentos específicos de leitura⁷, um primeiro em que nos preocupamos em perceber a dinâmica de construção do diálogo, não havendo a intenção de organizar o conteúdo em categorias (Spink & Lima, 2004). Um segundo momento guiado pelo objetivo central deste estudo a respeito da prática dos articuladores da atenção básica, em que buscamos selecionar no fluxo conversacional momentos em que falávamos sobre esta prática, a fim de editar o conteúdo através da criação de temas. E, por fim, realizamos um terceiro momento de leitura, norteados pelo objetivo específico a respeito do processo de comunicação envolvido nesta função.

Organização dos sentidos construídos sobre a prática dos articuladores

Com a intenção de responder ao objetivo central iniciamos o processo de análise através da leitura e construção temática. Com base nesta leitura, destacamos assuntos centrais, reconhecidos por nós como significativos por descreverem a prática desses profissionais.

Embora as entrevistas tenham sido construídas de modo dialogado, em que buscamos conduzir a conversa a partir das respostas dos participantes, não podemos esquecer a existência de um roteiro semiestruturado norteador da construção da conversa. Assim, como colocam Spink e Lima (2004) este levantamento temático inicial, em geral, decorre do roteiro de entrevista proposto.

⁷ Os momentos não correspondem ao número de leituras, pois para cada momento foi necessária mais de uma leitura.

Em seguida à construção inicial dos temas, estabelecemos cores para cada um deles e realizamos nova leitura do material. Neste momento, através da coloração da fonte, construímos a diferenciação temática, mas, ao mesmo tempo, respeitamos sua distribuição na ordem conversacional. Embora não haja uma relação direta entre a fala e o sentido, pois muitas vezes um mesmo trecho pode conter diferentes sentidos e abarcar diferentes temas, essa coloração facilitou a visualização temática em sua disposição no fluxo conversacional. Concomitantemente a este processo de coloração das falas, criamos tabelas com o intuito de organizar as entrevistas de acordo com os principais assuntos dialogados (temas) e dos sentidos produzidos sobre eles (Exemplo de tabela - Apêndice D). Consideramos ser esta uma forma de sistematizar a variedade de informações presentes nas entrevistas, o que facilitou a descrição da análise.

Após o levantamento inicial dos temas, pudemos perceber que alguns deles mantinham uma relação entre si, pois abordavam um mesmo assunto. Assim, buscamos reorganizar em temas amplos. Os resultados desta organização serão descritos na seção específica dedicada aos resultados.

Organização dos sentidos construídos sobre o processo de comunicação

Para o segundo momento da análise, sobre o processo de comunicação e a prática do articulador, estabelecemos dois procedimentos principais: 1) O estudo da literatura a respeito do Processo de Comunicação em Psicologia, passo considerado como parte da análise, pois é, também, com base neste referencial teórico que os sentidos são produzidos; e 2) A análise das entrevistas a partir do referencial estudado. O segundo procedimento foi, também, iniciado com a leitura em profundidade das entrevistas com foco no processo de comunicação (caracterizado como terceiro momento das leituras). A leitura foi guiada por duas questões principais: a) Quais são as atividades que exigem comunicação; ou, o que esses profissionais comunicam? e; b) Como esses profissionais se comunicam; quais são os efeitos produzidos por seus modos de se comunicar?

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 A Prática dos articuladores da atenção básica

Conforme descrito, construímos a análise com base na organização dos sentidos em dois temas centrais: 1) A implantação do programa; e 2) A prática do articulador. Descreveremos cada um deles em detalhes a seguir, juntamente com alguns trechos das entrevistas de modo a dar visibilidade para a descrição.

3.1.1 A implantação do programa

Este tema tem o intuito de descrever os sentidos produzidos a respeito do processo de construção do Programa dos articuladores. Estão aqui incluídos os seguintes assuntos: as razões percebidas para sua criação; o processo de seleção e treinamento; e a implantação do programa, em que descreveremos o formato como ocorreu este processo e o modo como foram recebidos pelos municípios. Organizamos os principais aspectos abordados, e os sentidos correspondentes a cada assunto na tabela a seguir. Consideramos que este mapa dos sentidos construídos facilita a visualização do tema.

Tabela 1 - Sentidos construídos sobre o processo de implantação do Programa Articuladores da AB.

A Implantação do Programa	
Motivo da Criação	<ul style="list-style-type: none"> - Aprimoramento e qualificação da AB no estado de SP; - Mudança do modelo de atenção; - Novo modelo de gestão compartilhada (reaproximação do estado na gestão da saúde); - Diagnóstico de saúde (tarefa pontual e específica); - Como forma de postergar a aposentadoria dos profissionais; - Resgate de Recursos Humanos da SES.

Continua

A Implantação do Programa	
Seleção e Treinamento	<ul style="list-style-type: none"> - Seleção da primeira turma em quatro etapas (inscrição; análise documentos; treinamento avaliativo em Piracicaba e entrevista individual); - Seleções posteriores em duas etapas (análise de documentos e entrevista); - Treinamento: Reuniões em SP com apoio de Instituições parceiras (redução atual na frequência); - Cursos de Capacitação.
Implantação e Recepção	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação Formal (DRS e CGR); - Apresentação informal (diretamente realizada pelo articulador nos municípios); - Foram bem recebidos em sua maioria, embora inicialmente houvesse a expectativa de que fossem fiscais ao invés de apoiadores; - Dificuldades para atuação em alguns municípios (devido ao formato da gestão).

O principal motivo de criação do Programa abordado diz respeito à necessidade de aprimoramento da AB no estado de São Paulo. Conforme ilustra o trecho de uma das entrevistas, a seguir, a falta de suporte técnico por parte do governo estadual ao longo dos anos de municipalização (Mendes, 2001; Andrade & Castanheira, 2011) acarretou, em alguns casos, o mau funcionamento da AB. Assim, a construção dos espaços físicos e a consequente oferta dos serviços de saúde não contemplavam os preceitos estabelecidos pela PNAB. Embora fosse uma atribuição do DRS oferecer apoio técnico aos municípios, na prática esse apoio não ocorria de modo adequado. No entanto, com a presença do articulador, tornou-se possível uma nova abordagem que possibilita a correção de erros e a qualificação dos serviços prestados à população.

E6: [...] o trabalho do articulador, ele veio muito assim... pra socorrer tudo aquilo que foi entre aspas feito de errado anteriormente que não deu certo... que não foi acompanhado... por exemplo, [...] “a vai mont/ vou montar uma estratégia de saúde da família”... montava o quê? Um postinho... alugava uma casa de quatro cômodos... né? porque não tinha ninguém pra orientar dentro do DRS e aí fala que tá montando uma unidade... e aí hoje o que que a gente tem? Uma unidade que não faz pré-natal porque não cabe uma mesa ginecológica e não tem um banheiro... a enfermeira não colhe papanicolau, porque ninguém construiu uma sala pra ela, que é uma casinha alugada, não atende criança, não faz pré-natal...(L26-L38, P6).

[...]

E6: ... e aí o articulador vem pra quê? Pra gente tentar junto com o gestor... com o secretário municipal de saúde e falar: “Ó é importante que você organize esse setor, que você capacite as pessoas, né? por isso, por isso e por isso”, diferente de chegar e

falar assim: “Ó você tem que implantar pré-natal... e tchau!” O DRS fazia isso, como fazia... tem que fazer pré-natal... os indicadores... é ta falando que tem mortalidade materna, que tem mortalidade infantil... que era assim... agora não... tem mortalidade infantil? O articulador vai lá no município e a gente vai discutir, “ta organizado o pré-natal aqui? Você sabe quantas mulheres tiveram o diagnóstico de sífilis congênita? Foi tratado? Essa sífilis? O marido foi acompanhado? Aqui faz a benzetacil? E faz aonde? Não faz benzetacil? Por quê?”... né?(L22-L32, P7).

Esta informação sobre aprimoramento e qualificação da AB consta nos documentos encontrados como a resolução que versa sobre a função dos articuladores e nas descrições do Programa contidas no site da SES (São Paulo, 2011; Secretaria de Estado da Saúde). Os profissionais comentam ainda sobre a necessidade de mudança do modelo de atenção, e compreendem a atuação do articulador como sendo uma possibilidade para esta mudança.

No entanto, apesar de comentarem sobre a mudança do modelo de atenção, não entramos em detalhes a respeito do conceito adotado por eles do que vem a ser “modelo de atenção”. Partimos do entendimento comum de superação do modelo médico hegemônico, mas não detalhamos o “como”, ou, a partir de qual perspectiva defendemos esta mudança. Nas entrevistas em que os profissionais questionaram houve uma definição prévia a respeito do conceito adotado nesta pesquisa, mas nem sempre este conceito foi dialogado, ficando subentendido.

Como colocado na introdução, por ser um termo polissêmico (Paim, 2008) é possível que tenhamos conversando a partir de referenciais distintos, algo que nos impossibilita desenvolver reflexões profundas, afinal, o modo como compreendem a mudança do modelo irá impactar diretamente no modo como atuam, se com uma prática mais diretiva ou dialogada, se fundamentada em aspectos epidemiológicos, organizativos, administrativos, políticos, relacionais, tecnológico e assim por diante.

Trecho 1:

Giovanna: e o articulador então ele tem um papel nessa... nessa questão da mudança do modelo?

E10: tem... fundamental eu acho...(L18-L20, P11).

Trecho 2:

Giovanna: ta, e ai eu queria saber da sua experiência pessoal mesmo, né? com relação à prática do articulador, porque a gente vê que às vezes fica indefinido, né? o que que o articulador faz, mas da sua experiência como é que você definiria o papel do articulador?

E9: eu acho que um parceiro dos municípios, né? no enfrentamento dos desafios da atenção básica, né? eu acho que a atenção básica tem grandes desafios... a gente tem um modelo assistencial médico-centrado, hospitalocêntrico, pautado em medicação,

em exames... inclusive do gestor, os gestores tem essa concepção, a gente percebe nas entrelinhas que ele quer contratar médico, que ele... é... despende muito recurso com medicamento, né? é... então assim, eu acho que esse é um grande desafio, assim... eu vejo isso como um papel... da gente ocupar alguns espaços pra gente tá, tentando desconstruir e, né? e...

Giovanna: inclusive com essa questão do modelo...

E9: inclusive com essa questão do modelo (L34-L48, P11).

O Programa é também compreendido como resultado da necessidade de reaproximação entre estado e municípios devido ao Pacto pela Saúde e à nova configuração da gestão compartilhada, conforme encontramos na literatura (Andrade & Castanheira, 2011; Conass, 2006), em que o estado possui o papel de oferecer apoio técnico para a implantação e aprimoramento da Atenção Básica.

Trecho 1:

E2: [...] então o objetivo deles foi realmente, resgatar o papel do estado na na... atenção básica, e apoio mesmo nos municípios, porque a gente percebeu que cada um caminhava de um jeito... cada um com um modelo de atenção, e não que a gente vá fazer iss/ é hum, é ser homogêneo, MAS ((ênfase)) era realmente o estado estar mais presente (L47-L50, P11- L1, P12).

Trecho 2:

Giovanna: uhum... e no caso assim é... a que que você atribui a... implantação do Programa, porque que decidiram fazer essa função do articulador da atenção básica...

E9: é eu acho que assim, foi um processo do SUS mesmo, né? depois que... é... da nova... falando da história do SUS, mas um pouquinho assim, o estado se afastou muito da assistência com a descentralização da saúde, né? com as NOBs, né? com a NOAS que definia que... que o estado tinha uma função mais de planejamento e complementarmente, prestando serviço, então o estado foi se afastando dessa atenção a saúde, especialmente na atenção básica e o município nesses, todos esses anos de implantação do SUS, ele ficou... muito... sozinho, né? nesse processo... ... é... e quando teve o Pacto da Saúde que foi 2006, é... se teve um delineamento, um repensar da saúde numa forma geral, e uma das coisas eram... foi a cooperação entre os entes federados, união, estado e município, né? no enfrentamento dos... dos entraves que existiam no SUS é... que é um pouco da questão da gestão compartilhada... (L20-L34, P4).

Conforme discutido na introdução desta pesquisa e apontado por Andrade e Castanheira (2011), este é um dos principais motivos para a criação do Programa, concepção também presente em nosso diálogo com os articuladores.

A criação do Programa é também descrita como uma tarefa pontual de realização do diagnóstico de saúde da região de São Paulo, e direcionada para atender às necessidades da Secretaria do Estado. Assim, uma vez realizada a atividade talvez não seja necessária a

manutenção do Programa. Outros dois aspectos foram apontados, o primeiro com relação à possibilidade de se postergar a aposentadoria desses trabalhadores; e o segundo com relação à possibilidade de resgate de recursos humanos “emprestados” pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) aos municípios no processo de municipalização.

Quanto ao processo de seleção e treinamento, de todos os articuladores entrevistados, apenas quatro entraram no Programa posteriormente, os demais são articuladores desde sua implantação. Essa primeira turma descreve quatro etapas principais de seleção: 1) a Inscrição, momento em que enviaram um currículo e uma carta de justificativa; 2) Análise desses documentos, que aparece como uma etapa eliminatória; 3) Treinamento avaliativo em Piracicaba por uma semana, composto de aulas teóricas no período da manhã (sobre assuntos diversos como clínica ampliada, tuberculose, hanseníase, doenças de notificação compulsória, programas existentes, sistema de informação, dentre outros), e dissertações no período da tarde, com caráter avaliativo sobre o tema estudado, etapa classificatória, e por fim, 4) Entrevista individual em São Paulo, momento em que foram avaliados o interesse de cada um e a capacidade de comunicação. O trecho a seguir resume as etapas do processo seletivo conforme relatado:

E2: o processo foi assim, primeiro tinha o c/ tinha que ter um determinado profissional que podia participar... quando eles lançaram o edital...

Giovanna: hum...

E2: aí a gente mandou o currículo, aí a gente entrega o currículo e tipo um projetinho, não... uma fala do porque que eu queria ser articulador... e esse processo foi eliminatório... então teve “xis” inscrições do estado aí foram selecionadas as pessoas pra... pra poder ir pra outra etapa que foi uma semana de provas... nós ficamos uma semana inteira em Piracicaba... de manhã a gente fa/ aprendia sobre um tema e tarde a gente tinha que discorrer, tinham várias perguntas e a gente tinha que discorrer sobre aquilo... o que a gente pensava, o que a gente queria... isso foi classificatório...

Giovanna: uhum...

E2: e aí fui numa terceira etapa, a gente foi pra São Paulo, né? todos os que foram classificados, né? independente... todo mundo foi classificados, né? independente em primeiro, segundo não... ((querendo dizer etc.)), e aí nós fomos fazer entrevista, e após a entrevista ficaram selecionados, então a gente, quem ficou selecionado... e aí ficou um banco de dados... porque se um sai se um entra você tem um banco de dados...(L30-L48, P3).

Como descrito na introdução Andrade e Castanheira (2011) descrevem o processo de seleção a partir de dois momentos principais: 1º) a análise de currículo e as 2º) discussões temáticas para avaliar o conhecimento técnico e o perfil comportamental, que corresponde a este treinamento em Piracicaba abordado.

Os articuladores que entraram posteriormente, em geral, comentam sobre duas fases principais: 1º) a análise de currículo e, 2º) a entrevista. Houve menção a uma prova oral, mas não buscamos compreender se ela se referia à entrevista ou a algum outro momento do processo.

Quanto ao treinamento, os aprovados passaram a ter reuniões mensais em São Paulo de dois dias. Eventualmente havia encontros exclusivos para os novatos em São Paulo, mas, desde que iniciavam o trabalho, os novos articuladores participavam mensalmente das reuniões junto aos demais. Essas reuniões se configuravam como um espaço de aprendizagem em que eram trabalhados temas relacionados à AB, assim, as pautas dessas reuniões eram definidas previamente pela Coordenação do Programa. Inicialmente o trabalho dos articuladores foi fortemente direcionado e acompanhado.

Trecho 1:

E9: [...] nesse processo que não foi só no começo, mas durou... um ano e meio ou dois anos, não me lembro quanto tempo durou, que a gente tinha que ir mensalmente pra São Paulo, pra oficinas que era oficinas feitas... pelo nível central com parceria com as Universidades que apoiaram o projeto... (L49, P3-L4, P4).

Trecho 2:

Giovanna [...] Aí eu ia te perguntar com relação a esse curso, depois vocês tiveram um treinamento, né? Depois que vocês foram aprovados, ou esse curso foi já considerado um treinamento?

E1: Não aí, a cada mês a gente tinha assim reunião de dois dias, reuniões mensais de dois dias que a gente ia recebendo assim muitas informações, é... de tudo referente à atenção básica, saúde da família, NASF, é... as/ saúde bucal, hã... estraté / é... de tudo que se refere à atenção básica

Giovanna: Foi meio que um treinamento assim, uma vez por mês vocês tinham essa reunião pra discutir...

E1: Isso, isso. Vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, mas tudo aplicada na atenção básica (L29 – L39, P3).

Além da apresentação de temas, havia nessas reuniões um espaço para tirarem dúvidas quando necessário e para discutirem e compartilharem suas experiências nesse novo Programa.

E6: [...] a gente fazia reunião todos os meses, uma vez por mês o articulador ia dois dias, e ficava... em algum lugar, São Paulo... ou em algum outro lugar, que eles faziam a educação continuada pra gente... é... e também a gente tinha os espaços de discutir com ela ((coordenadora)) problemas... que às vezes o problema é pontual, quando tinha dificuldade de encaminhamento... e a outra coisa assim que era muito importante dos encontros, era as trocas de experiência... entre os articuladores... porque a gente tem articulador que é médico, articulador que é psicólogo,

articulador que era da vigilância, articulador que é dentista, articulador que é enfermeiro, né? então assim... a gente tinha uma riqueza entre a gente é de... conhecimentos... (L29-L39, P 20).

Entretanto, atualmente, parece ter diminuído a frequência dessas reuniões. Inicialmente, esses encontros eram realizados com o apoio das Universidades parceiras como a Unesp e Unicamp, além de outras Instituições como Santas Casas etc., em que alguns profissionais eram convidados a falar sobre temas relevantes, algo também referido no artigo de Andrade e Castanheira (2011). Atualmente não fica claro se essa parceria se mantém. Outro modo de participação dessas Universidades, conforme referido, foi o desenvolvimento de instrumentos para análise / diagnóstico e gestão como, por exemplo, o QualiAB, um questionário desenvolvido para auxiliar na gestão da qualidade da AB e aplicado nos municípios pelos articuladores (Castanheira et al., 2011).

Trecho1:

E8: [...] esse ano a gente diminuiu muito as reuniões então até o ano passado a gente tinha... a gente começou com reuniões mensais, aí depois foi bimensais mais ou menos, [...], esse ano começou a ser trimestral, [...] então... ficou mais espaçado agora.. as reuniões, mas é bem bacana... o apoio do institucional... ((inaudível)) (L46, P5-L6, P6).

Trecho2:

E3: salvo engano..., nós tínhamos reuniões se/ mensais... mensais... bem... mensais, é... geralmente eram dois dias...

Giovanna: e aí era um professor falar um tema...

E3: é um tema... o pessoal... que dava apoio, né? institucional era UNESP, né?(L2-L7, P8).

Trecho 3:

E8: ... na época tinha o apoio institucional da Universidade, então nós temos aqui, é... é... [...] então tinha vários apoios pra gente...

Giovanna: dentro das Universidades...

E8: dentro das Universidades todos sempre vinculados...

Giovanna: e o que que essas pessoas faziam?

E8: eles davam orientação quanto... ao que estava levantando, ah... pesquisa... por exemplo, a ((nome)) de ((cidade)) ela fez o QualiAB, né? ((inaudível, fala baixo consigo mesmo)), o QualiAB era um questionário que a gente fez uma pesquisa pra ela pra ta vendo como que tava esse processo do... da atenção básica, da qualidade da atenção básica dentro... da rede... aí então foi uma coisa que a gente fez pra ela... então foi sempre vinculado a pesquisa... né?(L39, P4- L6, P5).

