



Artigo Original

Análise da implantação do Programa Articuladores da Atenção Básica a partir do enfoque na Atenção Primária à Saúde

Analysis of the implementation of the Articulators of Primary Healthcare Program from the focus on the Primary Healthcare

Giovanna Cabral Doricci¹
 Maria José Bistafa Pereira¹
 Carla Guanaes-Lorenzi¹

¹ Universidade de São Paulo

Resumo: A Atenção Primária à Saúde tem sido reconhecida em diferentes países, também no Brasil, como uma proposta potente para transformação dos Sistemas de Saúde. Este artigo objetiva descrever e analisar a implantação do Programa dos articuladores contextualizando-a como resultado do enfoque na Atenção Primária, em nível internacional e nacional. O corpus compõe entrevistas transcritas, com 13 articuladores de São Paulo. A análise construída ao longo do artigo é qualitativa de cunho construcionista social, com inspiração na produção de sentidos e práticas discursivas. Como resultado foram construídos três temas que analisam e problematizam a implantação do Programa: Motivo de Criação do Programa; Seleção e Treinamento; e Recepção do Programa. Como conclusão, dentre os motivos descritos sobre a criação do Programa, destacam-se a potencialidade para qualificação e fortalecimento da Atenção Básica, e a ideia da participação dos articuladores na transformação do modelo de atenção em saúde. Porém, devido à redução dos treinamentos e a partir da análise das práticas discursivas sobre o enfoque nos cuidados primários, consideramos importante resgatar o aprimoramento dos profissionais e refletir sobre os conceitos adotados por eles, o que modifica suas práticas e potencializa, ou não, o enfoque na Atenção Básica.

Palavras-chaves: Gestão em Saúde; Atenção Primária; Política de Saúde.

Abstract: The Primary Healthcare has been recognized in different countries, also in Brazil, as a potent proposal for the shift of Health Systems. This article aims to describe and analyze the implementation of The Articulators Program contextualizing it as result of the valorization of Primary Healthcare in international and national context. The corpus is composed by 13 transcribed interviews with articulators from São Paulo. The analysis is qualitative based on the social constructionist movement, and inspired by the meaning making process and discursive practices. As a result, three themes were created to analyze and problematize the implementation of the Program: Reasons to create the Program; Selection and Training of articulators; How Municipalities received the Program. As a conclusion, we point that among all the reasons described about the foundation of the Program, the potentiality to qualify and strengthen the Primary Healthcare and the articulators' participation in the healthcare model shift, stands out. However, due to the reduction of training and the history of primary healthcare, we consider important to improve their training meetings including reflections about the Primary Healthcare concepts adopted by them which modifies their practices and potentiate, or not, the focus on Primary Care.

Keywords: Health Management; Primary Health Care; Health Policy.

1. Introdução e objetivos

O Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo^{1,2}, Programa Articuladores da Atenção Básica³, corresponde a uma iniciativa criada em 2009 pela Secretaria Estadual da Saúde do Estado (SES-SP) com objetivo de oferecer apoio técnico à gestão municipal para qualificar a Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) - embora reconheçamos haver diferenças ideológicas nessa nomenclatura manteremos neste artigo os termos como sinônimos.

A APS possui atualmente destaque na área da saúde, sendo considerada modelo precursor para a promoção das Reformas Sanitárias em vários países do mundo. Adotada como modelo também no Brasil⁴, a proposta deste enfoque pretende transformar o cuidado estritamente curativo, individualizado, fundamentado nos pressupostos do modelo biomédico⁵.

Embora a AB seja amplamente difundida no âmbito das políticas, na prática, muitas vezes, mantém-se o modelo biomédico que se buscava transformar. Este contexto embasa a criação de propostas e projetos locais como, por exemplo, o Programa dos articuladores da atenção básica.

Este artigo objetiva, inicialmente, contextualizar o surgimento do Programa a partir de um resgate da construção histórica do enfoque à APS em nível mundial e nacional, o que nos permite descrever e analisar *discursos*⁶ e, posteriormente, com base em pesquisa empírica desenvolvida, analisar as *práticas discursivas*⁶ e compreender os *sentidos*⁶ construídos em entrevista, com os articuladores de uma das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) do estado de São Paulo, sobre a implantação do Programa.

