



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

**TRAMAS DE MEDIAÇÕES E SENTIDOS: UM ESTUDO DAS PRÁTICAS DE
COMUNICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA
DE COVID-19**

Patrícia Estrella Liporace Barcelos

Patrícia Estrella Liporace Barcelos

**TRAMAS DE MEDIAÇÕES E SENTIDOS: UM ESTUDO DAS PRÁTICAS DE
COMUNICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA
DE COVID-19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, para obtenção do grau de Doutora em Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Adriana Cavalcanti de Aguiar
Coorientador: Prof. Dr. Igor Pinto Sacramento

Rio de Janeiro
2021

Estrella Liporace Barcelos, Patrícia .

TRAMAS DE MEDIAÇÕES E SENTIDOS: UM ESTUDO DAS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 / Patrícia Estrella Liporace Barcelos. - Rio de janeiro, 2021.

251 f.

Tese (Doutorado) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2021.

Orientador: Adriana Adriana Cavalcanti de Aguiar .

Co-orientador: Igor Pinto Sacramento .

Bibliografia: f. 234-251

1. Comunicação. 2. Práticas de Saúde. 3. Mediações. 4. YouTube. 5. Covid-19. I. Título.

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu do Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Patrícia Estrella Liporace Barcelos

**TRAMAS DE MEDIAÇÕES E SENTIDOS: UM ESTUDO DAS PRÁTICAS DE
COMUNICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DURANTE A PANDEMIA
DE COVID-19**

Aprovado em 02 de Julho de 2021.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Adriana Cavalcanti de Aguiar (orientadora)

Prof. Dr. Igor Pinto Sacramento (coorientador)

Prof. Dr. Rafael Grohmann

Prof. Dr. José Antônio Cirino

Prof. Dr. Wilson Borges

Prof^a. Kizi Mendonça de Araújo

Rio de Janeiro

2021

Dedico este trabalho à Alvarinda Barcelos *in memoriam*

AGRADECIMENTOS

É hora de agradecer.

Agradeço ao Gustavo e à Georgia pelo amor, especialmente, pelas vezes em que ele teve a forma de chocolate e café, e porque construímos uma casa com carinho, proteção, parceria e muitos livros. Às gatas Lara e Capitu, agradeço por terem sido as melhores companheiras das horas de leitura e de escrita.

Agradeço à Fiocruz, com um imenso orgulho desta instituição tão importante.

À equipe da Gestão Acadêmica pela presteza e acolhimento quando eu mais precisei. Um beijo especial para Rosilene Oliveira, Nielle de Andrade, Luciana Martins e Gabriel Gomes.

Agradeço aos professores do PPGICS/ICICT/Fiocruz! Aos professores do campo da Informação, representado pela querida Cristina Guimarães, agradeço pelo olhar afetuoso, pela correção atenta dos trabalhos semanais, e por acompanhar o projeto sobre Mariana, uma das experiências mais importantes desses quatro anos. Ao núcleo "raiz" do campo da Comunicação: Inesita Araújo, Janine Cardoso, Kátia Lerner e o querido Wilson Borges agradeço porque me mostraram uma comunicação com gosto de política e de afeto. Aproveito já para agradecer ao amigo e orientador Igor Sacramento, professor maravilhoso por quem me apaixonei desde a Especialização. Por me apresentar a J. Martín-Barbero e J. Braga, mostrando que ouviu o que eu estava querendo dizer. Agradeço por não ter me deixado desistir. Ah, e pelas figurinhas no zap que me fizeram rir e achar que o mundo acadêmico tem salvação.

Ah, se é pra falar de memes, bolo e cerveja, não dá para esquecer da turma da Especialização em Comunicação em Saúde. Salve Paula Fiorito, Glauber Tiburtino, Alice Gatto, Jaqueline Telles, Fernanda Regina, Ariene Rodrigues, Felipe Jannuzzi, Mariana Menezes, David Soares. Roberto Habib, Karla Menezes, Girlaine Lima, Bruno Dias e Deivson Mendes (Catú), para vocês que estão sempre perto, mesmo que agora pela telinha, vai um abraço um cadinho mais forte.

Na turma 2017 de mestrado e doutorado se repetiram o espantalho Catú, a leoa Paula, Teresa Neves, Luciana Saiter, Francijane Oliveira, Nadja Piauitinga, Mônica Auler, Cristiane Botega, Juliana Fernandes, Célio Ribeiro, Lucas Nishida, Jefferson Campos e Douglas Gomides, que delícia o convívio com vocês. Raphael Saldanha e Natália Silva, duas lindezas que se encontraram, um absurdo que eu não tenha visto as fotos do casório ainda. O que falar do meu querido homem de lata, parceiro de artigos e criatura com um coração do tamanho do mundo? Tarcísio Lima, obrigada! A ele e à amiga Keila Moraes, outra maravilhosidade, agradeço as

caminhadas com ou sem chuva e por poder dividir decisões e indecisões, lágrimas, sorrisos e gargalhadas.

Ninguém solta a mão de ninguém! E gente para me dar a mão neste tempo não faltou. E as queridas Dani Muzi e Irene Kalil estão aí pra mostrar que presentes, cartinhas e amizade nunca são demais.

E pra sacramentar a certeza de que pesquisar pode ter amor envolvido, agradeço por ter sido acolhida pelo NECHS (Núcleo de Estudos em Comunicação, História e Saúde), que represento aqui pelos queridos Júlio Sanches, Allan Santos, Raissa Vieira, Amilcar Bezerra, Antônio Cirino, Flávia Leiroz e Beto novamente.

Parafraseando Elton John, a vida é maravilhosa porque vocês existem nesse mundo! Obrigada.

RESUMO

Esta tese tem como objeto a comunicação das práticas de saúde da Atenção Primária (APS) no Brasil. A partir de uma perspectiva comunicacional, dialoga com outras áreas do conhecimento como a Sociologia, a Antropologia e a Psicossociologia para compreender as práticas de saúde como construções sociais em constante transformação, atravessadas por mediações culturais em disputas e contradições. Destacam-se mudanças mobilizadas pela midiatização nas interações comunicativas contemporâneas. Propõe-se um modelo de análise denominado de Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde, com base nas teorias de Jesús Martín-Barbero e José Luiz Braga. O modelo é utilizado em um estudo de processos comunicacionais durante os sete primeiros meses da pandemia de Covid-19. Eventos que enfatizaram a resposta da APS foram realizados desde o início da pandemia, sendo posteriormente armazenados na plataforma YouTube. Constituíram-se em produtos comunicacionais privilegiados para a análise de narrativas e das interações entre indivíduos e organizações que passaram a ser midiatizadas (BRAGA, 2001; BRAGA et al., 2017). O fenômeno de produção de lives na pandemia também ganhou novos objetivos e proporções devido ao isolamento social (LUPINACCI, 2020). Foram analisados o canal Portal da Inovação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o canal do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o canal Ivando Agente de Saúde. A trama de mediações e sentidos nos contextos investigados apresentou interações em confluências, negociações e enfrentamento. Episódios interacionais ressaltaram a confluência de interesses e negociações entre a lógica comunitária e a lógica neoliberal. Práticas gerenciais que pressionaram por resolutividade produziram sentidos de urgência e emergência. Algumas unidades privilegiaram os dispositivos de acesso, outras engendraram o acúmulo das novas ações ao leque de dispositivos da APS, produzindo sentidos de heroísmo e resiliência. As estratégias comunicativas dos canais objetivaram a transmissão de informação, mas também promoveram o diálogo entre os participantes. As narrativas envolveram relatos de histórias vividas e mobilizaram predominantemente interações de apoio mútuo e pertencimento. Conclui-se ser possível a construção de estratégias capilarizadas e complementares na comunicação das práticas de saúde, que intervenham no momento de apropriação das mensagens, à luz dos códigos dos diferentes grupos que as recebem.

Palavras-chave: Comunicação. Práticas de Saúde. Mediações. Midiatização. YouTube. Covid-19.

ABSTRACT

This thesis object is the communication of Primary Health Care (PHC) practices in Brazil. From a communicational perspective, it dialogues with other areas of knowledge such as Sociology, Anthropology and Psychosociology to understand health practices as social constructions in constant transformation, crossed by cultural mediations in disputes and contradictions. It highlights changes in contemporary communicative interactions mobilized by mediatization. An analysis model called 'Map of Communicative Interactions of Health Practices' is proposed, based on the theories of Jesús Martín-Barbero and José Luiz Braga. The model is used in a study that seeks to understand communicative interactions of Primary Care practices, which mediations they intend and what meanings are produced during the first seven months of the Covid-19 pandemic. Events about the PHC response have been held since the beginning of the Covid-19 pandemic, being stored on the YouTube platform. They were privileged communication products for the analysis of narratives about PHC and interactions between individuals and organizations that started to be mediatized (BRAGA, 2001; BRAGA et al., 2017). The phenomenon of producing lives in the pandemic also had new objectives and proportions due to social isolation (LUPINACCI, 2020). The Panamerican Health Organization (PAHO) channel Portal of Innovation, the National Health Council (CNS) channel and the Ivando Agente de Saúde channel were analyzed. The network of mediations and meanings in the investigated contexts presented confluences, negotiations and confrontation. Interactional episodes highlighted the confluence of interests and negotiations between community logic and neoliberal logic, especially in managerial practices that pushed for resoluteness, valuing the meanings of urgency and emergency. Some units favored access devices, others engendered accumulation of new actions to the range of PHC devices, producing a sense of heroism and resilience in carrying out practices. The communicative strategies aimed transmission of information, but also dialogue with the participants. The narratives involved lived stories and the interactions were predominantly of mutual support and belonging. We conclude that it is possible to build capillarity and complementarity in communication strategies and systems that allow different groups to be reached, discussing the messages in their moment of appropriation, in the light of the codes of the groups that receive them.

Keywords: Communication. Health Practices. Mediation. Mediatization. YouTube. Covid-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Cultura, comunicação e práticas em diferentes perspectivas teóricas.	p.27
Figura 2 - Construtivismo: as dialéticas da construção e transformação sociocultural	p.29
Figura 3 - Interacionismo: a ênfase na microssociologia	p.34
Figura 4 - Perspectiva crítica na Escola de Frankfurt e nos Estudos Culturais	p.38
Figura 5 - Mapa das Mediações Comunicativas da Cultura	p.51
Figura 6 - Mapa de Interações Comunicativas das Práticas da Saúde (primeira etapa)	p.69
Figura 7 - Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde (segunda etapa)	p.71
Figura 8 - Captura de tela do canal AAGAPE Santa Marcelina	p.119
Figura 9 - Captura de tela de apresentação do canal Portal da Inovação	p.130
Figura 10 - Captura de tela de cards de apresentação de produtos do canal Portal da Inovação	p.135
Figura 11 - Captura de tela de interação no canal Portal da Inovação	p.137
Figura 12 - Capturas de tela do site APS REDES	p.141
Figura 13 - Captura de tela de apresentação do canal CNS	p.163
Figura 14 - Captura de tela de comentários hostis no canal CNS	p.166
Figura 15 - Captura de tela de cards de produtos do canal CNS	p.167
Figura 16 - Captura de tela da apresentação do canal Ivando Agente de saúde	p.190
Figura 17 - Captura de tela de comentários em produto do canal Ivando Agente de Saúde	p.191
Figura 18 - Capturas de tela de molduras e cards de produtos do canal Ivando Agente de Saúde	p.192

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipo de material por mês na busca Covid/APS no YouTube em agosto de 2020	p.119
Tabela 2 - Audiovisuais do canal Portal da Inovação de março a setembro de 2020	p.132
Tabela 3 - Número de interações no chat das lives por categoria do canal Portal da Inovação	p.156
Tabela 4 - Audiovisuais do canal do CNS de março a setembro de 2020	p.170
Tabela 5 - Número de interações no chat da live do canal do CNS	p.184
Tabela 6 - Audiovisuais do canal Ivando Agente de Saúde de março a setembro de 2020	p.193
Tabela 7 - Número de interações no chat da live do canal Ivando Agente de Saúde	p.203
ANEXO - Tabela de buscas temática no YouTube em agosto de 2020	p.229

SUMÁRIO

MEMORIAL	3
INTRODUÇÃO	9
1. Cultura, comunicação e as práticas de saúde	23
1.1 A dialética entre cultura e comunicação: consensos e conflitos na construção e na transformação das práticas sociais	25
1.2 Estudos da cultura e da comunicação nas práticas de saúde	42
1.3 As mediações culturais e as interações comunicativas	48
1.4 Transformações na cultura: mediações, mediatização, interações e circuitos mediatizados	54
1.5 As mediações técnicas como promessa de democratização na comunicação e informação em saúde	63
1.6 Um modelo para a análise de circuitos comunicativos das práticas de saúde	68
2. Matrizes conceituais, interacionais e mediações das práticas de saúde	73
2.1 O modelo biomédico e a invenção dos dispositivos do hospital e da clínica	73
2.2 Ciências humanas e sociais: conciliações e disputas em conceitos e modelos	78
2.3 A Atenção Primária em Saúde, os atributos de Starfield e os dispositivos da educação em saúde e atenção nos territórios	86
2.4 A mediação institucional da OPAS e da OMS na América Latina e os dispositivos interacionais na formação profissional	92
2.5 A mediação do Conselho Nacional de Saúde e os dispositivos interacionais na participação e controle social	94
2.6 Mediações e sentidos nas políticas e programas de Atenção Primária em Saúde no Brasil e a efetivação dos dispositivos interacionais na atenção	99
3. No meio do caminho tinha uma pandemia: refazendo um projeto tecido	111
3.1 Construindo um método: critérios de coleta, métricas e categorias para a análise	114
3.2 O canal Portal da Inovação da OPAS/OMS na interface entre saúde e educação profissional	127
3.2.1 “Por uma APS forte”: múltiplos dispositivos, escassez de recursos e apoio mútuo	130
3.3 O canal do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na interface entre saúde, participação, controle social e comunicação	161
3.3.1 “Não há pandemia que se solucione sem atenção primária”: posicionamento crítico, mobilização e enaltecimento do SUS	163

3.4 O canal Ivando Agente de Saúde na interface entre saúde, associativismo e comunicação	187
3.4.1. “Pela força da categoria”: esclarecimento e denúncia	192
4. As duas etapas dos circuitos comunicativos das práticas de APS: confluências, negociações e enfrentamentos	206
ANEXO	229
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	234

MEMORIAL

Contar significa reconhecer um pesadelo, mas também lhe dar um fim.
Era ao mesmo tempo a dor e o remédio.
O que ela escondia era também o que revelava [...]
O sol se põe em São Paulo¹. Bernardo Carvalho.

Sou psicóloga de formação. Ainda na graduação, no Instituto de Psicologia da UFRJ, aproximei-me do cuidado que se oferece na saúde pública, fazendo estágios em hospital materno-infantil e em serviços de saúde mental, onde posteriormente fiz três anos de especialização em nível de residência. Eu queria atuar no serviço público. Queria uma clínica que se realizasse fora dos *settings*, que se preocupa em produzir uma oferta mais democrática de cuidado, mesmo que cheia de “vastas confusões de atendimentos imperfeitos” (título do livro de Ana Cristina Figueiredo).

Eu era daquelas de levar o paciente no meu carro para casa para assim conseguir falar com a família que não vinha nunca. Já paguei hotel e dei noite de sono tranquila para prostituta que pedia internação porque não tinha lugar para dormir. Eu era dessas. Só que comecei a sofrer. Sofria porque queria colocar em prática a utopia de uma “Sociedade sem Manicômios”, disputando diariamente com outros profissionais, famílias e clínicas particulares que preferiam que o cuidado hospitalar continuasse o mesmo. Suas razões são distintas, mas se afinam. Sofria por ver que o cuidado de saúde oferecido aos ricos era mais “luxuoso” que o oferecido aos pobres, e tido como “bom cuidado”. Por mais que nos esforçássemos, era difícil competir com um número maior de profissionais disponíveis, ar-condicionado, parede pintada e sabonete de brinde. Às vezes eu queria competir, conseguia ver beleza no que fazíamos, mas muitas vezes venciam o desânimo e a tristeza. Eu sofria porque queria viver do meu trabalho, mas os concursos para psicólogos já eram poucos. Queria ter comida na mesa, uma casa boa, ir ao teatro, ao cinema, poder viajar nas férias. Devo à minha formação em universidade pública e gratuita o sonho de que todas as pessoas possam ter isso também.

Também passei a ter medo de sofrer algum tipo de violência física. Na residência em saúde mental, aprendi a atender de porta aberta em determinadas situações, a estar sempre junto de alguém ou acender a luz de dentro do carro para entrar em comunidade. Eram ritualidades de sobrevivência. Eu sabia que a saúde pública precisava (e cada vez mais precisa) se aproximar do local onde as pessoas que mais precisam de cuidado moram, mas isso não diminuía meu

¹ Citado no artigo *A atenção básica à saúde e a construção básica e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?* de Cecílio et al. (2012).

medo. Eu me sentia fraca e impotente. Meu corpo estava em jogo (como diria Pierre Bourdieu). E com três anos na saúde pública, ele já começava a me pedir ‘altos’.

Alguns chamam de “patologias do social” esses sofrimentos ou sintomas coletivos, mas que também tomam formas singulares. Outros chamam de “burnout”. Eu não gosto desses nomes, embora use de vez em quando. Não gosto, porque eles enfatizam o sentido de “doença” de questões entre o individual e o coletivo, entre o sonho, o papel e as práticas. Há formas mais bonitas de entender e nomear esses entendimentos. Especialmente no Brasil e na América Latina, mas em também em outras realidades, são resultado de derrotas, mas também de lutas e de conquistas. Instituições, movimentos sociais, trabalhadores, usuários; muitos estiveram e estão envolvidos em lutas da saúde antes de mim. E essas lutas também são parte de outras histórias, de outras lutas de que as pessoas falam, cantam, dançam. Lutas que dão sentido, mas também encurtam vidas.

Depois de algumas tentativas, passei em um concurso para ser psicóloga em um serviço de saúde no município do Rio de Janeiro, sendo que eu precisaria ter entrado na justiça para garantir a vaga prometida no edital depois de dois anos. E no tempo em que isso aconteceu, eu já estava casada, tinha uma filha pequena, morava em outra cidade; e para sustentar isso tudo trabalhava em uma faculdade e consultório particular. Dilema infelizmente bem feminino: priorizar a família ou o trabalho? Decidi que o trabalho não compensaria as constantes viagens, a distância da minha filha ou o retorno ao Rio de Janeiro naquele momento. As conquistas que tive posteriormente e os anos de análise não diminuiram a frustração de não ter voltado a trabalhar diretamente na saúde pública. Mas, eu achava que lidava bem com ela: me envaidecia toda vez que sabia de um ex-colega de faculdade ou residência que alcançava um cargo de gestão, compadeceia-me quando sabia de alguma desistência motivada pela falta de condições de trabalho e solidarizava-me com os esforços de quem seguia insistindo.

Mudanças na formação profissional em saúde começaram a ganhar força em instituições brasileiras, quando eu trabalhava em um núcleo de apoio psicopedagógico na pacata cidade de Teresópolis, região serrana do Estado do Rio de Janeiro. As propostas envolviam reestruturações de conteúdo e de forma nos currículos: a valorização de determinantes sociais da saúde, de sentidos humanísticos das práticas à proposição de novos métodos de ensino. Eu atuava numa equipe de psicólogas que trabalhavam, dentre outras frentes, para apoiar professores e alunos, escutando e ajudando a construir isso, tentando implicá-los. Um trabalho “por trás dos panos” que rendia frutos e nos dava satisfação. Atuei na interface entre saúde e formação profissional desse lugar por dez anos. Existia uma narrativa institucional a favor da

mudança e investimento financeiro para promovê-la. Mas, havia também contradições entre o papel e a prática, o que me propus a investigar.

No mestrado do programa EICOS de Psicossociologia da UFRJ pude entender algumas dessas contradições, a partir de um campo interdisciplinar, entre a psicologia e a sociologia. As novas propostas para o ensino da saúde confrontavam ideais liberais na identidade da profissão médica, legitimada pela experiência clínica. Mas também carregavam os valores da flexibilidade e multiplicidade de funções, associados ao neoliberalismo. A mudança na formação foi relacionada pelos meus entrevistados ao desprestígio social do médico e do professor. Formas mais “fluidas” de interação interprofissional e profissional-usuário eram desejadas por alguns, mas também foram associadas à diminuição do poder biomédico, à deslegitimação do saber científico e à precarização do trabalho em saúde.

Quando eu descia a serra de Teresópolis para ter aulas no Rio de Janeiro, passava pela Avenida Brasil e observava o castelo da Fiocruz. Muitos professores da instituição onde eu trabalhava estudavam ali. Eu sabia sobre a importância e relevância da Fiocruz no cenário nacional e internacional, especialmente no que se refere à pesquisa em saúde pública e na formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Eu também via as comunidades no entorno do castelo, as crianças tomando banho no rio com esgoto a céu aberto, via a distância enorme que parecia existir entre uma coisa e outra. Mesmo assim, comecei a acalantar o desejo de um dia estudar ali. Voltamos a morar no Rio de Janeiro e bati na porta do castelo antes mesmo do que eu tinha imaginado.

Ingressei no curso de Especialização em Comunicação em Saúde no PPGICS da Fiocruz, pensando em conhecer um programa com proposta interdisciplinar onde poderia posteriormente tentar o doutorado para investir na carreira docente. Muitas abordagens da comunicação do programa se afinavam com meus conhecimentos e referências na psicossociologia. E foi muito mais gostoso que no mestrado! A turma da especialização era composta por pessoas de diferentes profissões, idades, áreas de atuação e militância. Não tínhamos uma identidade ou os mesmos objetivos. Só que todos podiam falar e perguntar. Quando um ou outro professor não achava isso bom, fazíamos no WhatsApp. Começamos a rir juntos e ter piadas internas. E passamos juntos por alguns momentos que marcaram nossas histórias e seriam um acontecimento histórico: paramos tudo para ver a votação no plenário do congresso nacional que levaria, mais tarde, ao golpe contra a presidente Dilma Rousseff. Claro que não era possível para nós, naquela época, imaginar que viveríamos tempos tão difíceis a partir daquele momento. Mas estávamos ali, nos assustando, pensando, discutindo sobre aquilo. Escrever isso me fez

compreender definitivamente a diferença que faz acolher e ser acolhido na aprendizagem, na produção de conhecimento e em qualquer tipo de trabalho. Não é preciso consenso ou uníssono. O que não pode faltar é o café e o bolo.

Era muito bom estar naquela sala de aula, tomar chopp no centro da cidade do Rio de Janeiro e voltar a participar de manifestações organizadas por movimentos sociais. Fiz amigos que hoje são referências bibliográficas desta tese e referências na minha vida. Mas, foi muito ruim, e deu medo, ter que sair de sala ouvindo a troca de tiros quando os policiais entravam nas comunidades próximas à Fiocruz, aguardar sentada, impotente, no corredor, junto aos colegas e funcionários. Só que, dessa vez, uma força nova me fazia continuar ali. E essa força parecia potente. Em busca de conciliar interesses com minha possível orientadora, pensei em estudar a comunicação nas práticas de saúde da Atenção Primária. Ingressei no doutorado com um projeto que tinha as práticas comunicativas em Blogs e Facebook dos serviços de saúde de APS como objeto.

A turma que juntava mestrandos e doutorandos também era maravilhosa. Era totalmente heterogênea, e foi possível crescer junto, defendendo-nos uns aos outros em algumas ocasiões. Apesar de algumas pressões para que eu permanecesse com os pés fincados no terreno da saúde, comecei a entender que queria que meus estudos fossem além. As disciplinas, eventos científicos de comunicação, a convivência com professores queridos e apaixonantes dessa área como um canto de sereia me atraíam. Senti uma afinidade genuína ao me aprofundar nos estudos das mediações, da comunicação como interação, da produção de sentidos, da midiaticização. Eles me permitiam nomear de formas interessantes aqueles elementos que moram entre o sonho, o papel e as práticas de saúde, elementos dos quais eu ainda realmente precisava falar e nem tinha me dado conta.

Para conciliar interesses novamente, optei por mudar o projeto para as práticas comunicativas em um serviço de Atenção Primária em Saúde (APS). Isso a partir das ‘mediações culturais’ (conceito de Jesús Martín-Barbero, importante referência nesta tese). Apesar de entender que não precisava ter atuação profissional na APS para realizar a pesquisa, preocupava-me por não estar em contato com as práticas. Achava que eu precisaria produzir alguma brecha para ter um “lugar de fala” nesta área de estudos e atuação. Até porque isso seria necessário se eu fosse atuar como docente nesta área. Mas, não tinha conseguido isso antes do exame de qualificação como eu desejava. Então me conformei, pensando que poderia acontecer na proximidade com o campo empírico.

Só que as desventuras da pesquisa estavam apenas começando. “No meio do caminho tinha uma pandemia”: essa parte da história vou contar melhor ao longo da tese. Por hora quero dizer que a pandemia de Covid-19 foi decretada em um momento em que eu aguardava a liberação do comitê de ética para a realização do trabalho de campo. Isso pra dividir, com o caro leitor, a angústia que novamente a vida me fazia enfrentar: decidir sobre estar ou não em um serviço público de saúde como planejado. Astrólogos poderiam chamar isso de destino, pessoas de religião budista ou espírita diriam que se tratava de Karma. Psicanalistas de repetição. De todo modo, a decisão envolvia uma situação que era também ímpar na minha vida e na vida das pessoas do mundo todo. E eu não a considerava uma decisão individual. A opção escolhida foi ficar em casa e tentar produzir novamente algum caminho possível. A tal “terceira via” era algo que eu precisaria construir novamente, agora como pesquisadora.

As práticas comunicativas por trás “da telinha” me mostravam interessantes estratégias que diferentes instituições e pessoas passavam a adotar, desde o primeiro projeto de tese envolvendo os Blogs. Comecei a revisitar meus conhecimentos de psicossociologia, meus conhecimentos sobre as práticas, o que eu tinha aprendido na comunicação e buscar os modelos existentes em estudos sobre mídias digitais. Não pensei em obedecer a um modelo existente, e sim em construir um modelo próprio e apropriado para pesquisar as relações entre a “telinha” e as práticas, relações que se apresentavam para mim como possíveis e interessantes de serem pesquisadas no momento da pandemia de Covid-19. Além de potencialmente frutíferas para a comunicação das práticas. Queria uma pesquisa que representasse minha implicação em tudo o que estava acontecendo. Tive um parceiro fundamental, meu coorientador. Muitos amigos também me incentivaram e me deram a mão. Aqueles mesmos que também são referências bibliográficas da tese.

Achei brechas onde eu poderia produzir minha fala. Pude produzir minha pesquisa com um distanciamento imposto e desejável, privilegiado e afetado, protegido e implicado. Ainda assim, foi muito difícil para mim ter que falar das práticas de saúde em uma pandemia. Há muitas pessoas sofrendo e morrendo. Foi muito difícil para mim falar das formas como o sistema de saúde brasileiro respondeu à doença, das formas com que foram conduzidas as decisões políticas sobre a saúde na pandemia de Covid-19, especialmente nesse Brasil que já sofre tanto. A cada dia mais trabalhadores de saúde vivem situações extremamente extenuantes, algumas não poderiam ser evitadas, outras sim. Muitos morreram e ainda vão morrer neste contexto. Foi muito difícil observar e escrever sobre o front, ouvir quem estava no front, enquanto eu estava ‘em casa’. A telinha, neste caso, não representava a ficção. E eu ouvia alguns

profissionais falarem de quem pesquisava protegido em casa em tom acusatório. Foi preciso mexer em uma ferida antiga, mal curada, mas eu consegui. Assumi o papel de uma sobrevivente.

Os estudos dos campos de concentração do Holocausto mostram que muitos sobreviventes foram os que de algum modo se esconderam, tiveram algum lugar privilegiado para se proteger. Não é tarefa fácil ver o outro fora desse lugar, sem conseguir puxá-lo para estar ali também. Pensando assim, autorizei-me a escrever sobre o que investiguei, vi, ouvi e senti. E nas negociações do processo de escrita e defesa da tese eu não estive nada protegida.

Quando eu era menina, minha mãe me ensinou a bordar em ponto cruz. Eu achava gostoso o trabalho, mas as linhas enrolavam no meio do caminho. Isso dava chateação e mão de obra; fazia-me produzir emendas e mudar a trajetória das carreiras do desenho. Eu terminava e minha mãe queria ver o bordado. Não se concentrava na frente: ela imediatamente virava o avesso pra ver se tinha defeitos. E me recriminava pelo excesso de emendas e mudanças com relação ao modelo.

Diferente de minha mãe, aprendi com os “ossos do ofício” de psicóloga a dar valor aos avessos não como defeitos. Os avessos narram histórias não oficiais; historicidades que a frente do bordado não mostra. Mostram relações com o ausente, com o possível, a exteriorização e a interiorização da produção. Os avessos podem ser ótimos lugares para analisar o processo de bordar, uma forma de ver a insistência, a capacidade de recalculas as rotas e imaginar os percursos de quem bordou. O avesso pode ser uma versão que quem borda não quer mostrar, ou que determinadas forças não permitem. Ver o avesso ajuda a produzir outros bordados.

Espero que este memorial ajude o leitor a compreender por que, junto a determinadas partes do lado da frente deste bordado-tese, agreguei algo do avesso. Busquei mostrar o pano que estava por trás do pano. Tentei fazê-lo de forma acadêmica, como modo de valorizar o registro das marcas pessoais que o processo imprimiu em mim e neste objeto tecido. Espero que ajude o leitor reparar no tecido e linhas escolhidas inicialmente, os “nós” e o “eu” na mudança de planos, no que foi possível negociar e mudar, e no que tive que deixar como estava para conseguir seguir em frente.

Que o leitor possa ver neste texto tanto as lutas da APS quanto a luta da bordadeira: algumas imperfeições não encobertas, lágrimas de raiva, solidariedade e empatia, suor num trecho difícil de ultrapassar, alegria ao produzir determinadas inferências sobre as interações analisadas, e, no momento, de poder concluir.

INTRODUÇÃO

Brasil, meu nego, deixa eu te contar
a história que a história não conta,
o avesso do mesmo lugar
na luta é que a gente se encontra [...]

Trecho do Samba da Estação Primeira de Mangueira no ano de 2019, composto por Danilo Firmino / Deivid Domênico / Mamá / Márcio Bola / Ronie Oliveira / Tomaz Miranda.

A gente tá na luta para poder continuar a fortalecer a atenção primária e quem puder fica em casa **(médico do DF na Live “APS não pode parar” do Portal da Inovação no YouTube).**

Processos comunicativos estão envolvidos na produção, circulação e recepção das práticas de saúde em diferentes contextos, locais e épocas. A comunicação está na “boca” dos profissionais de saúde e usuários, nos atendimentos, nas ações educativas, nas reuniões de equipe. Está nos “papéis”, sejam eles anotações em prontuários, prescrições, formulários de encaminhamento ou normas, programas e políticas que norteiam modos de atuação. As imagens e áudios comunicam sobre as práticas em campanhas de saúde, nos cartazes expostos nas paredes dos serviços, escolas, transportes públicos, nos produtos para rádio, televisão, e atualmente em formatos produzidos para as mídias digitais. A comunicação está entremeada nas redes interprofissionais, interinstitucionais e intersetoriais, tecidas em diversas práticas na atenção, na formação profissional, na participação e controle social, e também nas práticas de associativismo do trabalho em saúde.