Quando questionados sobre outros treinamentos como, por exemplo, sobre negociação, ou relacionamento interpessoal, dizem não ter recebido, porém, articuladores de

duas regiões mencionam ter participado de treinamentos específicos sobre esses assuntos, uma delas recebeu treinamento específico sobre Mediação de Conflitos, e a outra sobre Relações Interpessoais. Apesar de terem citado esses treinamentos, como resposta à pergunta, em geral não se lembravam sobre algo específico relacionado a esses temas, mas comentaram sobre outros cursos e treinamentos que são oferecidos a eles pela SES.

E3: [...] em dezembro, por exemplo, em novembro... teve um curso... na Santa Casa de... de São Paulo... de indicadores... de análise de indicadores de saúde... e assim... isso... é uma coisa que assim pra gente que... trabalha com isso... é um aprimoramento técnico... é uma melhoria na qualidade... na forma de interpretar... na forma de enxergar o... esses indicadores... eu achei um curso muito... muito bom... (L20-L25, P7).

Após esse primeiro momento de treinamento, foi iniciada a implantação do Programa, em que os articuladores tomaram um primeiro contato com seus municípios. É possível perceber que cada região possui peculiaridades tendo promovido esse momento de implantação de formas diferentes. Do mesmo modo, houve diferença entre os que começaram as atividades no início do Programa e aqueles que iniciaram posteriormente. Algumas regiões promoveram uma apresentação formal, iniciada pelo DRS e CGR, para posteriormente apresentá-los às equipes de saúde. Outras regiões promoveram uma apresentação mais direta, realizada pelos próprios articuladores em seu primeiro contato com os municípios no início das entrevistas de diagnóstico (primeira tarefa que lhes foi passada). A seguir, apresentamos dois trechos de entrevista, o primeiro, do articulador E2 que está no Programa desde seu início, e posteriormente, E5, articulador que entrou depois.

Trecho1:

E2: é, aí a gente, claro que antes da gente ir pros municípios a gente recebeu todo um treinamento... aí nós fomos, nós viemos pro DRS e fomos apresentados, aí existe o CGR, o Colegiado de Gestão Regional, onde nós fomos apresentados para os gestores, expondo o que nós éramos, o que nós íamos fazer, qual que era o nosso papel... pegamos esse folderzinho ((mostrando o folder)) fizemos power point explicamos ... o diretor do DRS nos apresentou e nós nos apresentamos falando o que era o nosso papel, porque a gente já tinha recebido orientação do que era, como nós iríamos trabalhar... os primeiros encontros da gente era assim, o que é e como você vai trabalhar...(L47, P5 – L5, P6).

Trecho2:

E5: isso... já comecei com as viagens... aí depois quando eu entrei, entrou mais alguns articuladores, então às vezes tinha reunião em São Paulo, só com os novos... né? mas assim... eles tiveram mais capacitação do que eu... e... eu acho assim, eles deviam ter ido comigo no começo, nos municípios...

Giovanna: você foi sozinho...

E5: sabe? me apresentar... e tal... eu fui sozinho...

Giovanna: a primeira vez você foi sozinho...

E5: fui sozinho... (L15-L22, P6).

Os municípios receberam bem os articuladores. Reconhecem como facilitador desta entrada o fato de já atuarem no sistema de saúde e serem conhecidos pelos profissionais. Apesar de terem sido bem recebidos, comentam sobre a compreensão inicial dos profissionais de saúde a respeito dessa nova função. Muitos profissionais os percebiam como aqueles que teriam o papel de avaliá-los, fiscalizá-los e controlá-los, essa ideia foi aos poucos trabalhada pelos articuladores, embora os tenha atrapalhado no início, pois sentiram dificuldade para criar o vínculo necessário para o cumprimento da função.

Trecho1:

Giovanna: e quando vocês chegaram inicialmente... nos municípios... como foi a recepção?

E3: eu não tive dificuldade nenhuma, eu conhecia todos... e... os secretários abriam as portas pra mim com muita facilidade, entendeu?(L3-L6, P20).

Trecho2:

Giovanna: teve um pouquinho de dificuldade pra começar então o trabalho pelo o que eles esperavam do articulador?

E9: é, não foi nem dificuldade, mas assim de quebrar um pouco a expectativa no sentido de eu estou junto com você, eu estou do seu lado, e não sei mais e nem estou aqui pra dizer...

Giovanna: pra fiscalizar...

E9: é...

Giovanna: aham...

E9: então tim/ então teve uma desconstrução nesse sentido, e eu acho assim que... assim na minha região eu acho que eu fui bem sucedida nessa desconstrução... sabe?(L38-L48, P8).

Os articuladores comentam sobre dificuldades encontradas até os dias de hoje em alguns municípios. Há sempre aqueles que não recebem bem a atuação do articulador e que, portanto, evitam esse contato, essa postura é avaliada pelos profissionais como algo a depender da gestão.

Em resumo, com base nos relatos e nas informações encontradas na literatura, o programa dos articuladores foi criado pelo governo estadual como uma possibilidade para o cumprimento das obrigações do estado no que concerne ao aprimoramento e qualificação da AB. No entanto, não podemos afirmar com certeza que este foi o principal objetivo, pois este

é um assunto que envolve questões políticas nem sempre perceptíveis para os que observam de fora.

Considerando o objetivo de aprimoramento da AB no estado, a SES buscou selecionar profissionais com altos níveis de conhecimento técnico e experiência na área mantendo, inicialmente, o constante aprimoramento do conhecimento desses profissionais através de treinamentos e capacitações ao longo das reuniões mensais em São Paulo. No entanto, essas reuniões reduziram a frequência, conforme comentam os profissionais. O apoio das Instituições parceiras possibilitou o aprofundamento de alguns temas e o desenvolvimento de instrumentos de avaliação e pesquisa utilizados na atuação dos articuladores e reconhecidos por eles como sendo algo útil. Os municípios receberam bem esta nova proposta, e a maioria dos gestores municipais parecem usufruir desse apoio técnico para o aprimoramento da qualificação da AB em seus municípios.

3.1.2 A prática do articulador

Este tema inclui aspectos que de certa forma abordam a prática do articulador, desde a definição de seu papel, até as atividades desenvolvidas no cotidiano, incluindo os conhecimentos e habilidades reconhecidas por eles como necessários para o exercício da função. Aborda ainda a questão da atuação em situações conflituosas, buscando compreender se esta é ou não uma atividade própria da função do articulador; e por fim, discorre sobre os principais desafios apontados pelos profissionais em sua prática.

Definimos, nesta pesquisa, uma diferenciação entre “papel” e “atividade”, o primeiro se refere aos principais objetivos do articulador, e o segundo são “o quê” fazem para atingir essas metas. A seguir apresentamos a tabela que organiza este tema e os principais sentidos construídos a respeito de cada aspecto:

Tabela 2 - Sentidos construídos sobre a prática do articulador da atenção básica.

A prática do articulador	
Papel / Objetivo da função	<ul style="list-style-type: none"> - Assessorar tecnicamente os municípios em suas necessidades; - Ampliar a comunicação entre as entidades envolvidas na prestação de serviços de AB (SES / DRS / gestores municipais e equipes) - Papel político a favor de um modelo de atenção específico (ativo e atento às possíveis mudanças que se façam necessárias, buscando sensibilizar os profissionais sobre elas); - Dúvidas quanto à dimensão dos objetivos da função, embora esta incerteza seja reconhecida como própria à função e consequência do primeiro objetivo de assessoria mediante necessidades.
Atividades desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> - Inicial: Realizar Diagnóstico da Região; - Avaliar possibilidade de implantação de novas propostas e programas; - Participar das reuniões (do colegiado, da equipe de educação permanente, vigilância sanitária etc.); - Visitar os municípios: momento de análise das condições estruturais e organizativas da prestação de serviços de saúde para levantamento de necessidades de aprimoramento; - Informar os municípios sobre nova legislação ou novos programas; - Apoiar na confecção de documentos e no processo de implantação de algumas ações como: Plano Municipal de Saúde, Elaboração de Relatórios de Gestão, Acompanhamento de indicadores de saúde, Construção do Mapa da saúde etc. - Apoiar e orientar novos gestores.
Atuação em conflitos	<ul style="list-style-type: none"> - Os conflitos são identificados pelos articuladores; - Algumas causas apontadas como disparadoras de conflitos são: falta de conhecimento sobre os papéis de cada um; protecionismo político; a falta de compromisso do médico que atua menos horas do que deveria; mudanças na gestão; e falta de comunicação entre profissionais; - Não há unanimidade quanto ao formato de atuação do articulador em situações conflituosas e nem tão pouco quanto a esta ser uma atribuição própria da função do articulador.
Habilidades / Conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicação: descrevem posturas que facilitam a criação de um vínculo necessário; - Conhecimento teórico e de informática.

Continua

Conclusão

A prática do articulador	
Desafios da prática	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer uma comunicação satisfatória (quando compreendida como boa transmissão de informação); - Negociar propostas mediante falta de recursos dos municípios; - Organizar redes mediante falta de recursos físicos e humanos; - Reorganizar processos de trabalho após mudanças de gestão; - Sensibilizar profissionais de saúde, gestores e população quanto a um novo formato de atuação que não centrado na figura do médico; - Reduzir a incidência das doenças crônicas (a equipe, muitas vezes, não atua com esse objetivo); - Auxiliar os municípios em suas dúvidas quanto a questões financeiras; - Ter paciência para aguardar resultados; - Lidar com equipes reduzidas e com a alta rotatividade; - Resumindo, promover a mudança no modelo de atenção mediante falta de recursos.

São muitos os objetivos descritos pelos articuladores da atenção básica a respeito de sua prática profissional. Podemos destacar, com base na análise, o papel de assessoria técnica oferecido aos municípios em suas necessidades para o aprimoramento da AB. O articulador oferece apoio técnico, orientação e informação tanto para as equipes (administrativas e assistenciais) quanto para os gestores. Nem sempre essas necessidades, como colocado por eles, estão relacionadas a assuntos da AB, mas ainda assim, o articulador pode contribuir oferecendo apoio e orientação a respeito de onde encontrar determinadas respostas.

Trecho 1:

E2: é... então é assim a gente entendia que o meu papel principal era apoiar o município, nas questões da atenção básica, apoiar tecnicamente, e... fazer a articulação mesmo, do gestor com sua equipe (L46-L48, P8).

Trecho 2:

E2: [...] Então, nós viramos elo deles, mesmo que eles estão precisando de outras coisas de outros setores eles ligam pra gente, “ó estou precisando disso” eu falo “ó cê vai falar com fulano e ta ta ...”(L17-L19, P10).

Trecho 3:

E3: [...] trabalhar especificamente com atenção básica... então a gente fica assim... aquilo que a gente pode fazer um pouquinho a mais a gente tenta trabalhar... e aquilo que... não é da nossa atribuição e tem uma outra pessoa... que possa estar auxiliando esse secretário a gente encaminha, indica... não tem esse problema... (L2-L6, P7).

Trecho 4:

E1: então, é realmente assim, assessorar aquilo que eles, que eles sentem necessidade, de repente a gente está fazendo coisa que nem é atenção básica, mas assim, porque eles têm alguém que eles possam é... solicitar uma ajuda, então eles ligam pra gente, isso não acontece em todas as regionais, né? a gente sabe que tem articuladora que tem problema dentro da regional e com os municípios também, eu acho que a maneira de se colocar, né? nós não somos fiscal, nós não somos superiores, a gente está todo mundo tentando melhorar a atenção básica, né?(L1-L8, P7).

Outro objetivo destacado é o de facilitar a comunicação entre as instituições que representam os entes federativos e profissionais que atuam na ponta do Sistema, como por exemplo, a comunicação entre a Secretaria Estadual de Saúde e municípios (gestão e equipe); ou entre o Departamento Regional de Saúde e municípios (gestão e equipe), ou até mesmo entre o gestor municipal e suas equipes. Portanto, o articulador é um profissional que atua em contato direto ou indireto com todas as instâncias de gestão, e, ao mesmo tempo, com os profissionais responsáveis pelo dia a dia dos serviços de saúde. Trata-se, portanto, de uma função criada, também, para organizar e facilitar a comunicação entre todas as esferas de trabalho, da gestão aos profissionais de saúde, por isso o destaque encontrado na literatura quanto à necessidade de possuírem habilidade comunicacional (Andrade & Castanheira, 2011; ObservaRHSP; Secretaria de Estado da Saúde).

Trecho1:

E10: Foi... e além disso, o que eu acho que foi fundamental também... é o papel que a gente faz de/ da gente se articular aqui dentro... então antes... assim, é fragilizado o trabalho na... é fragmentado o trabalho na regional? Ele é... mas a gente consegue... eu acho que nós articuladores somos as pessoas que mais consegue juntar as pessoas aqui, né? a gente consegue juntar financeiro... consegue juntar vigilância... consegue juntar, o pessoal da... da... educação permanente, a partir dos nossos diagnósticos a gente conseguiu vários projetos junto com... o Centro de Desenvolvimento e Qualificação de Pessoal.. então eu acho que a gente consegue tanto ser esse elo de ligação entre gestão e município como também ser um elo de ligação entre a regional, be/ intra-regional mesmo, e da regional com eles... né?(L12-L22, P9).

Trecho 2:

E1: papel de ser a ligação, um elo entre Secretaria de Estado da Saúde e os municípios e pra isso a gente tinha que ter uma bagagem teórica pra ta trabalhando com os municípios (L17-L19, P4).

Trecho3:

E3: a gente é o elo de ligação... entre... entre a DRS e o município... a gente é o elo... né? é a referência pro... pro gestor municipal, né? na atenção básica... e assim... esse elo ele... a gente... todo conhecimento que a gente tem... a gente tenta transmitir

repassar multiplicar... dentro... dentro do município pro gestor municipal... como pras equipes de saúde... (L10-L14, P7).

Apesar de ser uma função que mantém o contato direto com todas as esferas de atuação (da gestão à ponta do sistema), é necessário que este profissional se mantenha fora das ações político-partidárias, mas ao mesmo tempo, que se posicione, que atue a favor da AB, de modo a oferecer respaldo teórico e técnico no que diz respeito a essa proposta. Nesse sentido, destacam um “papel político”, não no sentido de atuar defendendo determinados partidos políticos, mas no sentido de defender um modelo de atuação, de se posicionar perante aos erros, ou falhas que encontra em seu dia a dia nas ações e serviços prestados pelos municípios à população. Assim, como referido por Andrade e Castanheira (2011) este papel é descrito como político por compreender uma postura atenta e ativa nessa relação que estabelece com seus municípios.

E1: é... ele tem que ter um senso muito crítico em relação a política, certo? Não nós, nós não somos políticos, nós não nos envolvemos em política, e município... principalmente município, quer ter muito em questões políticas, certo? Pra facilitar alguma coisa, pra interceder, então assim, a gente não tem esse papel político, dentro... do município... não é / todo mundo é político, na realidade, mas a gente não faz política partidária, a gente faz política de saúde pra melhorar aquilo que está precisando[...]a gente é um profissional técnico e assim, aquilo que a gente for questionado da parte técnica a gente pode opinar, mas parte política não... (L27-L37, P12).

Portanto, o articulador possui um papel ativo em busca do aprimoramento da AB. Sua atuação deve estar pautada em uma nova lógica, aquela que propõe a mudança do modelo de atenção com enfoque na APS. Com esse objetivo, oferece orientação técnica, **e/ou**, mais do que isso, procura sensibilizar gestores e equipes para que eles se sintam motivados e responsáveis pelas mudanças propostas. Esse modo de atuação possibilita ao gestor compreender a importância e utilidade do investimento nos cuidados primários, e às equipes a considerarem a importância de sua atuação neste processo de mudança, podendo inclusive sensibilizar a população quanto à nova proposta.

Trecho1:

E8: [...] a gente tenta sensibilizar mesmo a equipe a importância... o porque que você tem que ter um diagnóstico precoce, né? dando esse exemplo da gestação, né? então sabe que com isso vai diminuir mortalidade... e aí às vezes aquele município o impacto de mortalidade é bem potente, é alto, morre muito, então porque que tá morrendo, né? então assim as coisas que estão disponíveis hoje na rede... então assim

a gente tem muita coisa disponível, mas às vezes acaba que a equipe fala “eu não to nem sabendo” né? então a gente também tem esse papel de ta levando informação pra equipe... (L42-L50, P7).

Trecho2:

E3: [...] outra coisa assim que eu falo assim que é o que eu mais luto... é... a definição do modelo de atenção a saúde...(L16-L18, P18).

O articulador precisa estar sempre presente e atento aos passos dados pelos municípios, não com o intuito de fiscalizá-los, mas sim de auxiliá-los a pensar em possibilidades para o aprimoramento da organização dos serviços e promoção da saúde na região, afinal o articulador não deve executar as propostas construídas, mas sim acompanhar o processo de construção e implantação como um assessor direto de todo o processo (ObservaRHSP).

Em resumo, o papel do articulador pode ser compreendido como o de alguém que ouve, fala e informa, com o objetivo de promover o alinhamento entre as propostas dos entes federativos, e de promover a indução de mudanças que se façam necessárias para a qualificação e transformação da AB no estado. Por outro lado, podemos compreender também, com base no diálogo estabelecido nas entrevistas, que por vezes, a atuação se torna altamente distante e tecnológica, em que os articuladores são reconhecidos como os “novos informantes” - uma atuação restrita ao transporte de novas informações ou aplicação de instrumentos, a partir de um modo prescritivo e pouco envolvido com o processo de transformação.

Como colocado, o papel do articulador é abrangente. Este aspecto gera certa imprecisão e dúvidas por parte dos articuladores a respeito de quais seria o seu papel e quais seriam as atividades próprias de sua função.

Giovanna: uhum... e aí você começou a me falar um pouquinho das suas dúvidas, né? Que você também tem dúvidas, e aí eu queria que você lembrasse um pouco mais, que outras dúvidas você tem com relação a sua própria função?

... ..

E1: então, exatamente até onde eu chego, e até onde eu não devo chegar... então por exemplo, o município vai implantar a... uma equipe de sau/ de estratégia de saúde da família... tem que orientar, na realidade a gente tem que fazer tudo pro município, ele não tem capacidade TÉCNICA, não tinha, agora não sei esses novos secretários... porque eles não sabiam fazer um projetinho, não sabiam fazer uma justificativa, nem de estar seguindo a portaria como é que tem que ser feito, então, a gente acaba fazendo pelos municípios... certo? é... não é culpa deles... eles também não tem preparo... não sabem... o prefeito não soube escolher seu secretário... de repente é

uma pessoa que não tem, assim, uma capacidade técnica pra estar fazendo... e a gente acaba fazendo por eles... (L12-L25, P18).

Apesar das dúvidas, esclarecem que esta é uma característica própria da função que foi criada para apoiar as necessidades, e que obviamente torna-se impossível controlar as demandas que aparecem de modo diferenciado em cada município e em épocas distintas. É possível concluir, então, que mudanças ocorrem continuamente nessa prática, afinal, os articuladores são hoje vistos como assessores de todos os assuntos concernentes à Atenção Básica, e por isso, atuam em diversos contextos. Mas ainda assim, é importante refletirmos sobre a formação e sobre o modo como vêm ocorrendo o acompanhamento desses profissionais. Como apontado anteriormente, houve diminuição das reuniões em São Paulo, talvez este seja um fator importante para esta questão sobre o sentimento de dúvida frequente quanto ao próprio papel. As novas demandas aparecem, no entanto, não há um acompanhamento que auxilie os articuladores a se adaptarem a elas.

E2: [...] agora em relação ao nosso papel, no primeiro encontro ficou muito claro pra gente o que que era, só que no decorrer dos anos as coisas vão mudando no decorrer do nosso trabalho... e isso tinha / tinha hora que botava em confusão, “ah mas eu sou isso, mas eu já estou fazendo coisa que/ que não é minha...” e isso aconteceu no processo, mas era inevitável... porque as demandas, conforme você vai se articulando com os municípios e conforme se articula com o DRS são demandas (L42-L48, P7).