Consideramos que ao buscar compreender o processo de implantação do Programa, através do entendimento dos que nele trabalham, e articular essa compreensão à análise da construção histórica do enfoque na APS, este artigo contribui demonstrando como essa proposta vem se construindo, e a quais *discursos* parece reforçar. Partindo de uma epistemologia construcionista, compreendemos os *discursos* como construtores de realidades sociais, os quais legitimam as práticas cotidianas dos profissionais⁶. Assim, o propósito do artigo se destaca pertinente uma vez que este é um programa inovador, ainda em construção, desenvolvido no estado de São Paulo, mas ainda não explorado no contexto acadêmico, conforme descrito em revisão de literatura, em 2013, sobre este tema⁷, na qual foram localizados apenas um artigo acadêmico sobre o assunto³, as resoluções que o instituíram^{1,2}, além de informações distribuídas no site da Secretaria Estadual de São Paulo.

A pesquisa fundamenta-se nas contribuições do movimento construcionista social em Psicologia que considera a realidade social como sendo construída pelas pessoas através de suas relações e dos *sentidos* nelas produzidos a depender do contexto sócio-histórico-cultural em que estão inseridas. Portanto, descrever como o Programa é compreendido nas entrevistas realizadas, é descrever os *sentidos* construídos sobre o tema no momento de interação entre pesquisador e participante. Para descrever os *sentidos*, utilizamos como aporte teórico a abordagem teórico-metodológica desenvolvida por Spink e Medrado⁶, os quais analisam a *produção de sentido* sob a ótica dos *discursos* e das *práticas discursivas* em uma perspectiva temporal.

Os *discursos* são as regularidades linguísticas, *sentidos* que permanecem e se perpetuam através das relações sociais ao longo do processo histórico; já as *práticas discursivas* incluem tanto essas regularidades (*discursos*), passadas através das gerações e do processo histórico, quanto as mudanças que podem vir a ocorrer nos encontros entre as pessoas, nas trocas linguísticas, como no momento de uma entrevista. Com relação à perspectiva temporal, localizam três tempos possíveis para se analisar a produção de sentido: 1º) o *tempo longo*, que são as normas e modelos sociais, *discursos* históricos e amplamente compartilhados que se fazem presentes em nossas formas de compreender e descrever o mundo; 2º) o *tempo vivido*, que se refere às experiências pessoais e à participação em determinadas linguagens sociais que nos oferecem formas específicas de descrição e compreensão do mundo; e, 3º) o *tempo curto*, em que ocorre a "interanimação dialógica", momento da interação face a face que possibilita a produção de novos *sentidos*, de novas formas de descrição, a partir da "combinação de vozes, ativadas pela memória cultural do tempo longo ou pela memória afetiva de tempo vivido"⁶ (p.53).

A primeira parte deste artigo busca estabelecer como foco algumas marcas históricas que deram origem ao enfoque na AB como fundamental à Reforma Sanitária do Brasil (RSB), o que se configura, também, como contexto de origem de discursos sobre a APS e como contexto de criação, em nível nacional, do Programa dos articuladores.

Assim, a descrição deste histórico mantém seu foco de análise no *tempo longo* e dá visibilidade ao surgimento de alguns discursos sociais sobre a AB, os quais sustentarão parte da análise e discussão das entrevistas. Portanto, a construção analítica deste artigo fundamenta-se nesta abordagem teórico-metodológica da *produção de sentido* e dos *tempos*⁶ desde a introdução (análise do contexto) até os resultados (análise das entrevistas) e finalização do artigo.

1.1 A Construção Social do Enfoque na APS

O enfoque nos cuidados primários decorre de um momento histórico específico. Podemos destacar como marcos o compromisso assumido pelos Estados Europeus ao criarem as Políticas de Proteção Social; o fortalecimento do modelo médico; a crise do petróleo; a Conferência Internacional de Alma Ata, e a difusão das Propostas do BM como alternativas ao modelo de APS. Para fins deste artigo, destacamos estes marcos históricos por considerá-los fundamentais para a análise proposta. Contudo, não desconsideramos o movimento posterior de enfoque nos cuidados primários, tanto no âmbito internacional, quanto nacional^{8, 9, 10, 4}.

Após a segunda guerra mundial, em 1948, a saúde passou a ser reconhecida como um direito universal¹¹. Também neste contexto surgiram as políticas de Proteção Social na Europa, conhecidas como Estados de Bem Estar Social (*Welfare State*), as quais incluíam políticas de saúde.

Com os avanços tecnológicos proporcionados pela Revolução Industrial, fortaleceu-se, aos poucos, o modelo biomédico na saúde. Dentre os pressupostos deste paradigma destaca-se a comparação do corpo humano à uma máquina, o conceito de saúde atrelado aos aspectos biológicos e a grande especialização e tecnificação do cuidado médico, que a custos elevados, tornam a saúde um bem de mercado¹².