No entanto, alguns contextos podem naturalizar os processos comunicativos das práticas, fazendo com que pareçam técnicas, padronizadas e neutras. Mas, por serem práticas sociais, as práticas de saúde fazem parte de sistemas de configuração da vida social, inseridas em modelos mais ou menos estruturados, de acordo com objetivos, valores e códigos culturais. No que se refere às práticas de atenção à saúde, estes sistemas são denominados de modelos technoassistenciais, sendo estabelecidos em disputas e conciliações ao longo do tempo. Estes modelos não são neutros, uniformes, nem tão pouco estanques. Eles são reinterpretados nas práticas, que comunicam assimetrias e confluências, mas também embates e transformações, nas lutas do fazer cotidiano.

Portanto, os processos comunicativos e culturais das práticas de saúde nem sempre são visíveis. Muitas dinâmicas micro e macrossociais envolvendo o setor saúde são mesmo invisibilizadas, o que acaba por distanciá-las de grupos sociais que não atuam, pesquisam ou que não se encontram nos locais em que elas ocorrem.

Acreditando na importância da comunicação, na legitimação das práticas e na transformação social, ingressei no curso de doutorado em Informação e Comunicação em Saúde. Meu interesse era estudar a comunicação nas práticas a partir dos sistemas culturais que as norteiam, em contextos locais. O projeto de pesquisa previa uma análise de cultura institucional em um serviço de Atenção Primária em Saúde (APS), considerando as interações comunicativas na comunicação institucional, interprofissional e na comunicação profissional-usuário, investigadas através de observação participante e de narrativas em entrevistas com usuários, profissionais e gestores.

A Atenção Primária em Saúde (APS) vem tentando se firmar como modelo technoassistencial para reorientar as práticas do Sistema Único de Saúde (SUS), em uma lógica que inclui a atenção territorializada, a participação de diferentes atores e setores, a coordenação de ações e serviços de acordo com a necessidade de cuidado e o trabalho em equipe, com forte apoio em práticas educativas, prevenção e promoção da saúde. Formulada para substituir a matriz cultural do modelo biomédico, baseado em uma lógica hospitalocêntrica, médico-centrada e curativa, a APS adquiriu centralidade na agenda do governo brasileiro desde os anos 1990; mas sua ampliação não significou uma profunda mudança cultural (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009; BORGES & BATISTA, 2010; CECÍLIO et al., 2012; CECÍLIO & REIS, 2018).

A pretensão da minha pesquisa, então, era compreender como os sentidos e as mediações da Atenção Primária em Saúde (APS) se apresentavam no cotidiano das práticas comunicativas em uma instituição localizada em um grande município brasileiro. Desse modo, acreditava ser possível contribuir com as reflexões sobre o êxito das políticas de APS no Brasil, buscando tendências de permanência ou mudança cultural.

Contudo, enquanto encaminhava as etapas da pesquisa, no início do mês de março de 2020, os primeiros casos de pessoas infectadas pelo vírus Sars-coV-2 foram confirmados no Brasil. Relatos chegavam da cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, descrevendo casos atípicos de pneumonia que se agravavam rapidamente (OMS, 2020).

Pesquisas sobre as características do novo vírus, apelidado mundialmente de Coronavírus, davam a dimensão do desafio para os serviços de saúde, especialmente por sua alta velocidade de propagação e transmissão. A pandemia foi decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no mesmo mês, sendo indicado o isolamento social como medida de controle de transmissão da doença, apesar do empenho de algumas autoridades mundiais em

deslegitimar o perigo da contaminação através da transmissão comunitária². Especialistas alertavam para o alto risco de infecção de profissionais de saúde e demais frequentadores dos serviços de saúde (OMS, 2020^a). O aumento do número de casos e de mortes em países como Itália e Espanha colocou 60 milhões de pessoas em quarentena ainda naquele mês (TURCI; HOLLYDAY; OLIVEIRA, 2020).

Neste início da pandemia, o dia a dia de uma grande parte da população mundial se modificou de forma bastante radical: escolas e locais de trabalho foram fechados, a população foi solicitada a ficar confinada em suas casas. No mês de maio, segundo o IBGE³ (2021), mais de 15 milhões de pessoas no Brasil foram afastadas do trabalho devido ao distanciamento social e cerca de 7,9 milhões passaram a trabalhar remotamente.

Este contexto não poderia deixar de afetar o trabalho de pesquisa, mais ainda de uma pesquisa social em saúde como a minha. Muitas eram as dúvidas e os dilemas que se impunham: quanto tempo a pandemia duraria? Que aspectos positivos e negativos teria ao insistir no trabalho de campo assim como havia sido planejado? Era preciso considerar que a observação participante implicaria em um período prolongado de exposição, além do necessário uso de equipamentos de proteção individual escassos devido à grande necessidade de uso pelos profissionais de saúde. A indisponibilidade de tempo e o receio dos profissionais para concederem entrevistas mesmo de modo remoto, num contexto de pressões políticas e precarização de condições de trabalho, também era uma preocupação para o cumprimento de objetivos e prazos da pesquisa. Mudanças se faziam necessárias na medida em que eu admitia seguir a orientação de isolamento social como medida de controle de transmissão da doença.

Por outro lado, muito se falava sobre a saúde e suas práticas em todo o mundo naquele momento. A pandemia atingiu todas as regiões do globo, dominando os noticiários, as discussões entre pesquisadores e as conversas cotidianas. Comecei a participar de diferentes fóruns científicos envolvendo debates sobre respostas dos sistemas de saúde à pandemia. As primeiras análises apontavam as grandes diferenças existentes entre os sistemas de saúde e suas formas de atuação (MENDONÇA et al, 2020). A capacidade de boa parte dos sistemas estaria sendo superada pelas necessidades de cuidados, apontando a importância de aprimorar especialmente a Atenção Primária, tanto para apoiar ações de isolamento quanto para monitorar

² A fácil transmissão do vírus por meio da tosse, espirro ou fala e a dificuldade de monitoramento de pessoas contaminadas já indicavam a livre circulação do vírus em comunidades e o alto risco de contaminação, inclusive de trabalhadores de saúde (OMS, 2020, 2020a).

³ Pesquisa PNAD Covid-19: *Desocupação, renda, afastamentos, trabalho remoto e outros efeitos da pandemia no trabalho*. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>>.

os pacientes infectados, como já se havia demonstrado anteriormente na epidemia de Ebola (LORENZO, 2020). Contudo, os estudos e alertas sobre a importância das ações deste nível de cuidados em evitar o agravamento de diferentes condições de saúde (inclusive as doenças infecciosas) pareciam não ser suficientes para sua efetiva valorização e priorização. Diante da relevância nos noticiários sobre o investimento financeiro em UTIs, respiradores e no tratamento medicamentoso, apesar da falta de evidências científicas sobre a eficácia do último diante da síndrome respiratória causada pelo Sars-coV-2⁴, a narrativa da importância da APS parecia contra-hegemônica. Mas, suas estratégias comunicativas poderiam motivar processos de legitimação das práticas da APS? Seriam as interações comunicativas envolvendo as práticas de saúde no Brasil, durante a pandemia, um *locus* para analisar permanências ou alguma transformação cultural? Como diferentes contextos estariam produzindo narrativas sobre a APS? Quais mediações e sentidos das práticas estariam sendo acionados neste momento?

Desde o início da pandemia de Covid19, muitas das interações entre indivíduos e organizações passaram a ser mediadas por mídias digitais, o que passei a entender como exemplos de interações midiáticas (BRAGA, 2001; BRAGA et al., 2017). A intensa produção de conteúdo sobre saúde na internet também foi um aspecto que orientou como poderia conduzir minha pesquisa de campo. O fenômeno de produção de lives me chamou mais ainda a atenção, por tornar-se “epicentro das nossas rotinas agora primordialmente caseiras” (LUPINACCI, 2020, p.2). Tradicionalmente, o fenômeno era associado aos programas ao vivo na transmissão de rádio e televisão, embora já tivesse sido incorporado nos últimos anos por sites e aplicativos Google, YouTube, Facebook, Instagram, Twitter, Snapchat, dentre outros. Mas a estratégia das lives na pandemia ganhou novos objetivos e proporções devido ao isolamento social (LUPINACCI, 2020). Diversos eventos que enfocaram diferentes temas de saúde relacionados à pandemia foram realizados, divulgados e posteriormente armazenados em plataformas comunicacionais desde o mês de março de 2020, constituindo-se em produtos comunicacionais.

As lives se apresentaram como material comunicacional rico e privilegiado, tanto para a análise das interações ocorridas nas práticas que eram narradas quanto das interações que

⁴ Em maio de 2020, o Ministério da Saúde do Brasil publicou um protocolo para tratamento medicamentoso precoce da Covid-19 (disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096794/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19.pdf>>). No entanto, revisões científicas como a de Falavigna et al. (2020), publicadas no mesmo mês, feitas por uma força-tarefa formada por membros da Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), pela Sociedade Brasileira de Infectologia (SBI) e pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), apontam para um consenso sobre a falta de indicação do tratamento precoce recomendado pelo Ministério.

ocorriam durante os eventos “virtuais”, além dos sentidos sobre saúde vinculados à sua significação. Embora o momento dificultasse a realização da observação de interações comunicativas presenciais nos serviços de saúde e a obtenção de narrativas por meio de entrevistas, possibilitou a observação de outros processos de produção de narrativas e de interações midiaticizadas.

Assim, esta tese passou a ter como objeto a comunicação das práticas de saúde da atenção primária. Estas podem se relacionar a diferentes contextos das práticas, como o educacional, o jornalístico, o político, o jurídico, e o contexto da atenção à saúde; contextos que em determinados momentos históricos se articulam de modo mais intenso, possibilitando a análise da midiaticização. Nesta pesquisa, o objetivo geral foi analisar mediações culturais e sentidos sobre saúde, doença e cuidado das práticas da Atenção Primária em Saúde (APS). Para realizar este objetivo, propus um modelo de análise que chamei de Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde. Utilizo o modelo em um estudo exploratório colocando a comunicação das práticas de atenção primária em saúde no centro do mapa.

Desenvolvi, também, um método para mapear produtos audiovisuais sobre APS na internet e selecionar narrativas e interações midiaticizadas para a análise. O método incluiu buscas exploratórias na plataforma YouTube, em que materiais audiovisuais sobre práticas em APS foram postados, servindo para delimitar um corpus em fosse possível relacionar os materiais e as práticas de APS. Foram selecionados para a análise: três canais durante os sete primeiros meses da pandemia de Covid-19, títulos de materiais produzidos no período e métricas quantitativas, analisadas junto ao contexto de produção. Em seguida foram escolhidas lives para a análise em profundidade, juntamente com o chat em que as interações midiaticizadas com os internautas ocorreram ao vivo. A transcrição das lives selecionadas e dos chats constituíram o corpus para análise qualitativa documental.

A partir deste material pude executar os objetivos específicos da pesquisa: 1) Descrever aspectos da comunicação institucional no processo de trabalho em APS e na rede de saúde; 2) Caracterizar a comunicação interprofissional em atividades planejadas e não planejadas na APS e 3) Problematizar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários do serviço em sua importância na assistência, prevenção e promoção da saúde.

Embora pudesse ser ressaltada a progressiva relevância da comunicação em pesquisas sobre práticas de saúde, em buscas iniciais⁵ já se tornava perceptível uma lacuna quanto à

⁵ Foi realizado um exercício de revisão bibliográfica em que foi analisada a forma como a comunicação é abordada nas práticas em saúde nos cenários do SUS. Foi investigada na literatura brasileira especializada publicada de 2000 a 2017 na SciELO (Scientific Electronic Library Online) (BARCELOS, NEVES e AGUIAR, 2017). Os artigos obtidos foram organizados em

consideração dos modelos de comunicação, nas disputas e contradições dos processos comunicativos na saúde e em sua importância na transformação das práticas. Na literatura nacional e internacional há abordagens das práticas de comunicação em uma diversidade de serviços de saúde, como unidades hospitalares, na atenção primária, hemocentros, no cuidado domiciliar, na saúde indígena, em unidades móveis, em ações de vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador, em campanhas de saúde, dentre outros. Como temáticas observamos a comunicação relacionada a assuntos que classicamente são referidos à interação profissional-usuário (como a comunicação de diagnóstico e demais informações sobre as doenças e agravos ou como geradora de adesão aos tratamentos), mas também na comunicação institucional e interprofissional (incluindo o uso de tecnologias de comunicação e informação na saúde).

Tanto as pesquisas com foco na interação profissional-usuário quanto as que enfatizam as interações das equipes, entre serviços e setores, apontam uma conexão entre problemas na comunicação e dificuldades na realização de práticas de saúde. Schmith et al. (2011) fazem uma revisão integrativa sobre as relações entre profissionais e usuários, em que apontam sua dimensão transformadora, mas afirmam que se produz pouco conhecimento sobre o tema, sendo a produção concentrada na área da enfermagem. Quinn et al. (2018) afirmam que as barreiras de linguagem, idade ou educacional dificultam o engajamento dos usuários, mas há evidências de que podem ser superadas. Já Ribeiro & Cavalcanti (2020) analisam como frágil a comunicação entre os serviços, o prontuário eletrônico não integrado, a baixa qualificação profissional e o desconhecimento do papel da atenção primária pelos outros serviços.

Outro tema relevante é a aplicação de princípios de marketing social à promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas por empresários, representantes de fundações de saúde e profissionais de saúde pública convocados a produzir mudanças nas políticas públicas (LANGILL, 2004; ARCARO et al., 2013). O marketing social é entendido como um conjunto de técnicas de mudança de comportamento argumentativas e persuasivas, avaliado como eficaz em motivar as pessoas a melhorar a saúde e reduzir o risco de doenças. No entanto, há pesquisas

categorias temáticas correspondentes a sentidos de comunicação nas práticas e serviços de saúde: a) Comunicação como instrumento de humanização do cuidado; b) Comunicação com o usuário como educação em saúde; c) Comunicação com o usuário como direito à informação sobre saúde; d) Comunicação de dados entre profissionais de saúde e o sistema de saúde; e) Tecnologias de Informação e Comunicação na atenção à saúde; e f) Comunicação Organizacional. A revisão de Coriolano-Marinus et al. (2014) foi utilizada como referência para este estudo tendo construído diferentes categorias temáticas: 1) A comunicação no estabelecimento de relações entre trabalhadores de saúde e usuários; 2) (Des)comunicação: barreiras ao ato comunicativo; 3) Comunicação e a formação do trabalhador de saúde; e 4) Modelos comunicativos em saúde: a busca pelo modelo dialógico. Para uma atualização na base SciELO em 16/10/2020 foram utilizadas a estratégia de busca ab:(comunicação) AND (ab:(serviços de saúde)) OR (ab: práticas de saúde) AND 2020. Foram obtidos no total 32 resultados, que configuraram nos resumos analisados. Como na pesquisa anterior, não restringimos a busca com o termo TICs ou semelhantes visto que os artigos que fazem referência a este tema aparecem nos resultados com buscas mais amplas.

críticas a estas abordagens comunicativas de temas de saúde tanto utilizadas por profissionais de saúde quanto nos materiais de comunicação. No estudo de Synnot et al. (2017) a participação da população como “stakeholders” é apontada como insatisfatória na definição de preferências. As informações “oficiais” ressaltadas como contraditórias e difíceis de entender a comunicação não é prioridade dos profissionais de saúde, o que consiste em “desafio estrutural e cultural” para as práticas comunicativas de saúde (SYNNOT et al., 2017, p.1, tradução minha).

Sobre a produção de materiais comunicacionais em saúde e a falta de contextualização dos produtos elaborados para campanhas de saúde, destacamos as teses de Reis (2005) e de Kalil (2015)⁶, sobre cartilha para idosos e campanhas de amamentação do Ministério da Saúde brasileira, respectivamente. Estas pesquisas reafirmam a falta de consideração de contextos para os quais são produzidos os materiais de saúde, além de uma maior preocupação com a transmissão do sentido biomédico (REIS, 2005; KALIL, 2015). Já o estudo de Levy (2013) é uma dissertação de mestrado (PPGICS/ICICT/Fiocruz) que analisa práticas de comunicação no “ciberespaço” a partir da campanha do combate à dengue (LEVY, 2014, p.34). A autora ressalta a recente adesão do Ministério da Saúde a plataformas digitais como Facebook, Twitter e YouTube, analisando o subaproveitamento das possibilidades oferecidas pela internet.

A literatura internacional⁷ faz bastante referência ao uso do WhatsApp, YouTube ou mídias sociais por especialidades médicas, por enfermeiros, no tratamento de doenças específicas e como ferramenta de ensino (SANTORO, 2015; DE BENEDICTIS et al., 2019). Os estudos sobre o tema permeiam duas posições que parecem coexistir no debate científico. A primeira sublinha aspectos positivos da internet como importante fonte de informação sobre saúde para profissionais e leigos, como forma das pessoas relatarem suas experiências de doença e assistência médica. A segunda destaca os aspectos negativos, em particular os riscos clínicos para os pacientes, proteção à privacidade e segurança de dados. O uso de aplicativos para smartphones também teria o objetivo de facilitar a interação farmacêutico-usuário, facilitando o engajamento para além dos antigos lembretes (GATWOOD et al, 2019). Podem

⁶ Para que a revisão da literatura nos aproximasse de pesquisas no Campo da Comunicação e Saúde, foram realizadas buscas na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) pela relevância da chamada literatura cinzenta na área de concentração das ciências sociais aplicadas. Neste motor de pesquisa foi utilizada a estratégia "(Título: comunica*E Título: serviço*OR prática E Título: saúde*)

⁷ Para ampliar a busca contemplando a literatura internacional, foram selecionadas as bases Lilacs e Pubmed. Na base Lilacs, em 16/10/2020, foram realizadas as seguintes estratégias de busca: serviço de saúde [Descritor de assunto] and comunicação [Descritor de assunto] (22 resultados). Na Pubmed a estratégia foi "health communication"[MeSH Terms] OR "communication health"[Title/Abstract] OR "health communications"[Title/Abstract] AND ("health personnel"[MeSH Terms] OR "personnel health"[Title/Abstract] OR "health care providers"[Title/Abstract] OR "health care provider"[Title/Abstract] OR "healthcare worker"[Title/Abstract]) OR "organizations"[MeSH Terms] (44 resultados). A partir de algumas sugestões de *similar articles* acrescentamos à estratégia ("health communication" [MeSH Terms] OR ("communication health" [Title/Abstract]) OR ("healthcare" [Title/Abstract] AND ("youtube" [Title/Abstract]) (36 resultados), agregando novos resultados à busca.

também agrupar pacientes com doenças semelhantes, permitindo que compartilhem histórias, experiências e opiniões. São criticados como impregnados dos discursos da biomedicina contemporânea sobre as novas “necessidades” tecnológicas e fomentando a cultura da busca do autoconhecimento mediada pela tecnologia (LUPTON, 2012; OIKAWA, 2015; SACRAMENTO & VIEIRA, 2017; VEIGA et al, 2017).

Os sites e plataformas que oferecem conteúdo sobre saúde passaram a fazer parte da rotina de um grande número de pessoas, de várias classes, idades, culturas e profissionais de saúde, sendo também utilizados por intermédio de dispositivos móveis. Em tese recentemente publicada sobre a circulação de vídeos com a temática de saúde, Muzi (2020) destaca novas estratégias comunicativas como os canais de YouTube, que podem ser importantes para dar visibilidade a determinados focos, tornar visíveis atores e seu alinhamento, em propostas que ainda não têm lugar dos meios de comunicação tradicionais (MUZI, 2020). Em nossa revisão bibliográfica reforçamos sua constatação quanto à relevância e os diferentes usos do YouTube no contexto da saúde. O referencial teórico metodológico da tese de Muzi (2020) teve grande influência na construção do presente estudo, sendo realizados no mesmo programa de pós-graduação (PPGICS/ICICT/Fiocruz).

Muzi (2020) sublinha a popularidade do YouTube, fonte online e gratuita e atualmente a maior plataforma de vídeos e a segunda maior rede social do mundo (empatando com o WhatsApp), com dois bilhões de usuários⁸. A prática de obter informação de saúde na internet é analisada na literatura internacional como educação colaborativa, já que notícias e conteúdos podem ser recuperados, compartilhados e discutidos, o que reforça a necessidade de regulação de agências governamentais para validação de acurácia. Busca-se evitar a produção e circulação de informação enganosa, o que inclui intervenções que promovam uma análise crítica por parte dos consumidores (SANTORO, 2015; MADATHIL et al., 2014; BORA et al., 2018). Revisões assinalam que no YouTube, apesar de serem disponibilizados conteúdos sobre os mais diferentes temas de saúde, os vídeos mais confiáveis e de melhor qualidade seriam os produzidos por organizações governamentais e associações profissionais, fontes tradicionalmente legitimadas. As técnicas geralmente empregadas pelos pesquisadores para analisar esses vídeos são as métricas quantitativas e análise de conteúdo. No entanto, os vídeos mais vistos tendem a ser os postados por celebridades, com conteúdo de histórias pessoais; já os vídeos com informações de prevenção e outras informações médicas tendem a ser de menor

⁸Dados de abril de 2020 disponíveis em: <<https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/>> e <https://www.statista.com/statistics/280685/number-of-monthly-unique-youtube-users/>>.

interesse assim como os vídeos de ciência (YIANNAKOULIAS, 2017). As pesquisas sugerem que a legitimidade das instituições tradicionais já não é o parâmetro principal na escolha do público que acessa vídeos sobre saúde, e que são mais atraentes os materiais no YouTube que envolvem histórias vividas.

Além de informar, os vídeos no YouTube podem reproduzir aspectos desejáveis sobre as interações na saúde ou reforçar a construção de estereótipos sobre as práticas e as profissões. Foram valiosas para este estudo as análises de Kelly et al. (2011) e de Ahmad et al. (2020) sobre vídeos que abordam o profissionalismo na enfermagem e na medicina, respectivamente. Kelly et al. (2011) consideram que a identidade do profissional de enfermagem construída no YouTube reforça preconceitos atribuídos à profissão. Analisam vídeos que oferecem narrativas com três tipos distintos: a enfermeira como “técnica qualificada”, como “brinquedo sexual” e como “pessoa incompetente e inconsequente” (KELLY et al., 2011, p. 1804, tradução minha). Ahmad et al. (2020) reafirmam ser o YouTube amplamente utilizado por estudantes e profissionais de saúde. Usaram as palavras 'profissionalismo na educação médica', 'profissionalismo na medicina', 'profissionalismo dos estudantes de medicina', 'profissionalismo na saúde', 'profissionalismo de ensino', 'atributos do profissionalismo' para uma busca sistemática na plataforma durante um mês, sendo coletadas informações básicas dos materiais como o nome do autor/editor, número total de visualizações, curtidas, deslikes e comentários. Concluíram que vídeos enviados pelos especialistas ou organizações de saúde no YouTube forneceram informações confiáveis sobre a profissão, produzindo engajamento nos canais.

Estudos da influência dos meios de comunicação nas práticas cotidianas e na mobilização de mudanças culturais e históricas é tema de importantes estudos comunicacionais contemporâneos, ainda pouco apropriados na análise das práticas de saúde. Até recentemente, a abordagem de estudos culturais e de mídia raramente era adotada para analisar a medicina ou instituições e práticas de saúde pública (LUPTON, 2012). Atualmente, é preciso considerar que as pessoas constroem seus entendimentos do mundo em interações com os outros e a partir de sua interação com a mídia, o que também é importante para a construção dos sentidos sociais e culturais da saúde.

A obra de Martín-Barbero (1997/2009; 2004; 2014), importante referência nos estudos comunicacionais, atualmente contribui para as pesquisas em Comunicação e Saúde que propõem críticas ao modelo instrumental da comunicação utilizando o Mapa de Mediações Comunicativas da Cultura como matriz teórico-metodológica. O mapa é apropriado para análise da comunicação em diversos contextos. Considerando o processo comunicativo em seus

aspectos de produção, circulação e recepção de sentidos, a recepção é enfatizada como um processo ativo de organização, que envolve não apenas reprodução, mas novas produções de sentido. Os objetos estudados são “conselhos de saúde, práticas comunicacionais na internet, produção de sentidos no ensino à distância, comunicação nos movimentos sociais”, dentre outros (ARAÚJO & OLIVEIRA, 2012, p.14). A pesquisa de Hoss & Fellippi (2017), fruto de dissertação de mestrado (UNISC), utiliza este referencial na análise da comunicação hospitalar. Coloca-se a comunicação dos hospitais como comunicação pública, relacionando-se com a sociedade brasileira na articulação entre o setor da saúde e a região.

Pesquisas em instituições de saúde filiadas a outras perspectivas da comunicação, de forma geral, analisam as práticas no bojo dos aspectos microssociais e relacionais nas interações profissional-usuário e das interações nas equipes como dinâmicas institucionais (SCHRAIBER & PEDUZZI, 1993; MERHY, 2002, 2003; AYRES, 2005; PEDUZZI, 2001, 2007; RIVERA & ARTMAN, 2006, CECÍLIO, 2009; SÁ&AZEVEDO, 2013). São bastante presentes no que se refere diretamente às temáticas da cultura e da comunicação, nas interações institucionais e nas equipes de saúde, as contribuições de Habermas, vinculadas à Teoria Crítica (ou da economia política) e também ao Interacionismo (AYRES, 2004; HABERMAS, 2006; PEDUZZI, 2001, 2007), abordando a comunicação como produção de compreensão compartilhada, possibilitadora de consensos para orientar planos de ação.

O levantamento bibliográfico trouxe contribuições fundamentais que foram agregadas a esta pesquisa. Contudo, a abordagem da comunicação relacionada às práticas de saúde negligencia avanços de abordagens teórico-metodológicas no campo da comunicação já apropriadas pelas ciências sociais e humanas, e também pelo campo da saúde. A maioria das pesquisas não relaciona as práticas comunicativas na saúde aos pressupostos do campo da comunicação, sendo inferidos pelo modo como são apontadas as fragilidades e boas experiências atribuídas à comunicação. Valorizam o determinismo cultural e social nas práticas, analisando os sentidos de saúde, doença e cuidado e os processos comunicativos a partir de abordagens essencialistas. De modo geral, reforçam a comunicação como instrumento de transformação das práticas e efetivação de mudanças, mas a partir de processos verticalizados, ou de forma mais velada, como o marketing social; utilizado para influenciar atitudes e comportamentos saudáveis sem colocar os destinatários/usuários em primeiro plano.

Esta pesquisa se aproxima das perspectivas interacionistas e construtivistas de estudos sociológicos e comunicacionais, e do campo da Comunicação e Saúde. A partir delas, passo a defender que as práticas de saúde são construções sociais em constante transformação,

atravessadas por mediações culturais em disputas e contradições. Destaco também a relevância das mudanças mobilizadas pela midiaticização nas interações comunicativas contemporâneas. Portanto, é a partir dessas premissas que me proponho a questionar que mediações tencionam e que sentidos são produzidos nas interações comunicativas das práticas de Atenção Primária no Brasil?

Para iniciar uma análise norteada por esta pergunta, proponho, no primeiro capítulo da tese, uma discussão sobre os conceitos de cultura, comunicação e de práticas. São delineadas diferentes perspectivas sobre estes conceitos em estudos, sociológicos, antropológicos, psicossociológicos e de comunicação. Destaco as apropriações dessas abordagens por pesquisas da saúde e da comunicação e saúde. Abordo especialmente as perspectivas de construção social das instituições e práticas de saúde e do interacionismo pois se afinam com abordagens que orientam esta pesquisa, como referências na compreensão das interações comunicativas no contexto da saúde. No campo da comunicação tomo como norteadores estudos que articulam cultura e comunicação concebendo estas dimensões como mediações culturais (MARTÍN-BARBERO, 1997/2009) e matrizes interacionais, que se organizam em dispositivos interacionais, mas se presentificam em episódios, produzindo circuitos comunicativos (BRAGA, 2007; BRAGA et al., 2017). Defendo que os sentidos de saúde podem ser analisados em matrizes conceituais e matrizes interacionais, sancionadas e longamente estabelecidas, e em episódios atuais, já que os modos de ação se modificam constantemente.

Ainda neste capítulo, avançando sobre o objeto da pesquisa, abordo a importância da mediação de tecnologias comunicacionais nas práticas sociais, incluindo as interações comunicativas das práticas de saúde. A invenção da internet, nos anos 1990, e de seu acesso através de dispositivos móveis nos anos 2000, acelerou o ritmo das transformações na sociedade, trazendo questões para as teorias sociais, que já não podem desconhecer os estudos sobre a mídia e suas instituições (COLDRY & HEPP, 2017). As inovações tecnológicas nos meios de comunicação propiciam que as instituições de saúde se organizem e executem as práticas de novos modos. Estão presentes na atenção, em estratégias de comunicação institucional, em práticas com fins educacionais, de mobilização social, entre outros. A popularização de tecnologias de informação e comunicação nas equipes de serviços de saúde, faz com que em profissionais com recursos próprios e também usuários de forma particular, disponham de meios de produção para criar materiais comunicacionais sobre saúde e possam mobilizar novas formas de interação e sociabilidade propiciadas pelo uso da internet (BARCELOS, LIMA & AGUIAR, 2020).

Para além de uma discussão sobre as vantagens e desvantagens dessas novas interações, é relevante levar em conta que, até mesmo as interações interpessoais presenciais na saúde estão imersas em uma sociedade midiaticizada, que podem se intercrucizar em diferentes contextos anteriormente relacionados especificamente ao campo da saúde. Apresento o conceito de midiaticização como um processo que reconfigura mediações e sentidos de diferentes contextos sociais a partir de lógicas da mídia, que potencializam o intercrucamento entre contextos, tornando mais difusos os modos de ação que orientavam as práticas sociais (COLDRY, 2014; BRAGA, 2007; BRAGA et al. 2017). Abordo então o fenômeno comunicacional como processo que se realiza em episódios de interação entre pessoas e/ou grupos, de forma presencial e/ou mediada pelos meios, em especial das mídias digitais, mas que se articulam com outras mediações que se inter-relacionam, em circuitos comunicacionais (BRAGA, 2010; BRAGA et al., 2017).

No segundo capítulo da tese, tomo como referências importantes estudos de sociologia e antropologia médica e da saúde coletiva para vincular mediações e sentidos às matrizes conceituais e matrizes interacionais que atualmente se intercrucizam em diferentes contextos das práticas de saúde. Utilizo a expressão ‘modelo biomédico’ para denominar a matriz conceitual que se desenvolveu no século XVIII como um conjunto de valores, conhecimentos e práticas, em especial a ênfase na causalidade biológica das doenças, a prática médica curativa e no cuidado individual, realizado nos dispositivos do hospital e da clínica (FOUCAULT, 1979; SILVA JUNIOR, 2007; PAIM, 2012). Em seguida, discuto a influência das ciências humanas e sociais e de uma trama de mediações culturais que mobilizou a formulação da Atenção Primária em Saúde (APS). Este modelo de prestação de serviços orientou a institucionalização de sistemas de saúde em todo o mundo. Argumento que a APS passou a constituir uma matriz conceitual que sedimentou determinados sentidos sobre saúde, doença e cuidado, pautados nos direitos sociais, do cuidado comunitário, bem como no papel garantidor do estado, e a constituição de dispositivos como a atenção nos territórios e a educação em saúde. No entanto, o modelo biomédico pode ser considerado como padrão oficial na organização das práticas de saúde brasileiras até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), quando a matriz da Atenção Primária passou a disputar a centralidade na orientação das práticas do cuidado.