Devido a esse papel de assessorar as necessidades e à variação das mesmas, a definição de atividades mostrou-se uma tarefa árdua. Sendo assim, buscamos através dos exemplos citados por eles definir algumas das atividades que obviamente não correspondem à totalidade, mas que funcionam aqui como exemplos do que fazem e como fazem para cumprir os objetivos apresentados anteriormente.

A atividade relatada no início do Programa se resume ao levantamento do diagnóstico através de entrevista direcionada. Além da entrevista utilizaram também como instrumento para esta análise, os sistemas de informação onde ficam registrados os indicadores de saúde. Após esse primeiro momento de levantamento, os articuladores tiveram como objetivo levantar as necessidades específicas de cada município e fazer quatro propostas de melhoria, como implantação de novos projetos, ou programas que fossem considerados úteis naquele momento. Esta primeira etapa do diagnóstico pode ser contemplada no artigo de Andrade e Castanheira (2011), em que as autoras apontam os primeiros resultados desse trabalho inicial.

Trecho1:

E6: aí... coisas assim que nem quando a gente entrou tinha que fazer um diagnóstico... nosso trabalho de aprendizado de tudo a gente teve que começar fazendo um diagnóstico dos municípios de indicadores de entrevista com o gestor de ir lá... de... de fazer assim, de conhecer o município mesmo... de ir em cada unidade visitar, ver os problemas conversar com os técnicos e isso foi o início do nosso trabalho, né? e... e fazer esse diagnóstico, era uma tarefa e aí eles colocaram a plataforma “moodle” que é o que a gente trabalha... a gente se comunica com São Paulo... eles mandam as tarefas por lá... a gente tem que acionar, olhar lá todo dia, né? é... e posta as tarefas lá o que eles pedem tudo...(L35-L43, P10).

Trecho2:

E1: ... eles passavam assim algumas, vamos dizer assim, alguns trabalhos pra esse mês... esse mês você vai levantar um diagnóstico dos seus municípios, o que eles tem, é, qual que é a estrutura física, como, como que tá de recursos humanos, o que que eles apresentam de problema com relação a atenção básica, então nós fizemos num primeiro momento um diagnóstico de cada município... baseado nesse diagnóstico a gente tinha, dentro do trabalho a gente tinha que fazer uma proposta, uma meta, pra estar atingindo, pra melhorar alguma coisa que não tivesse boa, então, por exemplo, eu me lembro que a minha era implantar... ah... o teste rápido hã, nas unidades de saúde, em todas as unidades de saúde do meu colegiado... (L9-L20, P6).

Trecho3:

E2: [...] aí as primeiras vezes que a gente foi ao município, nós fomos pra fazer diagnóstico, então a gente tinha questionários que a gente tinha q/q vinham lá de São Paulo pra gente fazer o diagnóstico... (L10-L13, P6).

Trecho4:

E2: aí tínhamos uma entrevista com a equipe, sobre o processo de trabalho... como é que eles trabalhavam... como é que era... porque pra/ assim, embora a gente achava que conhecia, mas pra eu poder ir lá e desenvolver um trabalho eu primeiro eu precisava sentir, como é que tá, o que que é, ou por onde eu ia começar, eu não podia montar estratégia pra cada município igual... pra cada município eu tive uma estratégia... e depois, nós tínhamos que /que... estabelecer em cada município quatro grandes problemas... pra mim... pra começar trabalhando nesses quatro grandes problemas... por exemplo... atenção à saúde da mulher... precisava me organizar e o que... e qu/ quatro problemas que a gente dava conta de aj/ conta de ajudar, porque não adianta nada também... você pegar e sonhar, né?(L29-L39, P6).

Posteriormente a esta atividade inicial, os articuladores mantiveram um contato direto com a SES e com os municípios, buscando sempre atender às necessidades de ambos. Neste início, conforme relato, a Secretaria passava algumas atividades que deveriam ser cumpridas, como, por exemplo, a implantação de novas propostas e programas. Essa comunicação com a SES era feita através de uma plataforma, um sistema de informação, a plataforma Moodle (Andrade & Castanheira, 2011). Após a realização das atividades enviadas pela SES, os articuladores eram orientados a escrever relatórios e enviá-los via plataforma.

Atualmente esse direcionamento parece ter diminuído, o que pode oferecer maior liberdade de atuação para os profissionais ou, ao mesmo tempo, a sensação de falta de acompanhamento, gerando muitas vezes dúvidas quanto ao papel a ser desempenhado. Como descrevem, embora em alguns momentos haja maior liberdade, há, também, uma sobrecarga de atividades, pois são convocados a participar de todas as reuniões sobre a Atenção Básica, como por exemplo: reuniões do colegiado; das equipes de educação permanente; da vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; reuniões da SES; reuniões das equipes nos municípios; reuniões com os articuladores da mesma região; reuniões com articuladores da RRAS XIII; reuniões com o gestor municipal, dentre outras. Essas reuniões têm o objetivo de promover alinhamento das ações e discutir alguns problemas específicos de cada município, mas como relatam, nem sempre elas se configuram como espaço útil de discussão.

E5: é então... é... é isso... eu até coloquei um pouco aqui ó ((mostra um papel escrito))... a gente faz muito esse projeto de credenciamento... é... é... incentiva, né? a mudança do modelo de atenção... reuniões... participa de muita reunião... diagnóstico de saúde a gente tem que fazer e ir alterando ele conforme... os outros, né? (L33-L37, P11).

Uma das principais atividades relatadas por eles é a visita aos municípios. As visitas se configuraram inicialmente como a principal atividade a ser desempenhada por eles, algo reforçado pela Coordenação. Mas devido à grande demanda de trabalho interno houve diminuição da frequência dessas visitas. Os profissionais chegam a dizer do desejo de acompanhar mais de perto seus municípios, mas relatam a sobrecarga de tarefas que os impediam no momento de realização das entrevistas.

Essas visitas contribuem para a aproximação do articulador com os profissionais, ao mesmo tempo em que oferecem respaldo para a análise sobre a situação da saúde de cada região. Estando ali em contato direto com a realidade, os articuladores são capazes de perceber as deficiências ou necessidades de cada contexto de trabalho, se estão relacionadas ao espaço físico (como adequação das salas, dos equipamentos, da limpeza do local e etc.); se relacionadas às relações (problemas de relacionamento entre profissionais, entre gestor e profissionais ou entre profissionais e usuários); à organização dos processos de trabalho (correspondência entre os papéis de cada um e sua boa execução); à gestão (problemas entre o que os gestores direcionam e o que os profissionais compreendem como sendo o papel deles) dentre outras possibilidades. Nesse sentido, são capazes de levantar diagnósticos e de auxiliar os profissionais e gestores a pensarem sobre suas práticas e sobre as possibilidades de

aprimoramento. Mas, apesar de haver a possibilidade de um contato direto com a realidade local, nem sempre é possível que esta se realize devido a outras atividades como explicitado anteriormente, ou simplesmente por receberem tarefas como aplicação de programas prontos, promovidos pelo Ministério da Saúde ou Secretaria Estadual, o que os impedem de promover projetos, ou ações específicas para cada região. Há inclusive um incentivo financeiro para os municípios que aderem a determinadas propostas estabelecidas a nível nacional.

Sendo assim, os articuladores têm a obrigação de estarem atentos aos novos programas ou portarias lançados, pois devem informar os municípios sobre as mudanças, ou novidades. Essa informação pode ser realizada através do envio de e-mails; de conversas informais, ou então através de treinamento solicitado por eles ao CDQ (Centro de Desenvolvimento e Qualificação). Esses treinamentos, eventualmente, são propostos e formulados pelos próprios articuladores de acordo com a necessidade e disponibilidade de cada município.

Trecho1:

E4: o Ministério... o Ministério da Saúde solta uma portaria, por exemplo o PMAQ que é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso à Qualidade da Atenção Básica, então qual que é o papel do articulador aí? É mostrar o passo a passo, é ir lá no município, incentivar a adesão, “olha... o PMAQ é uma coisa boa...” eles vão avaliar, o município abre a porta pro Ministério da Saúde entrar, né? eles vão avaliar a equipe, mas a gente também tem que ver se o que a gente tá fazendo se tá certo, né? e... mas vocês vão ter um auxílio, vai ter um bônus aí, porque o PMAQ cai vinte por cento depois sessenta por cento, e no final cem por cento conforme o resultado, né?(L12-L20, P6).

Trecho2:

Giovanna: o que que ele ((articulador)) tem que fazer?

E5: então... é apoio técnico pros municípios... a gente manda muito e-mail... tudo que chega de São Paulo... coisa nova... Programas novos... a gente manda e-mail, vai no município, vê se tá... como é que tá... a gente ajuda eles fazer adesão aos programas... a gente faz, oficinas aqui, chama eles pra... pra tá... apoiando, formando e... ajudando...(L20-L27, P7).

Trecho3:

E13: [...] que eu acho que também é esse o papel do articulador... né? de ajudar... a fazer o curso introdutório, a melhorar a qualidade, né? da educação permanente (L34-L36, P4).

Esses profissionais atuam ainda oferecendo apoio na confecção de documentos e no processo de implantação de algumas ações como: Plano Municipal de Saúde; Conferência Municipal de Saúde; Elaboração de Relatório Anual de Gestão; Acompanhamento dos indicadores de saúde e auxílio ao gestor no que concerne ao planejamento; Implantação das

Redes (linhas de cuidado); Construção do Mapa da Saúde; Organização do processo de trabalho (construindo ou revisando protocolos ou esclarecendo dúvidas quanto ao papel de cada um de modo a organizar a articulação do serviço); Organização do espaço físico das Unidades; Apoio no preenchimento do Sistema de Informação; Aplicação de questionários quando necessário; Elaboração de projetos ou relatórios quando necessário; Apoio nos processos do Programa “Requalifica UBS”; Cobrança de envio de relatórios por parte dos municípios para que eles possam receber os recursos financeiros; Quando necessário auxiliam na definição de territórios; Organização de referência e contra-referência (embora não seja uma ação prevista, atuam se for necessário); Promoção de discussões nas equipes sobre temas de saúde; Promoção de rodas de conversa com o intuito de empoderar as equipes para que elas se sintam capazes de atuar em novo modelo⁸; Orientação aos gestores com relação ao que negociar nas reuniões do colegiado; e Fortalecimento do coordenador municipal da Atenção Básica para que os municípios criem independência com relação ao articulador. Algumas destas atividades possuem caráter fortemente administrativo e técnico como a confecção e análise de documentos, algo que, muitas vezes, os impossibilita de estar em contato direto com os municípios através das visitas.

Trecho 1:

E2: atividades relacionadas... tecnicamente que ta ligada ao município, então tudo que está relacionado a atenção básica, então vamos colocar, o gov/ o Ministério manda a portaria que ele vai reformar as unidades ampliadas, a gente tem que ajudar os municípios a fazerem isso, mas tudo q/ é tudo com processo, então a gente tem que cuidar desses processos, assim, a parte toda da atenção básica que envolve qualquer coisa que eles peçam, e vem através de processos, quem coordena é a gente...(L27-L33, P10) [...] é... o município quer montar uma equipe de estratégia de saúde da família, então a gente da toda a orientação pra ele, aí ele manda o processo, é a gente que consolida, e fala se está bom ou não e manda, então isto, essa questão administrativa de processos da atenção básica qualquer coisa que seja implantada, passa pela gente, até porque a gente precisa ver se isso é viável ou não pro município, né?(L35-L40, P10).

Por fim, a principal atividade desenvolvida no semestre de realização das entrevistas, bastante comentada como sendo a linha norteadora naquele momento, foi o trabalho de acompanhamento e orientação dos novos gestores. As eleições haviam sido realizadas recentemente e os municípios estavam com novos prefeitos e novos secretários de saúde, ou seja, com novos horizontes de atuação política, assim, os articuladores atuavam oferecendo auxílio para a formação desses políticos que em sua maioria não possuíam, segundo eles,

⁸ Aspecto melhor discutido no segundo momento da análise

conhecimento ou experiência na área da saúde, o que se mostra bastante problemático, pois os articuladores acabam se voltando para a formação dos próprios gestores, o que parece ser bastante contraditório.

A principal justificativa dada pelos articuladores para a falta de conhecimento dos secretários de saúde é o fato de ocuparem um cargo de natureza política. No entanto, consideramos que esta deveria ser a principal razão para se cobrar um conhecimento mínimo na área, afinal, este é um cargo de extrema responsabilidade estando a ele condicionada a organização e o modelo de atenção da saúde dos municípios. No entanto, a nova função do articulador, acaba substituindo a gestão pouco instruída. Assim, o que deveria se constituir como assessoria pode, em alguns casos, a depender da região, funcionar como o papel do próprio gestor. Este tipo de situação deve ser analisado com cautela, afinal, sobrecarrega o articulador e exime o gestor de suas responsabilidades.

E3: na DRS... então, por exemplo, a gente não teve a possibilidade de estar visitando com uma certa frequência... essa alteração dessa mudança... política, né? nesses... últimos três, quatro meses... nós agora estamos trabalhando mais intensamente com os secretários de saúde, por quê? Porque teve uma alteração de aproximadamente setenta a oitenta por cento dos secretários de saúde, na minha região foram todos... os municípios todos... mudaram... então... são outras pessoas que você vai ter que trabalhar, né? diretamente com essas pessoas, e elas muitas vezes, elas ainda não tem aquela expertise de poder tá... tá... ... entendendo como funciona com a máquina... a máquina da saúde... né? Ela... ela muitas vezes não entende, tem muita dificuldade de interpretar... sabe? e a gente tem que... colaborar... (L17-L27, P14).

Quanto a atuação voltada para situações conflituosas, embora os participantes reconheçam a presença dos conflitos como algo que influencia suas práticas, nem sempre reconhecem esta como sendo uma atividade própria da sua função, e chegam a comentar sobre um Programa recente, dos Articuladores da Humanização, que seria uma proposta para o cuidado dos aspectos micropolíticos, das relações entre os diversos atores dos serviços.

Trecho 1:

Giovanna: tá... e aí eu fiquei com uma pergunta na cabeça, que você falou que às vezes entra em contato com as equipes, né? e tudo mais.... é... eventualmente acontece de alguma equipes estar...

E3: vem... ((interrompe))

Giovanna: ((continua)) estar de repente em conflito? A equipe não se conversa...

E3: demais da conta... demais da conta... existe muito... (L47, P15 – L3, P16).

Trecho2:

E2: ... porque às vezes a gente tinha que sentar com a equipe... até questão de relacionamento entre equipe... a gente da uma mediada, pra poder resolver as coisas... (L43-L45, P6).

Trecho 3:

Giovanna: entendi... e assim, eu entendi que essa é uma coisa que acontece raramente? Esse, esse tipo de problema?

E2: não, o conflito até existe a gente sabe, mas não que chegue até mim...

Giovanna: hã...

E2: né? quando chega até mim eu ajudo, mas não é uma coisa que é meu papel de eu chegar lá e falar “você estão tendo conflito, quer ajuda?” não... às vezes nas conversa, como eu estou conversando com você eu converso com o gestor, e eu falo assim “ó mas não consegue...” eu digo assim “ó mas e se você fizesse isso assim” entendeu?(L46, P19 – L5, P20).

Trecho 4:

Giovanna: e eu fiquei pensando assim, se tivesse de repente, não que vá ter uma função só pra isso, né? mas de repente algum profissional especializado que pudesse dar esse suporte...

E2: hoje foi criado o articulador da humanização no estado também, semelhante ao nosso, igual ao nosso que está começando a trabalhar agora...

Giovanna: uhum...

E2: e a gente até entende que ele vai trabalhar essa parte, a gente até vai trabalhar junto, você está entendendo?(L27-L34, P20).

As causas dos conflitos identificadas pelos profissionais variam. Dentre as causas estão: à falta de conhecimento com relação aos papéis de cada um; questões políticas como protecionismos dentro dos serviços (profissionais que mesmo sem possuir competência para assumir um cargo continuam atuando devido a acordos políticos); falta de separação entre vida pessoal e vida profissional; a presença do médico, apontada como uma das principais fontes de conflito, por ser ele o profissional com melhor salário e mais valorizado pela população, em contraste com o fato de ser o que trabalha menos horas; a mudança de gestão, devido aos novos direcionamentos ou devido à falta de confiança que estabelecem com profissionais escolhidos pela gestão anterior; e, falta de comunicação entre os profissionais, que, muitas vezes, não conseguem esclarecer problemas mínimos por não criarem espaços para o diálogo e convívio das diferenças.

Trecho1:

E3: existe, existe muito isso ((refere-se a conflito))... e, por exemplo por que que existe isso? Porque... não é só o problema do comprometimento... alguns profissionais... eles estão encaixados dentro de uma equipe de saúde por... por condições políticas... e alguns outros tipos de detalhe desse tipo... e também pela empatia de algumas pessoas, você entendeu? Dentro da própria equipe... então o

pessoal deixa de trabalhar em nível profissional pra trabalhar em nível pessoal [...].... o município pequeno ainda a política prevalece sobre a qualidade profissional...(L5-L16, P16).

Trecho2:

Giovanna: que o articulador tem o papel de ajudar nesse tipo de coisa... ((situações conflituosas))

E4: não... tem... as enfermeiras cobram, né? “ah E4, a gente vai fazer uma reunião de equipe ta acontecendo isso, isso e isso, tem jeito de você ta presente nessa reunião?” eu sou muito convidado pra tentar solucionar problemas desse tipo...

Giovanna: problemas de relacionamento?

E4: de relacionamento... “ah mais essa auxiliar de enfermagem, ela não gosta de mim, ela é parente do prefeito, então fica me perseguindo... ela fala que... que eu não faço isso... conta direto lá pro prefeito, e o prefeito fica me perseguindo”, aí eu tenho que entrar no meio do assunto, mas é... e... (L30-L39, P8).

Trecho 3:

E4: por exemplo, é um município aqui próximo... os agentes não saia pra fazer visita, até sair pra fazer visita, aconteceu em dois municípios, ia pra casa dormir, entendeu? Saia cedo, ia até a unidade, batia o ponto, falava que ia fazer visita, mas ia pra casa, ou ia lavar roupa, ou ia, né? e aí... foi descoberto... a enfermeira, que é a supervisora deles pôs a tona na reunião, e eu estava presente, aí eu falei, “olha vamos discutir o que que é o papel de cada um, né?” aí mostrei pra eles, essa questão do pacto que o município tem com o estado e o Ministério, as metas que tem que atingir e o papel deles pra fazer com isso venha a acontecer, né? então assim fica uma coisa bacana, porque melhorou muito, né? pelo menos pio/ até onde eu sei... acontece, mas não acontece com tanta frequência, entendeu? (L14-L24, P8).

Quanto à atuação, os entrevistados compreendem como sendo necessária, principalmente quando notam o conflito atrapalhando o funcionamento geral dos serviços. Assim, mesmo aqueles que não consideram ser sua função atuar como facilitador de conflitos colocam que, eventualmente, quando esses conflitos atrapalham o funcionamento da AB, deverão atuar de modo a amenizar a situação, ou pelo menos construir espaços para a promoção de diálogo para que os profissionais consigam se entender.

Trecho 1:

Giovanna: então o articulador ele tem também essa função de identificar esses probleminhas... relacionais e... se conseguir fazer com que...

E9: identificar... ... ou pelo menos ajudar alguma coisa, entendeu? Mas assim, a gente percebe que esses enfrentamentos são muito difíceis da unidade básica fazer... existe assim, algumas relações de poder que a gente não conhece muito entendeu? (L19-L24, P18).

Trecho2:

Giovanna: é... o articulador, ele tem algum papel, assim, nesse ponto? Ah... eu fui lá identifiquei que essa equipe não trabalha por questão de conflito... de relação

mesmo... e aí? O articulador ele pode fazer alguma coisa? Como que ele pode fazer alguma coisa? ou não... não é uma função do articulador, ele tem que encaminhar, ele tem que...