Com a crise do petróleo em 1972, houve uma grave recessão econômica mundial. Esta crise passou a impedir os Estados de assumirem, integralmente, o compromisso com as políticas sociais, uma vez que o modelo médico, pautado pela lógica do mercado, encareceu os cuidados em saúde. Mediante este cenário de crise convocou-se a Conferência Internacional de Alma Ata, em 1978, em busca de um modelo de atenção em saúde alternativo ao modelo médico altamente tecnológico e de alto custo. A Conferência inaugurou novo modelo de atenção baseado no que se convencionou chamar APS¹², considerada como novo paradigma, com foco na promoção da saúde e na redução das desigualdades sociais⁵.

Apesar deste movimento a favor de um novo paradigma, o contexto econômico de surgimento destes ideais manteve-se fortemente pautado em organização capitalista. Assim, após a Conferência e devido ao agravamento da crise, o Banco Mundial (BM) lançou alternativas, embasadas nos ideais liberais, que direcionavam as ações da AB para população carente através da criação de programas definidos por um conjunto de serviços sanitários¹².

De modo geral, a ideologia de Proteção Social difundida pelo Estado de Bem Estar Social repercutiu, em um momento histórico de crise, no enfoque dado aos cuidados primários em saúde - uma vez que a oferta do cuidado prometido pelo Estado seria mantida, mas a um custo muito menor em momento específico de crise. Posteriormente, também delimitado pelo agravamento da crise, o discurso neoliberal de livre mercado se fortaleceu, ainda em um contexto capitalista, modificando parte da definição de APS lançada em Alma Ata. Do mesmo modo, a proposta de Alma Ata ainda sofre modificação constante devido às próprias configurações políticas e econômicas de cada nação e do contexto histórico mundial e local.

Aguiar¹² retoma algumas produções na área da saúde que buscam classificar as principais interpretações, ou formas de compreensão da APS, desenvolvidas ao longo da história, agrupando-as da seguinte forma: a) APS como nível - corresponde à assistência inicial - Essa interpretação pode ser considerada anterior à Alma Ata, sua origem estaria relacionada ao uso dos termos primário, secundário e terciário que diferencia a complexidade das ações hospitalares;

b) como programa - corresponde a ações de baixo custo para a parcela carente da população; c) como estratégia ou abordagem - concepções que incluem mudança em todo o sistema de saúde; e d) como filosofia, envolve os vários aspectos da saúde e do cuidado, não somente a organização do serviço¹².

Essas interpretações são produtos dos acontecimentos históricos descritos. Em nossa análise, as interpretações correspondem aos *discursos* construídos e perpetuados no *tempo longo*. Estes discursos presentificam-se em nosso cotidiano, sem que possamos identificá-los com clareza, influenciando as práticas estabelecidas nos encontros, no *tempo curto*. Assim, consideramos que ao adotar um *discurso* em detrimento de outro, a organização do sistema e a própria organização das práticas, são norteadas em uma ou outra direção. Ao entender a APS como nível, o cuidado em saúde se restringe às atividades menos complexas. Ao considerá-la como um programa, a prática se volta aos 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 torna-se complexo e ampliado.

1.2 A APS no Brasil e o Programa dos Articuladores

Em conformação com os aspectos discutidos na Conferência de Alma Ata, os cuidados primários foram sendo aos poucos legitimados como importantes para a implementação da RSB, algo ainda em plena construção⁴. O Sistema Único de Saúde (SUS) constituiu-se como marco histórico do processo da Reforma. Sua implantação instituída pela Constituição Federal de 1988 inaugurou, no âmbito das políticas, um novo conceito de saúde ao reconhecer os fatores sociais e econômicos como determinantes.

A partir do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e do Programa de Saúde da Família (PSF) iniciado em 1994, houve aumento do enfoque dado aos cuidados primários no país. Embora não possamos desconsiderar experiências anteriores, como implantação dos Centros de Saúde, dentre outras, estes Programas, concebidos inicialmente como medicina simplificada para os que não poderiam pagar pela assistência, tornaram-se, posteriormente à integração das duas propostas PACS/PSF, a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial, a Estratégia de Saúde da Família¹³.

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 SUS¹⁴. Ou seja, no discurso político oficial a APS é compreendida como uma estratégia ou filosofia de mudança.

Assim, no plano discursivo das políticas de saúde, a APS é vista como potencial transformadora do modelo de atenção em saúde, sendo papel das SES contribuir através do apoio oferecido aos municípios em sua qualificação e auxílio na implantação da ESF^{10, 1}.