Abordo a mediação da OPAS e da OMS nos países latino-americanos e do Conselho Nacional de Saúde como importantes institucionalidades que buscam sedimentar a APS nos contextos educacional e de participação e controle social, que tencionam as práticas de atenção à saúde. Este entendimento irá colaborar na análise das estratégias comunicacionais atuais que

as instituições realizaram na pandemia de Covid-19. Apresento a criação do SUS, a implementação e posterior expansão da APS nos anos 1990 a partir da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e diferentes defesas dessas propostas. Destaco, no entanto, as dificuldades e contradições que caracterizam o período. Reforço a inclusão dos agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de endemias (ACE) nas equipes, o que será importante na análise da comunicação de suas práticas na pandemia de Covid-19. Ao longo do tempo, tensões promoveram um gradativo desgaste dos avanços da APS e do SUS como sistema universal. Delineio os dispositivos interacionais que se modulam neste contexto e ainda conduzem as práticas atuais, tensionados por diferentes aspectos. Análises apontam que a Atenção Primária em Saúde (APS), embora tenha orientado a formulação do SUS em seus princípios, diretrizes e políticas, não chegou a se tornar culturalmente preponderante (CECÍLIO, 2009, BORGES & BATISTA, 2010; CECÍLIO et al. 2012; CASTRO & MACHADO, 2012; MENDES, 2012; CECÍLIO & REIS, 2018). Entendo que se justifica, então, nossa escolha de investigar as interações comunicativas vinculadas à APS para analisar as mediações e os sentidos de saúde, doença e cuidado.

No capítulo 4 apresento o método da pesquisa empírica, os critérios de coleta, temas e métricas utilizadas para a análise das mediações estudadas. Exponho as primeiras coletas, análises “tentativas” (BRAGA et al., 2017) e os critérios de escolha dos canais e das lives disponíveis no YouTube. Nos capítulos de resultados, apresento a análise do canal Portal da Inovação da OPAS/OMS, do canal do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do O canal Ivando Agente de Saúde. Mantive nos três capítulos a mesma ordem no processo de análise de acordo com o Mapa das Interações Comunicativas das Práticas de Saúde, tendo categorias inspiradas nas mediações (institucionalidades, tecnicidades, ritualidades e socialidades) e nos sentidos presentes nos atributos da APS (coordenação do cuidado, acesso, longitudinalidade, integralidade, orientação familiar e comunitária e competência cultural).

Nos capítulos finais, destaco que a trama de mediações e sentidos nos contextos analisados durante o período investigado na pandemia mostra interações em confluências, negociações e enfrentamento. As narrativas dos episódios interacionais na pandemia ressaltaram a confluência de interesses e negociações entre a lógica comunitária e a lógica neoliberal, em que algumas práticas gerenciais pressionaram por resolutividade e motivaram a valorização dos sentidos de urgência e emergência nas práticas. Algumas unidades privilegiaram os dispositivos de acesso, outras engendraram o acúmulo das novas ações ao leque de dispositivos da APS, produzindo o sentido de heroísmo e resiliência para a realização

das práticas. A modificação de dispositivos de acesso incluiu novas ritualidades de colocação e retirada dos EPIs, higienização de mãos e equipamentos e tecnicidades de teleatendimento, monitoramento remoto e educação em saúde mediada pelas TICs, mobilizadas pela biossegurança de trabalhadores e usuários. As narrativas também sublinharam a falta de equipamentos adequados e condições precárias para a realização das práticas. Algumas interações expuseram posicionamentos críticos e conflituosos entre os níveis de atenção, entes federativos e instituições, produzindo sentidos de mobilização e de luta. As práticas de educação em saúde mostram dispositivos em tensionamento e transformação, mediadas por novas sociabilidades, em que a regulação das ações de autocuidado passa a ser legitimada pela experiência pessoal. São mais verticalizadas ou mais dialógicas, conforme diferentes contextos.

A análise de três diferentes canais na plataforma YouTube ilustrou gramáticas de confluência e negociação com a matriz biomédica, renovada a partir da lógica neoliberal, e gramáticas mais críticas e combativas aos sentidos hegemônicos. As estratégias utilizadas envolveram a transmissão de informação, mas também o diálogo, buscando produzir a participação e emancipação dos participantes dos processos interacionais. As métricas dos canais nos sete primeiros meses da pandemia e as interações no chat das lives puderam circunscrever alguns de seus efeitos, como a mudança em sua relevância comunicativa, tendo objetivos educativos, de participação, ou enfrentamento, apoiados na legitimidade das instituições tradicionais e nas narrativas de YouTube que envolveram histórias vividas e mobilizaram predominantemente interações de apoio mútuo e pertencimento.

Convido o leitor a explorar esta tese! A partir de uma perspectiva comunicacional, a pesquisa dialoga com outras áreas do conhecimento como a Sociologia, Antropologia, Psicossociologia e Educação. Pretende contribuir para a compreensão do papel fundamental das mediações sociais e tecnológicas na construção e na transformação dos modelos de práticas pelos quais nos conduzimos, especialmente das práticas de saúde. Que esta tese apoie tanto profissionais de saúde quanto os da comunicação, estudantes e pesquisadores de Saúde, Comunicação e Saúde, Comunicação Social e quem sabe, gestores e agentes de saúde que atuam em movimentos sociais. Que apoie os que buscam referências para insistir na luta por moldar suas práticas profissionais aos indivíduos e grupos a que se destinam, incorporadas de forma transversal e integrada em projetos de mudança social.

1. Cultura, comunicação e as práticas de saúde

Tu amas a narração direita e nutrida, o
estilo regular e fluente, e este livro e
meu estilo são como os ébrios,
guinam à direita e à esquerda,
andam e param, resmungam,
urram, gargalham, ameaçam
o céu, escorregam e caem...

Memórias póstumas de Brás Cubas. Machado de Assis.

Cultura e comunicação são termos utilizados para nomear diferentes atividades, produtos ou âmbitos das relações entre indivíduos e sociedade. São definidos como conceitos ou campos das ciências sociais em contextos de estudo e aplicação de modos tão diversificados quanto são suas disciplinas e intercruzamentos. Esta pluralidade e dispersão de sentidos podem nos fazer acreditar que, tanto a cultura como a comunicação, estão em tudo', sendo banais ou intangíveis para estudos científicos. Presentes nas práticas “desde as trocas intersubjetivas de palavras até a transmissão tecnologicamente avançada de sinais e mensagens”, as articulações entre comunicação e a cultura tornam-se mais nebulosas quanto mais complexos se tornam os sistemas da vida social (SODRÉ, 2014, p. 9-14).

O uso indiscriminado do termo práticas, do mesmo modo, pode sugerir uma indeterminação do conceito e uma negligência por parte dos pesquisadores a defini-lo, como se envolvesse um consenso implícito sobre sua referência aos fazeres da vida cotidiana e/ou do mundo do trabalho.

É possível considerar como muito plurais estes e outros constructos que se referem a fenômenos investigados nas ciências humanas e sociais, mas também como insuficientes as relações do tipo causa-efeito que certos enfoques utilizam para analisá-los. Longe de serem uma descoberta neutra dos segredos na natureza, como ambicionavam muitos filósofos e cientistas modernos, os conceitos científicos, assim como as demais construções sociais, ganham estabilidade em processos que envolvem consensos, rupturas, decisões e disputas (FLECK, 1979/2001), de modo a se perpetuar nas práticas profissionais. Idas e vindas ao longo dos processos de pesquisa e do estabelecimento de padrões nas práticas, muitas vezes, são omitidas com o objetivo de aparentar consenso e neutralidade. A pluralidade de concepções pode revelar a dificuldade ou impossibilidade de que se estabeleçam consensos em definições e usos de conceitos sobre determinado tema. E as propostas mais objetivas de compreensão escondem que, tanto na ciência quanto na prática não há erros completos e tão pouco verdades completas. As ideias, mesmo que abandonadas, sempre farão parte de algum modo do conjunto

do pensamento construído: podem continuar vivas como marcas, um “negativo” que eventualmente podem vir à tona “nos conceitos herdados, nas abordagens de problemas, nas doutrinas das escolas, na vida cotidiana, na linguagem e nas instituições” (FLECK, 1979/2001, p.61).

Por isso, para compreender os processos culturais e comunicacionais envolvidos nas práticas de saúde, apresento neste primeiro capítulo uma trama de conceitos e noções de perspectivas teóricas criticadas ou apropriadas em estudos de comunicação e saúde. Mesmo que corra o risco de abordá-las de modo simplificado, interessou-me pontuar divergências e proximidades entre modos de compreender fenômenos que tangenciam a comunicação das práticas de saúde, e muitas vezes são menosprezados tanto nas pesquisas quanto nas práticas. Perspectivas que concebem o mundo social a partir de determinismos dirigem seu enfoque predominantemente às imposições mais coercitivas ou às mais sedutoras e sutis, impostas por macroestruturas sociais e culturais e/ou pelas instituições à comunicação cotidiana. Algumas enfatizam as relações de poder sedimentadas nos modelos, mesmo que se perpetuem conflitos nas práticas. De modo distinto, um outro universo de teorias tende a enfatizar o potencial criativo e diverso das trocas comunicativas e culturais no âmbito microsociológico, na produção das ações e interações sociais, algumas enfatizando a construção de consenso. Enfoques entre estes extremos buscam superar os antagonismos que representam, como idealismo e materialismo, individual e coletivo, objetivo e subjetivo. Investigações mais recentes apoiadas na teoria dos sistemas e no paradigma da complexidade, por exemplo, levam em conta tanto as marcas dos conflitos quanto à multiplicidade como inerentes à cultura e conseqüentemente aos processos comunicativos das práticas, sendo leituras de perspectivas interpretativas, interacionais e críticas dos estudos antropológicos e sociológicos (CARRIERI & LEITE-DA-SILVA, 2008; SALADRIGAS; OLIVEIRA et al, 2015; BARALE & SANTOS, 2017). No entanto, apesar da tendência a objetivar, naturalizar e uniformizar os processos culturais e comunicacionais, a perspectiva funcionalista e o modelo informacional ainda são preponderantes tanto para a compreensão das práticas nas instituições de um modo geral, quanto nas instituições de saúde (ARAÚJO & CARDOSO, 2007; PEDUZZI, 2007; ARAÚJO & OLIVEIRA, 2012).

Destaco, no início do capítulo, teorias de construção social das instituições e das práticas e o interacionismo simbólico por serem teorias revistas nos estudos comunicacionais atuais, especialmente na abordagem das interações comunicativas mediadas pelas tecnologias, e por terem grande influência em estudos de instituições e práticas de saúde. A partir de uma

perspectiva interacional, investigações vinculadas tanto a tradições institucionalistas quanto socioconstrutivistas do campo comunicacional ressaltam as transformações mobilizadas pelas instituições da mídia e pelo uso de mídias digitais, nas práticas sociais e nas instituições tradicionais (podendo ser incluídas as do campo da saúde). Apresentar esta moldura teórica, mesmo que leve em conta conceitos de áreas distintas, também é uma forma de situar minhas escolhas teórico-metodológicas. Os conceitos, mais diretamente envolvidos na análise empreendida, foram os de mediações culturais e de comunicação como interação. Entendo as interações comunicativas das práticas de saúde, incluindo as interações midiáticas, como construções sociais de um determinado tempo, de um conjunto de instituições e pessoas; mediadas, portanto, por processos culturais. Trazem indícios das matrizes culturais e interacionais que lhes deram origem, como suas condições históricas de produção. Apoiada nessas discussões, ao fim do capítulo proponho um modelo para a análise das mediações e sentidos das interações comunicativas das práticas de saúde.

1.1 A dialética entre cultura e comunicação: consensos e conflitos na construção e na transformação das práticas sociais

Quando A pisa no pé de B e B insulta A e A revida com uma bofetada, compreendemos a necessidade de encadeamento, embora possamos considerá-lo contingente... seja sob a forma de motivação, sob a do meio técnico indispensável, do resultado obtido porque estabelecemos suas condições, ou do efeito inevitável, ainda que não desejado de tal ou tal ato, pensamos e fazemos nossa vida e a dos outros sob a forma de causalidade.

Trecho do livro “A Instituição imaginária da sociedade” de C.Castoriadis, formado em direito, economia, filosofia, tendo exercido o ofício de psicanalista

São diversas as bases epistemológicas das perspectivas que exploraram os conceitos de cultura, comunicação e de práticas sociais. A antropologia e a sociologia são ciências que, ainda no século XIX, passam a abordar os conceitos de cultura e comunicação (CARRIERI & LEITE-DASILVA, 2008; FRANÇA, 2010; SODRÉ, 2014). Também na psicologia, fundada no mesmo século, esses conceitos estão presentes, nas pesquisas sobre a influência dos fenômenos culturais na personalidade individual, nos estudos sobre a psicologia dos povos de Wundt (1896/1996), nos trabalhos de Le Bon (1895/1993) sobre o comportamento das massas, e, posteriormente, nas chamadas vertentes psicossociológicas da psicologia (ÁLVARO & GARRIDO, 2006; MATTELART, 2014).

Já o conceito de prática remonta o uso do termo *práxis* na filosofia aristotélica, como "ação que teria um fim em si mesmo, e não cria ou produz um objeto alheio ao agente ou sua atividade" (VÁZQUEZ, 1977, p.4). No entanto, o conceito assume sentidos que não coincidem com a etimologia grega da palavra, podendo evocar o utilitarismo que o contrapõe à teoria, ou a partir da filosofia da *práxis* de Karl Marx (1845/1989), designar "a atividade humana que produz objetos, sem que por outro lado essa atividade seja concebida com o caráter estritamente utilitário que se infere do significado do 'prático' na linguagem comum (VÁZQUEZ, 1977, p.5).

Os conceitos de cultura, comunicação e de práticas buscam explicar processos individuais e coletivos, podendo integrar ou afastar “níveis de análise relacionados à ação social e à estrutura, ao subjetivo e ao objetivo, a processos micro e macro” (ÁLVARO & GARRIDO, 2006, introdução p. XXIV). Recebem um viés mais universalista e instrumental em perspectivas funcionalistas (incluindo teorias positivistas e o funcionalismo estrutural); mais simbólico em perspectivas idealistas (também nomeadas como interpretativas, construtivistas, compreensivas, semióticas, linguísticas, hermenêuticas ou fenomenológicas); mais contextuais e relacionais em perspectivas interacionais ou do interacionismo simbólico e mais vinculados aos contextos sócio-históricos em perspectivas críticas (também nomeadas materialistas ou político-econômicas)⁹ (SALADRIGAS, 2005; CARRIERI & LEITE-DA-SILVA, 2008; LUPTON, 2012; MATTELART, 2014; OLIVEIRA et al, 2015; SODRÉ, 2014; BARALE & SANTOS, 2017). Alguns destes enfoques se originam em mudanças na filosofia e nas ciências sociais a partir da rejeição ou da assunção de premissas, vinculadas ao contexto social e cultural em que surgiram¹⁰ (ÁLVARO & GARRIDO, 2006).

Em uma perspectiva funcionalista, o mundo social tem uma existência real em relações reguladas e presumivelmente ordenadas. Tanto as normas e valores de uma sociedade como suas tradições, rituais, mitos, hábitos e crenças compõem um conjunto denominado de cultura. Nos termos de Malinowski (2009/1976): “Cada tipo de civilização, cada costume, objeto material, ideia e crença preenche uma função vital, tem uma tarefa por realizar, representa uma

⁹ Esta é uma proposta de agrupamento que aglutina ideias de autores que trabalham em campos diferentes como os estudos antropológicos, psicossociológicos, e da comunicação. Ênfase proximidades entre formas de abordagem que são nomeadas conforme a ênfase é atribuída aos autores, mas também possuem diferenças que não serão exploradas nesta tese. Para compreender as linhagens filosóficas, sociológicas e psicológicas dos estudos de psicossociologia ver Álvaro & Garrido (2006). Para diferenciar as abordagens a partir da antropologia ver Lupton (2012). Já as matrizes dos estudos comunicacionais podem ser encontradas em Saladrigas (2005), Carrieri & Leite-da-Silva (2008); Mattelart (2014), Sodré (2014), Oliveira et al. (2015), e Barale & Santos (2017).

¹⁰ Álvaro & Garrido (2006) apontam, por exemplo, a importância da emigração de pensadores europeus para os EUA em função da ascensão de Hitler e do antissemitismo. Estes fatores motivaram estudos sobre liderança, mudança individual e grupal na psicologia da Gestalt, em perspectivas mais vinculadas ao positivismo e ao funcionalismo; assim como nos estudos sobre o autoritarismo e análise do preconceito contra minorias sociais da Escola de Frankfurt, vinculados à perspectiva crítica.

parte indispensável dentro de um todo que funciona” (MALINOWSKI, 1976, apud ENCICLOPÉDIA BRITÂNICA p. 133).

Figura 1-Cultura, comunicação e práticas em diferentes perspectivas teóricas



Funcionalismo

Teorias que analisam o funcionamento do mundo social em relações reguladas e ordenadas. As normas e valores de uma sociedade, assim como tradições, rituais, crenças, mitos e hábitos compõem um conjunto denominado de cultura, que se transmite através da comunicação nas práticas sociais.



Idealismo

Teorias que abordam a construção do mundo social de modo compreensivo/interpretativo. A cultura constitui um arcabouço de símbolos e seus significados, ordenado em sistemas e linguagens, algo mais ou menos estruturado para moldar as práticas sociais que se reconstrói a partir da comunicação. Incluem as teorias construtivistas.



Interacionismo

Teorias que enfocam a criatividade, a multiplicidade e a dinamicidade das interações sociais nas práticas que dão origem ao mundo social, às instituições e às culturas. A comunicação é uma ação consciente que pode ocorrer entre sujeito e objeto ou entre sujeitos, neste caso de formas potencialmente harmônicas e simétricas. O interlocutor antecipa as respostas do outro e modula seu agir, transformando a ação em algo significativo.



Perspectiva Crítica

Teorias que ressaltam os aspectos históricos, políticos e econômicos do mundo social e das práticas. Enfatizam especialmente os conflitos, as desigualdades e as relações de poder que determinam os processos culturais e comunicacionais.

Fonte: Elaborada pela autora com base em ÁLVARO & GARRIDO (2006) e MATTELART (2014)

Desse modo, qualquer interação ou relação entre pessoas também corresponderia a alguma engrenagem do funcionamento social. No entanto, é possível reconhecer propriedades e regularidades no todo que não dependem destas partes ou de sua articulação no momento presente: a duração da cultura se reconhece em um tempo mais prolongado, estabilizado e independente das vivências atuais. Através da transmissão aos novos membros de uma sociedade ou organização seria possível conduzir comportamentos culturais desejados, sendo a comunicação vista como ferramenta ou instrumento nesses processos (CARRIERI & LEITE-DA-SILVA, 2008). A mudança de comportamentos indesejados, do mesmo modo, seria obtida pelo aprendizado, como resultado de processos de transmissão.

É importante ressaltar a afinidade do modelo instrumental ou informacional de comunicação (fundamentado na psicologia behaviorista e na sociologia funcionalista, também derivadas do positivismo) com este enfoque. Na psicologia norte-americana é importante a influência funcionalista e pragmática no behaviorismo, que influenciou posteriormente as abordagens cognitiva e cognitivo-comportamental, prestigiadas na área da saúde. Na sociologia, o funcionalismo estrutural teve seu auge nos estudos da Escola de Sociologia em Harvard entre os anos 1950 e 1960. Ambas entendem a comunicação, assim como outros fenômenos individuais ou grupais, como comportamentos complexos derivados de esquemas de causa-efeito ou estímulo-resposta (ÁLVARO & GARRIDO, 2006). O modelo instrumental, estabelecido a partir dos estudos matemáticos de Shannon e Weaver (1948) durante a Segunda

Guerra Mundial foi adaptado posteriormente por Lasswell (1948) e Lazarsfeld (1955), na Universidade de Columbia (EUA), para estudar a comunicação de massa (ARAÚJO, 2006; ARAÚJO & CARDOSO, 2007; MATTELART, 2014). Propõe-se um esquema causa-efeito, bipolar e unidirecional, em que uma mensagem, formulada por um emissor, deve ser decodificada pelo receptor. A partir dos anos 1970, estratégias de comunicação no modelo emissor-receptor são aplicadas como formas de medir e controlar o cumprimento de objetivos institucionais (SCROFERNEKER et al., 2006; SALADRIGAS, 2005).

O modelo informacional da comunicação sofre críticas por qualificá-la como processo mecânico, bipolar, unidirecional e transmissivo, servindo a propósitos do 'emissor'. Na saúde, propósitos de promover comportamentos saudáveis são apoiados na dimensão transmissiva¹¹ da comunicação, como discutiremos mais adiante no texto.

Divergindo da abordagem funcionalista, diferentes perspectivas nas ciências humanas em estudos na antropologia, na sociologia, na linguística e na psicanálise irão fundamentar-se na concepção de que os indivíduos nascem imersos em modelos socioculturais, mas os reconstruem a partir de sua experiência singular nos diferentes grupos sociais de que participam. A tradição interpretativa ou idealista investiga o ordenamento do mundo social como uma estrutura, mas se diferencia amplamente do viés funcionalista na forma compreensiva de analisar sua formação. Em diferentes perspectivas que podem ser associadas à tradição idealista, a cultura constitui um arcabouço de símbolos e seus significados, ordenado em sistemas e linguagens, que pode ser concebido como algo mais ou menos estruturado para moldar as práticas sociais. É o resultado de acúmulos simbólicos dos processos subjetivos e intersubjetivos entre as pessoas e o mundo. São os acúmulos culturais que irão fundar as instituições e práticas sociais. Mas elas não se constituem na junção espontânea ou natural de processos, de edificações, máquinas e pessoas, ou como um somatório de símbolos e de maneiras de viver. Do mesmo modo, as instituições entre si não são mecanicamente ordenadas: suas relações são construídas na cultura a partir das práticas humanas. Interpretar uma cultura, para o antropólogo C. Geertz (1989), implica em buscar seus significados¹²:

¹¹ Embora sua posição seja controversa no campo comunicacional, concordo com França (2010) que é possível conceber a dimensão transmissiva da comunicação se for incluída como parte de um processo complexo de trocas, de construção de códigos e de produção de sentidos, em que é imprescindível incluir o 'receptor', ou seja, a partir de um modelo interacional ou relacional. É preciso compreendê-la, portanto, de forma diferente do modo reducionista como é abordada no modelo informacional.

¹² Significado e sentido são conceitos utilizados em diferentes perspectivas dos estudos linguísticos que irão fundamentar investigações dos processos culturais e comunicacionais. Os estudos semânticos tradicionais como os de F. Saussure relacionam significados atribuídos a sinais (imagens, grafia e sons) chamados de significantes; os significados mais conhecidos das palavras de determinada língua são dicionarizados. Já a pragmática e a

Acreditando (...) que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado (GEERTZ,1989, p.4).

Em uma perspectiva construtivista que emerge da tradição idealista na sociologia do conhecimento, Berger e Luckmann (1966) inauguram no livro seminal *A construção social da realidade* o entendimento de que a realidade que conhecemos é uma construção social que se dá em processos dialéticos entre o indivíduo e o social, entre comunicação e cultura. Os autores teorizam que os universos simbólicos das diferentes culturas são construídos a partir do contexto social vivido; eles se legitimam nas práticas sociais e também se interiorizam no pensamento humano.

Figura 2. Construtivismo: as dialéticas da construção e transformação sociocultural.

BERGER & LUCKMANN (1966)
Ênfase na dialética entre cultura e comunicação, e entre o social e individual. A construção do mundo social e dos sistemas culturais se dá de forma mútua e simultânea à construção subjetiva, diminuindo o peso do determinismo da cultura na inteligibilidade de instituições e práticas sociais. A realidade que conhecemos, mesmo em sua dimensão objetiva, é construída socialmente e subjetivamente.

CASTORIADIS (1991)
Ênfase na dialética entre instituído e instituinte. Articulado componentes simbólico, imaginário e real, as regularidades são instituídas nas práticas como maneiras de fazer sancionadas ao longo do tempo. Mas sua gênese e transformação são momentos de uma mesma dinâmica. As instituições só existem porque os homens comunicam e interagem em meios simbólicos.

BOURDIEU (1990)
Ênfase na dialética entre um momento objetivista e um momento subjetivista. A partir da modernidade tardia as práticas sociais passaram a se especializar, se diferenciar e se organizar em campos sociais que se objetivam e estruturam em instituições. A história também se encarna nos corpos através dos habitus, que são esquemas subjetivos de percepção, pensamento e ação. Lutas cotidianas, individuais ou coletivas, podem transformar ou conservar esses determinismos.

Fonte: Elaborada pela autora com base em BERGER & LUCKMANN (1966); CASTORIADIS (1991) e BOURDIEU (1990)

Para os autores, mesmo a dimensão objetiva da realidade é construída subjetivamente: é a “atividade humana” que produz o “mundo das coisas” (BERGER & LUCKMANN, 1966/2004, p. 34). Os autores acentuam também que a construção se dá de forma mútua e simultânea, diminuindo o peso do determinismo da cultura na inteligibilidade de instituições e práticas sociais.

Alinhado a esta perspectiva na investigação e teorização sobre processos dialéticos, Castoriadis (1991) é outro importante autor que vai articular abordagens sociológicas e

semântica da enunciação buscam compreender o uso cotidiano das palavras, entendendo que seus diferentes sentidos ampliam os significados dicionarizados, e se relacionam a suas condições de produção (quem os produziu, com qual objetivo, entre outras) (TAMBA-MECZ, 2006).

psicológicas para conceituar a dialética entre instituído-instituinte na construção da sociedade e suas instituições. A obra de Castoriadis é referência nos chamados estudos institucionalistas. Suas teorias articulam as concepções marxistas de superestrutura e infraestrutura e as concepções freudianas de simbólico e imaginário, buscando superar tanto a dicotomia entre materialismo e idealismo quanto a concepção funcional das instituições e da vida social.

O autor teoriza que a gênese das instituições e sua transformação só existem porque os homens comunicam e interagem em meios simbólicos e não em uma liberdade total. Isso não significa que somos fatalmente dominados pela linguagem e que só podemos dizer o que ela nos leva a dizer” (CASTORIADIS, 1991, p. 153). O componente imaginário de todo o simbolismo permite novos usos e deslizamentos que são irreduzíveis a sua dimensão funcional: “[o componente imaginário] não é ditado pelos fatores reais, porquanto é antes ele que confere a estes fatores reais tal importância” (CASTORIADIS, 1991, p. 156). Articulando os componentes simbólico, imaginário e real, regularidades são instituídas como maneiras de fazer sancionadas ao longo do tempo. Mas, a constituição de “novos sistemas simbólicos” também se articula com “a utilização (...) de um sistema simbólico estabelecido” (CASTORIADIS, 1991, p.168). Assim, podemos dizer que para o autor, gênese e transformação cultural se relacionam, sendo dois momentos de uma mesma dinâmica: as transformações teriam como matéria-prima algo que já estava instituído.

A partir da perspectiva construtivista é possível considerar as práticas sociais como construções sociais que fazem parte de sistemas simbólicos e institucionais. Para além de sua concepção original ou sua dimensão funcional, as práticas podem ser reordenadas e transformadas de acordo com a importância e a legitimidade que lhes é atribuída a partir dos mesmos sistemas e de suas transformações em determinado tempo, local e/ou contexto.

É também com base em uma relação dialética entre “habitus” e “campo” que a teoria das práticas de Pierre Bourdieu (1990) formula a gênese e a transformação das práticas sociais, articulando “estruturalismo” e “construtivismo” ou as “relações objetivas” e o “sentido subjetivo” das práticas (BOURDIEU, 1990, p.170). A obra deste importante autor é muito extensa, e me interessa aqui especialmente iluminar o quanto os conceitos de *habitus* e campo podem contribuir para uma concepção holista das práticas sociais.

Bourdieu (1990) recupera a noção de prática formulada por Marx, e afirma que o mundo social é constituído por práticas. Analisa que no mundo ocidental, a partir do período chamado de modernidade tardia, as práticas sociais passaram a se especializar, se diferenciar e se organizar em grupos. Assim constituíram-se estruturas ou campos de relações objetivas, em

que as práticas se objetivam em instituições. O autor concebe um primeiro momento construtivista, em que a história se “objetiva nas coisas” (CORCUFF, 2001, p.51). Em um segundo momento, “a história é encarnada nos corpos”, em disposições igualmente duráveis, que o autor chama de *habitus* (CORCUFF, 2001, p.51). Os *habitus* são interpretações classificatórias, categorias subjetivas (construídas) de padrões objetificados (ou estruturados), e são utilizadas pelos agentes sociais na produção de suas práticas cotidianas:

Por estruturalismo, ou estruturalista, quero dizer que existem, no próprio mundo social e não apenas nos sistemas simbólicos – linguagem, mito, etc. -, estruturas objetivas, independentes da consciência e da vontade dos agentes, as quais são capazes de orientar ou coagir suas práticas e representações. Por construtivismo, quero dizer que há, de um lado, uma gênese social dos esquemas de percepção, pensamento e ação que são constitutivos daquilo que chamo de *habitus* e, de outro, das estruturas sociais, em particular do que chamo de campos e grupos (BOURDIEU, 1990, p.149).

Apesar de serem uniformizadores, os *habitus* são singulares, já que cada agente constrói conjuntos particulares de *habitus*. Mas, para Bourdieu (1990) estes seriam limitados por reproduzirem as estruturas sociais. É possível inovar se os agentes estiverem diante de situações inéditas (CORCUFF, 2001, p.153).

Os campos sociais na concepção de Bourdieu (1990) também são marcados por determinismos, que se expressam nas relações de poder e concorrência entre os agentes, em posições desigualmente definidas, conforme a distribuição de recursos em um determinado campo. O autor entende os recursos para agir como formas de capital, que podem ser as mais diversas (de acordo com seus campos), e que operam nas relações de forma material e simbólica características daquele espaço. A desigualdade seria um determinismo, mas que também pode ser modificada de acordo com reconfigurações em um determinado campo. A sociologia das práticas de Bourdieu aborda a construção e a transformação social como dois movimentos a serem compreendidos pelo pesquisador que investiga as práticas:

De um lado, as estruturas objetivas que o sociólogo constrói no momento objetivista, descartando as representações subjetivas dos agentes, são o fundamento das representações subjetivas e constituem as coações estruturais que pesam nas interações; mas, de outro lado, essas representações também devem ser retidas, sobretudo se quisermos explicar as lutas cotidianas, individuais ou coletivas, que visam transformar ou conservar essas estruturas. Isso significa que os dois momentos, o objetivista e o subjetivista, estão numa relação dialética (BOURDIEU, 1990, p. 152).

Os estudos de J. L. Braga (2001; 2010; BRAGA et al., 2017) estão inseridos em uma vertente sociosemiótica e construtivista da comunicação que procura investigar os processos comunicacionais como intrinsecamente vinculados às práticas sociais. Em diferentes momentos

de sua obra, se apoia na teoria de Castoriadis (1991) sobre a construção social das instituições e na teoria das práticas de Bourdieu (1990), para refletir sobre a gênese e a mudança nos campos e práticas sociais. Braga (2010) concebe a cultura como experiência acumulada nas instituições sociais; conjuntos de regras compartilhadas, sejam elas associadas a processos mais longos e macrossociais ou processos microssociais, cuja constante reconstrução pode ser mais visível:

Com essa aproximação abrangente, podemos incluir desde as grandes instituições macrossociais e de longa existência histórica, que persistem através de variantes e reajustes históricos (família, religião, escola, Estado...) e as instituições intermediárias – aquelas com as quais concretamente vivemos, como as definidas nos âmbitos profissionais, educacionais, de convivência social, culturais, de entretenimento (BRAGA, 2010, p.43).