E6: não... eu acho que tem assim... não... talvez uma coisa direta e pontual... ah tá tendo conflito/ briga esse com esse, né? ((depois disso ela conta um exemplo pra dizer que em alguns casos o articulador pode agir com conversa, ou orientação)) (L31-L37, P18).

Varia bastante o formato de atuação, dentre as possibilidades estão: rodas de conversa, em que abrem espaço para que as pessoas digam suas dificuldades de modo direto (conflito declarado) ou indireto (percebem o endereçamento de determinadas falas, mas não chegam a declarar o conflito); atuação particular, em que chamam aqueles em conflito para uma reunião privada; repasse do problema para o gestor, quando percebem a impossibilidade de ações e o prejuízo causado no funcionamento dos serviços. Esta atuação é considerada uma das últimas opções, pois como colocam, há a possibilidade de redução da confiança por parte dos profissionais.

Trecho1:

E13: [...] eu quando tem conflito, eu normalmente chamo as pessoas pro profissional, ou você é profissional, ou você é profissional pra mim não tem meio/ meio termo não, entendeu? ... então tem que ser o profissional que tá ali pra trabalhar, né? e eu... eu levo muito... eu falo que eu vou, e o pessoal acaba me aceitando bem porque eu tento... trazer muito assim... a... a questão de vida, né? de qualidade de vida, de qualidade de trabalho, pra se estressar menos, pra tentar se organizar mais pra poder trabalhar, né?(L7-L14, P10)

Trecho2:

Giovanna: e o articulador, ele pode fazer alguma coisa?

E3: ele tenta trabalhar isso... e levar a bom termo...

Giovanna: como assim?

E3: tenta... tenta mostrar, eu acho assim... primeiro você tenta mostrar que não pode ter essa confusão...

Giovanna: aí encontra todo mundo?

E3: exatamente... não pode ter confusão entre o lado profissional e o lado... o lado pessoal... primeiro passo é esse... (L33- L40, p16).

Ao considerar todos esses papéis e atividades, direcionamos uma questão a respeito das habilidades ou conhecimentos reconhecidos por eles como necessários para o exercício da função. Apesar desta pergunta funcionar como um convite para pensarmos a prática do articulador de forma individual, como se os resultados do trabalho dependessem unicamente das habilidades e conhecimentos dele, ressaltamos que ao delinear o roteiro de entrevista buscávamos através dela encontrar uma forma de conhecer as exigências de atuação dessa

nova função profissional e não direcionar as habilidades e conhecimentos como únicos responsáveis pelo sucesso, pois sabemos que os resultados das práticas dependem de outros aspectos contextuais.

Nesse sentido, consideramos necessário apresentar a definição adotada do termo *habilidade* nesta pesquisa. Com base em uma postura construcionista social, reconhecemos o termo habilidade como sendo um recurso construído relacionalmente. Assim, a habilidade não é compreendida como um traço de personalidade, algo interno e existente nos indivíduos, mas sim como recurso construído nos momentos de interação e que facilita o processo de coordenação das práticas, ou, especificamente, o exercício da função profissional do articulador. Compreendemos que a postura do articulador pode produzir convites, modos específicos de ações futuras, no entanto o resultado desses convites somente poderá ser analisado na relação que se estabelecerá. Neste sentido, o convite feito pelo articulador, somente poderá ser reconhecido como bom ou ruim a partir da resposta dos profissionais, e da utilidade percebida por eles em seus contextos específicos de ação.

Entendemos, portanto, a habilidade como sendo um recurso construído nas relações, algo bastante específico a cada encontro estabelecido, e não somente determinado pela postura de um profissional, mas também pelas respostas que este obtém ao coordenar suas ações com os demais. Assim, ao questionar sobre habilidade, buscamos compreender a forma como os articuladores constroem sentidos a respeito das relações estabelecidas em seu cotidiano e reconhecidas por eles como recursos positivos para a coordenação conjunta (com os profissionais dos municípios) em sua prática.

As principais habilidades descritas se referem aos modos reconhecidos como boas maneiras para se iniciar a construção de um vínculo que permita o estabelecimento da comunicação. Como colocado, este tema será abordado de forma detalhada na seção seguinte, em que o processo de comunicação será analisado. Sendo assim, neste momento destacaremos apenas as habilidades apresentadas, sem a intenção de refletir sobre elas.

As habilidades descritas como necessárias para uma boa comunicação incluem: não chegar apontando críticas; ter tato ao falar; ter humildade; não impor as idéias; estar sempre flexível para pensar outras possibilidades; perceber as especificidades de cada um de modo a promover abordagens diferentes, ser observador, ter empatia, o que ajuda a criar o vínculo; ter poder de argumento para sensibilizar, ou seja, para criar necessidade de mudança no outro, ou para convencer sobre novas propostas; ter facilidade para se relacionar e criar vínculo; saber ouvir, principalmente as dificuldades dos municípios; ter boa vontade para ajudar; fazer perguntas ao invés de dar respostas, o que auxilia a criar a responsabilização pelas soluções

criadas; propor soluções; ter paciência para aguardar o tempo de resposta de cada um (quando nesses momentos de reflexão); ter paciência para estudar muito, ler portarias; e, por fim, ter perseverança, não desistir, estar sempre ativo e acreditando.

Essas habilidades decorrem da análise do conjunto das respostas, assim, não pretendemos generalizar o formato como atuam, pois há diferenças perceptíveis nos modos como estes profissionais compreendem sua função e se colocam na prática a depender do contexto. Essas diferenças serão melhor abordadas no segundo momento da análise.

Trecho1:

E1: Eu acho que ele tem que ter em primeiro lugar o bom senso...

Giovanna: me fala assim, o que que é bom senso... pra você...

E1: bom senso é... é não / não chegar lá e ver tudo errado e ficar, criticando, né? não, não... é pelo menos eu não faço isso, né? a gente tá lá pra tentar melhorar aquilo que não tá certo... ele precisa ter humildade, porque, ele não sabe mais do que ninguém, todos nós sabemos, eu vou lá, às vezes eu vou lá pra orientar, mas eu também aprendo (L16-25 P12).

Trecho2:

E1: [...] como que eu diria assim, um tato pra lidar com as pessoas, né? você não pode chegar nem com arrogância, né? querendo se impor, você tem que ter humildade, você tem que ter a maneira de conversar com as pessoas, de ser gentil, né? (L4-7 P13).

Além dessas habilidades de comunicação, eles descrevem a necessidade de possuir conhecimento teórico, técnico e de informática, o que os ajuda a produzir análises, diagnósticos, pensar projetos e auxiliar os municípios em suas dificuldades. Destacam ainda a necessidade de se mostrar seguro e tranquilo, de trabalhar sempre com transparência, estando junto com os municípios.

Trecho1:

E2: pra ser articulador? Eu acho que você tem que ter conhecimento técnico, fundamental... (L41-L42, P16).

Trecho2:

E1: tudo que eu for ensinar eu preciso saber, né? por exemplo, se eu for falar alguma coisa de vacinação, de aplicação de vacina de calendário de vacina, eu tenho que me preparar e tenho que ir lá falar, por exemplo, se eu chego numa sala de vacina, e vejo que tem... é... o que não deve ter dentro de uma sala de vacina, é lanche é coisa na geladeira, é lógico que eu vou orientar, né? e falar... (L40-44, P12).

Ao demonstrar confiança no Programa comentavam sobre a necessidade de acreditar no potencial do SUS, da Atenção Básica, e principalmente de gostar do que faz. Essa ideia

traz a noção, ou discurso, de que ao gostar do trabalho se tem mais motivação para enfrentar as dificuldades ou desafios, conforme também descrito por eles.

Dentre os desafios relatados destacamos: dificuldade para lidar com pessoas, pois muitas vezes estas compreendem de forma diferente aquilo que se quer dizer; dificuldade para se fazer entender; dificuldade para negociar propostas de um modo que seja possível para o município cumprir, às vezes os municípios não possuem os recursos mínimos para fazer mudanças, ou simplesmente possuem outros interesses; lidar com a falta de recursos para motivar os profissionais a trabalharem de um jeito adequado, ou seja, é um desafio fazer a AB funcionar porque, em alguns casos, os profissionais estão desmotivados devido aos baixos salários ou por não possuírem instrumentação ou conhecimento; organizar as redes também se torna um problema com tantas dificuldades de recurso, tanto físicos quanto humanos; reorganizar processos de trabalho já estabelecidos após a chegada de nova gestão, muitas vezes o prefeito modifica a linha de atuação na saúde do município e quando isso ocorre projetos desenvolvidos são deixados de lado; é um grande desafio sensibilizar os médicos do serviço a atuarem em uma nova lógica, menos centrada na urgência e mais voltada para a promoção e prevenção, além da dificuldade que possuem para reconhecer a importância do trabalho de toda equipe; do mesmo modo é um desafio acompanhar as doenças crônicas evitando o agravamento através de um trabalho de prevenção e mudanças de hábito, a equipe nem sempre está fortalecida e não atua como deveria para que isso ocorra; é sempre um desafio quando os municípios pedem ajuda aos articuladores sobre questões financeiras, pois não possuem esse conhecimento; desafio de realizar tarefas que não as previstas pelo Programa dos articuladores (essa questão é específica a uma região em que os profissionais dizem não atuar como o esperado devido a demandas internas de outros setores de trabalho); ter paciência para aguardar as transformações ocorrerem, pois essa área da AB não produz resultados a curto prazo, principalmente na questão de prevenção e promoção de saúde; lidar com equipes reduzidas, e com alta rotatividade; convencer ou sensibilizar os gestores a investir na AB e não somente na Alta e Média Complexidade; e principalmente, promover a mudança no modelo de atenção, o que acreditamos ser uma consequência de todos os desafios citados anteriormente.

O modelo de atenção, como apontado pelos articuladores, ainda é centrado na figura do médico e hospitalocêntrico. Este discurso permeia a atuação dos gestores, dos profissionais e da própria população que busca o serviço de saúde em momentos de crise, esperando receber atendimento médico. Essa temática, a respeito do modelo de atenção será desenvolvida posteriormente como discussão principal desta pesquisa.

3.2 Enfoque no Processo de Comunicação

Conforme descrito, o tema referente à comunicação foi analisado de modo mais aprofundado no estágio realizado no exterior. Especificamente, a análise dos sentidos construídos sobre o assunto foi definida a partir da literatura estudada sobre o processo de comunicação e do levantamento de duas questões norteadoras. A primeira delas se refere às atividades que envolvem o processo de comunicação, o que chamamos de “O quê” fazem quando utilizam o enfoque na comunicação; e a segunda se refere à análise do modo como esses profissionais se relacionam com essa prática comunicativa, o que nomeamos de “Como fazem”. A seguir apresentaremos a organização das duas questões desta análise.

3.2.1 Atividades Comunicacionais: “O quê fazem”

Neste momento da análise buscamos descrever as principais atividades reconhecidas por nós como “comunicacionais”. Iniciamos esta etapa com base nas seguintes questões: Por que a comunicação é tão destacada na prática desses profissionais? Quais atividades exigem a comunicação como um recurso prático? O que esses profissionais comunicam?

Ao final da primeira parte da análise sobre a prática dos articuladores, apresentada na subseção anterior, concluímos que a comunicação é a principal ferramenta de trabalho utilizada por eles em quase todas as atividades que descrevem. É justamente por este motivo que a comunicação é tão presente nas informações encontradas sobre o Programa.

Podemos considerar que o articulador possui um papel comunicativo o que significa dizer que ele **pode** estar em constante contato com todas as esferas de atuação responsáveis pela prestação dos serviços em AB, embora saibamos que as demandas internas às vezes os impedem de manter este contato. Assim, seria importante o estabelecimento de diálogo com e entre todas as áreas de atuação.

Com base no modelo construcionista social em comunicação, consideramos o diálogo não como a simples troca de informações, mas sim como uma forma específica de comunicação em que se torna possível manter um posicionamento e, ao mesmo tempo, abrir espaço para que o outro se posicione. No caso do articulador, o seu posicionamento envolve o investimento em AB, mas, ao mesmo tempo, consideramos importante manter abertura para a

escuta do outro, de suas necessidades e opiniões, mesmo que este outro possua um posicionamento político diferente. Como coloca McNamee (2008) o diálogo corresponde a esta forma específica em que, ao manter um posicionamento, torna-se possível reconhecer o posicionamento do outro, e ao mesmo tempo, torna-se possível a troca de diferentes significados em prol de uma compreensão mútua. A intenção nesta forma de se comunicar não é **convencer** ou **persuadir** o outro, mas sim possibilitar a abertura para **novos sentidos e entendimentos** que se mostrem possíveis através do diálogo.

Compreendemos que ao criar o Programa o governo estadual buscava, também, ampliar as possibilidades de ação no que concerne à qualificação da AB. Manter um profissional com conhecimento técnico nos municípios facilita a comunicação entre os entes federativos e ao mesmo tempo, possibilita a escuta das necessidades de cada local e de suas peculiaridades, de forma que os preceitos contidos na PNAB possam ser flexibilizados e atendidos. Assim, o articulador através da comunicação pode ter este papel central de manter o diálogo com os profissionais buscando qualificar a AB dentro das possibilidades de cada município, e, neste âmbito, há a necessidade de haver negociação. Assim, o articulador pode negociar o aprimoramento da AB de modo peculiar, levando em consideração as especificidades de cada local. Embora na prática isto nem sempre ocorra, como já colocado, em algumas situações, o papel do articulador se delineia como a transmissão de informações, o que circunscreve uma atuação prescritiva.

Embora tenhamos encontrado uma resposta para a primeira pergunta norteadora (Por que a comunicação é tão destacada na prática desses profissionais?), consideramos necessário organizar as atividades de modo a responder a segunda e a terceira perguntas (Quais atividades exigem a comunicação como um recurso prático? O que esses profissionais comunicam?). Ao final da análise destacamos oito **ações** principais que exigem do articulador o uso da comunicação como uma ferramenta de trabalho e que **fazem parte das atividades** já descritas na seção anterior: 1) Repasse de informações aos municípios: informações técnicas, de modo a tirar dúvidas ou explicar os novos programas e portarias, atividades relacionadas ao papel de assessor ou apoiador; 2) Negociação de novas propostas: além de informar a respeito das novidades, o articulador também atua de modo a negociar a implantação de serviços e ações que considere ser útil ou necessário aos municípios, ou como direcionado pelo nível central; 3) Diagnósticos ou levantamento de necessidades: através das visitas, entrevistas e conversas o articulador pode estar sempre atento às condições da prestação dos serviços de saúde, e, ao mesmo tempo, aberto para receber as necessidades apontadas pelos profissionais; 4) Formação dos profissionais

quando necessário: utilizam seus conhecimentos e rodas de conversa para aprimorar a formação dos profissionais; 5) Organização dos processos de trabalho ou abertura de espaços de conversa: muitas vezes os profissionais não conseguem se organizar por falta de conhecimento sobre suas funções ou devido à falta de comunicação entre eles; 6) Mediação de situações conflituosas: esse aspecto não pode ser descrito como uma atividade própria da função do articulador, no entanto, eles descrevem ser necessário em algumas situações, pois os conflitos existem e impedem o desenvolvimento de outras ações. Assim, quando percebem a necessidade ou quando solicitado atuam facilitando conflitos; 7) Promoção do fortalecimento das equipes dos serviços: procuram fazer com que os profissionais de saúde se articulem de maneira independente à figura do médico; e, por fim, 8) Facilitação da comunicação entre os vários atores envolvidos neste processo de aprimoramento da Atenção Básica (SES, DRS, municípios, gestores e equipes).

A tabela 3, a seguir, organiza essas informações e apresenta as ações que exigem do articulador a comunicação, bem como os principais recursos e ferramentas utilizados por eles para a execução.

Tabela 3 – Relação entre atividades comunicacionais (ações) e os recursos e ferramentas utilizados para sua execução.

Ações	Recursos e Ferramentas
Repasse de informações	<ul style="list-style-type: none"> - Repasse por meio eletrônico através de e-mails; - Contato telefônico; - Apresentações em <i>power point</i>; - Reuniões para discussão; - Conversas informais no momento da visita; - Solicitação de treinamento via CDQ (Centro de Desenvolvimento e Qualificação).
Negociação de novas propostas	<ul style="list-style-type: none"> - Conversas particulares com gestores, equipes (administrativa ou assistencial) ou profissionais; - Reuniões para discussão (rodas de conversa).
Diagnósticos	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas estruturadas enviadas pelo nível central (QualiAB, PMAQ); - Levantamento de indicadores via sistemas de informação; - Reuniões para discussão a respeito das necessidades locais; - Conversas informais no momento da visita; - Observação da organização dos serviços.

Continua

Conclusão	
Ações	Recursos e Ferramentas
Formação Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitação de treinamento ao CDQ; - Realização de oficinas, ou reuniões pelos próprios articuladores como uma forma de contribuir para a formação; - Realização de alguns treinamentos introdutórios como no caso dos agentes comunitários.
Organização Processo de Trabalho/Promoção de espaços para diálogo	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo às equipes a promoverem reuniões com maior frequência. Com esse objetivo os articuladores buscam participar das discussões promovendo reflexões através do levantamento de perguntas.
Mediação de situações conflituosas	<ul style="list-style-type: none"> - Conversas particulares com os envolvidos; - Rodas de conversa em que procuram refletir sobre a situação de modo a não declarar o conflito; - Conversas com o gestor de modo a não expor os envolvidos, mas ao mesmo tempo buscando mediar a situação.
Fortalecimento das equipes	<ul style="list-style-type: none"> - Através da participação nas reuniões das equipes o articulador busca levantar questões que fomentem reflexão a respeito do papel de cada um dentro da equipe multiprofissional.
Facilita a comunicação entre os envolvidos	<ul style="list-style-type: none"> - Mantém o contato com todos os entes federativos e profissionais, estando em constante diálogo com todos.

O levantamento apresentado se constitui como uma compilação das principais ações observadas nos relatos, o que não significa dizer que todos os articuladores atuem da mesma forma, ou que estejam obrigados a agir de acordo com o explicitado. Para fins didáticos optamos fazer uma análise geral, mas destacamos que estas ações não aparecem de modo homogêneo, nem mesmo quanto ao formato de atuação.

Com esta ressalva e com base na análise geral, podemos concluir que o articulador possui como característica principal o aspecto técnico como destacado na literatura. Este profissional tem como objetivo aprimorar a AB nos municípios e para isso utiliza seus conhecimentos teóricos e técnicos. No entanto, é possível destacar também, através destas ações comunicacionais descritas, o papel comunicativo que esses profissionais podem desenvolver em sua prática. Ao manter o contato direto com os gestores e profissionais (da equipe administrativa e assistencial), e ao estimular a reflexão nas reuniões e visitas, esses profissionais possibilitam a abertura de espaços dialógicos, em que são permitidas e reconhecidas inúmeras vozes, que contribuem, também, para o aprimoramento da AB, e, ao

mesmo tempo, para o fortalecimento das relações, para o desenvolvimento das *tecnologias leves*.

3.2.2 Análise do Processo de Comunicação envolvido nas atividades: “Como fazem”

Com base na literatura estudada, e na escolha da teoria norteadora para a análise (Pearce, 2007) é possível analisar a atuação dos articuladores com base em dois discursos dominantes quanto ao formato de comunicação desenvolvido em suas atividades. Estes discursos permeiam a construção conjunta das entrevistas, fazendo-se presentes tanto nos comentários do pesquisador quanto nas falas dos participantes, em que ora nos referíamos à comunicação como transmissão de informação e ora como abertura ao diálogo e possibilidade de construção de novos sentidos e práticas.

Assim, um dos discursos se refere ao entendimento da comunicação em seu modelo transmissional; e o outro ao modelo construcionista social em que a comunicação é compreendida como potencial transformador de realidades devido ao seu caráter performático (Pearce, 2007), e desenvolvida através do diálogo (McNamee, 2008). Embora em alguns casos haja a predominância de um ou outro discurso, é possível reconhecer a presença de ambos, de modo não linear, nas entrevistas.