A partir deste contexto de fortalecimento da AB, no discurso político oficial, e da nova configuração de gestão compartilhada de reaproximação da gestão estadual à gestão municipal³, a SES-SP criou em 2009, com a parceria das universidades UNESP (Universidade Estadual Paulista) e UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas), uma proposta de aprimoramento da AB – o Programa Articuladores da AB.

Este Programa se relaciona ao processo de descentralização e gestão cooperativa entre estado e município; e à necessidade de políticas que pudessem efetivar a AB como ordenadora do sistema de atenção³, 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 AB e de fortalecer esse nível de atenção”³ (p. 985). Para se colocar este Programa em prática uma nova função profissional foi criada, a dos articuladores. Estes profissionais oferecem apoio técnico através de visitas realizadas nos municípios pelos quais são responsáveis², dentre outras atividades¹⁵.

Por ser um Programa novo e em plena construção, há uma escassez de informações encontradas sobre seu funcionamento na literatura acadêmica⁷. A partir desta escassez é possível levantar algumas questões: Como os articuladores compreendem a implantação deste

programa? Como este programa se insere neste contexto de enfoque à APS? Quais discursos se presentificam nestas formas de descrição?

Com base nessa descrição introdutória do contexto de criação do Programa, buscamos, a partir de pesquisa empírica, compreender e analisar os sentidos construídos em entrevista com os articuladores a respeito da implantação do Programa pelo qual são responsáveis. Assim, mais do que descrever algo já dado sobre o que consta na resolução que estabeleceu o Programa^{1,2}, este artigo busca ampliar o contexto de análise de sua criação ao resgatar, brevemente, a construção histórica de enfoque na APS, a partir da qual se buscou analisar e descrever como os articuladores têm compreendido sua função. Ao longo desta análise apontamos alguns dos discursos históricos descritos na introdução e que se fazem presentes no cotidiano da prática dos articuladores.

2. Percorso metodológico

Delineamos como contexto de pesquisa uma das RRAS do estado de São Paulo, em que estão alocados treze articuladores, os quais participaram do estudo. Esta RRAS foi escolhida por ser a mais próxima, geograficamente, do local de desenvolvimento da pesquisa. Por serem apenas dois participantes do sexo masculino, referimo-nos à palavra "articulador" no gênero masculino de modo a não identificar os profissionais.

Utilizamos como instrumento uma entrevista semiestruturada contendo questões que abordavam quatro temas principais: informações gerais sobre os participantes (idade, escolaridade etc.); sobre a implantação do Programa; descrição da prática atual e opinião sobre o Programa. As entrevistas foram realizadas no primeiro semestre de 2013.

Compreendemos o momento da entrevista como uma *prática discursiva*, ou seja, como momento ativo em que a *produção de sentidos* se constrói através do diálogo entre pesquisador e participante, e em que os *três tempos* (*longo, vivido e curto* – conforme já explicitado na introdução) se interconectam e se presentificam, não sendo este um processo neutro¹⁶. As entrevistas foram gravadas em áudio (gravador digital de voz), transcritas integralmente e literalmente, o que correspondeu ao *corpus* da pesquisa.

O delineamento de análise do *corpus* é qualitativo de cunho construcionista social¹⁷, com inspiração nos conceitos sobre *produção de sentidos* e *práticas discursivas*¹⁸. A análise das entrevistas mantém o foco nos *tempos vivido e curto*, pois se baseia nas vivências dos articuladores a respeito de como compreendem o surgimento do Programa, e da interação entre pesquisador e participantes. O *tempo curto*, de interação entre pesquisador e participantes, ativa os *tempos longo* (*discursos* históricos presentes em nossos modos de compreender o mundo, e no caso deste artigo, modos de compreender a APS) e *vivido* (vivências pessoais que oferecem maneiras de descrever e compreender o mundo).

A análise ocorreu em três etapas principais: 1) Transcrições de acordo com regras adaptadas da Análise da Conversação¹⁹. Este momento de transcrição, embora busque ser fiel ao modo como ocorreram as falas, já se caracteriza como início da produção de sentidos a partir da forma em que pontuamos ou fazemos comentários sobre "como" ocorreu a conversa¹⁷; 2) Leitura em profundidade guiada pelo tema central e objetivo proposto neste artigo, qual seja o de identificar sentidos sobre o processo de implantação do Programa e como isto se articula com a história descrita quanto ao enfoque na AB; 3) Construção dos sentidos que descrevem os temas centrais, mediante a análise das *práticas discursivas* e dos *discursos* de APS detalhados na introdução.

Portanto, os temas apresentados como resultados são subjacentes ao roteiro semiestruturado de entrevista e ao objetivo de descrever os sentidos construídos sobre a implantação do Programa, considerando o seu contexto de criação e a análise dos discursos construídos nesse contexto. Neste sentido, as leituras realizadas foram guiadas por este objetivo de recortar e dar sentido para os trechos das conversas que descrevem o momento inicial do Programa.