A comunicação seria um processo que expressa o que é instituído na cultura, já que envolve “racionalidades disponíveis” a partir das quais construímos nossas “percepções de realidade”, mas que é instituinte, pois envolve elaboração, seleção, negociação, ajuste, do que parece “corresponder às melhores probabilidades [...] não são necessariamente eficazes nem ‘sensatas’” (BRAGA, 2010, p.46). Mesmo que não seja concebida a existência da língua (instituição social) sem a palavra (ato individual), para efeitos de análise, o autor considera dois níveis de ordenamento: o dito e o praticado¹³. Neste entendimento, aproxima as teorias de F.Saussure e P. Bourdieu, especialmente no que se refere aos conceitos de *langue* (língua), *parole* (palavra) e *habitus* (sentido do jogo). As regras linguísticas e seu uso cotidiano não se reduzem ao código nem às normas estritamente linguísticas, no sentido saussuriano, mas incorporariam normas e padrões operacionais, regras de uso social mesmo que “não necessariamente expressas”, como na perspectiva de Bourdieu (BRAGA, 2010, p.44). Para o autor, portanto, as regularidades que conformam as instituições, expressam por si alguns sentidos sociais, mas não são regras sociais somente por serem ditas, e sim quando são praticadas. E, neste jogo, acabam por expressar diferentes sentidos e assim podem ser ressignificadas em cada nova experiência. É então que podem ocorrer os deslizamentos de que fala Castoriadis (1991), reconstruindo instituições e práticas cotidianamente. Nas palavras de Braga (2010):

Não esqueçamos, é claro, que as práticas não são mudas, e que as coisas ditas sobre elas também conformam a experiência. Mas as falas que tratam de expressar o instituído participam do processo de instauração, manutenção e/ou

¹³ Braga et al. (2017) abordam a construção e a renovação de padrões nas interações de maneira mais flexível a partir dos dispositivos como operadores das interações comunicativas, o que será melhor abordado na seção 1.3 desta tese.

modificação igualmente em modos práticos. Estabelecem-se aí articulações concretas entre ‘linguagens’ e ‘instituições’ (BRAGA, 2010, p.43).

No que se refere aos conceitos de campos sociais, o autor parte da perspectiva de P. Bourdieu, entendendo-os como “microcosmos relativamente autônomos” (BRAGA et al., 2017, p.54), e que constituem uma legitimidade. No entanto, sublinha que, na atualidade, o surgimento de modos diversificados para interagir e a intensidade da circulação simbólica promovem “articulações” e “fricções” que levam “à necessidade de processos experimentais” na interface entre os campos (BRAGA et al., 2017, p.56).

Outros estudos comunicacionais atuais também revisitam teorias sociais, especialmente os que buscam romper com o determinismo das macroestruturas e das dicotomias que dele se originam, como a teoria da prática de P. Bourdieu, que neste aspecto pode ser situada próxima às perspectivas interacionistas de G. H. Mead (1972), G.Simmel (1974) e de E. Goffman (1975). A influência da multiplicidade e da dinamicidade das interações sociais na origem do mundo social, das instituições e das culturas é tema dos estudos sociológicos interacionistas. Ressaltam a reciprocidade e a simultaneidade entre a constituição individual (de posturas atitudinais à processos cognitivos) e a construção da sociedade (de papéis sociais e normas aos sistemas culturais). A diferença fundamental entre estas abordagens seria o peso retirado da estruturação tanto no mundo social quanto nas instituições, sendo enfatizada a criação nas interações humanas, que se estabilizam, mas não rigidamente (CARRIERI & LEITE-DASILVA, 2008).

As contribuições da perspectiva relacional/interacional não são radicalmente distintas destas formulações filiadas à abordagem interpretativa, mas enfatizam as dimensões da ação no agir comum e da mediação da linguagem concebendo a comunicação como um processo consciente e participativo por parte dos envolvidos. A comunicação é compreendida como ação de um sujeito ou interação entre pares ou grupos, e pode, portanto, ocorrer entre sujeito e objeto ou entre sujeitos (MEAD, 1972). Nas interações interpessoais, cada interlocutor assume o papel do outro, antecipa suas respostas e modula seu agir, transformando a ação, assim, em algo significativo. Essas antecipações determinam as novas ações individuais a partir do valor simbólico agregado às palavras e aos gestos que “se transformam em símbolos significativos quando provocam implicitamente no indivíduo que os faz, as mesmas respostas que provocam explicitamente (ou se supõe que deveriam provocar) em outros indivíduos” (MEAD, 1972,

p.47). Nunca atuamos reagindo a um estímulo e sim a leitura que fazemos dele, do contexto em que ocorre, ou seja, a partir de uma interpretação¹⁴.

Figura 3. Interacionismo: a ênfase na microssociologia.

G. H. MEAD (1972)

Nas interações interpessoais o interlocutor antecipa as respostas do outro, o que gera um valor simbólico agregado às palavras e aos gestos, interpretações do contexto em que ocorrem. Símbolos significativos determinam as novas ações.

G.SIMMEL(1974)

São tipificadas formas de interação, em especial a dominação/subordinação e o conflito. Há diferenças entre interações entre dois e entre três ou mais. O terceiro tem a função de instaurar o social, a partir de códigos expressivos comuns e gramáticas afetivas de grupo.

E. GOFFMAN (1975)

São analisadas técnicas e estratégias utilizadas em interações de copresença. Os indivíduos como atores sociais, por exemplo, criariam e utilizariam uma fachada, uma máscara para estabelecer certo controle consciente sobre as interações de que participam. A formação e reformulação dos papéis sociais se dá na repetição de uma determinada prática social, o que envolve a promulgação de direitos e deveres.

Fonte: Elaborada pela autora com base em COELHO (2013)

No que se refere à ênfase da experiência singular nas interações sociais, um importante exemplo é a formulação de G.Simmel (1974) sobre formas típicas de interação. As formas são como modelos utilizados para dar e transmitir sentido às ações recíprocas, mas são resultantes das mesmas ações dos indivíduos entre si em reação a uma determinada situação. Não é possível conceber as “interações em si” ou a “sociedade em si”, já que é na ocorrência das interações que a sociedade emerge (COELHO, 2013, p.18). Há formas típicas de “sociação” ou “interação” como a dominação/subordinação e o conflito, entendido como forma de competição (COELHO, 2013, p.21/22). Estes modos de denominar as formas de interação permanecem em muitas abordagens microssociológicas, de modo a serem utilizadas em diversas áreas de conhecimento. O autor aborda a situação do conflito em diferentes exemplos utilizados para discutir as formações de grupo, adentrando em questões que também envolvem a construção da subjetividade individual¹⁵. Seu foco, no entanto, é nos conflitos como produtores de expansão das possibilidades de alteridade, em que se produz um corte na tendência de fusão e de separação, em novas “gramáticas afetivas” ou “códigos expressivos” em comum (COELHO,

¹⁴ Análises que interpretam a comunicação como uma complexificação de esquemas reflexivos concebem a obra de Mead como um behaviorismo social (ÁLVARO & GARRIDO, 2006). Entendo que a ênfase na retroatividade e na antecipação das interações, no entanto, só é possível a partir da concepção da consciência que vai além da resposta a um estímulo, em concepções que ampliam a matriz comportamental.

¹⁵ Coelho (2013) aborda a diferença entre os focos da psicanálise e do interacionismo no trabalho de G.Simmel (1974) no que se refere a constituição do social e do sujeito com sua inserção na cultura. O foco da psicanálise é na importância do terceiro na formação de estruturas psíquicas e suas dinâmicas. Nesta tese, o foco é na importância das "gramáticas" para as práticas, com foco nas que são produzidas em interações interpessoais, em grupo, mediadas pelas instituições e em circuitos difusos, mediadas pelas mídias digitais.

2013, p.35). Simmel (1974) se ocupa especialmente de caracterizar as formas subjetivas típicas de uma época. Teoriza sobre interações motivadas pelas rápidas transformações produzidas pela industrialização e urbanização, considerando, portanto, que são construídas e constroem esta dada situação social.

Nas interações, acordos e consensos são possibilidades para evitar conflitos, mas também podem ser criados em um cenário de aparências. A interação é considerada como uma forma de comunicação em que há afetação recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros, quando em presença física imediata¹⁶, por outro importante pensador interacionista, E. Goffman (1975). Para o autor, os indivíduos criam e utilizam uma fachada para estabelecer certo controle sobre as interações de quem participa, uma “máscara” que é “a parte do desempenho pelo indivíduo que é regular, geral, fixa, padronizada” (GOFFMAN, 1983, p. 23-24). A noção de papel social está associada à construção e ao uso desta máscara, como uma ilusão de univocidade. O autor concebe, assim, que somos “atores sociais”, sendo sua sociologia muitas vezes nomeada como “dramatúrgica” (PETERS,2006, p.7/45).

Goffman (1975) considera possível a transmissão de informação quando os símbolos verbais ou substitutos (como as expressões faciais) são usados propositalmente numa tentativa de controle da mensagem, longe de uma determinação que se refere às regras. O processo não escapa da consciência dos atores, já que “ele e os outros sabem que (a informação) está ligada a estes símbolos” (GOFFMAN, 1975, p. 12). No entanto, outros interesses podem conduzir a comunicação e os atores podem omitir ou não pretender sinceramente produzir determinado conteúdo, que mesmo assim, é entendido como parte da expressividade dos indivíduos (SANCHIS, 2011; COELHO, 2013). Deste modo, o autor afirma a relação entre três momentos: as interações presentes, os padrões estabelecidos nas práticas e os “papéis sociais” como “promulgação de direitos e deveres ligados a uma determinada situação social”¹⁷ (GOFFMAN, 1983, p. 23-24).

A noção de papel social será sublinhada nesta tese por ser relevante na compreensão das práticas relacionadas ao mundo do trabalho no contexto em que ocorrem, como um reconhecimento e renovação situacional de um ‘contrato’ estabelecido socialmente. Por este

¹⁶Atualmente, tecnologias de informação e comunicação tornam possíveis as interações sem a presença física dos indivíduos. Este tema será discutido a partir da noção de interação midiaticizada na seção 1.3.

¹⁷ Estes momentos também são contemplados em nosso modelo analítico, que será apresentado na seção 1.3. Nos circuitos comunicacionais das práticas de saúde os apresentamos como matrizes conceituais (formulações que estão “no papel”, ou seja, registradas como saber sobre uma prática, nas leis ou políticas), dispositivos interacionais (formulações de modelos de prática) e episódios interacionais (interações presentes).

motivo, não me interessou enfatizar teorias sobre a construção cultural de determinadas práticas sociais na saúde, e sim a potência de sua renovação nas interações comunicativas. Algumas abordagens sobre a construção sociocultural da prática médica serão mencionadas ainda neste capítulo, apenas com o interesse de criticar a noção funcionalista de que seriam neutras, entendendo que, ao contrário, podem ser moralizadoras e estigmatizantes.

Embora definam expectativas generalizadas a que o indivíduo precisa se adaptar em uma situação interacional de trabalho, por exemplo, para Goffman (1975) são as técnicas e estratégias utilizadas na copresença que promovem a formação e reformulação dos papéis, na repetição de uma determinada prática social. Aqui é possível distinguir a noção de papel social e o conceito de *habitus* de P. Bourdieu (1990), já que o último acentua a reprodução das estruturas sociais que os originam. Se ao conceituar as práticas estruturadas nos *habitus*, Bourdieu (1990) “acaba por colocar a reprodução como processo social fundamental” e “deixa de fora a relação das práticas com as situações” (MARTÍN-BARBERO, p. 120/121), Goffman as ilustra como niveladas situacionalmente e não sublinha que as disparidades de poder anteriormente estabelecidas trazem marcas. O autor interacionista não se interessa pelas formalizações e ritualizações dos papéis sociais, como o papel do médico, diante de seus pares ou de sua rotina de atividades, e sim pelas atividades produzidas em um contexto específico, situadas e focadas nos participantes que ali se encontram:

O ritual da vida social não deve ser encarado como uma expressão das características das instituições; trata-se de uma forma de atividade estabelecida ‘em relação’ com estas instituições. Há apenas uma *ligação frouxa* com as qualidades das instituições em si (GIDDENS, 2013, p.317, *grifo nosso*).

Goffman (1975) não apresenta o mesmo detalhamento em suas investigações quando analisa as interações, considerando a reprodução de padrões institucionalizados e a implicação destes na reprodução das estruturas sociais¹⁸. Mesmo assim, lança luz sobre a importância de observar as práticas cotidianas em seu potencial de existência singular, de maneira que podem produzir mudanças locais profundas, em processos violentos ou repentinos, até mesmo em mudanças sociais a longo prazo (GIDDENS, 2013; COELHO, 2013).

¹⁸ Uma exceção a esta afirmação pode ser proposta a partir das importantes análises de Goffman (1975) sobre ambientes onde se exerce um poder sancionado em que as interações são muito mais ritualizadas e organizadas, como as “instituições totais” (por exemplo, os tribunais e os hospitais psiquiátricos). No entanto, mesmo nessas interações o autor não concebe que os indivíduos estejam totalmente subjugados; ao contrário, sua ênfase é na possibilidade de resistência (GIDDENS, 2013, p.296).

Nas teorias comunicacionais, a ênfase nos processos relacionais/interacionais pode ser relacionada historicamente às pesquisas da escola de Palo Alto (EUA), que buscavam apreender os múltiplos comportamentos que compõem o surgimento da significação (MATTELART, 2014). Estas pesquisas já consideravam a multicausalidade ou níveis de interferência (mesmo em interações de duplas), rechaçando um determinismo causa-efeito na comunicação, das teorias funcionalistas e do modelo instrumental, possibilitando futuros estudos de redes de influência nas interações. No entanto, como em outras perspectivas filiadas a abordagem interacionista, as práticas comunicativas eram concebidas como potencialmente harmônicas e/ou simétricas, caso ocorressem a partir de uma adequada produção e interpretação de significados (OLIVEIRA et al, 2015; SACRAMENTO, 2017).

Este último aspecto, portanto, é criticado por autores que concebem os processos comunicacionais como transformativos, dialéticos e assimétricos (MARTÍN-BARBERO, 1993; SILVERSTONE, 2002). Não seria suficiente compreender a comunicação somente a partir do protagonismo dos indivíduos na produção de sentidos nas interações, seja como agentes ou sujeitos cognoscentes (que acumulam e classificam a informação) ou como atores sociais (que controlam a informação nas situações sociais). É preciso considerar as condições de produção da comunicação, que envolvem disputas de interesses, contradições e conflitos, podendo impossibilitar a construção de uma cultura comum: “A tendência é, então, deixar sem sentido as contradições, por entendê-las não como expressões de conflitos, mas como resíduos de ambiguidade. Estamos diante de uma racionalidade que dissolve o político” (MARTÍN-BARBERO, 1993, p.284).

As contribuições da perspectiva crítica para os estudos de cultura, da comunicação e das práticas sociais irão justamente ressaltar os efeitos das relações de poder em um determinado contexto histórico. Por exemplo, a comunicação no capitalismo contemporâneo é analisada pelos autores da perspectiva crítica como componente do processo de produção industrial de cultura, de padronização de produtos culturais e também de indivíduos (SACRAMENTO, 2017). Compreendem como insuficiente conceber a cultura somente a partir de estruturas gerais de ordenamento social, de um “espírito formador” (como um modelo estruturado) ou sua construção interacional, avaliando as relações ou conflitos entre suas dimensões, principalmente suas “funções socializadoras” e “comerciais” (WILLIAMS, 1979/ 2000, p. 15-17). É preciso considerar o peso dos aspectos históricos, políticos e econômicos das interações sociais, o que inclui conceber os processos culturais e comunicacionais a partir dos conflitos.

O conceito de indústria cultural, definido por Adorno e Horkheimer em 1947, enfoca principalmente a apropriação da cultura pelo mercado. Neste processo, os autores afirmam que fica comprometida a função social da obra de arte (ou da cultura), observando uma “imbricação entre produção de coisas e produção de necessidades” (MARTÍN-BARBERO, 1987/2009, p.73-75) no oferecimento de produtos culturais que supostamente agradaria o gosto popular, privilegiando o ganho obtido por seu valor comercial. Embora enfatizem a produção de bens culturais, é possível fazer uma apropriação deste conceito para o entendimento das práticas sociais especializadas e dos interesses mercadológicos que as influenciam.

Os trabalhos de Martín-Barbero (1997/2009; 2004; 2014) são exemplos de estudos comunicacionais influenciados pela perspectiva crítica, pois percorrem teorias antropológicas e sociológicas para articular a cultura e a comunicação em processos de dominação, conciliação, resistência e enfrentamento como efeitos das relações de poder. Seus estudos têm grande relevância especialmente na América Latina, na reflexão sobre instituições e práticas sociais, sendo referência nos estudos institucionais de base idealista/interpretativa, e de forma mais explícita, em estudos organizacionais sobre comunicação pública de enfoque crítico (SALADRIGAS, 2005). A busca pela crítica sobre o entendimento de sociedade teria se tornado massificada e passiva a partir do processo de industrialização da cultura. Dessa forma, o autor buscou enfatizar as marcas culturais nos processos comunicacionais. Para Martín-Barbero (1997/2009), suas pesquisas teriam como finalidade reconstruir os passos em que os processos sociais e culturais dão sentido ao que é produzido pelos meios de comunicação.

Figura 4. Perspectiva crítica na Escola de Frankfurt e nos Estudos Culturais.

ADORNO e HORKHEIMER (1947)

Na dialética marxista entre infraestrutura e superestrutura, a cultura está associada a segunda, sendo construída como reflexo da primeira. O processo de industrialização da cultura é analisado como massificador e uniformizador, a partir de uma imbricação entre produção de coisas e produção de necessidades.

WILLIAMS(1979)

A infraestrutura não determina a superestrutura, que também não se constrói como um reflexo, reprodução, falseamento ou manipulação ideológica. A cultura e suas diferentes formas ou produtos são resultados de processos históricos, mas de modo criativo e ativo. Os processos culturais e comunicacionais estão em constante transformação, envolvendo traduções e modificações contextuais e singulares na relação entre sistemas sociais e formas culturais. Sentidos dominantes, residuais e emergentes apontam suas diferentes temporalidades e origens.

Fonte: Elaborada pela autora com base em MARTÍN-BARBERO (1987/2009)

O autor reconhece que a modernidade diminui a pluralidade e a complexidade dos conflitos sociais, e atribui o distanciamento excessivo entre a racionalidade e o cotidiano ao efeito de forças de centralização política e de unificação cultural. As diferenças, neste processo, seriam ameaças à racionalidade. No entanto, o autor sublinha a importância da cultura local, do popular e dos movimentos sociais como espaços de criatividade, de atividade e de produção, que se articulam e valorizam a “luta implícita e informal a luta cotidiana” (MARTÍN-BARBERO, 1997/2009, p. 43).

É possível, portanto, focar os efeitos das desigualdades nas relações de poder, deslocando a cultura do âmbito estruturante ou de algo condicionante do social, para sua esfera transformadora, incluindo as singularidades dos contextos. Martín-Barbero (1997/2009) se apoia no enfoque desenvolvido, dentro da perspectiva crítica de Williams (1979/2000)¹⁹ que, de forma distinta as teorizações de Adorno e Horkheimer (1947/1985), acentua o sentido da criatividade na relação entre sistemas sociais e formas culturais, do “*processo ativo* de produção de sentido na cultura” (GOMES, 2011, p.29, grifo meu).

Apoiado na dialética marxista entre infraestrutura/superestrutura, Williams (1979/2000) não considera que a primeira determine a segunda, já que uma “organização econômica básica não podia ser separada e afastada de suas implicações morais e intelectuais” (WILLIAMS, 1979/2000, p. 289). Avalia como negativo o sentido de reprodução, falseamento ou manipulação ideológica na produção artística e cultural, e a importância dada a cultura desenvolvida nas classes dominantes, de que se há uma classe dominante a cultura será a desta classe; ambos sentidos apreendidos nas obras de Adorno e Horkheimer (1947/1985) (SIGNATES, 1999; GOMES, 2011; SACRAMENTO, 2017). Compreende que as dimensões específicas de uma forma cultural ou de determinado produto sempre trará particularidades e singularidades características de seu contexto. As realidades sociais não estão espelhadas na cultura, mas serão traduzidas, modificadas.

Williams (1979) propõe, assim, uma convergência entre os “sentidos antropológico e sociológico”, no entendimento da cultura. Para o autor, é possível conciliar o entendimento de um “modo de vida global” (sentido antropológico), de um “sistema de significações” observado nas formas de atividade social, vinculada às suas condições históricas e dimensões específicas, de uma forma cultural local (sentido sociológico) (WILLIAMS, 1979, p. 10-11). O sentido

¹⁹ Os autores da chamada Escola de Frankfurt (Instituto de Pesquisa Social da Universidade de Frankfurt), influenciados especialmente pelas obras de Marx, Weber e Freud, concebem a relação comunicação/cultura de diferentes formas. As concepções de Adorno e Horkheimer (1947/1985) de que a cultura poderia ser reflexo do mundo real e as críticas de Williams (2000) a este entendimento são aprofundadas por Sacramento (2017). As ideias sobre comunicação e cultura de Habermas, frankfurtiano de segunda geração, serão apresentadas na seção seguinte, por sua influência nos estudos de trabalho em saúde.

sociológico inclui as singularidades, as “*tensões, conflitos, resoluções e irresoluções, inovações e mudanças reais*”, que não seriam simples reflexos ou reproduções de padrões dominantes (WILLIAMS, 1979/2000, p. 29, grifo meu). Por isso a cultura não determinaria as atividades humanas específicas, como as práticas sociais, que estão “sempre em estado de processo dinâmico”, mas as incluiria em um “leque de práticas culturais relacionadas”, “fixaria limites”, “traria pressões” (GOMES, 2011, p.35). Deste modo: “A cultura articula, ao mesmo tempo, elementos exteriores, da estrutura, e elementos da experiência pessoal, privada” (GOMES, 2011, p.29).

O autor utiliza as categorias “dominante, residual e emergente” para analisar diferentes temporalidades e origens que se apresentariam em qualquer processo cultural. Dominantes seriam os sentidos impregnantes na cultura presente; emergentes seriam os “novos significados”, “valores”, “práticas”, “relações”, sendo importante distinguir entre os elementos “os que lhe são substancialmente alternativos ou opostos na cultura dominante” (GOMES, 2011, p.44). Os sentidos residuais seriam os que “fo(*ram*) efetivamente formado(s) no passado, mas ainda está(*ão*) ativo(s) no processo cultural...vividos e praticados à base do resíduo” (WILLIAMS, 2000, p. 125).

É preciso admitir a força da dimensão econômica da cultura com a emergência do capitalismo, e a grande influência de padrões hegemônicos que internacionaliza, na realização de conciliações e consensos, a partir da confluência de interesses. Contudo, considerando o processo ativo de produção de sentido na cultura, abordado a partir do trabalho de Williams (1979), é possível afirmar a dimensão econômica como um componente da cultura, e que, deste modo, possa ter sua importância simbólica reconfigurada em diferentes contextos. A ênfase adotada por Williams nos permite considerar a dinâmica entre as condições históricas em que as práticas são construídas, os sentidos dominantes e residuais que as modelam, e formas locais e singulares que emergem trazendo pressões aos sentidos dominantes.

Assim, entendo que é possível alinhar algumas abordagens filiadas às perspectivas interpretativas, construtivistas, interacionais e críticas como as de Castoriadis (1991), Bourdieu (1990), Simmel (1974), Goffmann (1975; 1983) e Williams (1979), colaborando para a superação das dicotomias produzidas pelo enfoque determinista e reprodutivo da cultura nos diferentes modos de comunicação, e da visão de que a comunicação independe de organização prévia ou de modelos culturalmente estabelecidos para ser produzida. Se a partir de uma perspectiva funcionalista, o modelo informacional concebia a mudança social como algo direcionado e verticalizado, estas perspectivas contribuem para o entendimento de que

processos culturais e comunicacionais se constroem e transformam mutuamente a partir de sistemas simbólicos e modos de ação. A cultura é composta por um sistema de regras que prescreve ações, comportamentos, pensamentos, formas de ser, sentir, relacionar e interagir, configurando as práticas sociais e organizando as experiências pessoais e grupais. Mas, os sistemas culturais também se constituem e se transformam com as nossas interações em nosso meio social, através de conciliações, e também de conflitos, disputas de interesses, em processos violentos, repentinos, ou de longo prazo e capilarizados.

Estudos comunicacionais na atualidade enfatizam ainda a multiplicidade, as contradições na cultura e na comunicação, a possibilidade da participação de novos atores, o surgimento de novos modelos de instituições e movimentos sociais, de culturas dentro de uma instituição, de híbridos de ideias, sem que seja necessário o consenso (CARRIERI & LEITE-DA-SILVA, 2008; OLIVEIRA et al, 2015). Pode-se relacionar a este enfoque o entendimento das instituições como culturas, por construírem, a partir de um ordenamento dado por formas sociais pré-existentes, um conjunto próprio de crenças, valores, uma linguagem que se reflete em metáforas, histórias que se influenciam reciprocamente, tanto no sistema de relações quanto no conteúdo das conversações cotidianas (CARRIERI & LEITE-DA-SILVA, 2008).

Pesquisas sobre a cultura e a comunicação também complexificam a reflexão sobre as transformações em instituições e práticas de saúde, investigando contextos em que “diferentes concepções emergem, concorrem entre si, algumas se estabelecem como dominantes e outras alternativas” (SACRAMENTO, 2018, p. 41). Se as práticas vinculadas ao campo científico articularam modos de legitimação uniformizadores e verticalizados, atualmente uma diversidade de atores produtores de sentido disputam pela legitimidade para influenciar e atuar como agentes de mudanças na saúde, foco de nossos estudos.

Assim, na seção seguinte, apresento algumas discussões sobre cultura e comunicação a partir de abordagens que são apropriadas por estudos de instituições e práticas de saúde. Estas discussões serão posteriormente ampliadas no capítulo 2, a partir do referencial teórico das mediações culturais e das interações comunicativas, numa aproximação sobre a construção social da matriz da Atenção Primária em Saúde, em disputa com a matriz do modelo biomédico. Por hora, o foco será nas abordagens que questionam a universalidade dos papéis sociais em saúde, da medicina como linguagem neutra e consensual, afirmando outras linguagens e valores institucionais e processos de legitimação.

1.2 Estudos da cultura e da comunicação nas práticas de saúde

Deborah Lupton (2012) no livro *Medicine as Culture* revisa desenvolvimentos e mudanças proporcionadas pelas perspectivas funcionalista, político-econômica (alinhadas a teorias críticas) e também socioconstrutivista (alinhadas às concepções interpretativas, especialmente de construção social dos fenômenos, presentes também no interacionismo simbólico) para o entendimento de dimensões socioculturais das práticas da medicina e da atenção à saúde. Para a autora, a abordagem funcionalista clássica da sociologia da saúde considera a doença como desvio social, como falha dos indivíduos em se adequarem às expectativas e normas da sociedade. Teria o sentido de estado “não natural do corpo humano” que causaria danos não somente ao indivíduo, mas também uma “disfunção física e social e, portanto, deve ser aliviada o mais rápido possível” (LUPTON, 2012, p.14, tradução minha). Cita como exemplos as pesquisas do sociólogo americano T. Parsons sobre as relações sociais no cenário da saúde, que descrevem papéis que seriam produzidos por uma sociedade consensualista. Com um pensamento marcadamente conservador, o autor concebeu a sociedade em busca de equilíbrio como um processo de homeostase, em constante luta contra os processos que ameaçavam seu bom funcionamento. A doença, então, assim como o crime, seriam formas de desvio. Caberia a ciência e a medicina garantir a manutenção do equilíbrio social. Uma marca cultural que se constrói a partir da racionalidade científica é, portanto, a imagem do cientista como alguém que teria acesso a um tipo de conhecimento superior, desvelador da natureza humana, sendo considerado neutro no processo de busca do conhecimento. Enquanto o médico seria seu herdeiro nas práticas sociais.

Os sentidos de neutralidade e padronização atribuídos ao trabalho do cientista, no entanto, disputam com o empirismo sensualista e os demais sentidos humanísticos anteriormente atribuídos a identidade do médico (FREIDSON, 1985; BULCÃO & SAYD, 2003; EDLER & PIRES-ALVES, 2018). De todo modo, o médico teria o papel de um guardião moral da sociedade, usando seu poder de distinguir entre normalidade e desvio para o controle social, como a Igreja teria feito anteriormente. Este entendimento se fundamenta na concepção de que quando a ordem social e a harmonia se desfazem, devem ser retomadas por grupos ou pessoas que desempenham papéis privilegiados socialmente (LUPTON, 2012).

A partir das perspectivas crítica e interacionista ao funcionalismo na sociologia da saúde, a universalidade na aquisição dos papéis sociais é questionada. Nem sempre os pacientes são tão “complacentes, passivos e gratos”, e nem os médicos “benéficos, competentes e altruístas” (LUPTON, 2012, p.15, tradução minha). Críticos mais contundentes apontam interesses

conflitantes entre paciente e médico, podendo se expressar em uma luta pelo poder (explícita ou implícita) e envolver negociações. A medicina pode ser entendida como um saber e um conjunto de práticas socialmente utilizadas para definir o que é normalidade, punir o desvio e manter a ordem social. A abordagem crítica, diferentemente da funcionalista, acredita que esse saber se constitui em um poder que pode ser prejudicial ao invés de benevolente (LUPTON, 2012). No que se refere a construção de sociabilidades a partir da cultura médica, o conceito de indústria cultural deve ser utilizado para abordar a indústria da saúde e a produção cultural a partir de uma estética padronizada, que motiva a busca de um corpo constantemente ativo e disponível para o trabalho (TELLES et al., 2009).

A obra de Foucault (1976/2003; 1977/2011), filiada à abordagem socioconstrutivista na saúde, pode ser considerada a mais influente no que se refere à concepção da doença e dos dispositivos biomédicos como construções sociais. Foi adotada por membros do movimento antipsiquiátrico na década de 1970, como parte de sua crítica às formas tradicionais de conceber a doença mental e às práticas psiquiátricas, sendo altamente influentes para os historiadores, escritores e pesquisadores em sociologia e antropologia da saúde (LUPTON, 2012) inclusive na saúde coletiva, e por isso, será uma importante referência nesta tese na sistematização de matrizes das práticas de saúde. O autor ressalta a construção biopolítica em que “sistemas de expressão de verdades” como a religião, a filosofia e as artes são desqualificadas epistemologicamente diante da possibilidade de acesso à verdade, que seria o conhecimento científico (LUZ, 1982, p.2-6). No entanto, as sociedades ocidentais no início do século XXI são caracterizadas pela crescente desilusão das pessoas com a medicina científica (LUPTON, 2012).

Atualmente, um novo regime de verdade impulsiona a legitimidade de saberes não científicos, mas que não expressam a diversidade cultural, pelo contrário: reforçam o moralismo na conformidade de padrões. No entanto, a autora reforça que ainda há uma dependência da medicina para fornecer as respostas para problemas sociais e médicos em uma “fé” que reforça o mito do médico benevolente e sacralizado, e o imediatismo das soluções medicamentosas. Apesar desses profissionais serem criticados por abusar de seu poder, para Lupton (2012), os sentidos médicos sobre saúde, doença e corpo ainda prevalecem nas discussões públicas e privadas.

Na antropologia da saúde, as contribuições de Good (1994) e Helman (2003) são tidas como clássicas no entendimento da medicina como um sistema de crenças e práticas que reproduzem valores e ideologias hegemônicas e promove a manutenção de seu poder.

Semelhante às críticas empreendidas pela sociologia da saúde ao viés funcionalista, a antropologia médica irá questionar os sentidos de transparência e verdade da linguagem na ciência como reflexo da natureza. Em consequência, também serão interrogados os sentidos correspondentes na prática médica, como estritamente técnica, neutra e impessoal, como formas de construir uma representação de que suas bases epistemológicas seriam externas à cultura. Estas análises sublinham que, longe de ser neutra, a linguagem científica é vinculada a uma visão da realidade; tem uma retórica de convencimento, usa de recursos estilísticos e se insere em um conjunto de relações sociais; considerando a linguagem nas práticas médicas, une profundas preocupações morais a suas funções técnicas cotidianas²⁰ (GOOD, 1981; HELMAN, 2003; SÁ; 2013; LUPTON, 2012). As abordagens construcionistas sociais na saúde e culturalista enfatizam os entendimentos, conceitos, crenças, experiências pessoais, interações com outros e atualmente nas informações derivadas da mídia de massa e da internet; ou seja, uma diversidade de fatores socioculturais que os indivíduos e os grupos trazem para as práticas de saúde, estando elas no papel de profissional, usuário ou em outros papéis.