A análise proposta busca descrever o modo como esses discursos se fazem presentes na construção conjunta dos relatos, em quais contextos de atuação aparecem, e, ao mesmo tempo, analisar quais são as consequências percebidas ao se adotar uma ou outra perspectiva. Compreendemos que ambos os discursos possam ser úteis a depender do contexto de sua utilização.

Neste sentido, não pretendemos com esta análise tirar conclusões a respeito de qual deles é o mais correto em si, mas sim buscar analisar qual a utilidade de cada um quando comparados aos objetivos do Programa Articuladores da Atenção Básica e ao contexto de ação. Reconhecemos também que os resultados da atuação do articulador dependem, em grande parte, das respostas que este obtém dos profissionais com os quais atua nos municípios, assim, o modo como o articulador se posiciona nesta relação pode gerar convites ao diálogo, ao enfoque nas *tecnologias leves* como potencial transformador, mas o resultado depende das respostas que obtém dos profissionais com os quais está em contato.

No modelo transmissional a comunicação é considerada um veículo através do qual transmitimos informações e pensamentos. As palavras correspondem a códigos possuidores de significados próprios. Dentro deste modelo encontram-se as teorias que consideram a comunicação eficaz como dependente da construção adequada das informações decodificadas em mensagens transmitidas entre interlocutores.

Dentre as consequências práticas da atuação pautada neste modelo destacamos a ideia de que as palavras possuem um significado específico, e que, portanto, quando ditas devam ser compreendidas em sua essência. Assim, o não entendimento passa a ser considerado como uma falha do falante, que não soube decodificar seus próprios pensamentos em palavras adequadas, ou do ouvinte que não compreendeu a mensagem e seu significado real. Em busca do entendimento há um esforço contínuo para se decodificar da melhor maneira possível aquilo que se pretende dizer. O não entendimento é, normalmente, acompanhado de frustração e culpa, pois se considera ter havido insucesso no objetivo de se estabelecer a transmissão exata da informação. Neste modelo o diálogo é compreendido como repasse de informações e o entendimento como o alcance deste objetivo. Guanaes (2006) reconhece com base em estudos clínicos realizados por autores construcionistas, que este tipo de relação pode ser considerada monológica, pois embora Bakhtin (citado por Guanaes, 2006) defina que todo enunciado é dialógico, por incluir em si inúmeras *vozes*, este tipo de **relação** estabelecida, nomeada como monológica, nega o contato com outras *vozes*, não havendo abertura para o engajamento com o outro e para a construção de novos sentidos conjuntamente, esta relação é marcada pela presença de uma voz dominante.

No modelo construcionista social, a comunicação é compreendida como um processo complexo e relacional produtor de realidades. Assim, o entendimento depende da relação estabelecida entre os falantes e da abertura que constroem juntos em busca da compreensão de seus posicionamentos. Essa relação de abertura, de escuta e respeito mútuos, constroem o diálogo (McNamee, 2008) e o entendimento deixa de corresponder à compreensão exata da mensagem passando a ser visto como a troca de ideias, até mesmo quando há diferentes posicionamentos e diferentes compreensões de significado. O resultado corresponde a uma construção conjunta que não necessariamente atende aos objetivos de um ou outro participante, mas que de certa forma contempla a ambos. Não há um objetivo persuasivo, de convencimento, mas de abertura ao diálogo e de novas formas de entendimento. Neste modelo, a interação pode ser considerada dialógica, pois há abertura para a emergência de novos sentidos. O intercâmbio com o outro estabelece uma **relação** de proximidade que inclui novas *vozes*, não havendo o predomínio de uma das partes da interação (Guanaes, 2006).

Como descrito, a comunicação é a principal ferramenta de trabalho do articulador. Esses profissionais têm como um de seus papéis o repasse de informações como novas leis, portarias e programas, e ao mesmo tempo, o papel de buscar implantá-los através de negociações com gestores e equipes. No caso do repasse de informações há um conteúdo específico que deve ser apreendido pelos profissionais. Aqui, o modelo transmissional se torna útil ao considerarmos que há um objetivo final de que os profissionais apreendam essas novas informações. Mas, por outro lado, é possível que o formato de atuação nesta prática, inclua recursos dialógicos que facilitem o repasse de informações. Por exemplo, a escuta sobre o que o outro compreende do que falamos pode nos auxiliar a ampliar o entendimento mútuo, no entanto, em geral, compreendemos que falar “de forma adequada” garante o entendimento, e por este motivo não checamos a compreensão do outro. Muitas vezes, o simples falar não garante esta compreensão.

Os articuladores comentam sobre as dificuldades que encontram para se fazer entender, pois estão cansados de falar e não terem ações práticas dos profissionais como resposta. Assim, o simples repasse de informações, sem abertura para a escuta do outro pode gerar frustração e a sensação de não estar sendo ouvido. A seguir há relatos de quando definem a comunicação como sendo correspondente a essa transmissão de informações, e juntamente a percepção de não estarem sendo ouvidos.

Trecho1:

*E7: [...] eu acho que o nosso papel como articulador, é muito novo... tudo isso, é muito novo, e é assim... ainda eu acho que ((número)) municípios pra mim tomar conta é muita coisa... e é uma coisa de ficar gotejando mesmo... você põe uma gotinha lá numa fala sua... o cara às vezes dá uma mexidinha... e você vai... mas chegar... eu... não vivenciei isso... **mas chegar numa unidade... ... e dizer pra você que eu tive uma fala, onde sentamos e executamos e isso ta redondo... eu não posso te contar essa história...** (L39-45, P10).*

Trecho2:

*E1: isso... exatamente... e a gente acaba, né? é... não, eu sei que não é... **que eu deveria ensinar fazer, mas ess/ não adianta... eu deixo lá, quando eu volto ta do mesmo jeito**, então a gente acaba sentando... vamos fazer junto, são poucos os que conseguem assim, dar um andamento e... conseguir desenrolar...(L33-L36, P18).*

Trecho3:

*E2: [...] às vezes no município, você fala: “**nossa, acho que eu consegui organizar**”... **ai você volta daí um dois meses, nada aconteceu, né? tudo parou, né?** então umas das frustrações da gente como articulador, é que não somos executores... (L46-L49, P4).*

Trecho4:

E4: [...] então assim é constante isso, né? assi/ eu não desisto... eu sempre... a gente teve uma reunião essa semana e eu até falei **“água mole e pedra dura, tanto bate até que fura”** então assim eu to sempre falando o que que é atenção básica... qual que é o papel da atenção básica, os modelos... cobertura de saúde da família, cobertura do agente...(L38-L42, P5).

Apesar de definirem a comunicação como um simples repasse de informações, ao discorrerem sobre seus modos de trabalhar muitos demonstram utilizar recursos dialógicos. Como colocado há um complexo emaranhado entre os dois discursos presente nas práticas e relatado nas entrevistas. Assim, nos momentos em que se respaldam em recursos dialógicos, compreendem a falta de ação dos municípios não como falta de entendimento, mas como falta de possibilidades e, muitas vezes, de recursos, ou simplesmente como diferentes modos de compreensão. Embora haja também nestes casos a sensação de frustração, há a ideia de que a abertura ao diálogo torna possível a construção de soluções conjuntas, de novos entendimentos e formatos de ação.

Trecho1:

Giovanna: e em termos de característica pessoal... que você falou bastante de conhecimento, né?

E7: de característica pessoal precisa ser uma pessoa desprovida... precisa ser tagarela que nem eu sou... **tem que conversar, tem que ta aberto a ouvir... tem que ta interessado em querer mudar apesar daquilo tudo...** é... de... de conversa... de ser meio... essa coisa... conversar, conversar... tentar... fazer... (L44-49, P16).

Trecho 2:

Giovanna: e habilidades pessoais, o que você entende que precisa ter?... de jeito assim?

E1: é bom senso, né que eu falei... é ... como que eu diria assim, um tato pra lidar com as pessoas, né? **você não pode chegar nem com arrogância, né? querendo se impor, você tem que ter humildade, você tem que ter a maneira de conversar com as pessoas, de ser gentil, né?**(L2-L7, P13).

Trecho3:

E3: [...] **Então tem muito disso... o município às vezes não tem essa perna toda, não tem recursos humanos tudo... mas você começa enxergar, então por exemplo... antigamente a gente falava assim... rotulava-se muito o município... ah esse aqui não tem jeito... esse aqui o gestor não sei o que lá... esse aqui já é melhor... hoje a gente já pensa diferente... hoje a gente... valoriza as ações que ele consegue fazer bem... e incentiva ele a melhorar aquelas que ele não é tão resolutivo... você é... não sei se você conseguiu me entender... então isso te dá uma condição** (L40-L48, P7).

Trecho4:

E8: [...] então, por exemplo, vou te dar um exemplo... mortalidade, a gente vem trabalhando, olha faz três anos que eu trabalho com mortalidade, né? desde de

quando eu entrei, e assim você vê que num ano diminui no outro aumenta, né? ai da um certo... desânimo, né? fala poxa a gente fala tanto disso, tanto disso... da importância de investigar os óbitos que tem que investigar cem por cento dos óbitos, ai você vai ver o indicador, ele investigou vinte por cento, trinta por cento, e ai você me fala “mas porque E8?” ai você vai lá conversar eles falam eu não tenho carro pra ir, né? ai às vezes tem o carro, mas não tem o motorista pra levar, e às vezes não tem dinheiro pra por combustível, né? ai não vai fora do horário de serviço, porque o gestor não paga hora extra (L30-L40, P18).

Com relação à proposição de novos programas, ou novas formas de atuação, podemos observar duas formas de ação, também reflexo dos dois discursos. Há um modo mais diretivo, embasado em um processo persuasivo, monológico, em que o articulador busca convencer os gestores e profissionais de que as suas propostas são melhores. Deste modo, estabelece-se uma relação hierárquica em que o articulador possui o conhecimento técnico a ser transmitido. E há o modo dialógico em que através do levantamento de perguntas e reflexões os articuladores buscam construir junto aos profissionais propostas de qualificação da AB. Neste segundo modelo, muitas vezes, os articuladores, devido ao seu conhecimento técnico, também possuem propostas que consideram mais adequadas, mas estão flexíveis e abertos a construir novas propostas de acordo com as necessidades locais. Neste modelo a relação estabelecida é horizontal, pois o articulador possui conhecimento técnico, mas reconhece o conhecimento das práticas locais que os profissionais de saúde possuem, e assim, torna-se possível criar uma abertura para a construção conjunta das propostas.

Trecho 1:

*E2: **a gente vai propõe**, estuda, pega indicador, eu pego toda a história do município, a gente fez todo o diagnóstico de cada município, então você vai lá pronto, preparado porque você sabe o que está acontecendo e **você tem propostas pra fazer as coisas aconteceram...***

Giovanna: uhum...

*E2: **só que eu não posso pegar na mãozinha da pessoa e falar: “se você não fizer vai acontecer isso”**, porque não vai... entendeu? Então, é... essa não é bem frustração, mas é uma maneira assim que a gente assim, a gente fala / tem hora que a gente brinca com aquela coisa eu vou lá trava/ na na na... nada nada nada e acaba na praia porque você não consegue fazer as coisas mudarem...(L1-L10, P5).*

Trecho 2:

*E2: [...] em relação ao meu papel é muito claro que eu tenho que ser articulador, eu tenho que fazer comunicação, eu tenho que fazer um papel político, porque não tem jeito, porque tenho que saber até onde eu vou e como conversar... né? tem que Sab/ tem que ter tangentes, tem que ter plano B ((rindo)), entendeu? Porque é / é, realmente o meu papel, só que não adianta eu ir lá e fazer isso se eu não estiver embasamento técnico, eu tenho que ter embasamento técnico **pra conseguir provar por a mais b que é aquilo que a gente precisa fazer...** que que eu não sou? Eu não sou executor, ta? Eu*

*não sou auditor, eu não sou, embora eu veja muita coisa errada, eu sento e tento mostrar pra eles que aquilo lá não está correto, **mas eu não posso exigir, chegar aqui e passar pra auditor...***

Giovanna: uhum...

*E2: eu **não posso porque senão eu vou perder, o que eu tenho que ter com ele é vínculo, eu perco o vínculo**, porque ninguém mais vai me deixar entrar porque vai me ver como um DRS que foi lá cobrar, não dar nada e ficar fazendo eles, entre aspas, se ferrar, não é esse nosso papel, embora a gente continue fazendo muita demanda interna, o meu papel continua esse...*

Giovanna: aham

E2: eu sento, eu converso, eu mostro, MAS sempre respeitando e embasando aquilo e fazendo o meu papel... (L30-L49, P9).

Trecho3:

*E4: [...] você precisa ir no DATASUS pra poder buscar aquele indicador pra a partir dali chegar no município, “olha sua taxa de internação continua alta, olha eu observei lá que seu indicador tem duas internação por fratura de fêmur, né? **vamo, que que ta acontecendo? Como é que ta a atenção ao idoso, o que que a estratégia de saúde da família ta fazendo, né?**”(L38-L43, P16).*

Trecho4:

*E3: [...] da forma de trazer a pessoa pro meu lado... eu sempre consegui isso, é mulher, é homem, é menino, é qualquer tipo de... qualquer tipo, é velho, é novo, eu não tenho esse negócio... qualquer pessoa, eu tento trazer ela pro meu lado... primeiro... por quê? **porque quando você traz, você cria um vínculo, você fortalece... entendeu? Ai você tem um poder de argumento maior... então... eu tenho essa tranquilidade...**(L16-L21, P25).*

Novamente, alguns profissionais reforçam o aspecto técnico da função, e a necessidade de possuírem conhecimento teórico como ferramenta fundamental de trabalho, pois os auxilia a orientar e “convencer” os demais profissionais sobre as necessidades percebidas por eles como importantes para a realidade local. No entanto, em alguns casos, ao relatarem sobre as formas de atuação, os articuladores descrevem utilizar recursos como a promoção de discussões e reflexões para que as propostas sejam construídas conjuntamente:

Trecho1:

Giovanna: agora essa questão da rede, vocês au/ auxiliam os municípios a articular a rede também? Vocês t/ agora você tem esse papel também?

*E2: também, porque, por exemplo, então vamos montar a rede materno-infantil pra ele, pra **montar, primeiro tinha que partir deles, o que ele tem, o que ele tem e o que eu não tenho, a gente tinha que fazer esse papel junto com eles... entendeu? Ai chega aqui nós temos que montar essa rede, é um trem desse tamanho ((ri)) entendeu? Então a gente tem que montar, sentar com eles fazer oficinas**, isso não é a gente sozinha, ta? A gente aqui no DRS, essa questão das redes a gente trabalha tudo em equipe, então tem a equipe do planejamento, então a gente é designada, por exemplo, eu sou da rede de / de materno infantil o ((articulador)) é a rede de*

urgência, a gente divide porque senão a gente fica muito presa, então a gente divide, pra poder organizar como é que isso vai funcionar [...] (L46-L50, P10 – L1-L8, P11).

Trecho2:

*E2: [...] ai eu chego pro gestor e falo olha: “fui na sua iden/ na tua unidade e identifiquei esse problema, como que nós vamos resolver? **Eu nunca vou com uma proposta pronta, né? porque parece que EU SEI, né?** e ele não, então assim eu até tenho, né? uma carta na manga, mas ai com a, “olha mas isso, você não pode por causa disso... isso tem a regra”, entendeu?(L9-L13, P14).*

Trecho3:

E2: é um papel que se o articulador não souber se adaptar, ao que você chegou no município e você encontra/ porque às vezes eu vou lá com uma coisa, eu chego lá... e o que ele está precisando é outra, eu esqueço o meu foco e vou no dele...

Giovanna: uhum...

E2: então isso é um papel mesmo de articular, o que está acontecendo ali, e isso você/ claro que a gente recebeu toda a orientação, tem documento é que norteador, você tem regras, tem que seguir as regras do estado, mas você também tem o seu jeito... (L15- L23, P16).

A flexibilidade perante as peculiaridades dos municípios é um outro aspecto que pode ser compreendido ora como relacional e ora como persuasivo. A forma de abordar depende dessas particularidades de cada local e de cada profissional. Estar atento a essas diferenças pode auxiliar no processo de comunicação, pois há uma abertura ao diálogo em diversos contextos. Considerando que o articulador deve ser um profissional que saiba se comunicar com todas as áreas de atuação, essa flexibilidade em seus modos de se comunicar aparece como algo útil em seu contexto de atuação. Obviamente, os resultados da comunicação não dependem somente do modo como os articuladores se posicionam, mas também das respostas que os municípios e seus representantes dão a esses posicionamentos. Mas, ainda assim é possível através da abertura ao diálogo promover novas configurações das relações e das práticas estabelecidas.

E2: [...] então eu não posso generalizar, “todo mundo tem que chegar se apresentar”... não pode, porque você tem que ver cada um vê aquele município e fala “esse eu tenho que ir mais devagar” “esse eu posso... já correr” depende, às vezes eu chego no gestor, e falo... “ó a gente precisava fazer isso” “você tem total liberdade pode sentar com a minha equipe e fazer”, ai ele fala pra equipe “ó o que o E2 falar aqui pa pa pa...” então depende, tem uns que eu tenho qu/ e/ que nem aquele município que eu vou eu tenho que ir todo em ovos, eu tenho que explicar pra gestora qual é a proposta, a gestora vai falar “você vai com a minha...” entendeu? Então... é... acho que é habilidade, não só do articulador, o você encontrar no município, cada um é de um jeito...(L34-LL44, P15).

No entanto, em alguns momentos os articuladores compreendem este contato direto com os municípios como sendo uma estratégia que facilita a persuasão, e não como uma abertura ao diálogo de modo a atender às necessidades locais de acordo com as possibilidades dos municípios. Essa postura empobrece o contato, pois a relação é estabelecida mediante um objetivo específico de conhecer a realidade local para criar argumentos de modo a convencer o interlocutor das necessidades de mudança.

Essa abordagem pode ser resolutive em alguns casos, mas, na maioria das vezes o que se produz é uma tensão em que o articulador procura convencer os profissionais ou gestores a agirem de determinadas formas. Com isso, não ocorre o senso de responsabilidade mútua, é como se as propostas fossem externas e alheias às necessidades locais. Corre-se o risco, assim, de não se obter responsabilização dos profissionais dos municípios pelas mudanças, decorrendo daí a falta de comprometimento e falta de ação, algo frustrante na prática do articulador, como relatado anteriormente.

E3: [...] hoje eu tenho uma noção mais específica... então isso... isso favorece... que... te da um subsídio pra você... ser... ... ter argumento pra conversar... tanto com a equipe de saúde como com... o gestor municipal... então esse... esse argumento é que eu acho interessante... eu... hoje eu tenho essa possibilidade, sabe Giovanna? De de... jogar, de argumentar com o pessoal... “olha isso aqui não é dessa forma que trabalha... olha esse indicador aqui ta apontando isso... o que que é que você não está fazendo la na base que esta acontecendo isso?” então hoje eu tenho essa habilidade de poder identificar isso melhor... entendeu porque visito in loco (L1-L9, P5).

Com base na análise proposta, é possível perceber a complexidade presente na prática do articulador. Reconhecemos a função do articulador como desafiadora, pois envolve a necessidade de se transitar por esses dois modelos de comunicação a todo o momento. O fato de possuírem o papel técnico os coloca em uma relação hierárquica, em uma posição própria do saber. Esta posição pode gerar credibilidade e facilitar a abertura ao diálogo; ou pode gerar afastamento caso o articulador repasse as informações necessárias sem promover a abertura de espaços para o diálogo, o que o faz sentir-se sozinho em seus objetivos e bastante frustrado.