Essa pesquisa segue os parâmetros éticos para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos (CAAE – 07576212.4.0000.5407). Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram os seus nomes omitidos nas transcrições.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A descrição e análise dos sentidos construídos foram desenvolvidas a partir da construção de três temas centrais que nos permitem descrever e problematizar a implantação do Programa considerando o contexto do enfoque nos cuidados primários e os *discursos* construídos ao longo do processo histórico, conforme descrito e analisado na Introdução: 1) motivo de criação do Programa; 2) processo de seleção e treinamento; e 3) recepção do Programa pelos municípios.

3.1 Motivo de Criação do Programa

Dentre os motivos para a criação do Programa descritos nas conversas construídas nas entrevistas destacamos: criação do programa devido à necessidade de aprimoramento da AB; para potencializar a proposta de mudança do modelo de atenção; devido à necessidade de reaproximação do estado e municípios; como uma tarefa pontual da SES para diagnóstico da saúde nos municípios; como forma de postergar aposentadoria dos profissionais; e como forma de resgatar recursos humanos emprestados pela SES no momento de municipalização.

O principal motivo de criação do Programa considerado nas entrevistas 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 do governo estadual ao longo dos anos de municipalização, algo também indicado na literatura^{20, 3} acarretou, em alguns casos, o mau funcionamento das unidades de saúde. Assim, a construção dos espaços físicos e a consequente oferta dos serviços de saúde não contemplavam os preceitos estabelecidos pelas políticas. Embora fosse uma atribuição do Departamento Regional de Saúde (DRS) oferecer apoio técnico aos municípios, na prática esse apoio nem sempre ocorria de modo adequado, muitas vezes por falta de recursos.

E6: [...] o trabalho do articulador, ele veio [...] pra socorrer tudo aquilo que foi [...] feito de errado anteriormente que não deu certo... por exemplo, [...] "a vai mont/ vou montar uma estratégia de saúde da família"... montava o quê? Um postinho... alugava uma casa de quatro cômodos... ... [...] 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 [...].

Com a presença do articulador, tornou-se possível uma nova abordagem que possibilita a correção de equívocos e a qualificação dos serviços prestados à população. Como coloca o articulador no trecho a seguir:

E6: [...] e aí o articulador vem pra quê? Pra gente sentar junto com o gestor...[...] 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!" [...]

A necessidade de mudança do modelo de atenção também é considerada um motivo para a criação do Programa. No entanto, apesar dos participantes comentarem sobre a mudança do modelo de atenção, durante as entrevistas, 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 pelo enfoque nos cuidados primários, porém, não detalhamos o "como", ou, a partir de qual perspectiva defendemos esta mudança.

Como o termo "modelo de atenção" é polissêmico²¹, é possível que tenhamos conversado a partir de referenciais distintos. Embora este fator nos impossibilite de desenvolver reflexões profundas, é possível identificar a presença de alguns *discursos* sobre a APS que influenciam, fortemente, a construção cotidiana do modelo de atenção, conforme discutido na introdução. Este primeiro trecho ilustra a presença ainda marcante do modelo biomédico, o que pode dificultar a mudança do modelo de atenção e consequentemente o trabalho dos articuladores, uma vez que eles identificam a proposta de mudança do modelo de atenção como uma razão para a criação do Programa do qual fazem parte.

E9: [...] 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? [...]

Ainda com relação à mudança do modelo de atenção, o trecho a seguir ilustra o *discurso* que compreende a AB como ordenadora do sistema de saúde. Essa é uma concepção ampliada e corresponde, dentre as interpretações descritas na introdução, à noção de abordagem ou filosofia. Essa compreensão fundamenta-se no discurso que reconhece a APS como fundamental para a mudança do modelo de atenção em saúde e para a ampliação do conceito de saúde.

E1:[...] a nossa atenção básica não está estruturada pra ser a nossa ordenadora do sistema... [...] temos que trabalhar mais, na / na estruturação [...].

Embora o articulador compreenda a APS como ordenadora do sistema, ele reconhece os desafios dessa concepção. Como ele coloca, o modo como a APS se organiza atualmente na prática de alguns municípios não corresponde ao que se espera no discurso político oficial.

Em complemento a esta ideia, no trecho a seguir, o articulador aponta que, embora no âmbito do discurso político a ESF seja compreendida como a principal estratégia para a efetivação do novo modelo de atenção que busca fortalecer a APS como ordenadora do sistema, na prática, muitos municípios ainda mantêm a AB organizada a partir de Unidades de Saúde Tradicionais ou Unidades de Pronto Atendimento.