Nos estudos das práticas de saúde vinculados ao trabalho e gestão em saúde, são bastante presentes abordagens que se referem às temáticas da cultura e da comunicação com base nas contribuições de Habermas, vinculadas à Teoria Crítica e ao Interacionismo (AYRES, 2004; RIVERA & ARTMANN, 2003; PEDUZZI, 2001, 2007). Formulando uma Teoria da Ação Comunicativa que teria que se mostrar universalmente válida e não uma tradição cultural particular, Habermas trabalha dialeticamente três dimensões: a linguagem, o trabalho e a interação. Propõe uma mudança no entendimento da relação sujeito-objeto funcionalista (na ênfase da ação racional-intencional) em uma racionalidade cognitivo-instrumental que enfatiza a pragmática da ação comunicativa (GUNARATNE, 2003). A razão seria condutora das ações comunicativas também na saúde, ancorando suas dimensões em uma estrutura interna de processos (uma racionalidade comunicativa) destinada a alcançar o acordo com os outros em uma “situação de fala ideal” (GUNARATNE, 2003, p. 6). A emergência do capitalismo traria uma penetração de formas de racionalidade econômica e administrativa, mesmo em áreas de ação que “resistem a ser convertidas” (GUNARATNE, 2003, p.3). Como consequência, mesmo quando os indivíduos perseguem “fins individuais”, acabam por se nortear pelo “consenso”, “busca do entendimento” ou “compreensão compartilhada da situação”, que orienta planos de ação (PEDUZZI, 2007, p.37).

²⁰ Este tema será novamente abordado no capítulo 2, em que serão apresentados posicionamentos confluentes e críticos das ciências humanas e sociais às matrizes conceituais e interacionais do Modelo Biomédico.

O conceito de racionalidade comunicativa e noção de “mundo da vida” de Habermas apontam para o determinismo da cultura em “processos de cristalização de configurações simbólicas veiculadas comunicativamente” (GUNARATNE, 2003, p.3). Apoiado no conceito de hegemonia a partir da formulação de Gramsci e como uma crítica ao consenso que parte da racionalidade²¹ nos processos comunicacionais, Martín-Barbero (1997/2009; 2004), considera que alguns fatores introduzem a ordem social do mercado na cultura, sem que isto signifique dominação ou consenso. Faz uma crítica à Habermas quanto a possibilidade da razão ser um fio condutor neutro ou apolítico na produção de consensos. Nas palavras do autor: “Frente ao consenso dialogal em que Habermas vê emergir a razão comunicativa, liberada da opacidade discursiva e da ambiguidade política, o que estamos tentando pensar é a hegemonia comunicacional do mercado” (M. BARBERO, 1997/2009, p.13). Esta noção de hegemonia inclui sua ressignificação na cultura, em hibridizações, contradições e resistência: a hegemonia e a busca de dominação pelo mercado não apagam, portanto, conflitos, negociações que provocam tensão na realidade social, e a politização da esfera da cultura (ESCOSTEGUY, 2018).

A obra de M. Barbero (1997/2009; 2004), é tomada como referência em recentes estudos de instituições e práticas de saúde. Como por exemplo na pesquisa de Hoss & Felippi (2018), para a análise da comunicação de hospitais em uma região de saúde localizada no estado brasileiro do Rio Grande do Sul. O campo profissional da comunicação é trabalhado pela pesquisa na interseção com o desenvolvimento regional expondo que não é possível pensar as transformações a partir da comunicação de forma racional e unívoca diante da “complexidade inerente a essa interação que envolve as práticas culturais e sociais e sua articulação em contato com a dinâmica espacial dos territórios” (HOSS & FELLIPPI, 2018, p.164). As autoras justificam a abordagem como forma de compreender que os processos sociais estão demandando ajustes no objeto de estudo da comunicação, em um diálogo que pode incluir a cultura transnacional, as culturas populares, identidades, democracia, formação de novos sujeitos políticos e sociais e movimentos sociais que sinalizam para uma reconceitualização da cultura.

²¹ O tema da racionalidade como motor da uniformização na cultura é discutido de forma bastante ampliada na obra de Martín-Barbero (1997/2009). O autor começa a pensá-la na antiguidade, abordando semelhanças e diferenças entre as formas de racionalidade católicas e protestantes. Em alguns pontos se apoia no conceito de racionalidade instrumental ou técnica, mas não como um poder exercido de forma centralizada pelo Estado (fazendo referência a obra de Foucault). Já a referência a racionalidade como 'desencantamento do mundo', é trazida por Max Weber, que ressalta que, na racionalidade científica, a natureza e a vida humana passam a ser vistas como passíveis de domínio, pois já não são mais sagradas.

Outros estudos de gestão, mais próximos ao cuidado em saúde, também guardam proximidade epistemológicas com referenciais adotados nesta tese, especialmente renunciando às explicações consensuais, sistêmicas e harmoniosas sobre o funcionamento das instituições e práticas. Estudos filiados à teoria psicanalítica dos processos intersubjetivos e grupais, à psicossociologia francesa e ao institucionalismo buscam analisar as articulações entre processos subjetivos e intersubjetivos, conscientes e inconscientes²², no entendimento da dinâmica de permanências e mudanças nas instituições e nas interações entre profissionais e usuários: além dos aspectos intersubjetivos da construção social (AYRES, 2005; L'ABATE, 2003; SÁ & AZEVEDO, 2013; CUNHA & SÁ, 2013).

Apoiadas especialmente nas análises institucionais e de psicodinâmica do trabalho²³ de Enriquez (1997) e Dejours (1999), Sá & Azevedo (2013) destacam o papel do profissional de saúde como sujeito no compartilhamento e/ou interiorização (ou não) do sistema de valores e normas pré-existentes, associados à cultura da saúde. Seus objetos de estudo na saúde são “a dinâmica prazer-sofrimento no trabalho”, “o imaginário compartilhado pelos profissionais” (sobre a gestão, sobre o trabalho em saúde e sobre a população atendida), “os processos de identificação” (entendidos como base para cooperação, mas também para comportamentos defensivos), e “os processos grupais” em que são possíveis experiências criativas (SÁ & AZEVEDO, 2013, p.45). Do mesmo modo, ressaltam a influência de processos culturais e macrossociais presentificados nas interações, que impactam as instituições de saúde. Sublinham que estas dimensões podem ser reconhecidas pelos indivíduos ou permanecerem inconscientes.

Para Sá & Azevedo (2013), o fortalecimento do ideário liberal e da lógica de mercado em um nível macrossocial tem orientado uma revalorização da subjetividade de modo geral, em detrimento dos laços fraternos e da cidadania, reforçando a ideologia do individualismo em detrimento de filiações e heranças simbólicas. Acabam por produzir um enfrentamento singular ante a uma sociedade repressiva, que pode produzir adoecimento (BIRMAN, 2005;

²² Os estudos Freudianos sobre religião, grupos, cultura e civilização, presentes principalmente nos livros *Totem e Tabu* (1912), *Além do princípio do prazer* (1920) e *Psicologia de grupos e análise do Ego* (1921), abordam de diferentes formas o tema da dificuldade de conciliação entre os interesses do indivíduo e os da civilização; sendo os conflitos entre pulsão e da cultura fundamentais para a formação do inconsciente. Esses são conceitos importantes em estudos sociológicos como os de Castoriadis(1991), para a escola de Frankfurt e nas pesquisas psicossociológicas nas instituições. Com o intuito de uma visão mais aprofundada sobre a temática da cultura nas teorias psicanalíticas, ver Birman (2008; 2014). O autor discute a constituição da experiência cultural para o sujeito, abordando vários momentos em que é enfocada na obra freudiana.

²³ Há proximidades e distinções entre as abordagens da Psicodinâmica do trabalho e a Psicossociologia sobre as Organizações, a sociedade e outras abordagens, ligadas a perspectivas psicológicas e sociológicas, que são nomeadas como Análise Institucional, Institucionalismo, Socioanálise ou Esquizoanálise. Aprofundar estas distinções foge ao propósito desta tese. São abordadas em L'abate (2003).

AZEVEDO, 2013). As autoras se apoiam em estudos sociológicos sobre o trabalho na contemporaneidade apontando características históricas observadas em diferentes contextos; sendo o culto à urgência, à performance individual, à necessidade de correr riscos, além do déficit de ideais, e do conformismo, por conseguinte desfavorável a produção e gestão de projetos compartilhados e coletivos.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, por exemplo, foi um projeto coletivo, que surgiu na Reforma Sanitária Brasileira²⁴, num momento de redemocratização do país. Azevedo (2013) aponta que este processo foi permeado por valores como a solidariedade, equidade, cooperação e democratização dos processos decisórios, nos quais se tornam princípios e diretrizes do sistema, “na contramão dos valores e práticas sociais dominantes na sociedade” (AZEVEDO, 2013, p.59). Desde então, novos atores sociais como profissionais de diferentes disciplinas (medicina, psicologia, antropologia, sociologia, pedagogia, comunicação, entre outras), vinculados a diversas abordagens sobre formas de saber e de agir sobre a saúde, têm se ocupado da construção de processos de mudança, incluindo a compreensão da cultura e da comunicação nas relações sociais nas práticas de saúde. O SUS tem tido como importante desafio desenvolver processos comunicativos alinhados aos valores da comunicação dialógica, da qualidade e integralidade do cuidado, sendo insuficientes para isto as teorias de cultura e comunicação institucional vinculadas à uma racionalidade sistêmico-estratégica (SÁ & AZEVEDO, 2013).

A concepção da cultura como uma identidade pode revelar algo sobre a possibilidade de construção de vínculos de sociabilidade entre trabalhadores e usuários a partir do sistema de valores do SUS, assim como de sociabilidades que incluam as antigas concepções dos papéis dos trabalhadores nos novos projetos institucionais da sua rede de atenção e serviços. No entanto, é preciso considerar a “lógica perversa” que busca promover “coesão e consenso” a partir de uma racionalidade instrumental, que impõe a uniformização sem uma participação efetiva (AZEVEDO, 2013, p.61). A autora alerta para a grande tolerância dos profissionais às pressões e ritmos de trabalho, podendo a chamada “resistência” dos trabalhadores ser menos associada à identificação e mais associada ao medo e à submissão.

Rivera & Artmann (2003) acrescentam a esta reflexão a “erosão de certos paradigmas tradicionais(...) o da Medicina, do serviço público e o paradigma profissional” podem fazer com que a identidade relacionada a estes valores seja colocada em questão (RIVERA & ARTMANN, 2003, p.43). No momento atual, os valores que construíram a identidade dos

²⁴ A criação do SUS e movimento da Reforma Sanitária Brasileira serão abordados no capítulo 2 desta tese.

profissionais de serviços públicos de saúde encontram-se abalados. Os autores entendem que os processos identificatórios devem ser reconstruídos na medida que mudanças culturais mais amplas ou fatores locais interferem na identidade relacionada à equipe de trabalho, ao serviço e às próprias práticas.

Comunicação e Saúde se apresentam como campos distintos, mas que se intercomunicam. São como “um caleidoscópio de práticas sociais suscetíveis de diversas leituras teóricas e práticas” (ARAÚJO & OLIVEIRA, 2012, p.1). A partir da criação do SUS, no entanto, um campo interdisciplinar, o campo da Comunicação e Saúde, se constitui no Brasil, questionando de forma intensiva as perspectivas comunicacionais do modelo instrumental de comunicação e propondo modos alternativos para se pensar o papel da Informação e da Comunicação para a saúde (ARAÚJO & OLIVEIRA, 2012). No entanto, ainda são incipientes nos estudos do campo da saúde, especialmente tendo como objeto suas diferentes práticas, as discussões e a aplicabilidade de conhecimentos do campo da comunicação que acentuam a importância da cultura como “motivação, repertório, representações sociais e mediações” (DONATO & GOMES, 2010, p.38). Mesmo considerando a comunicação na formação de uma cultura de massa, ou a comunicação e a informação como direitos, seus processos geralmente são associados à difusão de sentidos sobre a saúde, sem que se considere a importância de interferências, escolhas e interpretações nos processos envolvidos desde a produção, circulação até a recepção.

Na seção seguinte, proponho um diálogo entre teorias comunicacionais que conceituam as mediações culturais e as interações comunicativas, afinadas com as teorias sociológicas expostas que trabalham a dialética entre cultura e comunicação. Escolhi essas referências teórico metodológicas para compreender as interações comunicativas nas práticas de saúde cotidianas e nas interações midiáticas que ampliam seu alcance em novos circuitos comunicativos, entendidos como processos que se interpenetram, sendo dialéticos, assimétricos e potencialmente transformativos.

1.3 As mediações culturais e as interações comunicativas

O conceito de mediação é bastante presente no campo da comunicação e nas pesquisas de comunicação e saúde, tendo “uma longa história de formulações e apropriações que podem inclusive remontar a filosofia grega antiga” (SACRAMENTO, 2017, p.12). Diversos

trabalhos²⁵ sintetizam o desenvolvimento teórico deste conceito, que em alguns casos se confunde com o próprio conceito de comunicação, já que toda interação comunicativa seria mediada. Esta concepção corresponde a uma perspectiva epistemológica do conceito de mediação como materialidade distinta da realidade, observada em diferentes formas e pontos de vista, que são fruto da intervenção do homem sobre a mesma realidade:

A ideia de mediação corresponde à percepção de que não temos um conhecimento direto dessa realidade – nosso relacionamento com o ‘real’ é sempre intermediado por um ‘estar na realidade’ em modo situado, por um ponto de vista – que é social, cultural, psicológico (BRAGA, 2012, p. 32).

No entanto, as mediações também são uma forma de conceber o ordenamento do mundo social, tanto em seus os processos sociais mais amplos quanto nas práticas singulares. Desse modo, não seria possível entendê-las de forma separada do mundo social, pois ele é construído pelas mediações: “a realidade e o falar da realidade, ou o processo social material e a linguagem... [são] partes materiais distintas da própria realidade” (SACRAMENTO, 2017, p. 26). As mediações seriam, assim, construídas a partir de múltiplas interferências circulantes, de formações políticas, econômicas, morais, mas também situacionais, que são também internalizadas como “vontades individuais” (WILLIAMS, 1979, p.91). Produzem sentidos que podem ser compreendidos como estruturantes do tecido social, além de serem associadas de forma flexível, como “elos, nexos, vínculos, fluxos, trocas e misturas entre sistemas culturais distintos e seus respectivos grupos”, “pontos de articulação entre processos econômicos e simbólicos, a produção e o consumo, o macro e o microsocial, o popular e o massivo” (SACRAMENTO, 2017, p.27-32). O intercruzamento das mediações estabelece classificações e estratificações sociais, posições em relações de poder que podem limitar os modos de ser e de atuar, e também mobilizar as práticas, como pressões poderosas de continuidade ou de mudança.

Martín-Barbero (1997/2009; 2004) é uma importante referência na abordagem das mediações em estudos comunicacionais latino-americanos. Em sua teoria sobre mediações comunicativas da cultura ²⁶, contribui com críticas ao modelo instrumental da comunicação, já

²⁵ Sacramento (2017) problematiza algumas concepções de mediação, discutindo suas possibilidades e limites na compreensão dos processos de comunicação da sociedade. Cita sínteses elaboradas por Signates (2006), Marcondes-Filho (2008), e contribuições sobre a obra de influentes autores contemporâneos, como Silverstone (2002), Coldry (2008; 2014) e Martín-Barbero (1997/2009). Algumas das discussões abordadas nestes trabalhos sobre o conceito de mediação são contempladas nesta tese, com foco na abordagem das interações, incluindo as mediadas por tecnologias de comunicação e informação (TICs).

²⁶ Escoteguy & Sifuentes (2017) discutem sobre a diferença entre a abordagem das *mediações culturais da comunicação*, introduzidas originalmente em *Dos meios às Mediações* (1997) e a abordagem das *mediações comunicativas da cultura* introduzida no prefácio da 5 edição espanhola. Na primeira abordagem o autor acentua

que complexifica o esquema emissor/mensagem/receptor, implodindo a linearidade em que este está baseado. Considera que a comunicação envolve circuitos, onde produção, circulação e recepção são contempladas em uma visão integrada, levando em conta a multiplicidade, multidimensionalidade e multidirecionalidade dos processos comunicacionais, e o receptor como ativo²⁷. Conceitua as mediações como o resultado de processos sociais que se estruturam e tornam-se responsáveis por códigos e repertórios que cada sujeito e grupo social detém para interpretar a realidade.

Embora muitos comentadores avaliem que o autor não conceitua as mediações de maneira objetiva (SIGNATES, 2006; ESCOTEGUY & SIFUINTES, 2017), M. Barbero (1997/2009; 2004) as agrupa em diferentes formas de mapa que são apresentadas ao longo de sua obra. Podemos observar o Mapa das Mediações Comunicativas da Cultura de M. Barbero (1997/2009) na figura 5. Ele contempla um caminho entre *Matrizes Culturais* como formas sedimentadas, lugar dos traços dominantes e residuais (do que permanece a cultura, com base no pensamento de Williams), passando pelas *Lógicas de Produção* dos diferentes agentes em suas práticas comunicacionais, lugar de continuidade ou de ressignificação na produção de traços emergentes, aos *Formatos Industriais*, produtos originados a partir de padronizações e rotinas, chegando às *Competências de Recepção (ou consumo)* de comunidades, grupos e indivíduos com objetivo de interpretar os circuitos comunicacionais dos quais fazem parte. O autor entende que estas formas podem ser analisadas em um eixo histórico (ou diacrônico), e em um eixo sincrônico, mais vinculado às interações do momento presente.

Os componentes de cada eixo são conectados pelas mediações: no eixo diacrônico a comunicação é mediada pela *institucionalidade* (entre as *Matrizes Culturais* e as *Lógicas de Produção*), em que as novas práticas são configuradas a partir de sistemas de conhecimento oferecidos pelas instituições, e pela *tecnicidade* (situada entre as *Lógicas de Produção* e os *Formatos Industriais*), em que padrões se organizam em tecnologias sobre o fazer. No eixo sincrônico, a *ritualidade* (entre os *Formatos Industriais* e as *Competências de Recepção*) proporciona padrões rotineiros para organizar as práticas no cotidiano. A *sociabilidade* (entre

a cultura, preocupado com a reconstrução dos processos sociais e culturais que dão sentido aos meios de comunicação na vida cotidiana. Posteriormente passa a ressaltar o protagonismo da comunicação na vida cultural e social dos povos. Ronsini, em *As formas mestiças da mídia* (2012) acrescenta a revisão atual do “mapa das mutações culturais”, quando constrói a partir da temática emergente da articulação entre os fluxos de imagens e pessoas no mundo globalizado. Portanto há diferentes versões do mapa das mediações na obra do próprio Martín-Barbero, como discutem Escoteguy & Sifuentes (2017), Ronsini (2012), Sifuentes (2010) e Hoss & Felipe (2017).²⁷ A noção de mediação seria uma forma de integrar as etapas do processo comunicativo preservando a dinâmica e as particularidades, sem o “isolamento de suas partes” (ESCOTEGUY & FELLIPI, 2013, p. 11). No entanto, tem sido apropriada pelos estudos de recepção, o que muitas vezes gera a associação das mediações somente nesta etapa do processo (ESCOTEGUY & FELLIPI, 2013; SACRAMENTO, 2018).

as *Competências de Recepção* e as *Matrizes Culturais*) refere-se à construção de repertórios dos indivíduos e grupos, vinculados às formas simbólicas instituídas em disputas e conflitos, mas também em negociações, conciliações e inovações.

Figura 5. Mapa das Mediações Comunicativas da Cultura.



Fonte: M. Barbero (1997/2009).

O autor concebe estes momentos do circuito comunicacional como conjunturas de articulação entre comunicação, cultura e contexto social, podendo se constituir em locais para a observação da produção de sentidos nas práticas. É possível observar as mediações nas práticas e nos discursos, de forma a sublinhar que estes não são as mediações em si mesmas. Mediações estão, portanto, presentes nas regras de comportamento e hierarquias nas instituições tradicionais de mediação sociocultural (exemplos: língua, família, escola, trabalho e bairro) e nas interações com agentes mediadores (exemplos: médicos, mediadores entre ciência e população), sendo, na contemporaneidade, cada vez mais complexas devido à multiplicidade e o intercruzamento de suas fontes (exemplos: econômicas, políticas, tecnológicas, locais) (SACRAMENTO, 2017; SIGNATES, 2003).

Para Braga (2007, 2010, 2012), as mediações mobilizam interesses relacionados a determinados grupos e/ou objetivos sociais e motivam o ordenamento de modelos de interações comunicativas em matrizes interacionais. O conceito de circuito, e os mapeamentos que podem ser feitos a partir deles, ajudam a vislumbrar as mediações como conexões entre diferentes situações de interação, relacionando-as a sistemas que as antecederam. Braga (2007, 2010) considera as mediações, assim como formuladas por Martín-Barbero (1997/2009), em formações múltiplas, mas enfoca o modo como organizam modelos de interação nos circuitos comunicacionais.

Braga (2010) propõe que, na realização das trocas sociais, encontramos padrões de interação disponíveis na cultura, formados a partir das mediações, na qual se constituem em

experiência acumulada no senso comum ou no âmbito dos campos especializados. Os sentidos se originam, assim, nos processos comunicativos que ocorrem em interações interpessoais no mundo social, mas são materializados em instituições, sedimentados na cultura, tendo nos novos processos comunicacionais um potencial para agrupar, selecionar, reproduzir, transformar e/ou originar novos sentidos.

O autor recorre ao conceito de dispositivo de Foucault (1994) para nomear padrões de interação ou moldes mais ou menos sistematizados e instituídos como dispositivos interacionais. Braga (2010) sublinha que, ao falar de dispositivos, Foucault (1994) se refere às estratégias que levam os sujeitos a enfrentar urgências, levando a determinados arranjos que passam a prescindir dos mesmos sujeitos. Marca que o uso do termo ‘urgências’ reforça a dominância de uma estratégia em detrimento de outras, em seu caráter situacional, já que as condições concretas e vividas não são ideais, universais e atemporais. Então, Braga (2010); Braga et al. (2017) propõem a possibilidade de transformação dos dispositivos a partir de novos usos, traduzindo a não universalidade e seu caráter tentativo. No entanto, para dar conta do fenômeno comunicacional, consideram certa abrangência, sem que esta engendre um caráter acabado de “dispositivo pronto” (BRAGA et al., 2017, p.86).

Os dispositivos interacionais, são, assim, modos que as pessoas ou instituições priorizam para conduzir uma ou um conjunto de interações nos diversos tipos de práticas sociais. Podem se relacionar tanto a instituições ordenadoras do mundo social em processos mais amplos (como dispositivos que modulam as interações familiares) quanto a repetições e acúmulos em interações de agentes legitimados socialmente (como dispositivos que modulam as práticas educacionais, jurídicas e na saúde). Ampliam o entendimento do que E. Goffman (1983) nomeou como papéis sociais e o conceito de *habitus* de P. Bourdieu (1990), já que incluem as disparidades de poder estabelecidas como padrões na cultura e a possibilidade de adoção de múltiplos dispositivos por um mesmo ator social. Para produzir determinados tipos de interação, os agentes teriam “capitais da ‘aceitação externa’, (que) modifica(m) os sistemas de relações internos” (BRAGA, 2011, p.6). Os produtos dos dispositivos geralmente têm uma maior duração no tempo, podem constituir formatos sistematizados em matrizes conceituais (conceitos, teorias, políticas), e em modelos sistematizados de práticas, como na saúde.

As interações comunicativas, portanto, não se produzem de modo inteiramente novo ou criativo e geralmente não se iniciam ou se encerram no local em que acontecem, em objetivos e resultados circunstanciais. Um episódio interacional é um momento de “comunicação concreta” em que são presentificados elementos anteriormente compartilhados “como base para

produção de novos compartilhamentos”, mas que neste processo podem ser transformados (BRAGA et al, 2017, p.68). Seu formato, suas lógicas, as competências que trazemos para a cena comunicativa fazem circular sentidos quando ocorrem e depois se põem novamente a circular. As “decisões, encaminhamentos, ideias, sentimentos expressos, objetivos” das interações acabam por produzir novos episódios interacionais (BRAGA et al., 2017, p.43).

Braga et al. (2017) também falam dos produtos dos episódios interacionais: eles podem ter uma materialidade registrada subjetivamente (em forma de lembrança das falas, dos gestos) ou objetivamente (em formato textual, sonoro ou audiovisual), o que torna mais possível acionar novas interações, em outros locais, entre outros participantes. A dimensão transmissiva da comunicação pode ser considerada, entendendo como informação “aquilo que pode passar diretamente de um estado de não compartilhado para um estado de compartilhado”, sendo imprescindível ressaltar que, sobre um código comum entre os atores que participam de uma interação “se exercem, então, ações comunicacionais de ordem inferencial” (BRAGA et al., 2017, p.44).

Atualmente, novas técnicas propiciam mudanças significativas nos dispositivos e nos circuitos comunicacionais da sociedade como um todo. Mobilizam institucionalidades, sociabilidades, ritualidades, modificando as relações dos indivíduos entre si e com as instituições e motivam transformações nas próprias técnicas.

Na sessão seguinte, aproximo-me do objeto de estudo desta tese, apresentando entendimentos sobre técnicas na modernidade, em perspectivas sobre processos de mútua transformação que envolveram a institucionalização da mídia e a midiaticização das interações sociais. Em algumas abordagens, a radicalidade das mudanças coloca em xeque o conceito de mediação. No entanto, filio-me a perspectiva que aborda o conceito como ainda fundamental para compreender o potencial criativo das interfaces entre diferentes contextos, na criação ou mobilização de novas formas de interação midiaticizadas ou não. Defendo também que é bastante vantajoso, na análise dos processos de suposta ampliação da circulação de sentidos, para contemplar processos de disputa ou de conciliação com matrizes tradicionais. Discuto algumas perspectivas sobre midiaticização que apontam limites e alcances das mediações culturais dos tempos atuais e aproximo as concepções através das noções de circuitos interacionais e interações midiaticizadas (BRAGA, 2001; 2007; 2010; BRAGA et al., 2017), fundamentais na construção do modelo teórico metodológico do presente estudo. Termina a seção questionando a promessa de que as técnicas na comunicação implicariam em interações mais democráticas.

1.4 Transformações na cultura: mediações, midiaticização, interações e circuitos midiaticizados

Existem novos deuses crescendo nos Estados Unidos, apoiando-se em laços cada vez maiores de crenças: deuses de cartão de crédito e de autoestrada, de internet e de telefone, de rádio, de hospital e de televisão, deuses de plástico, de bipe e de néon. Deuses orgulhosos, gordos e tolos, inchados por sua própria novidade e por sua própria importância.

Trecho do livro “Deuses americanos” de Neil Gailman, autor Britânico radicado nos EUA

O mundo moderno criou tecnologias e passou a ser mediado de modo significativo por tais recursos na vida cotidiana. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) foram inventadas para dar conta de determinadas demandas, resolver problemas criados com o uso da bússola, do telégrafo e do telefone: aproximar pessoas distantes geograficamente, criar possibilidades de múltiplas e velozes interações e envolver grupos diversos, de lugares cada vez mais distantes. No entanto, em práticas sociais diversas acabaram ganhando outros usos (BRAGA & CALAZANS, 2001; SILVERSTONE, 2002; SIBÍLIA, 2016). Importantes instituições de mídia de massa foram criadas a partir das possibilidades que as tecnologias engendraram, como o cinema, a televisão e o rádio, sendo que através de seu uso institucional também passaram a interferir intensamente na vida comum. Por conseguinte, teorias comunicacionais começaram a ressaltar a influência desse meio nas transformações sociais.

As interfaces entre instituições e campos coletivos já mobilizavam múltiplas formas de agir e de ser na modernidade. No entanto, as tecnologias foram tornando possíveis algumas tarefas, trocas nas práticas que anteriormente eram impossíveis. A invenção da internet nos anos 1990, e de seu acesso através de dispositivos móveis nos anos 2000, acelerou ainda mais o ritmo das transformações, trazendo questões para as teorias sociais que não puderam mais desconhecer os estudos sobre a mídia e suas instituições (COLDRY & HEPP, 2017). As teorias, então, precisaram ser renovadas, partindo do princípio de que “o social é construído a partir, e através, de processos e infraestruturas de comunicação tecnologicamente mediados, através do que chamamos de ‘mídia’ ”(COLDRY & HEPP, 2017, p.6, tradução minha). Coldry & Hepp (2017), no livro *A construção mediada da realidade* entendem que é preciso repensar a construção do social assim como na citada obra de Berger & Luckmann (1966), já que, naquele momento os autores não podiam analisar o social mediado pela mídia. Dentre outras obras revisitadas pelos autores, também é possível remeter a uma revisão da sociologia “dramatúrgica” de Goffman (1975, 1983), a partir da invenção das redes sociais, a consideração de que as “mídias”, mais do que plataformas ou canais específicos de conteúdo, puderam se

configurar em espaços em que muitos humanos “encenam o social” (COLDRY & HEPP, 2017, p.2).

O primado das técnicas acompanharia o processo de globalização, fenômeno sociocultural onde no qual afirmam-se valores como flexibilidade, utilitarismo, inovação, instantaneidade, curto prazo, não mais vinculados a um país, cultura ou grupo, mas a uma sociedade global (BAUMAN, 2000, 2001; SENNETT, 2005). Nas interações comunicacionais se desenvolveu um processo histórico de incorporação de aparato técnico que simultaneamente se destaca diante de outros tipos de interação, ampliando mais ainda sua incorporação:

Não são, portanto, os meios de comunicação (como invenções de laboratório) que direcionam a sociedade, mas é esta - por suas metas, problemas e processos - que os determina. Mas é verdade também que este fato - de a sociedade ter se dotado de meios através dos quais pode processar as comunicações de que necessita - terá sido um impulso e uma base para que as questões comunicacionais se destacassem, tanto nos processos culturais difusos, como nas questões de interação referidas a setores específicos e institucionalizados das atividades sociais (BRAGA & CALAZANS, 2001, p.17).

A partir de uma perspectiva interacional, investigações vinculadas tanto a tradições institucionalistas quanto socioconstrutivistas do campo comunicacional, ressaltam as transformações mobilizadas pelos ‘formatos’ criados pelas instituições de comunicação de massa e, posteriormente, pelas mídias digitais. A tradição institucionalista enfoca as mudanças nas instituições da mídia e a construção de uma lógica própria. Já a ênfase socioconstrutivista recai sobre a capacidade desta “lógica” se expandir e reconstruir as interações sociais (HEPP&HASEBRINK, 2014, p.250/254). Nas duas tradições, as mudanças no cotidiano não são percebidas como “difusão de inovações”²⁸, como simples transposição entre diferentes práticas e contextos, já que a “lógica da mídia” é apropriada de modos distintos nas salas de aula, nas discussões políticas ou nas interações interprofissionais (KROTZ, 2014, p.136).