Portanto, utilizar recursos dialógicos, como a abertura ao diálogo (que inclui a escuta) pode auxiliar o articulador em sua prática, algo inclusive destacado em alguns momentos como importante. Desse modo, o articulador torna-se capaz de perceber quais são os entraves e as dificuldades locais que impedem os municípios de acatarem os preceitos estabelecidos pela PNAB, e, ao mesmo tempo, perceber quais são os preceitos da PNAB que não se

adequam à realidade do município. Essa abertura pode possibilitar também a responsabilização mútua pelas propostas e diminuir a sensação de frustração que os articuladores relatam.

Com isso propomos o enfoque no diálogo e nas relações como recursos úteis, e a utilização do conhecimento técnico como um recurso necessário sem o qual o Programa dos articuladores não funcionaria. Defendemos uma postura pautada no diálogo e compreendemos, como colocado na introdução, que os recursos oferecidos pelo modelo construcionista social de comunicação podem ser úteis para a prática do articulador, mas ao mesmo tempo, não desconsideramos a utilidade dos recursos técnicos e do conhecimento teórico.

3.2.3 Reflexões sobre a mudança do modelo de atenção e a prática do articulador da atenção básica

Este tema pretende abordar de modo analítico e reflexivo a prática do articulador da atenção básica com base nas informações descritas até aqui, quanto ao motivo de criação do Programa, ao papel previsto e às atividades e desafios desta função. Iniciaremos esse momento de reflexão apresentando a opinião dos articuladores com relação ao Programa, posteriormente passaremos a discorrer sobre nossa percepção quanto à função e seu papel na transformação do modelo de atenção, considerando também as dificuldades e falta de recursos dos municípios.

De modo geral, os articuladores percebem o Programa com um bom potencial para a transformação proposta pela PNAB, pois auxilia os gestores municipais a refletir sobre novos projetos e sobre a importância de sua adesão. Os articuladores percebem também grande capacidade para auxiliar na organização dos processos de trabalho, através da construção ou aprimoramento dos protocolos, das discussões produzidas com profissionais e do processo de formação dos mesmos. O fato de estarem em contato direto com gestores e profissionais, permite a eles que auxiliem no processo de gestão municipal, assim como o contato com a gestão estadual permite maior comunicação entre os entes federativos possibilitando maior organização das ações.

De acordo com os articuladores mudanças positivas podem ser observadas após a implantação do Programa como: melhorias em termos de conhecimento dos profissionais e

gestores a respeito das normas e programas referentes à AB; devido a esse aumento no conhecimento, descrevem ter notado uma maior segurança dos gestores ao tomar decisões; melhoria na qualidade da comunicação entre o DRS e os municípios; aumento em termos de assistência oferecido à população; aprimoramento e melhoria na comunicação e possibilidades de novos acordos entre entes federativos; aumento de comprometimento das equipes devido às discussões promovidas; abertura de espaço para que os profissionais possam se comunicar e se posicionar, o que aumenta o comprometimento de alguns possibilitando inclusive melhoria das ações intersetoriais; aumento do respeito para com a população; melhoria significativa nos indicadores de saúde; inclusão da AB como pauta na reunião do colegiado de algumas regiões; melhoria na articulação dos departamentos do próprio DRS; e por fim, melhoria na atualização dos sistemas de informação, pois no passado alguns municípios não enviavam essas informações por não compreenderem a importância deste envio.

Giovanna: me fala a/ alguns ganhos que teve

E2: no município você fala, ou no estado?

Giovanna: pode ser dos dois...

E2: os municípios, o ganho que teve é conhecimento também, porque a gente que passa isso, melhoria alguns da atenção básica, entender o modelo de atendimento que era todo bagunçado, então a gente conseguiu qualificá-los e eles entenderem, e eu acho que pra eles quando a gente está lá eles se sentem seguros, segurança de trabalho (L37-L44, P24).

[...]

o estado ganho, ele já tinha esses profissionais ((articuladores)), mas cada um num lugar, ele centralizou esses profissionais que tem o mesmo objetivo pra tentar melhorar essa questão da atenção básica dentro do território do estado de São Paulo, e os municípios, e/ eu acho assim que eles tinham todo acesso ali no DRS, a vida inteira teve, talvez não seja isso que você vai escutar em muitos, mas nesse DRS, a gente... eles sempre tiveram todo acesso, mas só o fato de ter alguém a quem eles se reportarem... e que/ consegue ajudá-los, porque não adianta nada ele me reporta e eu fazer cara de paisagem, né? ... isso foi um ganho pra atenção básica municipal, ter alguém que está na ponta que pode ajudar, que tem conhecimento, que eles tem facilidade de acesso(L48-L50, P24 - L1-L8, P25).

A partir do estudo da literatura sobre o Programa Articuladores da Atenção Básica, em conjunto ao estudo da nova legislação sobre a Política da Atenção Básica (Brasil, 2011), e do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 (São Paulo, 2008-2011) é possível reconhecer como um dos objetivos do Programa a oferta de respaldo técnico para a qualificação da Atenção Básica no estado, cumprindo ao mesmo tempo com os deveres e responsabilidades da gestão estadual. A criação dessa nova função pode facilitar a comunicação entre os entes federativos,

de modo a contribuir com a gestão compartilhada e promoção da qualificação da Atenção Básica, promovendo também como possibilidade a mudança do modelo de atenção. Uma das questões norteadoras desta pesquisa em seu início era justamente sobre o papel do articulador como potencial transformador do modelo de atenção, não tanto quanto ao formato de organização dos serviços, mas quanto ao formato das relações, dos modos de se comunicar através das *tecnologias leves* (Merhy, 2006).

Quando questionados sobre a potencialidade de sua função para a transformação do modelo de atenção, os articuladores apontavam uma série de empecilhos que impossibilitam esta mudança. O principal aspecto abordado se refere à figura do médico, e sua prática ainda pautada em uma lógica de clínica individual. Por não possuírem, em sua maioria, uma formação que possibilite uma prática embasada em uma lógica ampliada, apoiada no trabalho em equipe, os médicos acabam reproduzindo o modelo médico centrado e hospitalocêntrico, o qual a proposta de enfoque à AB pretende substituir. Um outro aspecto bastante ressaltado no que diz respeito à prática dos profissionais médicos, refere-se à preferência de atuação em serviço privado devido à possibilidade de maior ganho.

E2: [...] eu ainda acho que o maior entrave pra estar trabalhando a estratégia de saúde da família, pra estratégia de saúde funcionar é o médico... é o PERfil daquele profissional pra trabalhar ali na estratégia de saúde da família, porque se ele não tiver um perfil ele não acompanha a equipe, se ele não acompanha a equipe, a equipe não funciona como deveria funcionar, isso eu acho meio complicado(L22-L27, P25).

[...]

E2: então, assim... às vezes tem médico que tem dificuldade de se integrar à equipe, porque o médico da estratégia é que tem que fazer visita domiciliar, ele tem que trabalhar promoção e prevenção da saúde pela lógica ele tem que atender, saúde da criança, saúde do adulto, saúde da mulher, então, eles tem uns que não conseguem agregar tudo isso, então eles estão lá pra meramente fazer, eles acham que eles tem que ir lá e fazer clínica e atender e isso não é real, ele tem que participar de reunião de equipe... isso não é geral, pelo amor de Deus, é uma coisa assim, que eu acho que é um entrave em alguns locais essa questão DO ((ênfase)) médico...(L3-L11, P26).

Em complemento, em geral, os demais profissionais de saúde também não possuem uma formação adequada, que privilegie o trabalho em equipe com enfoque na saúde coletiva. Algumas faculdades mantêm a lógica da clínica individual e especializada, o que dificulta o trabalho e a percepção de capacidade da equipe que, na prática, espera o direcionamento do médico sentindo-se frágil em sua ausência. É por esta percepção de fragilidade das equipes que os articuladores comentam sobre o potencial de sua função ao promoverem discussões que possam, de alguma forma, empoderar os profissionais de saúde, para que eles se sintam

capazes de produzir ações diferenciadas e de estar em contato com a população de modo a possibilitar a promoção de saúde também na ausência do médico. Com esse novo posicionamento da equipe, a própria população poderia formular uma nova concepção de saúde, de modo a não esperar ações somente do profissional médico.

Trecho 1:

E13: [...] eu trabalho com as equipes... eu, eu converso muito com as equipes... aí que começo assim: “vocês... o médico tira quinze dias de férias e aí a equipe fecha, né?” não tem mais nada pra fazer... então por isso que eu acho que tem que qualificar o trabalho do agente, e qualificar o trabalho do enfermeiro, pra eles conseguirem perceber que o médico é somente um elemento da equipe, que faz o que... consulta médica, mas a área é de todo mundo...

Giovanna: uhum...

E13: e o diagnóstico é de todo mundo e todo mundo tem que discutir em cima do que vai fazer... (L46, P15-L5, P16).

Trecho 2:

E2: [...] mas a formação médica é muito complicada, não é só médica não tá? Enfermeira, eu acho que formação é/é com essa história de estratégia de a questão da atenção básica, eu na/ eu não sei, não pode generalizar as Faculdades, mas eu acho que isso é uma coisa que precisa ser melhorada... isso também, não depende de/ da gente, né? uma coisa... (L23-L28, P26).

Uma das possíveis formas de facilitar esse trabalho das equipes com base em uma concepção ampliada de saúde, e sugerida pelos articuladores, é o enfoque na educação permanente. Quanto a isso podem atuar de duas formas, ou solicitando ao CDQ que ofereça treinamento, ou então, promovendo eles mesmos, alguma forma de discussão ou treinamento que viabilize novas possibilidades de compreensão e, como compreendemos, consequentemente novas práticas (McNamee, 2010; Gergen, 2009; Spink, 2004).

A cultura foi um outro aspecto abordado como empecilho para a mudança do modelo de atenção. Conforme colocado por alguns profissionais, o Brasil tem em sua história a ideia implícita de que investir em saúde significa investir em hospitais. Como discutido na introdução, a história da saúde no Brasil produziu discursos que permeiam até os dias de hoje os entendimentos, expectativas e práticas a respeito do que é o investimento em saúde, e ao mesmo tempo, que limitam a produção de novos sentidos e práticas como o enfoque dado aos cuidados primários através da PNAB.

Desse modo, a própria população possui expectativas a respeito das práticas e do que vem a ser o investimento em saúde. Ainda hoje, se mantém o discurso de que o investimento em hospitais e a contratação de médicos possibilitam maior acesso à saúde. O Programa Mais

Médicos (Brasil, 2013), embora não desconsideremos sua importância, a depender do modo como é divulgado e colocado em prática pode reforçar o discurso médico e a percepção de que para se ter saúde basta o profissional médico.

A população, imersa neste contexto, busca o serviço de saúde em momentos de crise e espera conseguir o atendimento do médico. Por este motivo, muitos articuladores destacaram a necessidade de se buscar modificar a consciência da população com relação ao que vem a ser saúde, e com relação a outras formas possíveis de promoção. Interessante notar o destaque dado pelos articuladores ao papel dos agentes comunitários nesse processo, dizendo que são esses os profissionais em contato direto com a população, por este motivo são os principais atores para as mudanças propostas. Mas, ao mesmo tempo, como apontado acima, as próprias manobras políticas, muitas vezes, podem contradizer, ou ao menos não fortalecer, aspectos defendidos por outras políticas já em vigor. A constante disputa entre os discursos neoliberal e da reforma sanitária, mantém a lógica contraditória do SUS e influencia a compreensão daqueles que atuam no cotidiano dos serviços.

Trecho1:

E9: [...] a gente tem um modelo assistencial médico-centrado, hospitalocêntrico, pautado em medicação, em exames... inclusive do gestor, os gestores tem essa concepção, a gente percebe nas entrelinhas que ele quer contratar médico, que ele... é... depende muito recurso com medicamento, né? (L40-L43, P11).

Trecho2:

E3: o desafio que ainda acho... é... você conseguir sensibilizar o médico, acho que o médico ainda, bem... eu acho que o médico... ele... ele... de uma forma ou de outra é cultural, o médico... o... o paciente quer o médico... ele não quer se atendido... ele que o médico... entendeu?(L10 - L13, P 21).

Trecho3:

Giovanna: eu queria que você me falasse um pouquinho, porque assim, já vi na literatura, né? a/ o/ a o Me/ ((fala baixo, Mendes ou Merhy)) principalmente falando da aquela coisa, da... questão das relações, né? que, o modelo de atenção, poderia mudar com, com base na relação das pessoas no trabalho, que não só implantar a estratégia de saúde da família iria funcionar, né? eu queria ouvir da sua opinião com relação a isso...

E2: é porque é assim, tem unidades básicas que elas se transformaram em estratégia de saúde da família, quando você muda, você está mudando o modelo, as pessoas estão acostumadas a trabalhar naquele ritmo, então você vê, se muda o modelo, tem/ tem território, tem maneira de atender o paciente, o prontuário muda, passa de um prontuário único de cada um, que é familiar, agora é a família, você não vê mais o indivíduo sozinho, você vê família, e as pessoas que estão lá há muito tempo, o próprio profissional tem dificuldade de entender, e se ele não entende o programa, ele passa a se/ a se fazer parte daquele conflito da equipe porque alguém vai falar pra ele e ele vai falar “ah, eu fiz de outro jeito a vida inteira, porque que agora eu

tenho que fazer assim” mas tem outro entrave, população, não adianta você implantar um novo modelo se você não trabalhar antes a população, porque ela também tem dificuldade de entender porque aquele agente vai na casa dele, quer saber da vacina, quer saber do remédio, entendeu? Então a população tem que ser preparada eu entendo que pra quando você vai montar o modelo, você tem que preparar a população pra esse modelo, por isso que muitas vezes não funciona... (L31, P27- L2, P28).

Trecho4:

E9: [...] essa questão do modelo, do médico-centrado, é uma coisa assim... muito arraigado na sociedade, muito arraigado, na, na... porque assim nós trabalhadores, plantamos isso durante anos, há quarenta anos a gente tá dizendo que o médico especialista tararara... então a gente tem uma história de cinquenta anos... e a gente desconstruir isso... que é uma obrigação nossa é uma coisa, cotidiana... cotidiana... (L41-L46, P20).

Ao destacar este aspecto cultural, alguns profissionais revelam as dificuldades que enfrentam quando em contato com os gestores, pois muitos não acreditam nesse investimento na Atenção Básica, para eles, assim como para a população, investir em saúde significa investir em hospitais ou Unidades de Pronto Atendimento, pois são essas as promessas lançadas no programa eleitoral, e são essas as expectativas da população.

Os articuladores comentam ainda como sendo impeditivo para a mudança a falta de recursos; falta de recursos humanos; falta de conhecimento; falta de comprometimento da equipe com relação às novas propostas; baixos salários; desmotivação por não perceberem resultados rápidos ao investir na promoção da saúde; desorganização dos serviços em que os profissionais não sabem sobre o seu papel; e falta de formação profissional.

Porém, de um modo geral, os articuladores reconhecem sua prática como potencial para a produção de mudanças, ou pelo menos compreendem sua atuação como um disparador de discussões que promovam o início de um processo de mudança.

Apesar de compreendermos este programa dos articuladores como potencial para iniciar mudanças a favor da reforma sanitária e do novo modelo de atenção, consideramos relevante apontar as dificuldades encontradas por estes profissionais em seu cotidiano de trabalho. Os desafios relatados cerceiam a prática, e independem das ações promovidas por eles no âmbito individual. Embora haja diferenças pessoais nos modos como atuam, ressaltamos aqui a necessidade de maior acompanhamento e aprimoramento deste Programa que se mostra ainda em construção.

Percebemos nos relatos polissemia com relação ao que vem a ser a proposta de mudança do modelo de atenção. Conforme apontado na introdução, este é um termo polissêmico (Paim, 2008). Seria a mudança do modelo a simples implantação da ESF? Seria a

promoção de uma organização que contemple o prescrito pela PNAB? Seria a atuação pautada no diálogo? Do mesmo modo, é possível identificar em alguns momentos a convivência discursiva dos sentidos sobre a APS. Seria a APS um *nível* da atenção? Um *programa*? Uma *abordagem* ou *filosofia* de reestruturação do sistema?

Embora haja uma predominância do entendimento da APS como promotora de mudanças, prevalecendo as noções de APS como *abordagem* ou *filosofia* como nas propostas políticas, na prática, ainda vemos a APS como *nível* ou como *programa* voltado para a população pobre. Essa concepção, como já abordado permeia não somente a atuação do articulador, mas o seu próprio contexto de trabalho, fazendo-se ainda presente nas concepções de alguns profissionais, gestores, e principalmente da própria população.

Apesar dessa permanência discursiva ao longo do tempo, como apontado por Spink e Medrado (2004) é possível que haja transformações nos discursos a partir das relações, momento em que a produção desses sentidos ocorre, no *tempo curto*. Merhy (2006) ao focar a potencialidade da *tecnologia leve*, também compreende a importância dos encontros, das relações estabelecidas entre os profissionais, para que essas transformações ocorram. Entendemos que os articuladores da atenção básica, profissionais da área da saúde, estão também imersos no contexto discursivo descrito anteriormente, mas, ao mesmo tempo, compreendemos a potencialidade desta função na promoção de mudanças.

Afinal, os articuladores utilizam a comunicação como sua principal ferramenta de trabalho e como analisado, o modo como se comunicam, como se relacionam com os atores de seu contexto de trabalho, pode produzir efeitos específicos que vão ao encontro das propostas de transformação do modelo de atenção, ou ao contrário, que mantenham a lógica tecnicista e biomédica já em vigor.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou descrever e analisar a prática dos articuladores da atenção básica. A análise desenvolvida neste estudo tem interface com uma série de outros temas e aspectos de âmbito macro e microcontextuais, como diretrizes políticas e relações cotidianas. Considerando a complexidade e grandiosidade do objeto de estudo, optamos por iniciar algumas reflexões a respeito do Programa e de sua relação com a mudança do modelo de atenção. Reconhecemos este momento da análise como importante disparador que destaca a relevância do tema, contudo, apesar da relevância, esta questão não se configurou como objetivo central da pesquisa.

A análise das formulações políticas, ou no caso específico, a análise de programas como este, envolve uma série de questões, muitas vezes, imperceptíveis para os que observam de fora. Como coloca Viana 1996 (citado por Sampaio, 2006) as políticas públicas conformam processos dinâmicos de atuação de diversos atores com inúmeros interesses, envolvendo também jogos de poder, questões financeiras, dentre outros aspectos, algo que extrapola a política em si e sua execução.

Importante também ressaltar as limitações decorrentes do recorte metodológico adotado. O instrumento e a seleção de apenas uma das RRAS do estado de São Paulo conformam parte da construção do contexto de análise e dos resultados obtidos. Concebemos, portanto, os resultados desta pesquisa como produtos de nossas escolhas ao longo de todo o percurso, uma construção dentre várias possíveis. Assim, optamos dar destaque para alguns aspectos como o papel do articulador, as atividades da função, a comunicação envolvida nesta prática e a possibilidade de mudança do modelo de atenção, enquanto outros assuntos são citados, porém não aprofundados na discussão.

Como já descrito, a produção de sentidos é um empreendimento contextual e relacional, em que aquele que produz dialoga com discursos amplamente compartilhados, com suas experiências pessoais, teorias de aporte, dentre outros aspectos.

Sendo assim, não buscamos construir conclusões que abarcassem e descrevessem o Programa e sua complexidade, mas sim promover reflexões que pudessem ser úteis para pensarmos em seu contexto de criação e no modo como vêm sendo construído na prática. Sabemos que este estudo se caracteriza como uma pesquisa inicial a respeito do Programa Articuladores da Atenção Básica, tendo sido desenvolvida em um contexto histórico específico.