E13: [...] oitenta por cento de todos os municípios a atenção básica está... a/ a saúde está organizada praticamente em UBS tradicional e em pronto atendimento... .. (suspira) é um grande desafio [...]

O modelo de atenção pautado na APS carrega ainda *discursos* em que a AB é considerada, na maior parte das vezes, uma proposta voltada apenas à parcela pobre da sociedade. Esta noção se fortaleceu a partir do histórico de construção da APS como ocorreu, também, no Brasil. Inicialmente oferecida como pacote básico e, ainda hoje, embora considerada ordenadora do sistema de saúde no discurso oficial, a APS alcança os bairros mais pobres das cidades enquanto a parcela da sociedade com melhor poder aquisitivo mantém o acesso ao sistema através do pagamento de planos de saúde e assistência através de hospitais e clínicas particulares. Estes aspectos contribuem para a construção desse *discurso* em que a AB é compreendida como sendo de baixa qualidade e oferecida a quem não pode pagar, conforme ilustra o trecho a seguir:

E7: ... porque quando se fala de atenção básica, atenção primária... pelo próprio nome, dá impressão que ela é uma coisa simples, né? pra fazer porcaria... e na verdade a atenção básica, é extremamente complexa... porque ela tem que... dar conta... inicialmente, de todos os problemas de saúde que vão estar chegando ali...

Com base nos *discursos* e reflexões apontados sobre o papel da AB e sua descrição como potente ou não para a mudança do modelo de atenção, é possível identificar que a prática do articulador está imersa neste contexto cultural em que *discursos*, construídos ao longo do processo histórico e, muitas vezes, opostos sobre a APS, convivem. Assim, a APS pode ser interpretada como nível, programa, abordagem ou filosofia de reestruturação do sistema¹².

Refletir sobre estes aspectos torna-se relevante, pois o modo como os articuladores compreendem a APS e a consequente mudança do modelo irá impactar diretamente no modo como atuam, determinando se a prática será mais diretiva ou dialogada; se será fundamentada em aspectos epidemiológicos, organizativos, administrativos, políticos, relacionais, tecnológico e assim por diante. Porém, descrever esta prática escapa aos objetivos do presente artigo. Neste momento, o destaque é dado para o fato de que os articuladores descrevem o Programa do qual fazem parte como uma proposta de auxílio para a mudança do modelo de atenção.

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 apontado na literatura³, em que o estado possui o papel de oferecer apoio técnico para a implantação e aprimoramento da AB.

E2: [...] então o objetivo deles foi realmente, resgatar o papel do estado na na... atenção básica [...]

Desta forma, o Programa tem também como um de seus objetivos fomentar o desenvolvimento alinhado de um modelo de atenção que funcione em Rede. O SUS fundamenta-

se na descentralização e regionalização, sendo essencial que os municípios se comuniquem para promoverem uma organização coerente com o modelo de atenção adotado.

Ainda com relação aos sentidos construídos sobre a criação do Programa, este foi também descrito como uma tarefa pontual de realização do diagnóstico de saúde da região de São Paulo, e direcionado para atender às necessidades da Secretaria do Estado. Assim, uma vez realizada a atividade talvez não seja necessária a manutenção do Programa pelos próximos anos.

Outros dois aspectos foram apontados pelos participantes como possíveis descrições da criação do Programa, 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 SES aos municípios no processo de municipalização.

Considerando que a implantação de Programas como este envolve, muitas vezes, interesses e acordos políticos, dificilmente alcançaremos todos os motivos que deram origem à sua criação. Porém, analisar o histórico que possibilitou o seu surgimento e o modo como os articuladores compreendem esta proposta, pode ser útil para abordarmos a construção da prática desses novos profissionais em seu contexto de atuação, bem como analisar seus resultados futuramente.

3.2 Seleção e Treinamento

Neste tema, buscamos compreender como ocorreu o início do programa, como foram selecionados estes profissionais e como foram / são acompanhados. Quanto ao processo de seleção, de todos os articuladores entrevistados, apenas quatro haviam entrado no Programa posteriormente, os demais eram articuladores desde sua criação.

Andrade e Castanheira³ descrevem o processo de seleção a partir de dois momentos: a análise de currículo e as discussões temáticas para avaliar o conhecimento técnico e o perfil comportamental. Os articuladores que estão no programa desde a sua criação descrevem quatro etapas principais de seleção: inscrição, momento em que enviaram um currículo e uma carta de justificativa; análise desses documentos, que aparece como uma etapa eliminatória; treinamento avaliativo por uma semana, composto de aulas teóricas no período da manhã e dissertações no período da tarde, com caráter avaliativo - etapa classificatória; e, por fim, entrevista individual em São Paulo.