Por outro lado, as tecnologias não são neutras: em seus padrões estéticos, seus modelos de angariar recursos materiais, por exemplo, elas definem e privilegiam determinados sentidos sociais, vinculados às instituições que as produzem e/ou utilizam, muitas vezes de forma velada e naturalizada. A cultura ou a lógica da mídia seriam, deste modo, “uma codificação de como os formatos de mídia funcionam; de regras, formas e regulamentos com ‘ordenamento

²⁸ Apesar da importância crescente das perspectivas interacionistas nos estudos culturais e comunicacionais, Silverstone (2002) afirma que o argumento típico dentro da pesquisa de mídia é ainda a ideia da "difusão" de uma "inovação", especialmente a partir dos estudos de Rogers (2003), vinculados à tradição funcionalista.

interativo implícito” (LUNDBY, 2014, p 108). Este entendimento é construído a partir de investigações empíricas, que analisam o quanto um crescente número de pessoas e instituições passam a depender da permanente oferta de sentidos midiáticos e a ter como importante referência a forma como o mundo aparece representado pela mídia (SILVERSTONE, 2002). Já não se poderia investigar os processos sociais e comunicacionais sem considerar o atravessamento do mercado e da mídia, mesmo em interações em que não se observa sua mediação diretamente. Como consequência do modo transversal que a mídia passaria a intervir no mundo social, o conceito de mediação poderia perder sua validade, dando lugar ao conceito de midiaticização.

Os estudos que permanecem se beneficiando do conceito de mediação sublinham o potencial criativo de cada contexto, a capacidade das tecnologias digitais para criar ou mobilizar novas formas de sociabilidade e os processos de negociação de sentido entre produtores e consumidores de mídia. Silverstone (2002) cita uma série de pesquisas que, por exemplo, mostram novas sociabilidades nas formas de conectividade online, bate-papo e o compartilhamento de conteúdo. Apontam entusiasmos e ansiedades, apoio mútuo, engajamento e até mesmo a transferência de uma conexão ‘virtual’ para o ‘mundo real’. As novas interações são abordadas como alternativas compensatórias ao enfraquecimento das sociabilidades na vida cotidiana, mas também são criticadas por limitar as singularidades, oferecendo um “monocromático de estilos e interesses de vida” (SILVERSTONE, 2002, p.9, tradução minha). Seriam de modo geral provisórias, frágeis e insustentáveis além dos limites estreitos da identificação mútua.

Reverendo sua teoria das mediações no prefácio à 5ª edição espanhola de *Dos meios às mediações*, M. Barbero (1997/2009) atualizou seu posicionamento sobre a centralidade das tecnologias dos meios de comunicação em sua função mediadora entre os campos sociais. O autor passa a conceber a hegemonia comunicacional do mercado na sociedade como um motor unificador: “a comunicação convertida no mais eficaz motor de desengate e de inserção das culturas [...] no espaço/tempo do mercado e nas tecnologias globais” (M. BARBERO, 1997/2009, p. 13). Reconhece assim que a modernidade diminui a pluralidade e a complexidade dos conflitos sociais, e que o distanciamento excessivo entre a racionalidade e o cotidiano seria efeito destas forças de centralização política e de unificação cultural, visíveis nos formatos industriais da cultura. No entanto, entende ainda a comunicação como estratégica no movimento instituído-instituinte, já que permeia e entrelaça as práticas sociais.

É então que muitas análises afirmam que M. Barbero (1997/2009) promove uma virada epistemológica nos estudos comunicacionais a partir de um olhar culturalista, deslocando o foco objetivista nos meios de comunicação de massa e das técnicas (percebidos como o que determina a comunicação, lhe dando forma) e colocando o foco em seu papel mediador entre as partes da sociedade (FAUSTO NETO, 2008; SACRAMENTO, 2017). A sociedade é concebida como ativa nos processos comunicativos envolvidos na produção dos objetos culturais mediados pelo mercado e pela mídia, embora tais mecanismos estejam naturalizados e invisibilizados.

O entendimento da radicalidade e profundidade das mudanças culturais que têm sido motivadas pela centralidade das instituições de mídias seria a principal diferença entre tradições de estudos sobre as mediações e estudos da midiatização como metaprocessos (MUZI, 2020). Considerando o conceito de midiatização para nomear um metaprocessos que se opera a partir de seus efeitos transversais nas práticas comunicativas, Coldry (2014) enfatiza a necessidade de se investigar mudanças em diferentes campos sociais como política, arte, educação e religião. Partindo da teoria de campo de P. Bourdieu (1998), entende que os efeitos e regras na mídia progridem não por uma ‘lógica’ generalizadora da mídia ou do mercado, mas por uma espécie de “metacapital” que se desenvolve na sua relação entre os campos sociais, como uma “taxa” a ser paga, que transmite o valor a outros campos (COULDRY, 2014, p.235). A abrangência e heterogeneidade de efeitos da midiatização não poderia ser resumida a uma única lógica, a uma única velocidade, nem investigada a partir de uma única métrica ou um único mecanismo de análise. A primazia da mídia entre outros campos sociais seria alcançada a partir da simultaneidade com que os atravessa em um novo tipo de exercício de poder:

Poderíamos supor que quanto maior o metacapital do setor de mídia, maior a relevância do capital relacionado à mídia para a ação em qualquer campo particular, mas isso não seria uma lógica geral e sim um processo emergente de transformações em curso em muitos campos simultaneamente: isto é, transformações nos tipos de capital necessários aos atores sociais em campos específicos de ação onde o capital derivado de atividades relacionadas à mídia tem aumentado em importância (COULDRY, 2014, p. 235, tradução minha).

A mídia seria constituída como um campo que oferece recursos para que os atores sociais possam agir ou influenciar as ações dos outros, independentemente de sua proximidade com campos de atuação específicos. A midiatização seria considerada um metaprocessos exatamente por sua abrangência transversal, o que implica na necessidade de uma explicação não-linear dos processos comunicacionais.

No cenário brasileiro, as discussões em torno dessas questões ganharam densidade nas contribuições de Sodré (2002), Braga (2010, 2011); Braga et al. (2017) e Fausto Neto (2010), entre outros. Para Sodré (2014), autores que se apoiam no conceito de mediação como M. Barbero (1997/2009; 2004) não teriam dimensionado o que viria a ser a midiaticização: uma profunda “mutação sociocultural” que alcança de forma abrangente o cotidiano das pessoas e das instituições (SODRÉ, 2014, p.182). Para o autor, o novo fascínio das técnicas se encontraria não no potencial ordenador civilizatório, ou na liberdade para o consumo, mas na superioridade do objeto técnico sobre o sujeito, na possibilidade de ampliação ou superação de limites. Os campos sociais seriam cada vez mais interrelacionados e articulados com formas tecnologicizadas de cultura, tornando tão perenes suas fronteiras, que estaríamos cada vez mais absorvidos por seus intercruzamentos, substituindo ou moldando antigos modos de relação (SODRÉ, 2006). As relações dos indivíduos com as instituições atualmente teriam a linguagem da mídia como uniformizadora, produzindo uma nova forma de vida, o “Bios midiático” (SODRÉ, 2014, p.181). Sodré (2011) caracteriza a midiaticização como:

Tendência à virtualização ou telerealização das relações humanas, presente na articulação do múltiplo funcionamento institucional e de determinadas pautas individuais de conduta com as tecnologias de comunicação (SODRÉ, 2011, p. 21).

De forma distinta e não tão generalizada, Braga (2012) observa no movimento da virada de M. Barbero (1997/2009; 2004) o começo da compreensão dos processos midiaticizados que ocorrem na articulação dos campos sociais. Com um modo distinto de compreensão da midiaticização, incluído em uma perspectiva interacional, os estudos de Braga (2001; 2007; 2010); Braga et al. (2017) desenvolvem uma continuidade entre processos comunicacionais midiaticizados e não midiaticizados em circuitos, compondo “o processo simbólico/prático das atividades do ser humano em sociedade” (BRAGA & CALAZANS, 2001). Através das noções de interações midiaticizadas e de circuitos comunicativos, o autor aproxima os conceitos de mediação e midiaticização, sendo encontrado em seus trabalhos também o termo mediaticização. E com a possibilidade de construir circuitos em continuidade, fui motivada a aproximar mais os enfoques de Braga (2001; 2007; 2010); Braga et al. (2017) e M. Barbero (1997/2009; 2004).

A noção de “interação midiaticizada”²⁹ é uma contribuição fundamental na transformação do modelo conversacional de interação e da disjunção entre mídia e interação, sendo uma

²⁹ Analisando a construção de matrizes conceituais sobre os processos de interação comunicacional e/ou midiaticizada na produção científica em encontros anuais de pesquisadores de comunicação, Mattos et al. (2016) avaliam uma diversidade de denominações e apropriações. Entre diferentes terminologias destacam-se: interação midiaticizada ou não e o uso do termo interatividade como sinônimo de interação e midiaticização.

possibilidade de compreender como o processo de midiaticização se dá em diferentes contextos.. Para Braga et al. (2017), mobilizados por sentidos apropriados nas tecnologias digitais, determinados agentes passam a interagir com um ambiente externo fora das lógicas habituais de produção, circulação e recepção de suas práticas. Nestas interações ocorrem “articulações”, “fricções”, “negociação em zonas de fronteira entre campos [...] onde anteriormente os processos principais podiam ser conduzidos pelas lógicas de campos específicos” (BRAGA et al., 2017, p.56). É possível que estas interações produzam uma “intensidade da circulação simbólica”, onde episódios e dispositivos interacionais experimentais funcionem de formas “diferidas e difusas” em práticas de ajuste e novas práticas “que remetem a desafios antes não acionáveis e para os quais não há respostas prontas” (BRAGA et al., 2017, p. 58). Circuitos comunicacionais midiaticizados ampliam os circuitos nas práticas, passando a incluir fluxos contínuos que dinamizam os campos sociais e seus dispositivos interacionais. Não mais se manifestam como as interações conversacionais, com “ida-e-volta” entre participantes. O autor argumenta que estas não seriam mais relevantes nos circuitos midiaticizados: “O retorno relevante nesse âmbito é aquele, difuso, do circuito ampliado e não a volta imediata ao ponto de partida” (BRAGA et al., 2017, p.71). Em processos tentativos seriam construídos “circuitos habituais” que passam a direcionar determinados fluxos comunicacionais sem as formas ou lógicas rígidas que caracterizavam os campos, mas envolvendo “manutenção, modificação, contraposição e acréscimo de ações, encaminhamentos e objetivos” (BRAGA et al., 2017, p.72). Estes novos fluxos passam a ser mais visibilizados e/ou sofrer uma influência maior de lógicas de outros campos. Nessa concepção, a midiaticização relaciona-se com a diversidade de apropriações e ressignificações realizadas pelos atores sociais, em disputa ou em conciliações com mediações culturais tradicionais, as quais ainda são fundamentais para a compreensão dos processos comunicativos no mundo social.

Outra importante contribuição das teorias sociológicas para os estudos comunicacionais que consideram a mediação tecnológica é a discussão sobre a democratização. Diversas abordagens de discussão teórica sobre a transição entre modelos especialmente na diferenciação

Especialmente no que tange à interação midiaticizada, esta produção ainda é provisória e tentativa, mas autores como Hepp (2015), e os brasileiros Sodré (2002), Braga (2010, 2011); Braga et al., (2017), Fausto Neto (2010), França (2010), e Ferrara (2003) agregam importantes contribuições para investigações que não se restringem apenas a ambientes técnico midiáticos. Abordam as interações nos espaços urbano e público, no consumo e na política, entre outras. Na produção especializada as interações midiaticizadas são percebidas como “um conjunto complexo de ações tanto da sociedade e suas respostas sociais aos produtos e mensagens midiáticos quanto das organizações midiáticas, empresariais, políticas, culturais e tecnológicas, entre outros” (MATTOS et al., 2016, p.70).

entre a comunicação de massa e a comunicação em rede são discutidas na tese de Muzi (2020). A autora aponta aspectos para a caracterização do que seria a comunicação em rede: a digitalização da informação, diferentes graus de uso da interatividade, virtualização, convergência e hipertextualidade; características semelhantes às elencadas por Palácios (2003) para o jornalismo online³⁰. Enfatiza a importância que se passe a considerar a multiplicidade de circuitos materializados pela internet (Web 2.0) e as mudanças empreendidas na lógica da comunicação “de um para muitos”, na potencialidade da comunicação “de muitos para muitos” (MUZI, 2020, p.77).

Muzi (2020) ressalta as análises de M. Castells (2006) sobre a comunicação em rede, caracterizada pela multiplicidade e por um aumento da circulação simbólica, que justificaria o aumento da importância da comunicação na sociedade. O autor entende que, no final do século XX, três forças distintas conduziram a sociedade a uma “estrutura social predominantemente baseada em redes”, sendo eles fatores econômicos e políticos que mobilizam a globalização do capital (incluindo uma consequente flexibilidade administrativa), valores como liberdade individual e comunicação aberta (que seriam produzidos por demandas sociais), e os avanços da computação e telecomunicações possibilitados pela microeletrônica (CASTELLS, 2003, p.8). Esta conjunção de fatores acabaria por aumentar o acesso e a participação na utilização e produção da informação, anteriormente concentrada em algumas instituições e pessoas.

Diversas possibilidades de enfrentamentos sociais passariam a acontecer neste espaço comunicacional ampliado. A maior circulação de informação se traduziria em empoderamento, já que novas possibilidades de mobilização e organização são criadas pelos movimentos sociais e indivíduos (sociedade civil) através da internet. Também produziriam um “contrapoder”, aumentando as oportunidades de mudança social: “o poder vem amplamente das instituições; o contrapoder, da sociedade civil (CASTELLS, 2015, p. 34). Embora algumas separações sociais anteriormente constituídas sejam mantidas, o autor sublinha a união dos participantes da rede, em formas intensas de sociabilidade. Por um lado, aponta para o triunfo do indivíduo, por outro para a possibilidade de que esse triunfo leve à criação de um novo tipo de sociedade de rede (SILVERSTONE, 2002). Deste modo, Castells (2015) concebe o potencial democrático das mídias digitais:

[...] a difusão de redes de comunicação horizontal e os múltiplos pontos de entrada no sistema de comunicação local/global modificaram profundamente a prática de poder em várias dimensões institucionais e sociais, aumentando a influência da sociedade civil e de atores sociopolíticos não institucionais na

³⁰ Dimensões de análise utilizadas no estudo sobre o uso de Blogs e Facebook na Atenção Primária em Saúde (BARCELOS, LIMA, AGUIAR, 2019).

forma e na dinâmica política das relações de poder (CASTELLS, 2015, p. 33–34).

Os telefones celulares e outros dispositivos eletrônicos que dão acesso à rede atualmente estão presentes nos mais diferentes tipos de interações, o que aponta que um número cada vez maior de pessoas pode participar do ambiente midiático na internet. No Brasil, a internet é usada por 70% da população, sendo a maioria dos usuários das classes A, B e C, e a partir do uso do celular o acesso vem crescendo nas classes D e E (CETIC.BR, 2019)³¹. A principal interação tem sido a troca de mensagens instantâneas, seguida pelo uso de ‘mídias sociais’³², e por chamadas de voz ou vídeo. Quanto à produção de conteúdo, diferentes tipos passam a ser produzidos por pessoas comuns:

[...] os cidadãos tornam-se produtores de conteúdo em potencial, gerando notícias e publicando os questionamentos sobre as notícias produzidas [...] o papel exercido pelos meios passa a ser desempenhado também por outros atores, transformando a rotina de pessoas e instituições (FAUSTO NETO, 2010, p. 20).

No entanto, o acesso aos meios não garante uma comunicação mais democrática. O sentido verticalizado de comunicação como ‘mensagem’, ‘transmissão’ pode ainda ser privilegiado, revigorado em seu potencial determinista, na comunicação mediada pela internet. Quem se apropria, compartilha e comenta pode se portar como mero replicador, tornando os sentidos do “agir em comum”, “deixar agir o comum” e do “vínculo” negligenciados na comunicação (SODRÉ, 2014, p.9). Por isso, apesar de promissora, a centralidade da comunicação não necessariamente traz igualdade aos sujeitos que se comunicam e não reduz as desigualdades nas práticas e contextos. Sodré (2006) entende que os que têm acesso ao capital e aos bens oferecidos pelo mercado continuam a ter acesso privilegiado na sociedade. Por isso o autor alerta: “a substancialidade orgânica do ultra-humano   feita de informa o e capital” (SODRÉ, 2006, p.77).

  importante sublinhar que o próprio Castells (2006; 2015) compreende que a comunica o pode estar a serviço de diferentes objetivos, como os das grandes institui es de média, e que estes podem ser velados. Para o autor, o poder pode ser exercido nas redes sociais

³¹ Dados da Pesquisa sobre o Uso das Tecnologias de Informa o e Comunica o em Domicílios Brasileiros (TIC Domicílios 2018), disponível em: <https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/2/12225320191028tic_dom_2018_livro_eletronico.pdf>.

³² A expressão ‘mídias sociais’   muitas vezes utilizada em referência às plataformas como Facebook ou Instagram, em que pessoas criam perfis para interagir, como na pesquisa citada. Neste trabalho preferimos a expressão ‘mídias digitais’ que ressalta a tecnicidade da media o, especialmente com base nos estudos de Coldry (2014). A digitaliza o   uma tecnicidade que torna a informa o em qualquer formato (visual, sonora, textual, audiovisual) algo que pode fazer os sentidos produzidos circularem em uma comunica o em rede, multim dia, colaborativa e interativa (MUZI, 2020).

online por meio de coerção, da intenção de coerção ou pela construção de sentidos sociais por meio de discursos (CASTELLS, 2015). Os objetivos da mudança social a partir das redes não seriam previamente definidos, se aproximando dos objetivos das pessoas e instituições em seus contextos: “As pessoas, ou seja, nós mesmos, somos ao mesmo tempo anjos e demônios e, por isso, nossa maior capacidade de atuar na sociedade irá simplesmente projetar abertamente quem de fato somos em cada contexto temporal/espacial” (CASTELLS, 2015, p. 26).

Couldry (2014) sublinha que certas áreas de influência da mídia são particularmente importantes de se investigar, como seu impacto sobre o Estado e os campos específicos de prática que podem gerar políticas. Avalia que determinados formatos de mídia que surgiram “em um certo ponto da história na Europa e na América do Norte”, se espalharam rapidamente e são associados “ao declínio progressivo das formas tradicionais de autoridade e modelos sociais”, que, desde então, sofrem um déficit de legitimação crescente (COULDRY, 2014, p.239). Também aborda que algumas práticas relacionadas à mídia criaram uma “supersaturação” em complexas relações de interdependência entre a mídia e outras instituições, caracterizadas na modernidade tardia (COULDRY, 2014, p.238/240). Além disso, é preciso ter atenção com a naturalização de sua influência, já que as mídias sociais passaram a impactar a forma que as pessoas têm acesso aos outros e ao mundo, mas tendem a apresentar tais mudanças como naturais, inevitáveis e transparentes, ainda que sejam mediadas por uma poderosa estrutura empresarial. As tecnologias presentes nos dispositivos, as informações sobre eles e sobre quem os usa, são de instituições que detém seu capital, sua obtenção e uso ainda não são adequadamente visibilizados:

A comunicação que potencialmente atinge a sociedade como um todo, é moldada e administrada por relações de poder, tem raízes nos negócios da mídia e nas políticas do Estado. O poder da comunicação está no âmago da estrutura dinâmica da sociedade (CASTELLS, 2015 [2009], p. 21).

A democratização da comunicação através do uso da internet não deve, portanto, ser compreendida como consequência espontânea, como se as tecnologias não carregassem sentidos culturais de instituições de mídia com interesses mercadológicos. O uso de enunciados como conexão, participação e comunidade podem também ser simples retórica: há grande interesse nos dados que são subproduto das nossas constantes interações na rede (VAN DIJCK, 2013).

Entretanto, o acesso à informação e às TICs ainda é comumente percebido como aumento de capacidades humanas, não somente pelo acesso ao conhecimento, mas por sua associação direta à melhoria na qualidade de vida e à capacidade de tomar decisões, também no que se

refere à saúde. Características positivas e negativas da mediação das tecnologias têm sido estudadas inclusive como fatores que podem comprometer a saúde das pessoas. Na seção seguinte, apresento estudos sobre as transformações motivadas pelas tecnicidades nas práticas de saúde atuais.

1.5 As mediações técnicas como promessa de democratização na comunicação e informação em saúde

A comunicação para a saúde pode ser entendida como o conjunto de técnicas aplicadas por comunicadores, limitada a um momento do processo comunicativo, geralmente o da divulgação das práticas de saúde à população. No entanto, as próprias práticas comunicativas têm mostrado o fracasso dessa visão. Muitos programas verticais de educação sanitária e a publicidade no modelo médico-assistencial privatista já sofriam críticas especialmente ao modelo de comunicação que reproduzem, por constituírem-se em práticas descontextualizadas e tecnicistas (ARAÚJO, 2008). Atualmente, os conceitos de saúde presentes nos materiais impressos, televisivos e divulgados em sites e redes sociais online, ainda enfatizam uma lógica de causa e efeito, meramente instrumental, “baseada em prescrições e nos relatos de avanços científicos e tecnológicos e a auto-responsabilização dos indivíduos e dos grupos sobre a sua saúde” (ARAÚJO & OLIVEIRA, 2012, p.4).

De modo geral, no início dos anos 2000, as investigações do campo da comunicação e saúde enfatizavam que havia pouco investimento na formação de equipes de comunicação que trabalhassem junto às instituições de saúde, e que as que existiam atendiam demandas trazidas por um nível central “sem política ou planejamento, funcionando ao modo de um ‘balcão’, ou seja, com atendimento de demandas pontuais” (ARAÚJO, 2008, p.3/4). Afirmavam uma tendência gradual de valorização do uso da mídia como forma de aumentar a visibilidade de organizações e temas de saúde. Atualmente, as investigações apontam que, quando há equipes de comunicação, elas passam a ser responsáveis pela criação de produtos e pelas interações nas redes sociais on-line. Em poucos casos há contato com as equipes técnicas dos serviços (LEVY, 2018). Passam a fazer parte da rotina dos profissionais de comunicação que atuam nesses órgãos e entidades o uso de diferentes ferramentas digitais, “como smartphones que congregam sistemas de áudio, foto e vídeo para a produção de conteúdo em diferentes linguagens e canais e/ou plataformas”, além de atividades, “do secretariado das redes internas à organização de eventos externos, da produção de imagens e artes gráficas à análise de métricas e indicadores de ações de marketing” (DIAS, 2020, p. 32). Por outro lado, é crescente a participação de

empresas de comunicação e agências de publicidade na prestação de serviços a órgãos como o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, “muitas vezes passando a responder pela assessoria de imprensa e outras instâncias estratégicas” em processos que “precisam ser problematizados frente aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)” (LEVY, 2019, p.5). Ressalta-se ainda a falta de consideração de contextos para os quais são produzidos os materiais e a preocupação com a transmissão do sentido biomédico³³ (KALIL, 2015). O papel da comunicação midiática nestes processos tem sido investigado a partir da compreensão de que seus consumidores constroem entendimentos de mundo a partir de suas experiências pessoais, de suas interações com os outros, bem como influência da mídia (LUPTON, 2012).

Uma concepção mais alargada sobre as práticas comunicativas em saúde pode contemplar as práticas dos profissionais de saúde, que passaram a entender a comunicação como uma ferramenta para mobilizar a adesão em tratamentos e ações de educação em saúde. No que se refere aos estudos sobre práticas educativas e participativas em saúde, importantes investigações apontam mudanças no acesso à informação especialmente a partir do advento das TICs. O conceito de “Information Literacy” se refere a competência dos indivíduos para manejar informações de forma “inteligente e ativa” na sociedade, o que não se limita a buscar informação, mas a fazer o uso apropriado da mesma (SALES et al., 2013, p. 3). Na saúde, é atualizado pelo conceito de "Health Literacy", traduzido como “Letramento Funcional em Saúde” (LFS): “o grau pelo qual os indivíduos têm a capacidade para obter, processar e entender informações básicas e serviços necessários para a tomada de decisões adequadas em saúde” sendo responsabilidade de “escolas, lares, locais de trabalho e demais espaços comunitários”, num raciocínio de promoção da saúde (PASSAMAI et al., 2012, p.307).

O letramento passa, assim, a ocupar a agenda de profissionais de saúde e educadores, atualmente sendo incluído como determinante social da saúde. Estudos sobre as práticas que envolvem o letramento indicam que a baixa escolaridade da população é um obstáculo ao direito à informação (DYTZ, 2004), embora a escolaridade adequada não garanta a compreensão da “linguagem médica e técnica” (PASSAMAI et al., 2012). O uso abusivo de jargões também é problematizado, a partir do entendimento de que a informação em saúde deve ser compreensível e adequada, facilitando que o usuário decida acertadamente quando utilizar o sistema de saúde ou quando realizar o autocuidado.

³³ Abordamos algumas conciliações entre as matrizes do modelo biomédico e matrizes conceituais dos modelos campanhista e da medicina preventiva, presentes também nos dispositivos de comunicação para a educação em saúde no capítulo 2 desta tese.

O cidadão competente em saúde seria aquele que “participa de debates e diálogos públicos e privados sobre saúde, medicina, conhecimento científico e cultura” (GUIMARÃES et al., 2011). A relação entre conhecimento, informação e poder na interação profissional-usuário é reconhecida como fator preponderante na qualidade do cuidado e na ampliação do acesso (MATOS et al., 2009; THIEDE & MCINTYRE, 2008; PEREZ et al., 2013; SCHIMITH et al., 2011). Estudos de engajamento comunitário em diferentes países apontam a falta de acesso a informações relevantes, corretas e recentes sobre saúde em materiais de saúde ou diretamente fornecidas por profissionais de saúde como uma das maiores barreiras ao desenvolvimento do conhecimento de saúde, especialmente em países periféricos (SALES et al., 2013).

De acordo com Murtinho & Stevanim (2017), uma das vertentes da luta pela democratização da comunicação na saúde é a busca pela ampliação de vozes e a descentralização da informação, que corresponde a conceber o acesso à comunicação e a informação como direitos. Os autores citam estudos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) que, já no final da década de 1960, preocupavam-se com a restrição e desequilíbrio na quantidade de fontes de informação, na circulação de filmes, programas de televisão, livros, especialmente entre os países em desenvolvimento. O avanço tecnológico aprofundou esta concentração através do monopólio de empresas de comunicação “que passaram a ocupar posição de destaque na economia capitalista globalizada” (MURTINHO & STEVANIM, 2017, p. 145). A concentração do acesso à internet e às TICs e a exclusão digital traz consequências ao acesso à informação sobre saúde (MUZI, 2020).

No entanto, é preciso ampliar a discussão do letramento para além de sua dimensão ‘funcional’, do acesso a novos códigos, teorias ou conceitos em saúde. O acesso à comunicação em saúde não deve ser entendido como sinônimo de ampliação de oferta de informação, adequação ou ampliação de códigos na comunicação; do mesmo modo que o acesso à saúde não é sinônimo de ampliação de oferta de atendimentos. Com base em um modelo interacional, é possível que a comunicação seja valorizada como uma perspectiva que se integra na (re)construção dos processos sociais, considerando os sentidos produzidos nos modos de ser e de agir de um território ou comunidade integradas às práticas de saúde. Araújo & Cardoso (2007) se referem a importância da articulação “dos contextos de circulação e apropriação” na comunicação, como a possibilidade de circulação do poder na produção de sentidos, nas políticas e programas de saúde, nos discursos materializados em produtos comunicacionais e nas práticas de saúde. Para isso, entendem ser fundamental que os códigos e modos de falar sejam apropriados pelos atores sociais nas práticas, no sentido de se tornar próprio, singular (e

não no sentido de simplesmente adequar). É preciso que os diferentes participantes da comunicação se apropriem dos “meios/tecnologia, lógicas de organização da informação, espaços, momentos” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.63/ 66).

Sendo uma política de saúde inclusiva, o desafio teórico e prático do SUS já não deveria ser, portanto, somente o de ofertar mensagens educativas sobre a saúde, mas o de buscar que os usuários sejam sujeitos da comunicação. Deste modo, o direito à comunicação relacionada à saúde deve ser entendido a partir de dois sentidos: o de acesso democrático e ampliado às informações e o de que os participantes dos processos comunicativos possam ser realmente considerados como sujeitos nas interações: “ter a possibilidade de também se expressar e se fazer ouvir, e não apenas receber. Ou seja, ser ‘interlocutor’ é ser alguém que tem algo a dizer, e não um mero receptor” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p. 114). E para isso não bastam os recursos tecnológicos.

Um exemplo de que o uso de mídias digitais não garante a comunicação e o acesso à informação é a análise da efetividade de mudanças na produção de materiais comunicacionais, a partir de sua contextualização e apropriação. Investigações na comunicação institucional avaliam que apesar de se modificarem ‘formatos’, criados pelas instituições de comunicação de massa e reformulados para circular em mídias digitais (que potencialmente ampliam seu alcance), a comunicação pode manter o foco na emissão, sem um uso efetivo do potencial participativo e interativo das redes sociais online (SCROFERNEKER, FALAVIGNA & SILVA, 2015; LIMA; BARCELOS & LAGUARDIA, 2018). Pesquisas em comunicação e saúde que analisam materiais, avaliam concepções, modelos, estratégias comunicacionais de instituições de saúde, condições de produção, discursos e sentidos predominantes ou em disputa (ARAÚJO, 2008). Apontam que campanhas sanitárias e estratégias publicitárias de produtos de saúde podem repetir estereótipos, modelos coercitivos, mas também produzir uma comunicação mais contextualizada das práticas de saúde. Materiais investigados são cartilhas, cartazes, programas de rádio e TV, vídeo-aulas e outros audiovisuais, produzidos em diferentes formatos e utilizados em diferentes contextos, criados a partir da demanda de ministérios, secretarias estaduais e municipais de saúde, de entidades e associações de natureza sindical, religiosa ou ONGs. São produzidos em situações cotidianas campanhas de amamentação (KALIL, 2015) ou em contextos epidêmicos a epidemia de AIDS (PITTA, 1998), dirigidas à população ou a profissionais de saúde. Também abordam o contexto jornalístico, em notícias sobre as epidemias de dengue e Zika (CARDOSO; SACRAMENTO; MACHADO, 2017).

No que se refere ao uso de TICs nas práticas de saúde, a literatura científica o associa aos contextos da atenção (incluindo a educação em saúde), mas também da gestão e da educação continuada de profissionais. A partir dos estudos de Braga (2017), é possível entender que as TICs podem mediar interações interpessoais em circuitos comunicacionais “ida-e-volta” e em circuitos de fluxo contínuo, onde há uma comunicação potencialmente mais ampliada das práticas de saúde. Considerando que a partir das TICs podem se constituir ou modificar dispositivos na comunicação institucional, interprofissional e profissional-usuário, é interessante que se desenvolvam estratégias para uma maior participação na produção de conteúdos, para a construção de redes, em apoio à avaliação, à efetividade e à legitimação das práticas e a sua apropriação pelos usuários.

A literatura aponta que em diferentes contextos, ao longo dos anos, um número mais diversificado de atores como instituições de saúde, pesquisa e educação em saúde, passou a produzir materiais em multimeios, inclusive para as mídias sociais digitais. Com a popularização de tecnologias de informação e comunicação, atualmente, equipes de serviços de saúde ou mesmo profissionais com recursos próprios, dispõem de meios de produção para criar materiais, podendo dar maior visibilidade a temas e práticas de saúde (BARCELOS et al.,2020).