Com base nas informações dialogadas, analisamos alguns dos possíveis motivos para a criação do Programa, seu processo de implantação na RRAS XIII, e as principais atividades desempenhadas pelos articuladores. Como principais resultados destes aspectos destacamos: Quanto à criação do Programa: o formato de gestão compartilhada que possibilitou à SES-SP criar o Programa com o objetivo de aprimorar a AB no estado, possibilitando, também, a mudança do modelo de atenção; apontamos ainda a criação do Programa como recurso utilizado para a realização do diagnóstico da saúde do estado; como possibilidade de resgatar recursos humanos que ao longo do processo de municipalização se afastaram da SES; e finalmente como uma possibilidade de postergar a aposentadoria dos profissionais. Quanto ao processo de implantação: inicialmente houve certa resistência por parte de alguns municípios que não compreendiam bem a proposta, consideravam como mais uma medida de fiscalização. Apesar disso, de modo geral, os articuladores foram bem recebidos pelos municípios que hoje se sentem apoiados. E, por fim, quanto às atividades: apresentamos alguns exemplos das atividades e concluímos que o papel desempenhado é o de apoio aos municípios, apoio para a confecção de documentos, para a implantação de programas, para a organização do processo de trabalho, enfim, apoio direto à gestão municipal e aos profissionais que atuam neste contexto.

Discorremos ainda sobre os principais desafios e sobre a importância, também apresentada na literatura, da comunicação envolvida nesta prática. Nesta pesquisa os desafios foram apenas citados, não demos destaque para eles em nossas entrevistas, e por este motivo não aprofundamos a análise, o que se constituiu como uma limitação deste estudo. No entanto, consideramos que estes desafios são aspectos de grande relevância, aspectos que podem ser abordados em profundidade por pesquisas futuras. Quanto ao processo de comunicação, analisamos a prática a partir de dois modelos comunicacionais. Discutimos sobre o desafio desta função do articulador que deve ora informar e ora produzir mudanças, e buscamos, também, dar destaque para a utilidade dos modos de comunicar.

Como reflexão principal, consideramos o Programa dos articuladores com potencial para promover núcleos transformadores da tão almejada mudança no modelo de atenção, ou superação do modelo médico. Nesta pesquisa, demos enfoque às *tecnologias leves* como centrais para a promoção de núcleos iniciais de mudança a partir do contato dos profissionais de saúde e gestores com os articuladores, e do incentivo promovido por eles a novas práticas e posturas mais implicadas com os princípios fundamentais do SUS. A função do articulador configura-se, portanto, como uma função relacional, articulada no *tempo curto*, nos encontros e na possibilidade de promoção de novos sentidos, e consequentemente novas práticas.

No entanto, apesar de compreendemos a prática do articulador como potencial gerador de novos entendimentos e de novas práticas, reconhecemos aspectos negativos contextuais que os impedem de atingir esse ideal. Aspectos, muitas vezes, determinados por questões macrocontextuais e macropolíticas, como a cultura, os discursos amplamente compartilhados, a formação profissional, o contexto sócio-histórico, as contradições políticas, dentre outros.

Como colocam os próprios articuladores, a cultura, muitas vezes, ainda é fortemente arraigada ao modelo biomédico. Esse discurso ainda hegemônico posiciona o SUS e o enfoque dado aos cuidados primários como correspondentes a ações e serviços específicos, de má qualidade, voltados para a população carente (Gomes, et al., 2011), algo reforçado pela mídia que constrói o SUS-problema (Silva & Raserá, 2014).

Especificamente quanto à AB, dentre as diversas interpretações ou discursos presentes em nossa cultura, conforme apontado, permanece ainda, em muitos casos, a noção da AB como *nível*, ou como *programa*, e não como *estratégia*, *abordagem* ou *filosofia*, como compreendida no âmbito da PNAB. Esses discursos atravessam a prática e a compreensão dos articuladores, muitas vezes dificultando suas ações, ou até mesmo dificultando a promoção de novos entendimentos.

Outro aspecto a ser considerado é a falta de conciliação entre as propostas federais, estaduais e municipais (Feuerwerker, 2005) e a vinculação entre a liberação de verba e a adesão a determinados programas, ou propostas (Castro & Machado, 2012). Muitas vezes, este formato de gestão se mostra paradoxal e incompatível com os princípios de descentralização e regionalização, pois dificulta a promoção de modelos mais adequados à realidade local.

Consideremos o programa dos articuladores como uma boa oportunidade para a promoção de negociações e conciliações entre propostas nacionais e locais, ou entre aspectos macro e micro, mas não podemos desconsiderar as dificuldades enfrentadas por estes novos profissionais, e a atual falta de acompanhamento da SES-SP ao Programa que pode gerar desmotivação, como colocado pelos participantes.

O acompanhamento da SES-SP pode ser considerado aspecto positivo ou negativo a depender do modo como é colocado em prática. O acompanhamento marcado pelo direcionamento das tarefas, como aplicação de programas de avaliação ou inclusão de determinados programas à realidade municipal pode se configurar como uma forma de cercear a autonomia dada aos municípios. Por outro lado, com flexibilidade e abertura ao diálogo, o acompanhamento, mesmo que com o direcionamento através das propostas criadas

pelo Ministério da Saúde pode se configurar como sendo útil, como uma forma de regulação e acompanhamento do envolvimento dos municípios com as questões da saúde.

Ainda com relação a este aspecto, embora em alguns momentos tenha sido possível perceber a atuação dos articuladores em busca de adequação das propostas federais e estaduais às necessidades locais, a falta da cultura de cidadania, de baixa participação social, prejudica a elaboração de novas propostas por parte dos municípios que se sentem impotentes mediante aos determinantes federais e à vinculação entre implantação das propostas e financiamento. Embora haja o “incentivo” à autonomia e à democracia, não há ainda no Brasil uma cultura prioritariamente participativa.

Apesar dos aspectos negativos referentes ao contexto social e político, queremos dar destaque para o potencial desta nova função e sua capacidade para articular as prioridades nacionais e as particularidades locais. Potencialidade que exige uma atuação pautada na abertura ao diálogo e na promoção de reflexões e discussões junto aos profissionais com os quais atuam. Assim, a função dos articuladores e o modo como compreendem seu papel, ora como informantes, cumpridores de certas tarefas, e ora como produtores de novas realidades, tem como consequência diferentes práticas e diferentes modos de comunicação (McNamee, 2010; Gergen, 2009; Guanaes, 2006).

Por este motivo, ao analisarmos os modos como estes profissionais se comunicam, percebemos que o formato de comunicação pode ou não criar oportunidades que disparem mudanças. A atuação e o modo como se comunicam depende, em grande medida, da forma como estes profissionais compreendem a saúde e quais aspectos destacam como sendo relevantes para a mudança do modelo de atenção. A comunicação pautada em uma postura construcionista social, como já colocado, pode oferecer recursos para a atuação dos articuladores. Como analisado por Camargo-Borges (2007) o discurso construcionista social mantém similaridades com as propostas do SUS e com o enfoque à AB.

Assim, com base no conteúdo abordado, valorizamos a comunicação e abertura ao diálogo, algo já presente em alguns momentos na prática dos articuladores. No entanto, reconhecemos as limitações de uma prática menos diretiva e fortemente pautada na flexibilidade e abertura ao diálogo, a começar pela própria formação. Como ensinar modos de se comunicar, sem cair na falácia do instrumentalismo técnico? Apesar dos questionamentos e desafios, concluímos que o investimento neste Programa aparece como importante recurso para a promoção de novos modos de se relacionar que sejam mais coerentes ao novo modelo de atenção, mas, do mesmo modo, é possível reconhecer que há ainda muito a ser superado.

Deste modo, a presente pesquisa contribuiu para iniciarmos a compreensão de um Programa recente e pouco divulgado. Apesar de se constituir como importante recurso para a promoção de mudanças, o Programa dos articuladores têm sido pouco explorado. A análise aqui proposta possibilita a construção de folhetos informativos, e aponta para a necessidade de maior acompanhamento e desenvolvimento dos aspectos comunicacionais desses profissionais, para que a promoção de abertura ao diálogo e o cumprimento da proposta de construção do SUS considerando as especificidades da realidade local se tornem possíveis. Esperamos que a devolutiva prevista aos participantes, sobre os resultados da pesquisa, possa contribuir oferecendo aos profissionais maior apropriação e possibilidade de transformação das práticas desempenhadas no cotidiano.

Consideramos que, com base nos resultados aqui construídos o delineamento de treinamentos torna-se possível e necessário. Treinamentos que facilitem e norteiem a atuação dos profissionais os quais em alguns momentos se mostram confusos com relação ao seu papel. Ainda quanto aos treinamentos, compreendemos como sendo relevante delimitar em quais momentos o aspecto técnico se torna útil e em quais ele engessa e dificulta a atuação. Seria interesse, por exemplo, promover treinamentos reflexivos sobre a nova função e sobre possíveis formas de atuação pautadas na comunicação, mas sem considerá-la unicamente transmissão de informações e poder argumentativo, treinamentos que permitissem a produção de novos sentidos sobre a comunicação e o diálogo e sobre o seu potencial transformador.

Destacamos ainda a importância de que estes treinamentos levem em conta os aspectos necessários para o bom desempenho da função, mas que ao mesmo tempo, não individualizem este desempenho, como se os resultados dependessem unicamente da ação dos profissionais. Os desafios aqui descritos e as expectativas sobre o Programa, são aspectos contextuais que atravessam a prática dos articuladores e que, em alguns casos devem ser revistos e aprimorados. Neste sentido, encorajamos novas pesquisas que tenham como objetivo aprofundar as questões apontadas ao longo deste estudo, porém pouco discutidas e desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS⁹

Aguiar, R. A. T. de. (2003). *A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do sistema único de saúde no Brasil*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Minas Gerais.

Andrade, M. C. & Castanheira, E. R. L. (2011). Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. *Saúde e Sociedade*. 20(4), 980-990. Recuperado em 04 de abril de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/15.pdf>

André, M. E. D. A. (2002). A Abordagem qualitativa de pesquisa. In. M.E.D.A. André, *Etnografia da Prática Escolar* (Prática Pedagógica) (7a ed.). (pp. 15-26). Campinas, SP: Papirus.

Bahia, L., Portela, L.E. & Scheffer, M. (2013, 03 de março). Dilma vai acabar com o SUS. *Jornal Folha de São Paulo*. Opinião, tendências e debates. Recuperado em 09 de maio de 2013, de <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaio/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml>.

Baptista, T. W. F. (2005). O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.), *Textos de Apoio em Políticas de Saúde* (Série Trabalho e Formação em Saúde). (pp. 11- 41). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1991). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Ed. Porto.

Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. (2013). Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p.1, 23 out. 2013. Recuperado em 25 de agosto de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.

Brasil. Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. (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). Recuperado em 04 de abril de 2012, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.

⁹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

Brasil. Decreto-lei nº 7.508 de Julho de 2011. (2011a). Regulamenta a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, p.1, 29 jun. 2011. Seção 1. Recuperado em 04 de abril de 2012, de <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/28001758/dou-secao-1-29-06-2011-pg-1>.

Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. (2010). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado em 25 de agosto de 2014, de <http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas de Promoção da Saúde* (Série B. Textos Básicos em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde.(1986). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 20 de dezembro de 2011, de http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf.

Burr, Vivien. (2003). *Social Construcionism* (2nd ed). New York: Routledge.

Camargo-Borges, C. (2007). *O Construcionismo Social no contexto da Estratégia de Saúde da Família: articulando saberes e práticas*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Campos, C. E. A. (2006, julho/setembro). A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Rev Bras Med Fam Com*, 2(6), 131-147. Recuperado em 05 de maio de 2014, http://ucbweb2.castelobranco.br/webcaf/arquivos/120331/10734/A_organizacao_dos_servicos_de_Atencao_Primaria_a_Saude_no_Brasil.pdf.

Campos, G. W. S. (1997). Subjetividade e Administração de Pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: E. E. Merhy & R. Onocko (orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público* (pp. 229-266). São Paulo: Hucitec.

Carvalho, A. I. (1995). *Conselhos de saúde no Brasil. Participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: IBAM / FASE.

Castanheira, E. R. L., Nemes, M. I. B., Almeida, M. A. S., Puttini, R. F., Soares, I. D., Patrício, K. P. et al. (2011). QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde Soc.*, 20(4), 935-947. Recuperado em 01 de junho de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>.

Castro, A. L. B. & Machado, C. V. (2012). A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 22 (2), 477-506. Recuperado em 01 de junho de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200005>.

Chebli, I. C. F., Paiva, M. G. & Stephan-Souza, A. I. (2010). A Regionalização: desdobramento da Descentralização? *Revista de APS*. 13 (1) suplemento, 84-94. Recuperado em 28 de abril de 2012, de <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/814/383>.

Conass. (2006). *Para entender o Pacto Pela Saúde 2006*. Brasília: CONASS. Recuperado em 28 de abril de 2012, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0598_23_03_2006.html.

Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. (1996). Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

Coordenadoria de Planejamento de Saúde. (2011). Deliberação CIB -36. (21/09/2011). *Diário Oficial [Poder Executivo] do Estado de São Paulo*, no. 180 – DOE de 22/09/2011, seção 1, p.51. São Paulo: Coordenadoria de Planejamento de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Recuperado em 01 de junho de 2012 de http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/legislacao/cib_rras.pdf.

Cozby, P. C. (2003). *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Editora Atlas.

Craig, R. T. (1999). Communication Theory as a Field. In. Intenacional Communication Association. *Communication Theory* (pp. 119-161). Recuperado em 20 de julho de 2014, de <http://faculty.georgetown.edu/irvinem/theory/Craig-CTF-1999.pdf>.

Fausto, M. C. R & Matta, G. C. (2007). Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas (Coleção: Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde, 4). In. M. V. G. C. Morosini & A. D. A. Corbo (Orgs.). *Modelos de Atenção e a Saúde da Família* (pp.43-67). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz.

Ferreira, G. M., Hohlfeldt, A., Martino, L. C. & Moraes, O. J. de. (Orgs.). (2010). *Teorias da Comunicação: trajetórias investigativas*. Porto Alegre: EdUPUCRS. Recuperado em 26 de agosto de 2014, de <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/trajetoriasinvestigativas.pdf>.

Feuerwerker, L. (2005, setembro / dezembro). Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*, 9(18), 489-506. Recuperado em 01 de junho de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>.

Fleury, S. & Ouverney, A. M. (2008). Política de saúde: Uma política social. In: L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C Lobato, J. C. Noronha & A. I. Carvalho. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* (pp.1-41). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Foucault, M. (1995). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.

França, V. R. V. (2001). Paradigmas da comunicação: conhecer o quê? *Ciberlegenda*, n 5. Recuperado em 26 de agosto de 2014, de <http://www.uff.br/ciberlegenda/ojs/index.php/revista/article/view/314/195>.

Franco, T. B. & Merhy, E. E. (2006). Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: E. E. Merhy, H. M. M. Junior, J. Rimoli, et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. (pp. 55-133). São Paulo: Hucitec.

Gaspari, E. (2013, 03 de março). Um pacote de veneno para a saúde. *Jornal Folha de São Paulo*. Recuperado em 09 de maio de 2013, de <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/poder/96631-um-pacote-de-veneno-para-a-saude.shtml>.

Gergen, K. (2009, janeiro / julho). O movimento do construcionismo social na Psicologia moderna (E.J.S. Filho, trad.). *Revista Interdisciplinar INTERthesis*, 6(1), 299-325. (Original publicado em 1985).

Guanaes, C. (2006). *A Construção da mudança em Terapia de Grupo: um enfoque construcionista social*. São Paulo: Vetor.

Guanaes, C. & Japur, M. (2008, Maio / Agosto). Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 13 (2), 117-124. Recuperado em 01 de junho de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2008000200003>.

Guanaes-Lorenzi, C., Moscheta, M. S, Corradi-Webster, C. M. & Souza, L. V. (orgs). (2014). *Construcionismo Social: discurso, prática e produção do conhecimento*. Rio de Janeiro: Instituto Noos

Gomes, K. O., Cotta, R. M. M., Araújo, R. M. A., Cherchiglia, M. L. & Martins, T. C. P. (2011). Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl 1), 881-892. Recuperado em 01 de junho de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700020>.

Ibáñez, T. G. (2004). O “giro linguístico”. In. L. Iñiguez (Coord.), *Manual de Análise do Discurso em Ciências Sociais* (V. L. Joscelyne, trad) (pp. 19-49). Petrópolis, RJ: Editora Vozes.

- Krauss, R. M. & Fussell, S. R. (n.d.). Social Psychological Models of Interpersonal Communication. In: E.T. Higgins & A. Kruglanski (eds.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*. New York: Guilford Press. Recuperado em 26 de agosto de 2014, de http://sfussell.hci.cornell.edu/pubs/Manuscripts/Comm_Models.pdf.
- Kude, V. M. M. (1997, janeiro / junho). Como se faz um projeto de pesquisa qualitativa em Psicologia. *Revista Psico*, 28 (1), 9-34.
- Littlejohn, S. W. & Foss, K. A. (2005). *Theories of Human Communication* (8th ed.). Canadá: Thomson Wadsworth.
- Littlejohn, S. W. (1983). *Theories of Human Communication* (2nd ed.). Belmont, California: Wadsworth Publishing Company.
- Manzini-Covre, M. de L. (1996). *O que é cidadania* (Coleção Primeiros Passos) (2a ed.). São Paulo: Ed. Brasiliense.
- McNamee, S. (2010). Research as social construction: transformative inquiry. *Saúde e Transformação Social*. 1(1), 09-19. Recuperado em 01 de maio de 2011, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/418/477>.
- McNamee, S. (2008). Transformative Dialogue: Coordinating Conflicting Moralities. In: *The Lindberg Lecture 2008*. Recuperado em 05 de julho de 2013, de http://pubpages.unh.edu/~smcnamee/dialogue_and_transformation/LindbergPub2008.pdf.
- Mendes, E. V. (2011). As Redes de Atenção à Saúde: Revisão Bibliográfica, Fundamentos, Conceito e Elementos Constitutivos. In: E. V. Mendes. *As Redes de Atenção à Saúde* (pp. 61-208). Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado em 18 de outubro de 2010, de http://www.conass.org.br/arquivos/file/livro_redes_mendes.pdf.
- Mendes, E. V. (2004). O SUS que temos e o SUS que queremos. In: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde. *Convergências e divergências sobre gestão e regionalização do SUS*. Brasília: CONASS. Recuperado em 28 de abril de 2012, de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta6.pdf>.
- Mendes, E. V. (2001). *Os Grandes Dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade.
- Mendes, E. V. (1994). As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90. In: E. V. Mendes (org.) *Distrito Sanitário* (3a ed.). (pp. 19-92). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E. E. (2006). Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: E. E. Merhy, H. M. M. Junior, J. Rimoli, et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano* (pp. 15-35). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. & Queiroz, M. S. (1993, Abril/Junho). Saúde Pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. *Cad. Saúde Públ.*, 9(2), 177-184. Recuperado em 01 de janeiro de 2014, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>.

Mitre, S. A., Andrade, E. I. G., Cotta, R. M. M. (2012). Avanços e Desafios na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(8), 2071-2085. Recuperado em 10 de maio de 2014, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>.

ObservaRHSP. Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo. Site: <http://www.observarhsp.org.br/>, recuperado em 08 de maio de 2012.

Organização Mundial da Saúde. (1978). Alma Ata 1978 – Cuidados Primários de Saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. OMS/UNICEF. Brasil.

Paim, J. S. (2008). Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: L. Giovanella, S. Scorel, L. V. C. Lobato, J. C. Noronha & A. I. de Carvalho. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Capítulo recuperado em 20 de junho de 2014, de <http://www.otics.org/estacoes-de-observacao/versus/acervo/textos/modelos-de-atencao-a-saude-no-brasil-jairnilson-silva-paim/view>.

Paim, J. S. (2008a). Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, Limites e Perspectivas. In: G. C, Matta & J. C. F, Lima (orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp. 49-87). Rio de Janeiro: Fiocruz/ EPSJV.

Paim, J. S. (2003). Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: M. Z. Rouquayrol & N. A. Filho. *Epidemiologia & Saúde* (6a ed.) (pp. 567-586). Rio de Janeiro: MEDSI.