Já os articuladores que entraram posteriormente, comentam sobre duas fases principais: a análise de currículo e entrevista. Embora haja diferença no processo de seleção, nota-se ter havido uma preocupação com relação ao conhecimento destes profissionais no que concerne aos aspectos técnicos e de organização da AB no Brasil.

Com relação ao treinamento, os aprovados passaram a ter reuniões mensais em São Paulo. Eventualmente havia encontros exclusivos para os novatos, mas, desde que iniciavam o trabalho, os novos participavam 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. Inicialmente, o trabalho dos articuladores foi fortemente direcionado e acompanhado. Além da apresentação de temas específicos sobre a AB, havia nessas reuniões um espaço para tirarem dúvidas e para discutirem e compartilharem suas experiências.

Entretanto, no momento de realização das entrevistas, a frequência dessas reuniões havia reduzido. Inicialmente, os encontros eram realizados com o apoio das Universidades parceiras como a Unesp e Unicamp, além de outras Instituições como Santas Casas, em que alguns profissionais eram convidados a falar sobre temas relevantes, algo também referido no artigo de Andrade e Castanheira³. Outro modo de participação dessas Universidades se deu através do 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 articuladores²².

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 [...]

A formação dos articuladores parece estar voltada para aquisição de conhecimentos gerais quanto à legislação, portarias, normas e procedimentos técnicos. Estes aspectos são de grande importância, mas, com base na análise histórica desenvolvida na introdução e no tema anterior, consideramos também importante a constituição deste espaço das reuniões para promover reflexões sobre o próprio conceito adotado de APS. Ela é compreendida no cotidiano como nível, estratégia, abordagem ou filosofia? Qual delas deveria sustentar a proposta do programa? Com base na análise do tema anterior, é possível notar que estes discursos convivem e tensionam a atuação dos articuladores junto aos gestores municipais, sendo assim, trabalhar estes aspectos em momentos de formação e treinamento nos parece útil e adequado.

3.3 Recepção do Programa pelos Municípios

Após treinamento, foi iniciado o Programa, momento em que os participantes tomaram um primeiro contato com seus municípios. Os municípios, embora tenham estranhado no início, receberam bem a proposta. Os participantes 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, os entrevistados comentam sobre a compreensão inicial dos profissionais de saúde a respeito dessa nova função - muitos 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.

Pesquisadora: 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...

Pesquisadora: pra fiscalizar...

E9: é...

Os participantes comentam sobre dificuldades encontradas até os dias de hoje em alguns municípios. Há sempre aqueles que não recebem bem o Programa, e que, portanto, evitam esse contato. Essa postura é avaliada pelos profissionais como algo a depender da gestão local.

Além disso, cabe ressaltar que embora este Programa tenha sido implantado em 2009, são poucos os que conhecem esta iniciativa, tanto no contexto das práticas quanto no âmbito acadêmico. Entendemos que embora essa iniciativa seja específica ao Estado de São Paulo, ela surgiu em um contexto mundial de valorização dos cuidados primários, conforme apontado na introdução.

Assim, esta experiência iniciada em São Paulo, quando melhor divulgada poderá contribuir de maneira particular para estudos e análises sobre a APS, e em especial, para fomentar discussões sobre formas práticas de fortalece-la e aprimora-la. Importante ressaltar que fortalecer a AB enquanto abordagem ou filosofia, e, até mesmo, fortalecer Programas como este, ainda pouco conhecido no seu próprio contexto de criação, pode dar voz ao movimento, cada vez mais, contra hegemônico da Reforma Sanitária.

4. Considerações finais e limitações do estudo

Ao resgatarmos o histórico da construção da APS, percebemos que o contexto de atuação dos articuladores envolve uma série de *discursos*, muitas vezes, opostos a respeito dos cuidados primários. Ao analisar as entrevistas, compreendemos haver, na construção das *práticas discursivas*, o entendimento da APS como estratégia ou filosofia de mudança. Porém, em alguns momentos, a APS ainda aparece descrita como nível ou como programa, presentificando alguns dos *discursos* sociais construídos ao longo da história (*tempo longo*). Essas concepções permeiam não somente a atuação do articulador (no *tempo curto*), mas o seu próprio contexto de trabalho, fazendo-se ainda presentes na compreensão de alguns profissionais, gestores, e principalmente da própria população.