No entanto, culturalmente são destacadas mudanças negativas motivadas pelas tecnologias em oferta no mercado da saúde que criam ‘novas necessidades’ no que se relacionam às práticas de saúde, mobilizando também novas formas de sociabilidade propiciadas pelo uso da internet. Exemplos na atenção à saúde tangenciam limitações inerentes ao uso das TICs e mudanças indesejáveis na relação profissional-usuário causadas pela falta de atenção às especificidades, o que pode resultar nos sentidos de padronização e desumanização nas práticas. Problemas éticos e legais são elencados a partir do envolvimento do setor saúde na discussão de “segurança, confidencialidade, responsabilidade profissional, padrões técnicos no registro, armazenamento e transmissão de dados clínicos em formato digital, direitos autorais”, entre outros temas (REZENDE et al.,2010, p.58). Estudos na comunicação da gestão incluem: blogs de instituições públicas de saúde (PINTO e ROCHA, 2016), implementação de prontuário eletrônico, uso do Facebook pelo Ministério da Saúde brasileiro (CAXADA, SOUZA e MACHADO, 2015; LIMA et al., 2018) a comunicação entre os níveis de gestão do sistema de saúde (SOUZA et al., 2017).

Exemplos relacionados ao contexto da educação são iniciativas, como Telessaúde, teleconferências e reuniões técnicas à distância, avaliadas positivamente na capacitação de profissionais e no acesso ao conhecimento especializado em regiões remotas, diminuindo

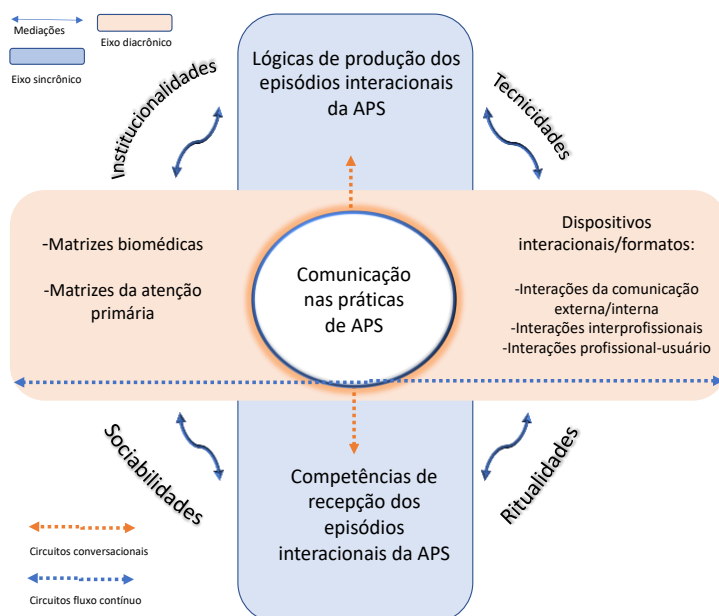
custos (REZENDE et al., 2010). Na interface entre educação e diferentes contextos em que as práticas de saúde são apresentadas nas mídias digitais, Kelly et al. (2011) e de Ahmad et al. (2020) apontam que vídeos no YouTube podem reforçar estereótipos ou apoiar determinadas representações sobre o exercício profissional em saúde. Já a pesquisa de Muzi (2020) reforça que a disponibilização de vídeos no YouTube pode ser estratégica para garantir a capilaridade da produção de conhecimento sobre saúde e dar visibilidade a atores e propostas não priorizadas pelos meios de comunicação tradicionais.

Mais do que discutir vantagens e desvantagens das novas tecnicidades, é relevante ressaltarmos outras mediações que as mobilizam para avaliá-las de forma crítica. Mudanças atuais nas práticas estão entremeadas a outras mediações, em negociações, conciliações, contradições que fundamentam a construção de dispositivos interacionais e sua atualização em episódios nos diferentes contextos e locais em que ocorrem. Envolvem também ressignificações das matrizes conceituais e interacionais das próprias práticas de saúde. Tornam-se importantes as pesquisas nos contextos em que as práticas ocorrem e que são mediados. É possível analisar um ordenamento de circuitos comunicacionais envolvidos em diferentes contextos mapeando as principais matrizes conceituais e interacionais e algumas mediações que se inter cruzam. Na sessão seguinte, explico o modelo que orientou a construção desta tese, e que pode servir para outras investigações.

1.6 Um modelo para a análise de circuitos comunicativos das práticas de saúde

O objetivo geral desta pesquisa foi analisar mediações culturais e sentidos sobre saúde, doença e cuidado das práticas da Atenção Primária em Saúde (APS). Para realizar este objetivo, proponho um modelo de análise que chamei de Mapa de Interações Comunicativas das Práticas na Saúde, inspirado no mapa de M. Barbero (1997/2009) e nos circuitos comunicacionais de Braga (2007, 2010), Braga et al. (2017). Este modelo pode ser utilizado como referência para analisar a continuidade entre interações nas práticas de saúde em diferentes contextos e em diversas formas em que são mediados. Nesta tese utilizamos o modelo colocando a comunicação nas práticas de APS no centro da primeira etapa do mapa, e na segunda etapa a comunicação das práticas de APS no YouTube. Ilustramos o primeiro momento do circuito na figura 6:

Figura 6. Mapa de Interações Comunicativas das Práticas da Saúde (primeira etapa).



Fonte: Elaborado pela autora inspirado em M.Barbero (1997/2009) e Braga et al. (2017).

Penso que os primeiros circuitos a serem iluminados envolvem interações nas práticas, em seu eixo sincrônico. Ainda podem ser representados como interações interpessoais do tipo conversacional, geralmente presencial, que manifestam “ida-e-volta” entre os participantes, em duplas ou grupos, embora sofram influência de outros circuitos mais “ampliados e difusos”, considerando o conjunto de circuitos sociais da sociedade midiaticizada (BRAGA et al., 2017, p.71). Nas práticas de atenção em saúde, as lógicas de produção e competências de recepção se referem aos objetivos das interações (diagnósticos, terapêuticos, de promoção, de encaminhamento, de gestão) e aos participantes (gestores, profissionais de diferentes categorias e usuários). As interações conversacionais nas práticas também podem ser remotas e mediadas por algum tipo de tecnologia de comunicação (telefone, e-mail e mídias digitais).

Podemos ver no mapa que os episódios interacionais da comunicação nas práticas de APS ocorrem em conexão com dispositivos interacionais, que são padrões de interação constituídos por mediações técnicas, institucionais, ritualidades e sociabilidades. As principais matrizes conceituais estão representadas de modo sintetizado como matrizes do modelo biomédico e da Atenção Primária em Saúde (APS). Entendo que atualmente as mediações vinculadas à matriz da APS disputam com mediações vinculadas à matriz do modelo biomédico, mas podem se apresentar conciliações. Constituem, portanto, o eixo diacrônico do mapa. Neste eixo, um

circuito de fluxo contínuo se processa em diferentes períodos de tempo, em que diferentes processos sociais influenciam na formação dos dispositivos interacionais - apontamentos sobre este eixo serão discutidos no capítulo 2 desta tese. Os dispositivos interacionais de comunicação institucional, interprofissional e profissional-usuário são propostos no modelo como dispositivos das práticas em serviços de saúde de atenção primária.

Os dispositivos operam nos episódios interacionais no eixo sincrônico, nas lógicas de produção e consumo de cada sujeito, par ou grupo de gestores, profissionais, ou usuários, envolvidos na atenção em saúde. Definem seus papéis, modos de conduta e expectativas. É possível produzir ou reproduzir sentidos sedimentados nas matrizes conceituais e interacionais nas práticas atuais, e também modificar os dispositivos que os modelam. Entendemos que a representação da primeira etapa do mapa já é um modo de conduzir uma análise de permanências e transformações nos dispositivos interacionais em um determinado contexto, pela preponderância de mediações e/ou sentidos mais vinculados a uma ou outra matriz e também a partir na potência criativa dos novos episódios, nos locais e momentos em que ocorrem.

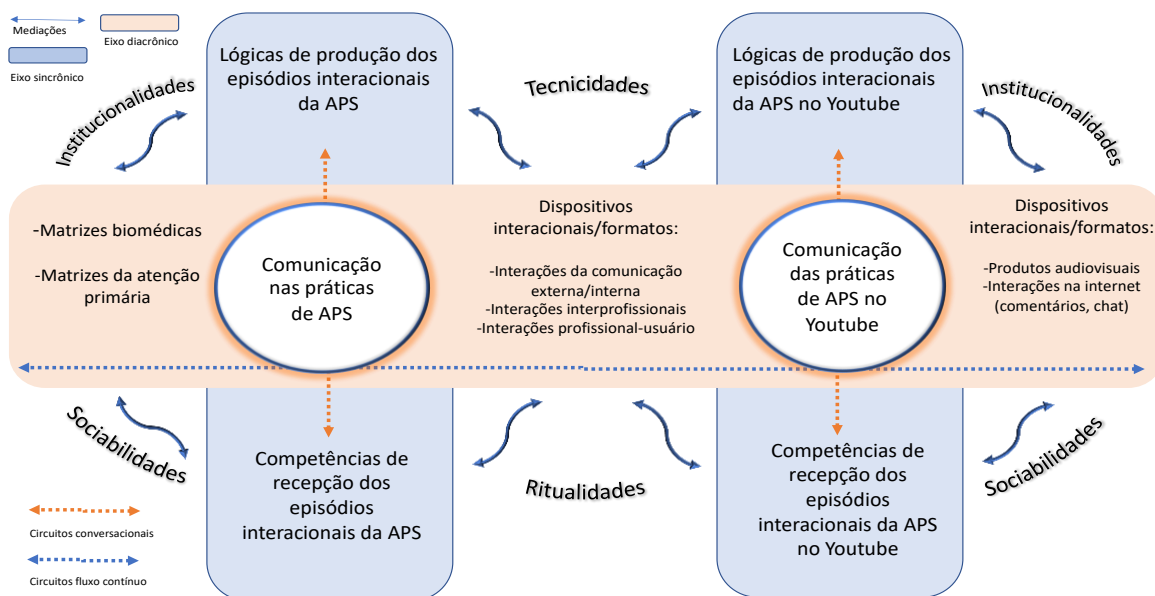
Na interface de diferentes contextos, por exemplo, da atenção, educação, controle e participação social, embora com diferentes objetivos vinculados a interesses institucionais e pessoais, interações podem ser midiaticizadas. Nesses novos circuitos, narrativas sobre as práticas novamente produzem e reproduzem sentidos. Além disso, através da mediação de mídias digitais, os participantes de um episódio interacional podem fazer circular os sentidos de que se apropriam, ampliando os circuitos para o espaço social em outros circuitos conversacionais e/ou de fluxo contínuo. Em alguns casos, podem indicar uma maior circulação de sentidos vinculados a matrizes não-hegemônicas, como a da APS, além de mudanças na legitimação de práticas.

Na presente pesquisa, investigo narrativas sobre as experiências vivenciadas na atenção à saúde que foram produzidas em diferentes materiais comunicacionais na pandemia de Covid-19, em múltiplos formatos e estratégias. Então, dispositivos interacionais midiáticos se interpolaram nos circuitos comunicacionais anteriores. Partindo do exemplo de materiais de comunicação das práticas de APS no YouTube, ilustro os circuitos nas duas etapas do modelo na figura 7.

A nova etapa agrega aos circuitos novas características, como um aspecto mais difuso e disperso do que os formatos de interação conversacional (com diferentes percursos e vínculos), ampliam e aceleram ‘conexões’ e ‘tensionamentos’, que podem reforçar ou modificar sentidos

anteriormente sedimentados e geralmente mobilizam a possibilidade de produção do ‘polo’ receptor (Braga, 2007; Braga et al., 2017).

Figura 7. Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde (segunda etapa)



Fonte: Elaborado pela autora inspirado em M.Barbero (1997/2009) e J.Braga et al.(2017)

Os produtos comunicacionais são concebidos como objetos de estudo privilegiados na comunicação, também no que se refere ao campo da saúde. Sua materialidade traz uma facilidade de capturá-lo para investigações, sendo objetos privilegiados também por expor determinados sentidos dos trajetos que materializa, “capilarizando a geração e a circulação de ideias, opiniões, atitudes, perspectivas sociais, propagação de códigos em compartilhamento – e tudo o que possa interessar, de perto ou de longe, à sociedade e a seus participantes” (BRAGA et al, 2017, p.48).

No entanto, de acordo com o autor, eles não devem ser considerados como objeto inicial na análise de um circuito comunicacional, mas compreendidos em seu vínculo com as práticas sociais. Investigando os produtos não estamos apenas diante de "ideias" e de "pontos de vista" neutros, mas diante de indivíduos que se encarregam de relativizar a densidade das suas vivências ou de realçá-las, de acordo com gramáticas partilhadas, relacionadas às mediações que mobilizam a produção de narrativas. Assim, compreendo que as formas de narrar são individuais, mas também sociais. Neste modelo, enfatizo as gramáticas nos produtos como construções sociais e culturais que permeiam as narrativas, e que produzem sentidos nas interações materializadas nos produtos. Para abordar a comunicação a partir de circuitos comunicacionais, devem ser observados os produtos indo além de seu conteúdo, a partir do

contexto em que são produzidos, como expressão dos indícios de dispositivos e episódios vividos nas práticas, constituindo-se em memória. Os produtos se inserem em um circuito comunicacional que já existia e também produzem eles mesmos novos circuitos, além de novos sentidos “que dirige(m) ‘adiante’, fazendo continuar a circulação” (BRAGA et al, 2017, p.48). Os produtos são como um “momento... que começa antes e continua depois – passando a carregar a configuração que se formalizou no modo reconhecível de produto (ou seja: registro disponível e durável)” (BRAGA et al, 2017, p.48). Os materiais, portanto, possibilitam que se possa fazer inferências sobre os circuitos de práticas sociais em que se inserem.

Nossa pesquisa se direcionou para a construção ou utilização de novos dispositivos comunicativos no YouTube. Partimos de sua vinculação com as mediações e os sentidos da APS nos dispositivos e episódios ocorridos nas práticas narradas, até sua experimentação em episódios interacionais realizados na própria plataforma durante um determinado período da pandemia de Covid-19. Nosso foco, portanto, foi nas conexões e tensionamentos entre dispositivos e episódios presenciais narrados e os dispositivos e episódios vivenciados ao vivo através da mediação da plataforma, com base nos circuitos que se estabeleceram entre eles. A análise dos circuitos representados compreendeu uma articulação produtiva entre sentidos nas dimensões proposicional e relacional da linguagem (GUIMARÃES & FRANÇA, 2006; RIBEIRO et al.; 2017). Partindo da perspectiva interacional e da teoria das mediações culturais, foi possível compreender gramáticas produzidas em interações interpessoais, em grupo, com as instituições e em circuitos difusos, que produzem e/ou reproduzem sentidos das práticas sociais na saúde. Estas foram analisadas através de produtos comunicacionais de diferentes canais no YouTube, incluindo a interações no chat e métricas relacionadas aos mesmos.

Antes de apresentar o método e os resultados empíricos desta pesquisa, tendo como premissa que a cultura da saúde tem origem em processos sociais e comunicacionais, decidi destacar alguns processos mais longamente estabelecidos nas práticas da Atenção Primária, a partir de marcas culturais. No capítulo seguinte, ilumino algumas matrizes que se sedimentaram na cultura da saúde, materializadas em conceitos, instituições e dispositivos. Para isso, recorri à literatura, em estudos de antropologia e sociologia da saúde vinculadas às perspectivas interacionistas, construcionistas e críticas que fundamentam o campo da saúde coletiva, assim como análises sobre políticas e programas relacionados à APS no Brasil. Esta sistematização teórica apoiou a elaboração de objetivos de pesquisa, critérios de coleta e categorias de análise, e também a compreensão das narrativas sobre as interações nas práticas atuais e dos dispositivos em que foram midiaticizadas na pandemia de Covid-19.

2. Matrizes conceituais, interacionais e mediações das práticas de saúde

Importantes condições sócio-históricas mobilizaram a produção de sentidos sedimentados em matrizes conceituais e interacionais das práticas de saúde, em disputas e confluências ao longo do tempo. Constructos e dispositivos interacionais modulam a atenção, educação, participação social, entre outros contextos que envolvem as práticas.

Nas sociedades ocidentais, algumas matrizes construídas por grupos sociais dominantes se tornaram preponderantes, produzindo importantes campos de conhecimento e modelos de saúde que se institucionalizam. Entendimentos e experiências alternativas coexistiam muitas vezes fundamentando novos modelos. Discuto neste capítulo alguns fatores políticos, econômicos e ideológicos que mediaram a formulação e a busca por legitimidade da matriz da Atenção Primária em Saúde, em disputa com a matriz do modelo biomédico - estas matrizes se fazem presentes nas práticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Meu foco será em institucionalidades e tecnicidades que mobilizaram transformações, especialmente na proposição de dispositivos interacionais na atenção, mas também de educação, participação e controle social, já que se constituíram em um importante apoio para a expansão da Atenção Primária no Brasil. Concluo o capítulo com análises dos limites das políticas, programas e das mudanças alcançadas.

2.1 O modelo biomédico e a invenção dos dispositivos do hospital e da clínica

Mas pode entrar no ânimo do governo eliminar a loucura? Não. E se o governo não a pode eliminar, está ao menos apto para discriminá-la, reconhecê-la? Também não; é matéria de ciência. Logo, em assunto tão melindroso, o governo não pode, não deve, não quer dispensar o concurso de vossa senhoria. O que lhe pede é que de certa maneira demos alguma satisfação ao povo. Unamo-nos e o povo saberá obedecer.

Trecho de “O alienista” do romancista brasileiro Machado de Assis

Entendimentos sobre a saúde, a doença e o cuidado mudam ao longo do tempo, de uma cultura para outra, de um lugar para outro, mediadas por diferentes condições sócio-históricas. São diversos os modos dos indivíduos e grupos compreenderem e nomearem seus corpos, as sensações advindas dele, múltiplas as possibilidades de conexões e relações de causalidade para as doenças, as percepções acerca da morte e os ritos a que individualmente recorrem para postergá-la. Estes e outros elementos são parte de sistemas culturais que são construídos historicamente por grupos sociais e também dependentes de condições de existência e vivências

singulares (ENGEL, 1977; GOOD, 1994; HELMAN, 2003; CZERESNIA et al, 2013; LUPTON, 2012).

No ocidente, a construção sócio-histórica da racionalidade na saúde, contudo, envolveu a busca por unificar esta diversidade de explicações relacionadas tanto ao pensamento erudito quanto ao senso comum, à medicina oficial e ao imaginário popular (LOWY, 1994; GOOD, 1994; HELMAN, 2003; MARTÍN-BARBERO, 1997/2009; LUPTON, 2012). M.Barbero (1997/2009) analisa a racionalidade como ruptura entre a cultura da minoria e a da maioria em um mito de cultura universal que a burguesia produziu. Para o autor, “o saber mágico-astrológico, medicinal ou psicológico permeia inteiramente o conceito popular do mundo” (MARTÍN-BARBERO, 1997/2009, p.138). Mas, uma imagem vertical, uniforme e centralizada parece buscar o controle, em uma forma racionalizada de poder e saber.

Fundamentando as trocas comerciais internacionais, o crescimento da produção e da população ativa para o trabalho, o mercantilismo foi a política econômica que dominou os países europeus a partir do final do séc. XVI. A expansão do comércio e a ascensão da classe burguesa trouxeram epidemias e um elevado número de mortes. O processo crescente de industrialização provocou a migração das áreas rurais, transformando as cidades europeias, já no final do séc. XVIII em um aglomerado de “multiplicidades emaranhadas de territórios heterogêneos e poderes rivais” (FOUCAULT, 1979, p. 85). A mobilidade mercantil contrastava com um nível lento de mudanças nos costumes, “com relativa permanência na esfera cultural propriamente dita” (ORTIZ, 1998, p. 23/24), mas exigiu um padrão de desenvolvimento racional em domínios diversos na “economia (capitalismo), ciência (medicina), direito (regras jurídicas), música (harmonia e contraponto), burocracia (aparelho de estado)” (ORTIZ, 1998, p.39).

Esta trama de mediações movimenta a formulação de saberes e práticas sobre as populações para evitar a morte de trabalhadores e habitantes nas primeiras cidades, mas também para organizar racionalmente os fluxos de pessoas, mercadorias, o crescimento populacional e urbano. Os problemas das populações apresentados ao Estado foram racionalizados, constituindo-se em uma biopolítica (FOUCAULT, 1979/2011, p.459).

Sublinho, que mesmo que legitimada por mediações institucionais pelo Estado, formalizada em escolas médicas, regulamentos e modos de ação, a medicina não constitui uma racionalidade externa ou preexistente aos atores que a vivenciam, sendo construída e reconstruída nas práticas. Há momentos de equilíbrio de forças e de disputas de sentidos que se cristalizam em determinadas matrizes conceituais e interacionais e tornam-se hegemônicas,

como busco argumentar. Mesmo assim, a medicina não constrói uma “rede onipresente de poder”, dependente de uma “ambiência social inteiramente passiva, domesticada e submissa aos desígnios daquela 'tecnologia'”, como sugerem críticas aos argumentos de Foucault (CARVALHO & LIMA, 1992, p.135). Mesmo que se interprete a obra de Foucault como um assujeitamento aos dispositivos de poder, é preciso considerar que o próprio autor reforça as múltiplas origens e direções de um objetivo “geral” que a sociedade constrói em determinado momento, de se buscar a “saúde de todos como urgência para todos” (FOUCAULT, 1976/1993, p. 358-359).

Assim, Foucault (1976/1993) não concebe a biopolítica como uma intervenção unidirecional e uniforme, de iniciativa, organização e controle pelos aparelhos do Estado, mas como um empreendimento que passa a ser de grupos religiosos, associações de beneficência e filantropia, sociedades científicas e acadêmicas, entre outros. Na releitura entre poder e cultura, concebe um processo “de produção de verdade, de intelegibilidade, de legitimidade” (MARTÍN-BARBERO, 1997/2009, p.92), mas que não é unívoco. Com este fim, a escola e o hospital são instituídos como dispositivos privilegiados da produção de sociabilidades, em que as interações comunicativas engendraram uma penetração cultural dos sentidos de saúde produzidos pela ciência.

Os hospitais que recolhiam e realizavam assistência aos pobres na Idade Média foram completamente transformados a partir de avaliações de sua ineficácia para o cuidado das doenças. M. Foucault (1979/1993) nos livros *O Nascimento do Hospital* e *a Política da Saúde no Século XVIII* relata análises de hospitais ingleses e franceses entre os anos de 1775 e 1780 como descrições de aspectos arquitetônicos, funcionais e econômicos. Nestas análises os hospitais eram criticados por apenas atenuarem, ou muitas vezes agravarem e multiplicarem as doenças, apesar de mobilizarem grandes somas de dinheiro para manter os pobres ociosos, sem de fato retomar sua capacidade produtiva.

O modelo de inteligibilidade sobre as doenças no séc. XVIII era a biologia, especialmente a botânica classificatória, privilegiando seu sentido natural e responsabilizando o meio externo por causá-las. O exame das “trajetórias espaciais seguidas pela roupa branca, lençol, roupa velha”, de “quem os transporta e onde são transportados, lavados e distribuídos” passou a gerar hipóteses sobre causas e consequências dos agravos e a construção de sentidos patológicos (FOUCAULT, 1979/1993, p. 100). A observação, portanto, tinha objetivos classificatórios na intervenção médico-hospitalar, que consistia em propiciar um ambiente artificialmente controlado, em condições ideais do ar, água, temperatura e alimentação, retirando “a realidade

de sua apresentação clínica inicial” (CANGUILHEM, 1904/2005, p.28). Os hospitais militares serviram de modelo para esta reorganização disciplinar envolvendo redistribuição espacial, a vigilância, e especialmente, o registro sobre o indivíduo, para que se pudesse observar a evolução da doença.

Já em *O nascimento da clínica*, Foucault (1963/1977) reforça o entendimento sobre a importância da instituição hospitalar como dispositivo da medicina clínica. A transformação do leito do doente no hospital em “campo de investigação” promoveu uma nova mudança na busca das causas das doenças, da medicina classificatória à anatomoclínica no séc. XIX (FOUCAULT, 1963/1977, p. 2 cap 1). Afirmo que, neste contexto, o médico passou a agir calcado em novos saberes, no uso sensorial de olfato, tato e toque no ato de examinar, como “uma nova *experiência* da doença, que oferece a possibilidade de uma retomada histórica e crítica daquela que rejeita no tempo” (FOUCAULT, 1963/1977, p. 14 prefácio).

O dispositivo da clínica se refere a reformulação da técnica do “colóquio singular”, momento em que o médico se comunicava com o paciente. Este momento passou a ser caracterizado não mais pelo “velho humanismo médico”, mas pela formulação por parte do médico de “uma ideia objetiva e completa” a partir de uma observação como a “dos astros ou de uma experiência de laboratório” (FOUCAULT, 1963/1977, p.13/14 prefácio, *grifo meu*). O médico deve passar a “abstrair o doente”, subtraindo a singularidade de sintomas “fortuitos”, muitas vezes relacionados ao temperamento ou a idade, que poderiam atrapalhar a objetividade da observação que deveria se centrar, portanto, no médico (FOUCAULT, 1963/1977, p. 14 cap.1). Para o autor a transformação se expressa:

Na mudança ínfima e decisiva que substituiu a pergunta ‘O que é que você tem?’, por onde começava, no século XVIII, o diálogo entre o médico e o doente, com sua gramática e seu estilo próprios, por esta outra em que reconhecemos o jogo da clínica e o princípio de todo seu discurso: ‘onde lhe dói?’. A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala (FOUCAULT, 1963/1977, p. 13 *prefácio*).

Eram consideradas como não científicas, as teorias e métodos não objetivos que recorressem a inferências ou interpretações do que era dito pelo paciente, sendo preciso eliminar as tentativas de compreensão da singularidade das situações vividas e os aspectos culturais de seus entendimentos sobre as mesmas. Deste modo, os sintomas apenas eram valorados quando pudessem ser devidamente articulados pelos aspectos obtidos no exame somático. A leitura do cadáver permitiria confirmar as construções realizadas pelo olhar clínico,

relacionando a narrativa clínica ao discurso da anatomoclínica: “O registro do sintoma, onde se enunciava o discurso do doente, perdeu o privilégio ante o registro do signo, pelo qual se objetivava o ser da enfermidade na materialidade anatômica do corpo” (BIRMAN, 2014, p.26).

O modelo biomédico é a matriz cultural que sistematiza no século XVIII este conjunto de valores, conhecimentos e práticas que se consolidou durante os séculos XIX e XX, tendo como principais características a ênfase no biologicismo, na medicina curativa e o cuidado individual realizado no hospital (SILVA JUNIOR, 2007; PAIM, 2012). A institucionalização das ciências com a organização de universidades e de centros de pesquisas em vários países serão responsáveis pela profissionalização da medicina, e posteriormente, das demais profissões da saúde, que a tomam como referência. A anatomoclínica francesa e em seguida a medicina experimental alemã foram os primeiros modelos formativos, correspondendo a formação de generalistas e especialistas (FREIDSON, 1985; EDLER, PIRES-ALVES, 2018).

Assim como as disciplinas, o trabalho em saúde foi se tornando cada vez mais parcelado, como um conjunto de práticas independentes utilizando arsenal tecnológico cada vez mais complexo (PEREIRA NETO, 2000). Há correspondência entre a divisão em especialidades médicas e a divisão dos sistemas do corpo humano: “o sistema respiratório é território dos pneumologistas; o gastrointestinal, dos gastroenterologistas e o sistema nervoso central, dependendo do ângulo que se tome, é dos neurologistas ou dos psiquiatras” (CAMARGO JR., 2005, p.183).

O mercado médico inicialmente era dedicado às clientelas privadas, proporcionando um cuidado centrado “no exame, no diagnóstico e na terapêutica individual na exaltação explicitamente moral e científica (secretamente econômica) do ‘colóquio singular’” (FOUCAULT, 1976/2003, p.357). Buscava assumir um sentido curativo no cuidado clínico que somente foi ratificado posteriormente, com a invenção da terapêutica farmacológica. O mercado Industrial Assistencial Privatista e posteriormente o Complexo Industrial da Saúde se organizaram a partir de procedimentos e serviços em redes de atendimento centralizados no hospital (PAIM, 2012; OLIVEIRA MENDONÇA & CAMARGO JR, 2012). Valores como a livre escolha do usuário e a incorporação de técnicas e recursos tecnológicos constantemente aprimorados (submetidos à racionalidade médica) passaram a ter grande influência no mercado e na formação em saúde, em detrimento da experiência clínica pessoal e da autonomia (SCHRAIBER, 1997). Apesar disso, estes valores persistem como um sentido residual nas

práticas³⁴ no caso das profissões de saúde, especialmente da medicina (BULCÃO & SAYD, 2003).

A influência das ciências humanas e sociais nos estudos sobre saúde e adoecimento já traziam contribuições às práticas de saúde em disciplinas como a demografia, a geografia humana e na história antes mesmo do séc. XIX (LUZ, 2011). Sua relevância para os estudos da saúde é registrada a partir do século XX, especialmente após a Segunda Guerra Mundial (NUNES, 2003; LUZ, 2011), além da grande importância marcada a partir do contexto de transição epidemiológica que se anuncia desde o início do século XXI, que mobiliza críticas aos saberes e práticas de saúde.

Apresento, na seção seguinte, contribuições das ciências humanas e sociais na elaboração de matrizes conceituais e interacionais na saúde, especialmente em críticas ao modelo biomédico e seus dispositivos. Discuto, no entanto, algumas concepções que serviram para reforçá-lo, e outras que estabeleceram relações, misturas, confluências nas estruturas formais de conhecimento e nas práticas.

2.2 Ciências humanas e sociais: conciliações e disputas em conceitos e modelos

As ciências humanas e sociais associadas a movimentos vinculados às ciências da saúde, irão apoiar ou criticar entendimentos sobre saúde e suas práticas na sociedade. Perspectivas vinculadas ao positivismo conciliam sentidos de neutralidade e padronização da linguagem científica com enfoques das doenças como fenômeno coletivo. Alguns enfoques ressaltam que a capacidade de contágio ou transmissão das doenças pode ser quantificada e relacionada diretamente a condições de vida objetivas “anormais”, decorrentes da organização da sociedade (CZERESNIA et al., 2013, p.43).

Tomo como exemplos da influência deste tipo de entendimento a emergência da epidemiologia e sua importância tanto no Movimento Higienista quanto no Modelo Campanhista no Brasil. Combinando o uso da estatística, da clínica patológica e o enfoque coletivo da medicina social, a epidemiologia criou técnicas de análise de transmissão das doenças que atingem as populações. Apoiou o Movimento Higienista a partir da segunda metade do século XIX na organização das cidades, ditando o que seria o normal para o "bem viver", ordenando e normatizando também as famílias e as casas, com intervenções desde os

³⁴ Faço referência à categoria de sentido residual de Williams (1979) apresentada no capítulo 1. As categorias dominante, residual e emergente podem ser utilizadas para analisar diferentes temporalidades e origens que se apresentariam em processos culturais.

cômodos da habitação até às vestimentas, alimentação, educação e deveres sociais dos indivíduos (COSTA, 1979). No Modelo Campanhista, importante dispositivo da Saúde Pública brasileira, apoiou a construção de um conjunto de estratégias de intervenção ao longo do século XX como a concepção das vacinas e seu uso em campanhas sanitárias. Mesmo que buscassem o enfrentamento de precárias condições de saúde, inserindo novos hábitos na população, suas ações não buscavam transformar as características econômicas dos diferentes grupos a que se destinava. Os objetivos eram criar um clima favorável à atuação da Saúde Pública e produzir consenso sobre o perigo de enfermidades (CARDOSO, 2002).

Cardoso (2002) narra o uso da propaganda na saúde com base no Modelo Instrumental de Comunicação, utilizado na comunicação de massa, com o advento das campanhas educativas com temas sanitários que promoviam comportamentos associados à saúde das populações. Nas palavras da autora:

Educar, higienizar, sanear estavam na ordem do dia, não apenas em intervenções técnicas, embora não prescindissem desta prerrogativa. Eram ações indispensáveis à salvação nacional, oriundas do saber científico e portadoras de uma pedagogia civilizatória capaz de plasmar uma nova percepção da realidade, romper com o passado colonial e introduzir comportamentos e atitudes conformes ao ideário de ordem e progresso (CARDOSO, 2002, p. 19).