Paulo Serra, J. (2007). *Manual de Teoria da Comunicação*. Livros Labcom. (Série Estudos em Comunicação). Covillã: Universidade da Beira Interior. Recuperado em 26 de agosto de 2014, de http://www.livroslabcom.ubi.pt/pdfs/20110824-serra_paulo_manual_teorias_comunicacao.pdf.

Pearce, W. B. (2007). *Making Social Worlds: A Communication Perspective*. Malden, MA: Blackwell Publishing.

Preti, D. (1999). *Análise de textos orais* (4 ed.) (Série projetos paralelos v.1). São Paulo: Humanitas Publicações FFCLRP/USP.

Pinheiro, O. G. (2004). Entrevista: uma prática discursiva. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.). (pp. 183-214). São Paulo: Cortez.

Ribeiro, F. A. (2007). *Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP. Recuperado em 02 de fevereiro de 2014, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/pt-br.php>.

Sampaio, J. (2006). A construção de novas políticas públicas como caminho para a prevenção da aids. Tese de Doutorado, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife.

São Paulo (estado). Resolução SS n. 61, de 14 de Junho de 2011. (2011). Dispõe sobre o Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde – SUS no estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. *Diário Oficial [Poder Executivo] do Estado de São Paulo*, no. 112 DOE de 15/06/2011, seção 1, p. 115. Recuperado em 04 de abril de 2012, de ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jun.11/iels112/E_R-SS-61_140611.pdf.

São Paulo (estado). Resolução SS n. 187, de 05 de Dezembro de 2008. (2008). Dispõe sobre o Projeto de apoio técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. *Diário Oficial [Poder Executivo] do Estado de São Paulo*, no. 7 DOE de 13/01/09, seção 1, p. 28. Recuperado em 04 de abril de 2012, de ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.dez.08/iels233/E_RS-187_051208.pdf.

São Paulo (estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (2008a). *Pacto Pela Saúde. Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de São Paulo*. São Paulo. Recuperado em 05 de abril de 2012, de http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pdr_sp.pdf.

São Paulo (estado). Secretaria de Estado da Saúde. (2008-2011). *Plano Estadual de Saúde*. Recuperado em 26 de agosto de 2014, de http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/normas-e-procedimentos/plano_estadual_de_saude_2008_2011.pdf.

Secretaria Estadual da Saúde. Governo do Estado de São Paulo. Site: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/Programa-articuladores-de-atencao-basica/articuladores-da-atencao-basica>. Recuperado em 05 de janeiro de 2012.

Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Recursos Humanos. *Comunicado 001/2009*. Recuperado em 08 de maio de 2012, de http://sistema.saude.sp.gov.br/sde/documentos/atencao_basica_edital.pdf.

Silva, G. M. ; Rasera, E. F. (2014). A Construção do SUS - Problema no Jornal Folha de São Paulo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Impresso), 21, 61-76.

Spink, M. J. P. (Org.). (2004). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológica* (3a ed.). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P. & Frezza, R. M. (2004). Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.). (pp. 17-40). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P. & Lima, H. (2004). Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.). (pp. 93-122). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P. & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.). (pp. 41-62). São Paulo: Cortez.

Spink, M. J. P. & Menegon, V. M. (2004). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.). (pp. 63-92). São Paulo: Cortez.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. (Original publicado em 1998).

Teixeira, C. (2006). A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços.... In: C. Teixeira & J. P. Solla. *Modelo de Atenção à Saúde: promoção, vigilância e saúde da família* (pp. 19-57). Salvador: Edufba.

Temporão, J. G. (2013, 07 de abril). SUS: Entre a hegemonia e a americanização. *Carta Capital*. Recuperado em 09 de maio de 2013, de <http://www.cartacapital.com.br/saude/sus-entre-a-hegemonia-e-a-americanizacao>.

Viana, A. L. A. & Levcovitz, E. (2005). Proteção Social: introduzindo o debate. In: A. L. A., Viana, P. E. M. Elias & N. Ibañez. *Proteção Social: dilemas e desafios* (pp.15-57). São Paulo: Hucitec.

Weedwood, B. (2002). *História Concisa da Lingüística* (M. Bagno, trad.). São Paulo: Parábola.

Wolf, M. (1995). *Teorias da Comunicação*. (4a ed.). Lisboa: Presença.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Você está sendo convidado (a) a participar do estudo intitulado “*Sentidos construídos pelos Articuladores da atenção básica sobre sua prática profissional*”, realizado pela estudante de Mestrado Giovanna Cabral Doricci e orientado pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi, docente e pesquisadora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Essa pesquisa visa descrever e analisar a forma como os Articuladores da atenção básica significam e constroem sua prática profissional cotidiana. Nesse sentido, buscaremos compreender quais são suas atividades diárias nessa função, bem como quais são as potencialidades e dificuldades percebidas por você em a sua prática. Por se tratar de um campo novo de atuação profissional repleto de potencialidades considera-se relevante a investigação proposta no presente projeto.

Sua participação acontecerá através de uma entrevista, realizada pela mestrand, que terá duração prevista de uma hora e meia e se desenvolverá em local previamente agendado, escolhido por você. As conversas desenvolvidas nessa entrevista serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas, sendo usadas apenas para estudo científico. Sua identidade será mantida em sigilo, sobretudo na divulgação dos resultados.

Sua participação nessa pesquisa é voluntária, você não terá gastos não havendo, portanto, nenhum tipo de remuneração ou reembolso. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo ou retaliação. Essa pesquisa não apresenta nenhum dano ou riscos previstos. Como benefício, esperamos contribuir para a atuação dos profissionais de saúde nessa nova função, bem como, oferecer informações mais detalhadas à literatura referente a esse tema. Durante qualquer momento, você poderá entrar em contato conosco para solicitar informações sobre a pesquisa, esclarecer dúvidas ou discutir algo de seu interesse, associado aos temas discutidos na entrevista. Você deverá receber uma cópia desse termo contendo as informações para contato e a assinatura dos pesquisadores responsáveis. Para esclarecer qualquer dúvida referente aos aspectos éticos dessa pesquisa você poderá entrar em contato com os pesquisadores, no endereço abaixo, ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa¹⁰.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, Articulador da Atenção Básica, DRS _____, aceito participar da pesquisa “*Sentidos construídos pelos Articuladores da atenção básica sobre sua prática profissional*”.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2013.

Assinatura Participante: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: **Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi**

Telefone: (016) 3602-4446

Endereço para contato: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP - Departamento de Psicologia. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto.

Assinatura: _____

Pesquisadora: **Giovanna Cabral Doricci**

Telefone: (016) 8176-7508

¹⁰ Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Constituição de Banco de Dados

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Você foi convidado (a) a participar da pesquisa “*Sentidos construídos pelos Articuladores da atenção básica sobre sua prática profissional*”, realizada pela estudante de Mestrado Giovanna Cabral Doricci e orientada pela Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi, ambas do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP.

Através desse documento solicitamos a sua autorização para armazenar as informações obtidas, referentes à entrevista realizada para a pesquisa descrita acima, em um Banco de Dados. Isso significa que as entrevistas gravadas em áudio e posteriormente transcritas **serão arquivadas e poderão ser utilizadas como material em pesquisas futuras que possam abordar outros aspectos do mesmo tema.**

Declara-se como responsável institucional desse banco de dados, a Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi, do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Para informações quanto aos resultados obtidos através da utilização de seus dados, você poderá entrar em contato através do endereço: Avenida dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP, ou pelo telefone (016) 3602-4446.

Sua participação na composição desse banco de dados é voluntária, não havendo nenhum tipo de remuneração. Você poderá desistir de participar em qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo. Durante qualquer momento, você poderá entrar em contato conosco para solicitar informações sobre a utilização dos dados. Você deverá receber uma cópia desse termo contendo as assinaturas dos pesquisadores responsáveis, e para esclarecer qualquer dúvida referente aos aspectos éticos dessa pesquisa você poderá entrar em contato com os pesquisadores, no endereço abaixo, ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa¹¹.

Esclarecido e concordando com o que foi colocado:

Eu, _____, Articulador da Atenção Básica, DRS _____, participante da pesquisa “*Sentidos construídos pelos Articuladores da atenção básica sobre sua prática profissional*”, **aceito o arquivamento das informações coletadas nessa pesquisa em um banco de dados, bem como sua utilização em estudo (s) científico (s) posterior (es), sempre de modo a não me identificar.**

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2013.

Assinatura Participante: _____

Assinatura: _____
Pesquisadora: **Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi**
Telefone: (016) 3602-4446

Assinatura: _____
Pesquisadora: **Giovanna Cabral Doricci**
Telefone: (016) 8176-7508

Endereço para contato: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP - Departamento de Psicologia. Avenida dos Bandeirantes, 3900. CEP: 14040-901 Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto.

¹¹ Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP – Brasil Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660 E-mail: coetp@ffclrp.usp.br

APÊNDICE C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada

Informações Gerais

- 1) Dados pessoais: Nome, Sexo, Idade, Escolaridade e Estado Civil.
- 2) Há quanto tempo atua como articulador?
- 3) Como chegou ao exercício dessa função?

Sobre a implantação do Programa

- 4) Como foi o processo de implantação do Programa?
- 5) Como foi definido o papel do articulador?
- 6) Como você foi recebido pelos profissionais nos diferentes municípios? E como é hoje?
- 7) Quais foram os principais desafios iniciais?

Descrição da prática atual

- 8) Houve mudanças em sua forma de atuação desde que iniciou esse trabalho?
- 9) Conte-me sobre seu trabalho hoje. Como é seu dia a dia nessa função?
- 10) Quais habilidades você considera que um articulador deve ter?
- 11) O que você entende por comunicação? Quais as atividades exigem maior comunicação?
- 12) O que você entende por negociação? Quais atividades são caracterizadas pela negociação?
- 13) O que você considera ser obrigação do articulador? O que considera não ser?
- 14) Qual a principal demanda observada nos diferentes municípios?
- 15) Você se depara com problemas de conflito nas equipes? Como esse tipo de problema repercute em sua prática?
- 16) Quais são os principais desafios?

Opinião sobre o Programa

- 17) Qual é a sua opinião a respeito do Programa Articuladores da Atenção Básica?
- 18) O que poderia ser diferente na função do articulador?
- 19) O que considera ser a maior potencialidade desse Programa?
- 20) O que considera ser necessário para a mudança do modelo assistencial?
- 21) Há relação entre essas necessidades e seu papel profissional? Qual?

APÊNDICE D – Tabela com a distribuição das categorias iniciais da análise

Atuação anterior	<p>*Enfermeira – atua no âmbito estadual há 20 anos</p> <p>*Anteriormente atuava em município – auxiliava o gestor fazendo praticamente todas as atividades (“gestora não de direito, mas de fato”) - fazia planejamento, vigilância epidemiológica / gestão</p>
Motivo da criação do programa	<p>*Afastamento do estado na gestão da AB, necessidade de recuperação desse vínculo com o estado para auxiliar na implantação da AB – como se fosse uma recuperação dos médicos sanitaristas – uma forma de reduzir a demanda crescente na média complexidade</p>
Seleção e Treinamento	<p>Seleção:</p> <p>*Edital (requisitos para participação)</p> <p>*Análise de Currículo e envio de uma carta de interesse (“uma fala do porque que eu queria ser articuladora”) – processo eliminatório</p> <p>*Treinamento Avaliativo = “Semana de provas” – aula de um tema de manhã e prova a tarde - etapa classificatória</p> <p>*Entrevista Individual (investigaram interesse e o perfil, fala sobre a necessidade de comunicação – jeito de conversar na entrevista)</p> <p>Treinamento:</p> <p>* Reuniões em SP de dois dias – objetivo dessas reuniões do ponto de vista dela: igualar os conhecimentos dos articuladores em temas específicos da AB, pois havia vários profissionais de várias formações</p> <p>*Treinamento a respeito de como conversar?</p> <p>Não, foram orientadas a respeito de como chegar no município ao longo dos encontros, uns ajudavam os outros, mas acredita que cada um tem um jeito</p>
Implantação / Recepção pelos municípios	<p>*Apresentadas para DRS</p> <p>*Apresentadas no CGR (conselho regional de saúde, foram apresentadas para os gestores – apresentação em power point sobre o papel deles)</p> <p>* municípios – foram apresentadas no momento da realização do diagnóstico</p> <p>*Alguns municípios acham ótimo esse apoio e recebem bem, outros não</p>
Desafio Inicial ou Atual	<p>* Trabalhar em DRS porque trabalhou muito tempo em município pequeno</p> <p>*Atual – fazer as pessoas trabalharem / fazer a AB funcionar</p> <p>*Reorganizar algumas coisas com a chegada da nova gestão</p>
Principal demanda dos municípios	<p>*Organização de serviço (cita vários exemplos ao longo da entrevista sobre dúvidas dos trabalhadores a respeito da sua função, muitas vezes isso gera desgaste e conflitos que se ela puder, esclarece na hora dizendo das portarias, se não, comenta com o gestor para que ele resolva)</p> <p>*Falta de conhecimento sobre recurso financeiro</p>
Habilidades Necessárias	<p>*Saber como conversar (papel político / tem que ter tangentes, plano B / não pode chegar impondo)</p> <p>*Embasamento técnico pra provar o que é certo fazer</p> <p>*Ter traquejo (depende muito do jeito de cada um e da recepção, do modo como os municípios funcionam – relacional?)</p> <p>*Facilidade para se adaptar – flexibilizar o programado de modo a atender às necessidades específicas do município</p> <p>*Destaca a necessidade de saber comunicar – facilita adentrar no</p>

	<p>município</p> <p>*Relacionamento – facilidade de se relacionar (articulação política para adentrar no município)</p>
Opinião / Potencialidade Programa	<p>*Considera ser um programa bom porque auxilia a Secretaria a ter conhecimento de como está a atenção básica no estado – condições de auxiliar a melhorar</p> <p>*Muita coisa boa aconteceu de mudança, mas outras não ocorrem porque depende do prefeito, do recurso financeiro, da gestão etc.</p> <p>O que mudou com a implantação:</p> <p>*os municípios ganharam conhecimento – porque os articuladores levam informação</p> <p>*percebe que eles se sentem seguros de como trabalhar algumas questões</p> <p>*facilitou acesso dos municípios às DRS</p> <p>*A secretaria ganhou por ter profissionais que atuem diretamente com o objetivo de aprimorar a AB do estado</p>
Equipe em Conflito	<p>*Percebe que isso ocorre com frequência, e que atrapalha o serviço, mas não pode interferir diretamente, às vezes tenta comunicar ao gestor</p> <p>*Comenta dos conflitos devido às dúvidas sobre as atribuições, quando sabe resolve sem falar com o gestor... tenta informar o que é papel e o que não é da pessoa que tem a dúvida</p> <p>*Já chegou a fazer uma conversa com equipe em conflito uma vez a pedido do gestor – não faz isso por conta própria porque não considera ser seu papel (conta um exemplo)</p>
Modelo de Atenção	<p>*O maior entrave pra ESF funcionar é o médico – o perfil do profissional – problema de formação</p> <p>*O articulador pode contribuir mostrando a importância de outras ações além da consulta</p>
Atividades	<p>*Conversa com as equipes – senta com a equipe com intuito de realizar processo de trabalho</p> <p>*Diagnóstico inicial – qual a situação do município / o que precisa ser aprimorado? Usaram um questionário com gestor e com a equipe (sobre processo de trabalho) / com base nesse diagnóstico deveriam estabelecer quatro grandes problemas para ajudar / Fez plano de ação e negociou o andamento com os municípios</p> <p>* Direcionamentos – linhas de trabalho – estabelecidas por SP</p> <p>*Mudam as atividades de acordo com as necessidades (algo inevitável)</p> <p>*Às vezes precisam mediar situações conflituosas</p> <p>*Implantação da linha de cuidado de saúde da mulher (qualificam os profissionais para isso)</p> <p>*Aplicação do QualiAB – documento de auto-avaliação – os articuladores deram devolutiva sobre esse instrumento buscando trabalhar as necessidades dos municípios</p> <p>*Auxiliando na implantação das redes – só implantam aquilo que é possível</p> <p>*Processo de implantação de novas políticas – auxiliam os municípios nesse processo de implantação – verificam a parte administrativa, conferem tudo</p> <p>*Participa de reuniões para implantação de rede</p> <p>*Elaboração dos mapas de saúde</p> <p>*Participa das reuniões do colegiado</p> <p>*Visita aos municípios</p> <p>*Participa das reuniões da educação permanente, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica</p>

	<p>*Formação dos novos gestores (treinamento inicial – mostram como a saúde do município está organizada)</p>
Papel Articulador	<p>Momento de definição do papel do articulador: logo nos primeiros encontros</p> <p>*Orientador, Facilitador, articular</p> <p>*Não é de auditor</p> <p>*Desempenha o papel de acordo com o interesse do município</p> <p>*Apoiar tecnicamente o município nas questões da atenção básica</p> <p>*Fazer articulação do gestor com sua equipe</p> <p>*Quando entrou – compreendia que tinha o papel de ajudar a melhorar os indicadores de saúde</p> <p>*Ficar 80% do tempo nos municípios e o resto do tempo no DRS fazendo relatório e etc.</p> <p>*Último ano: por ser um ano político passaram a ficar mais tempo no DRS e acoplaram serviços que não eram do papel deles</p> <p>*Papel político: convencer sobre o que se deve fazer</p> <p>*Não é executor</p> <p>*Não é auditor</p> <p>*Comunicador colaborador</p> <p>*Virou elo dos municípios – eles ligam quando precisam de algo, mesmo que não seja algo relacionado com a atenção básica</p> <p>*Articular processo de trabalho (como que eles trabalham, o que pode mudar...)</p> <p>*Orientar de acordo com as portarias (apoio técnico)</p> <p>*Ajuda quando há problemas com recursos humanos (conversa com as equipes junto com o gestor – por terem conhecimento técnico – status de verdade)</p> <p>*Conversa com equipe e gestão sobre problemas (percebe a falta de comunicação atrapalhando e busca suprir essa dificuldade)</p> <p>*Indica treinamento quando percebe falhas</p> <p>*Não deve interferir na gestão – no plano político – o prefeito manda – se ele quiser contratar ou demitir alguém ele pode</p>
Comunicação	<p>*Significa conseguir estabelecer uma conversa de modo a negociar – “vezes eu vou lá e eu/eu quero fazer aquilo, entendeu? Mas eu tenho que, eu tenho que ter jogo de cintura, resumidamente, eu tenho que ter jogo de cintura, eu tenho que ter habilidade pra conduzir a situação que se encontra, porque às vezes eu vejo uma situação que eu to vendo claramente que aquilo não vai funcionar, mas então eu tenho que pensar eu estou aqui articulando, eu estou aqui negociando, se eu não articular e não negociar eu não vou conseguir nada, vou bater na porta e voltar, então a gente/ isso pra mim, essa articulação essa negociação é fundamental no articuladores”</p> <p>*Ter facilidade de falar, não pode chegar sério</p>
Negociação	<p>*Papel político – de pacificador (tenta implantar serviço / a equipe não sabe se pode, se o gestor autoriza, o articulador entra para convencer o gestor, e às vezes até o prefeito sobre a implantação de algum serviço)</p> <p>*Papel de convencimento / negocia com o gestor o que a equipe não consegue</p> <p>* Ferramentas utilizadas na negociação – busca construir uma proposta junto com o gestor, mas já vai com algo em mente (carta na manga) – considera que construir junto é uma boa forma de fazê-lo aceitar a proposta</p>

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/127/-jsl

Ribeirão Preto, 06 de novembro de 2012

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado "SENTIDOS CONSTRUÍDOS PELOS ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE SUA PRÁTICA PROFISSIONAL" foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 114ª Reunião Extraordinária, realizada em 05.11.12, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE - 07576212.4.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª ANDRÉIA SCHMIDT
Coordenadora

À Senhora
Giovanna Cabral Doricci
Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP USP

Com cópia para a orientadora:
Profa. Dra. Carla Guanaes Lorenzi
Departamento de Psicologia da FFCLRP USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP
Fone: (16) 3602-4811
Fax: (16) 3633-2660 (direto) ou 3633-5015
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br