Com base nas informações abordadas é importante pensarmos sobre qual desses discursos se fortalece com a atuação dos articuladores. Estes profissionais compreendem a AB como espaço para promoção da saúde, ou como serviço básico oferecido aos mais necessitados? A AB é nível, estratégia, abordagem ou filosofia? Estes profissionais refletem sobre isso em suas ações cotidianas? Qual discurso, dentre as compreensões possíveis de APS, deveria embasar a prática do articulador, considerando que sua proposta é transformar o modelo de atenção em saúde e qualificar a AB?

Ressaltamos a partir dos resultados, a importância das reuniões mensais de suporte aos articuladores também como espaço para discussão e reflexão quanto aos princípios ideológicos defendidos por eles em sua atuação, bem como de qual modelo de APS têm buscado aprimorar.

Dentre os limites deste estudo apontamos o recorte metodológico que mantém seu enfoque nos sentidos construídos com os articuladores sobre a sua prática. Para que haja uma ampliação da análise aqui iniciada, são necessárias novas pesquisas que busquem estudar o cotidiano dos articuladores em sua realidade diária, ou que deem outros enfoques de análise como, por exemplo, sentidos construídos pelos gestores, pelos profissionais de saúde, usuários, ou que analisem o próprio contexto social de cada local e sua relação com a atuação dos profissionais.

Estudos dessa natureza, tais como o descrito neste artigo, contribuem principalmente para se pensar sobre a formação dos profissionais e sobre os norteadores de acompanhamento desta proposta inovadora e com grande potencial para transformar o cotidiano das práticas de saúde.

Agradecimentos: Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) processo nº 2012 / 17264-8.

5. Referências Bibliográficas

1. São Paulo, Estado. Resolução SS n. 187, de 05 de Dezembro de 2008. Dispõe sobre o Projeto de apoio técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá providências correlatas. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.dez.08/iels233/E_RS-187_051208.pdf>. Acesso em: 04 de abril de 2012.
2. São Paulo, Estado. Resolução SS n. 61, de 14 de Junho de 2011. Diário Oficial [Poder Executivo] do Estado de São Paulo, no. 112 DOE de 15/06/2011, seção 1, p. 115.
3. Andrade MC, Castanheira, ERL. Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. Saúde soc, 2011; 20 (4): 980-990.
4. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
5. Fausto MCR, Matta GC. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo, DA, organizadores. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. (Coleção: Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de Saúde, 4). Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p.43-67.
6. Spink MJP, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJP, organizadora. Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas (3a ed.). São Paulo: Cortez; 2004. p. 41-62.
7. [Referência omitida para não identificação dos autores]
8. OMS. Relatório Mundial de Saúde. Cuidados de Saúde Primários: Agora mais que nunca. Organização Mundial de Saúde; 2008.
9. WHO. Evaluation of Structure and Provision of Primary Care in the Republic of Moldova. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
10. Brasil, País. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em:

- <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em 04 de abril de 2012.
11. Mitre SM., Andrade EIG, Cotta RM M. Avanços e Desafios na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciên e saude colet* 2012; 17 (8): 2071- 85.
 12. Aguiar RAT. (Dissertação). 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. Faculdade de Medicina, Universidade de Minas Gerais, Minas Gerais. 2003.
 13. Paim JS. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. 6a Edição. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003. p. 567-86.
 14. Castro ALB Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis* 2012; 22 (2): 477-506.
 15. [Referência omitida para não identificação dos autores]
 16. Pinheiro OG. Entrevista: uma prática discursiva. In: Spink MJP, organizadora *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3a Edição. São Paulo: Cortez; 2004. p. 183-214.
 17. Guanaes C Japur M. Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estud. psicol. (Natal)* 2008; 13 (2):117- 24.
 18. Spink MJP, organizadora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 3a Edição. São Paulo: Cortez; 2004.
 19. Preti D. *Análise de textos orais*. 4ª Edição. (Série projetos paralelos v.1). São Paulo: Humanitas Publicações FFCLRP/USP; 1999.
 20. Mendes EV. *Os Grandes Dilemas do SUS*. Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
 21. Paim JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha J C, Carvalho AI. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Cidade: Editora; 2008. p. 547 – 73.
 22. Castanheira ERL, Nemes MIB, Almeida MAS, et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. *Saúde soc* 2011; 20 (4): 935-47.

Artigo Recebido: 24.07.2017

Aprovado para publicação: 26.11.2017

Endereço para correspondência

Carla Guanaes-Lorenzi

Universidade de São Paulo

Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre. Ribeirão Preto. Brasil. CEP: 14040-901. Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia, Bloco 5 (CPA), sala 33A.

Email: carlaguanaes@usp.br