As campanhas de saúde, portanto, são apontadas como exemplos de práticas vinculadas aos saberes médicos que inicialmente incluíam formas policialescas e coercitivas (especialmente para a população pobre) como a perseguição de mendigos, intervenções nas estruturas espaciais das cidades e depois também formas direta ou indiretamente educativas, como regulamentos de circulação, procedimentos de fabricação, regras de higiene das ruas (FOUCAULT, 1977/2011).

A partir de então, o “binômio ignorância / maus hábitos” é uma forma simplificada de generalizar diferentes formas de “resistência ao saber cientificamente orientado”, levando as práticas educativas e de propaganda a privilegiar a voz do “emissor” que deseja modificar “más” condutas, perpetuando o estereótipo da população como receptora carente e ignorante (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.42). Pouco se considera o ‘receptor’ como sujeito ativo nos processos comunicativos; ele geralmente é apenas um número em estatísticas sobre a apreensão de conteúdos, secundarizando contextos culturais e situacionais em que circulam diferentes interpretações e usos. Não se leva em conta aspectos socioculturais dos diferentes grupos que produzem e a quem se destina a comunicação (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

É possível considerar mais continuidade que mudança com relação à racionalidade científica que orienta o modelo biomédico, levando em conta a verticalização destas concepções e ações. Importantes críticas ressaltam o crescente envolvimento médico em problemas sociais, que só aparentemente são removidos do “escrutínio religioso e legal” (e das consequências morais e punitivas), e alocados no “escrutínio médico e científico” (produzidos por circunstâncias “objetivas” e solucionados por condutas médicas), o que não teria sido efetivamente realizado (ZOLA, 1971, p.488). Este processo social é compreendido a partir da noção de medicalização da sociedade, relevante nos estudos críticos do campo da sociologia da saúde, especialmente a partir dos trabalhos de Ivan Illich (1975) e Zola (1971). Este conceito aborda os modos como a medicina e outros saberes da saúde, apoiados pelas abordagens positivistas e funcionalistas das ciências sociais e humanas, produzem rótulos do que é "saudável" e "mau" para uma parte crescente da existência humana (ZOLA, 1971; GOOD, 1981; CONRAD, 2013, 2015).

As concepções racionais e políticas vinculadas à ciência não foram acompanhadas de condições igualitárias de participação na vida social para balizar propostas de mudança. Perpetuaram-se as justificativas de moralização e punição como formas de garantir as mudanças nos comportamentos e nas relações sociais, que na modernidade deveriam ter sido substituídos por padrões considerados mais racionais ou civilizados. Os indivíduos ou populações que não conseguiam ou não desejavam adotar tais padrões passaram a receber o rótulo de “vulneráveis”³⁵ ou de “doentes”, noções atribuídas a razões físicas, psicológicas ou sociais, mas que não necessariamente promovem benefícios às pessoas classificadas por elas.

Condições de má alimentação, fadiga e sobrecarga de trabalho, por exemplo, tornam algumas pessoas suscetíveis a determinadas doenças, podendo ser confundidas com as próprias doenças e tratadas por via medicamentosa. Mesmo que de algum modo sejam solucionadas, podem promover rótulos de incapacitação e fracasso nos indivíduos. Estigmatizado, “forçado” a procedimentos médicos, confinado em instituições, é “difícil para o paciente não ver o que está acontecendo com ele como punição” (ZOLA, 1971, p.490). Mesmo que proponha uma mudança no sentido curativo, o viés educativo das ações médicas pode ampliar ainda mais o sentido punitivo nas práticas propostas para determinados grupos ou populações.

³⁵ Os conceitos de predisposição e risco atualmente conduzem as formas de definir estas vulnerabilidades, promovendo culturalmente a busca por intervenções no presente visando o futuro. Modulam ações entendidas como escolhas autônomas, que, no entanto, seriam novas obrigações morais. Importantes estudos como os de Lupton (1999) e Castiel (2010) abordam este tema.

Outras pesquisas criticaram o poder da biomedicina como detentora das formas de entender e tratar as doenças. Perspectivas interpretativas, críticas e construcionistas na História da Saúde, na Antropologia, na Sociologia das ciências e nos Estudos Culturais, constituíram novas matrizes culturais que passaram a mediar a experiência e o conhecimento sobre a saúde (GOOD, 1994; HELMAN, 2003). Entendemos, a partir da leitura de M. Barbero (1997/2009), que construíram institucionalidades, tecnicidades, ritualidades e sociabilidades, sendo reforçadas e/ou modificadas nas práticas comunicativas desde então. Inauguram campos de investigações e práticas na Psiquiatria, na Psicanálise, na Saúde Coletiva e na Saúde Mental, em disputa com as abordagens tradicionais (ENGEL, 1977; LUZ, 2011; LUPTON, 2012). Lançam novos olhares sobre a experiência humana e propõem interpretações do sofrimento em diferentes culturas, sobre práticas profissionais e populares de cuidado em saúde (GOOD, 1994; HELMAN, 2003), problematizam categorias como normal, anormal, patológico (CANGUILHEM, 1982; BIRMAN, 2005). Ressalto as contribuições de Good (1994) e Helman (2003) na antropologia como clássicas no entendimento da medicina como um sistema de crenças e práticas moralizantes. Denunciam que este sistema que não apenas avaliza valores e ideologias como "desigualdades de gênero", "classe social" e "origens culturais", mas contribuiria para definição de contornos e manutenção de seu próprio poder (HELMAN, 2003, p. 84). Sua linguagem seria responsável por traduzir dimensões morais e sociais como sofrimento, a fome e a miséria, em sintomas de doenças, utilizadas como categorias supostamente universais, com o apoio das ciências empíricas ou naturais e das tecnologias de cura, potentes componentes do modelo biomédico, travestidas de linguagem neutra e padronizada (GOOD, 1994).

A universalidade dos modelos e explicações biomédicas foi criticada também na Psiquiatria, fortalecendo os determinantes sociais e psicológicos como elementos inerentes ao processo saúde-doença. Neste contexto foi formulado o entendimento do ser humano como intrinsecamente relacional, numa concepção biopsicossocial. Em um clássico artigo, Engel (1977), psiquiatra americano, critica o modelo biomédico como matriz cultural dominante e “dogmática” na saúde:

O fato histórico que temos que enfrentar é que na sociedade moderna ocidental a biomedicina não só oferece a base para o estudo científico da doença como se tornou nosso referencial cultural sobre a doença, que é nosso ‘folclore’. É certo que o modelo biomédico é atualmente o referencial cultural dominante no ocidente, um imperativo cultural, ganhando o estatuto de um dogma, já que os dados que não se encaixam no paradigma devem ser excluídos (ENGEL, 1977, p.196).

Para o autor, o modelo biomédico tem duas características principais: o reducionismo (fenômenos complexos são derivados de princípios primários) e o dualismo mente-corpo, valorizando a observação e sistematização de componentes mensuráveis das doenças. Contudo, Engel (1977) formula um novo modelo de compreensão “sem sacrificar as vantagens do modelo biomédico”, considerando que fatores biológicos determinariam certas características da doença, complementados por fatores sociais e psicológicos (ENGEL, 1977, p.196). Estes determinariam, por exemplo, o momento em que o indivíduo adocece ou a ocasião em que busca o serviço de saúde e aceita o cuidado oferecido. Contudo, as fronteiras entre saúde e doença são “borradas” quando se passa a considerar as diferenças entre a compreensão do médico e a do paciente, podendo ser ilustradas nos termos em inglês “disease” (conceito de doença) e “illness” (sensação de estar doente) (CZERESNIA et al., 2013, p.15). O Modelo Biopsicossocial vai servir de fundamento para a promoção da multidisciplinaridade no ensino e nas práticas de saúde.

Outra abordagem crítica que pode apoiar práticas complementares ou substitutivas ao modelo biomédico é a Medicina Preventiva. É um importante exemplo de matriz conceitual que emerge entre as décadas de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá, e origina uma concepção de causalidade das doenças que vai apoiar intervenções de viés educativo (CZERESNIA et al., 2013), incluindo os dispositivos da APS. O conceito de prevenção propõe níveis³⁶ para a antecipação de ações sobre condições sociais e ambientais entendidas como causadoras de doenças. Tais entendimentos se desdobram em medidas para substituir o foco curativo e o uso de tecnologias de alto custo, mas acabam por alargar as possibilidades de intervenções e o escopo do processo saúde-doença.

O sentido preventivo do cuidado, em sua concepção, disputa pela compreensão das doenças como fenômeno estritamente biológico, em uma compreensão integral de momentos do processo saúde-doença. A partir da ênfase da perspectiva da economia política, o sentido preventivo recai nas razões socioeconômicas para as disparidades nos problemas de saúde que causam dificuldades de acesso ao cuidado, além de questões ambientais e políticas mais amplas que implicariam em mudanças da sociedade. No entanto, agregado estritamente às práticas da atenção, sem considerar como prioritária a interface com outros campos de atuação, o sentido

³⁶ A prevenção primária se refere às ações antes da doença se estabelecer, pensadas como “promoção da saúde” (ou desenvolvimento de uma “boa saúde”) ou como proteção específica (dirigidas a determinados agentes patológicos). A prevenção secundária se refere ao diagnóstico e tratamento precoce e a limitação dos aspectos que causam improdutividade ou invalidez. Já a prevenção terciária se refere às ações de reabilitação (CZERESNIA et al., 2013, p. 61-62). Os níveis de prevenção primária, secundária e terciária são elementos da matriz da Atenção Primária, que nortearão o desenho da Rede de Atenção em Saúde no SUS.

preventivo pode ser complementar na organização dos serviços de saúde na perspectiva liberal (PAIM, 2012). Tomado como estruturante de uma lógica médico-sanitária, irá apoiar a reivindicação de mudanças de investimentos financeiros nas práticas do cuidado, fortalecido pelas críticas ao alto custo do modelo assistencial curativo.

As críticas ao modelo biomédico ganham evidência no início do século XXI, em um contexto de transição epidemiológica na saúde. O aumento da expectativa de vida e a diminuição nas taxas de mortalidade e natalidade transformam os perfis populacionais em países da Europa ocidental e EUA. No Brasil, a mudança se apresenta de um modo diferente:

Combina uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular expressa na tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença fortemente hegemônica das condições crônicas (MENDES, 2012, p.21).

A transição epidemiológica é diferente nos países latino-americanos pois a alta mortalidade por doenças infectocontagiosas coexiste com as chamadas enfermidades crônico-degenerativas (de longa duração) e com as causas externas (homicídios, acidentes, etc.), que respondem por uma grande parcela das mortes entre adultos jovens (CZERESNIA et al., 2013). O aumento na demanda nos serviços de saúde é um fator que, desde então, passa a pressionar os governos a adoção de novos tipos de ações, equipamentos e intervenções de saúde (VIANNA & DAL POZ, 2005). Mudanças necessárias são indicadas, originando direta ou indiretamente políticas alternativas e novos modelos de atenção.

No bojo da proposição de concepções que preconizam mudanças, preocupações sobre a promoção da saúde começaram a atualizar as discussões sobre o estabelecimento de relações entre saúde e condições de vida das populações, fundando novos modelos analíticos, calcados na epidemiologia. O conceito de Promoção da Saúde é instituído na Carta de Ottawa, cidade canadense que desenvolveu uma tradição nas pesquisas e políticas sobre o tema desde os anos 1970, sediando a I Conferência Internacional em 1986 (CZERESNIA et al., 2013). Políticas de Estado passam a incluir orientações de investimento do sistema de saúde em ações intersetoriais e para o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis nas comunidades e nos indivíduos. Padrões de consumo, atividades ocupacionais e aspectos considerados como decisões individuais também determinariam a saúde, assim como fatores biológicos e ambientais (incluídas as dimensões física, social e psicológica). Nos dispositivos a que são associados, comportamentos de autocuidado são entendidos como algo a ser ensinado, passando a ser responsabilidade dos indivíduos adotá-los. ‘Maus-hábitos’ passam a ser associados a desinformação, retirando a relevância das diferenças culturais na construção de hábitos.

Deste modo, os conceitos de comunicação e educação vinculados ao viés verticalizado do modelo informacional podem ser novamente apontados na implementação de políticas públicas de saúde e em muitas das práticas de promoção, que nem sempre têm o sucesso esperado (ARAÚJO & CARDOSO, 2007). O contexto de crise do Estado de Bem-Estar Social e de ascensão do neoliberalismo também é apontado como fator interveniente por alguns autores como motivador da participação de movimentos sociais e retirada da responsabilidade do Estado quanto à manutenção de condições de vida e de saúde das populações (LUPTON, 2012).

Ações de educação fundamentadas na promoção da saúde, entretanto, podem constituir-se em efetivas trocas de saberes entre profissionais de saúde e comunidades, no entendimento e atuação conjunta sobre os determinantes sociais e culturais da saúde individual e local. Há, tanto no que se refere às práticas vinculadas à atenção, quanto na influência política e legislativa de profissionais de saúde e usuários, exemplos locais e nacionais de mobilização cultural em aspectos como alimentação, habitação, saneamento, trabalho, educação, ambiente físico e social no entendimento da causalidade das doenças (GODIM et al., 2009; MENDES, 2012). Para abordar a realidade social a partir da complexidade, equipes de trabalho dos projetos de saúde começaram a incorporar profissionais de diferentes disciplinas, que deveriam dialogar e construir equipes de saúde e/ou coletivos intersetoriais, a partir de diferentes perspectivas buscando construir práticas em comum.

Portanto, é possível destacar nas matrizes da prevenção e promoção da saúde a ênfase nas condições econômicas, sociais, demográficas e geográficas do adoecimento em detrimento da centralidade dos aspectos biológicos do corpo individual. Além disso, diferentes propostas apostam na busca da participação comunitária e de outros setores na redefinição de sentidos do cuidado, alinhadas com mudanças nas instituições tradicionalmente legitimadas na produção das práticas de saúde. No entanto, as matrizes em si não garantem a compreensão dos diferentes atores sobre os processos sociais e históricos implicados nas doenças ou na mobilização de práticas dialógicas.

Outras matrizes buscam racionalizar as práticas de saúde, mas mantendo o foco biomédico, reforçando o apoio na ciência, em detrimento da experiência clínica pessoal e da autonomia profissional. A Medicina Baseada em Evidências (MBE) surge atualmente como um movimento da epidemiologia clínica anglo-saxônica e na Universidade McMaster no Canadá no início dos anos noventa (CASTIEL, 2002). De acordo com esta matriz conceitual, só deveriam ser rotineiramente adotados métodos aprovados em estudos clínicos e estudos

epidemiológicos que os fundamentam (CASTIEL, 2002; CZERESNIA et al., 2013). Castiel (2002) salienta interessantes aspectos discursivos vinculados a construção e uso da expressão "Medicina Baseada em Evidências": A palavra 'medicina' no lugar de 'clínica' é substantivo de maior amplitude e recebe uma "locução adjetiva de indiscutível efeito retórico". 'Baseada' veicula a ideia de solidez, como 'fundação/fundamento' que será constituído pelo elemento sensorial humano 'vidência' considerado mais fidedigno, para testemunhar "fatos que poderão ser, então, evidenciados como 'verdades' "(CASTIEL, 2002, p.118).

Atualmente a MBE assume papel de destaque, influenciando as condutas médicas significativamente, reforçando o sentido de padronização e tornando o enfoque "eminente vinculado às tradições da razão cientificista" (CASTIEL, 2002, 118). O estabelecimento de protocolos padronizados baseados em evidências visa conciliar o controle econômico e científico nos sistemas de saúde, buscando evitar condutas baseadas unicamente na experiência clínica, que guardariam maior suscetibilidade ideológica e subjetiva:

Se a Medicina é vista por alguns como uma mescla de 'ciência' e 'arte' (poder-se-ia até dizer 'artesanato', no qual o mestre-artesão se constituiria como autoridade, expert (perito) na sua especialidade), a MBE reforçaria bem mais a dimensão 'ciência', para evitar os riscos de erros em decisões baseadas em intuições originárias na experiência acumulada, conferida somente pela mestria nas 'artes clínicas' (CASTIEL, 2002, p.119).

Algumas contribuições das ciências humanas e sociais tensionam a padronização das práticas de saúde em busca de resgatar a dimensão humanística e singular do cuidado. O propósito da Medicina Baseada em Evidências pode colidir com a realidade da atenção, a partir do entendimento de que o adoecer conjuga determinantes biológicos, psicológicos, sociais, culturais, que expressam singularidade. Czeresnia et al. (2013) salientam que "os protocolos são necessários por razões relativas à regulação coletiva, social e jurídica da prática médica, mas não podem substituir o juízo clínico" (CZERESNIA et., 2013, p.67). Apesar da forte influência da padronização nas práticas e do que ela pode oferecer de benefícios, não se deve sobrecarregar ou retirar a autonomia e a responsabilidade dos atores sociais nas interações nas práticas de saúde, que devem buscar o equilíbrio entre liberdades individuais e comprometimentos coletivos.

Irei adiante discutir mediações e sentidos das matrizes conceituais e interacionais da Atenção Primária em Saúde como um importante exemplo que privilegia as concepções de prevenção e promoção em um modelo de práticas constituído a partir da influência das ciências humanas e sociais. Continuarei com o propósito de sublinhar apontamentos sobre efetivas

mudanças avaliadas nas matrizes conceituais e nas práticas, com indicações de negociação e complementaridade com o modelo biomédico.

2.3 A Atenção Primária em Saúde, os atributos de Starfield e os dispositivos da educação em saúde e da atenção nos territórios

Diferentes mediações conformaram políticas e demais ordenamentos sobre saúde que tornaram a Atenção Primária à Saúde (APS) um modelo que veio a disputar com o modelo biomédico no ordenamento de sistemas universais. É possível conceber a APS como uma matriz que se constituiu a partir de diferentes abordagens conceituais que agregaram dispositivos ao longo do tempo, compondo um modelo em que muitos profissionais de saúde puderam se reconhecer e modular sua atuação. Alguns críticos pontuam que a “imprecisão da expressão Atenção Primária” mobiliza ainda hoje a mistura de concepções, diferenças com relação às prioridades nas ações, “posições e interpretações para todos os gostos, interesses e políticas” (PAIM, 2012 b, p.343).

Mas, seria possível pensar em uma concepção uniforme diante da diversidade de mediações que atravessam a formulação da APS e dos contextos em que é apropriada? Versões mais pragmáticas (conservadoras dos padrões biomédicos de cuidado) e versões mais transformadoras (impulsionadoras de sistemas universais de saúde), orientaram políticas e programas que compuseram diferentes desenhos estruturais. Elas se relacionam a matrizes conceituais e a dispositivos permeados por sentidos que as transformam constantemente.

No que se refere a organização dos serviços, experiências de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada centrada no trabalho de médicos generalistas (General Practitioners – GPs) foram citadas no Relatório Dawson, elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido em 1920³⁷. O termo Atenção Primária em Saúde (APS) teria sido usado em uma nova perspectiva de divisão de serviços de saúde por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida (LAVRAS, 2011). O centro de saúde seria responsável pelo nível primário de assistência, sendo os médicos generalistas ou médicos de família, os responsáveis por oferecer serviços médicos preventivos e curativos em âmbito local, em cooperação com serviços de enfermagem e apoio de especialistas (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

³⁷ Há pesquisas que afirmam, contudo, que a expressão 'Primary Care' teria sido utilizada inicialmente por White (1961), valorizando o cuidado prestado por médicos generalistas em detrimento do realizado por especialistas (GODIM et al., 2009).

No entanto, foi a Declaração de Alma-Ata de 1978 que primeiro sistematizou a proposta da APS como uma nova concepção de atenção à saúde a ser preconizada em escala global. A declaração sintetizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela United Nations Children's Fund (UNICEF), na cidade de Alma-Ata (localizada na república do Cazaquistão, antiga União Soviética). Num contexto histórico de forte influência de governos social de democratas europeus, a conferência pautou o debate da saúde como bem público, apontando para uma agenda ampliada em que “nova ordem econômica internacional” buscasse reduzir as disparidades entre os países centrais e os chamados países do terceiro mundo (GIOVANELLA et al, 2019, p.2). O documento expressa uma “necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo” (OMS/UNICEF, 1978, p.1).

Para isso, a APS deveria ser o carro-chefe dos sistemas de saúde. Em Alma-Ata foram consensuados o que seriam ‘cuidados primários de saúde’ a serem desenvolvidos especialmente nos países em desenvolvimento. A declaração os define de forma ampla, deixando margem para cada país optar pela melhor forma de implantação, incluindo papel do Estado, tipo de cobertura e concepção sobre direitos sociais:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS/UNICEF, 1978, p. 1/2 grifo meu).

Exemplos de cuidados essenciais referem-se tanto à provisão de saneamento básico e acesso a alimentação entendida como apropriada, à educação sobre problemas prevalentes de saúde e acesso a métodos de controle de doenças. O enfoque buscava superar o modelo curativo, minimizando a necessidade de tecnologias dispendiosas no cuidado e a superespecialização dos profissionais de saúde. Por seu alto custo e considerando a transição epidemiológica em todo o mundo, as práticas hospitalares foram avaliadas como inadequadas às principais necessidades

de saúde das populações, sendo necessário induzir ações que os países e comunidades pudessem arcar (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012). Os sentidos de territorialidade, integralidade e longitudinalidade do cuidado estão presentes na definição, relacionados aos locais em que se realizam as ações; a atenção que leva em conta determinantes sociais e psicológicos ao invés do foco na causalidade biológica, no trabalho de longo prazo (ao invés do foco em ações emergenciais), e a continuidade das ações de saúde no tempo, incluindo outros níveis de complexidade de atenção estabelecidos atualmente como redes de atenção. Estes sentidos estarão presentes na formulação dos atributos da APS, como veremos adiante no texto.

No entanto, é possível ressaltar que práticas preventivas e educativas como abordagens alternativas aos procedimentos individuais que pretendiam gradativamente tomar o lugar de intervenções curativas, necessitavam de um "espírito de autoconfiança e automedicação", reforçando a autorresponsabilização. Destaco também o sentido de equidade, na preocupação da garantia de atenção à saúde a todos, já que os serviços especializados não são acessíveis a maioria.

A declaração se baseia no sentido de saúde ampliada, definida como “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1946, p.1). Esta definição alarga o espectro de setores a serem envolvidos nas ações de saúde, apontando para novas possibilidades de intervenção. Cabe também problematizar que, ainda que haja benefício em contemplar necessidades de saúde ‘silenciosas’, não identificadas como determinantes de saúde (como condições de moradia e trabalho insalubres, por exemplo, ou necessidades psicológicas não mencionadas pelos próprios usuários), o sentido de saúde ampliado pode também ‘criar’ novas necessidades de saúde. Deste modo, pode motivar práticas veladamente moralizadoras, sem buscar articulações entre saberes científicos e populares ou o equilíbrio entre liberdades individuais e comprometerimentos coletivos. Concordo com Czeresnia et al. (2013) quando afirmam que ambas as definições (Saúde Ampliada e Cuidados Primários) assim como apresentadas na declaração, consideram um ‘estilo’ ou ‘tipo ideal’ de sujeito e de ação de cuidado e não contemplam as diversidades, singularidades, o dinamismo das diferentes etapas da vida humana, das culturas e das relações sociais na atenção em saúde (CZERESNIA et al., 2013).

A concepção de Atenção Primária à Saúde (APS), concebida em Alma-Ata, contempla três componentes: o acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde, a indissociabilidade da saúde do desenvolvimento econômico-social (reconhecendo, portanto, determinantes sociais da saúde); e a participação social (GIOVANELLA, 2009). A

Conferência de Alma-Ata e o modelo de Atenção Primária desenhado em sua declaração consideram o sentido de APS abrangente e integral como um dos sentidos da APS contemporânea (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; PAIM, 2012; FAUSTO et al, 2018). Surge como tentativa de centralizar o cuidado de saúde não em tecnologias e doenças, mas em territórios, podendo abranger intervenções em indivíduos, famílias e comunidades. O propósito da APS se opõe a um modelo de saúde orientado para a patologia e para tecnologia, baseado em intervenções avaliadas como pouco eficazes às pessoas, custosas para o sistema, ou danosas para ambos (PAIM,2012).

Contudo, nos anos que se seguiram à Alma-Ata, uma retomada conservadora e neoliberal teria motivado a interpretação do que se poderia entender como cuidados primários a partir da estratégia GOBI (Growth Monitoring of Young Children, Oral Rehydration Therapy, Promotion of Breast Feeding, and Immunization), voltada à saúde materno-infantil (GIOVANELLA et al, 2019). Esta forma de priorizar um pacote de serviços institui o sentido de APS seletiva (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; PAIM, 2012; FAUSTO et al, 2018). A tecnificação do sistema hospitalar não entrava em debate, sendo apenas acrescentadas as cestas de cuidados mínimos para a melhoria da saúde da população, ou seja, atuando em alguns determinantes da saúde, mas de forma limitada e diretiva. Sua origem é atribuída aos governos Kennedy e Johnson, nos anos 1960 nos EUA “quando floresceram os programas de medicina comunitária para aliviar tensões sociais acumuladas pelas lutas dos negros americanos contra o racismo” (PAIM, 2012, p.344). Levadas posteriormente para diversos países por fundações americanas (especialmente Kellogg e a Rockefeller), organismos internacionais (UNICEF e OMS) e através da Igreja Católica, as estratégias de "APS seletiva" passam a ser compreendidas como formas de redução das tensões sociais causadas pelo capitalismo, congregando interesses de diferentes grupos e minimizando disputas.

Nas décadas de 1980 e 1990 difundiram-se na América Latina estes pacotes mínimos de serviços de APS, direcionados a populações em extrema pobreza e a grupos específicos como o materno-infantil. Com isso, culturalmente se fortaleceu a associação da APS ao sentido de intervenção sobre a pobreza, também enunciado nas expressões “guerra contra a pobreza”, “medicina simplificada para gente simples”, “intervenções pobres para pobres” e “atenção primitiva de saúde”, presentes na literatura (DONNANGELO, 1976; TESTA, 1992; PAIM, 2012). A partir de uma perspectiva crítica no campo da saúde coletiva, estes autores ressaltam a medicalização da sociedade no capitalismo, tendo sido conduzida em muitos contextos pela APS.

Três linhas principais de interpretação de atenção primária à saúde, portanto, foram concebidas a partir de Alma-Ata, de acordo com Giovanella & Mendonça (2012):

1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; 3) de forma abrangente, uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012, p.576).

Nos países europeus, a expressão designa normalmente os serviços ambulatoriais de primeiro contato que são integrados a um sistema de saúde universal, implementados com diferentes características³⁸, mas mantendo a premissa de oferecer saúde pública a toda a população do país. Apesar de constantes ameaças oriundas de setores pró-mercado e pró-setor privado, com propósitos de redução do Estado e de contenção dos sistemas de proteção, às as mudanças nos sistemas nacionais de saúde e na APS não parecem ter modificado a prevalência cultural neste sentido. Já nos países 'periféricos', o sentido prevalente seria ainda de APS seletiva (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012), apesar das tentativas de mudança. Paim (2012) atribui esta divisão a determinantes econômicos e políticos, mais proeminentes que interesses ideológicos ou acadêmicos:

Para além das lutas ideológicas ou teóricas em torno desse 'constructo', existe o poder econômico do capital e o poder político dos Estados submetidos a uma dada ordem mundial que determinam, em última análise, a direcionalidade das intervenções em saúde (PAIM, 2012, p.345).

Enfatizo que, mesmo que se possa atribuir uma direcionalidade no sentido de APS seletiva nas práticas em países como o Brasil, ela não deve ter como efeito uma análise generalizante. Compreendê-la como sentido hegemônico não implica num entendimento fatalista, ou numa concepção de uniformidade das práticas. Apoiada nos estudos de Castoriadis (1991), Williams (1979) e M. Barbeiro (1997/2009), entendo que os aspectos econômicos e políticos não são suficientes para analisar de forma pormenorizada a construção de interações que envolvem as práticas de APS nos diversos municípios brasileiros e em cada unidade de saúde. Os autores indicam o quanto é simplista pensar em dominantes e dominados, reduzindo

³⁸ Os sistemas de saúde baseados em princípios universalistas, na Europa e América Latina, são apresentados por Paim (2019) de acordo com a seguinte classificação: a) público bismarkiano, apoiado em seguros sociais (França, Alemanha e vários países da América Latina); b) público beveridgiano, com financiamento fiscal e prestação majoritariamente pública de serviços (Reino Unido, Portugal, Espanha, Itália, Brasil etc.); c) monopólio estatal com financiamento e prestação públicos (Cuba). Os sistemas de saúde orientados formalmente pelo mercado são classificados como: tipo orientado para o mercado, 'residual' ou do livre mercado (EUA, Holanda e Suíça), tendo seus desdobramentos posteriores denominados como 'competição gerenciada' e/ ou 'pluralismo estruturado', com separação entre financiamento, prestação de serviços e regulação (Colômbia e México) (PAIM, 2019, p.18)

a multiplicidade do espaço social e da produção cultural. Portanto, no que se refere ao modelo da APS e suas práticas, entendo ser mais vantajoso buscar compreender tendências, transformações e diversidade mediadas por múltiplos fatores em diferentes locais e contextos.

Uma importante referência na tentativa de uniformização da matriz conceitual apoiada nos sentidos abrangente e integral da APS é o trabalho da médica e pesquisadora norte-americana Barbara Starfield (2002). Seus estudos são pioneiros na comparação de indicadores de saúde como a diminuição da mortalidade e o gasto para o sistema, em serviços com características como ter em sua porta de entrada o atendimento por médicos generalistas (STARFIELD, 2012).

Starfield (2002) definiu atributos essenciais dos serviços de atenção primária: acesso a prestação de serviços de primeiro contato ('porta de entrada' do sistema de saúde, a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio no qual se procura o cuidado); longitudinalidade (aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente do usuário e família ao longo do tempo); integralidade (reconhecimento das necessidades mais comuns da população adscrita e oferta de cuidados físicos, psíquicos e sociais da saúde pelas equipes, responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde); e a coordenação das diversas ações e serviços de acordo com a necessidade de cuidado (responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde, comunicação entre serviços e setores). Os atributos derivados seriam: orientação familiar e comunitária (conhecimento epidemiológico de determinada localidade, de suas famílias e acompanhamento) e competência cultural (profissionais de saúde que sabem lidar com características culturais específicas de um determinado local) (STARFIELD, 2012; MENDES, 2012).

Embora possam ser definidos de forma distinta, os atributos se inter-relacionam, o que nas práticas se torna evidente. A importância de separá-los foi entendida como forma de avaliar as práticas de APS, "medir" e "estabelecer metas", em estudos que pudessem oferecer evidências científicas sobre sua utilidade, comparadas com os resultados de outros níveis de atenção, visando apoiar sua implementação e expansão (STARFIELD, 2012, p.67). Busca-se através deles avaliar a efetividade e a resolutividade das práticas, incluindo a responsabilização dos profissionais e serviços para dar consequência às políticas da APS.

Para aproximar os atributos das dimensões comunicativas das práticas da APS, propomos nesta tese que sejam considerados como referência de códigos típicos da matriz conceitual da APS nas interações comunicativas das práticas de atenção. Os atributos essenciais e derivados

da APS resultam em uma lista de práticas, que podem até ser realizadas em outros níveis de atenção, mas determinam características específicas das ações realizadas nas unidades de APS. Outros contextos como o da formação profissional e da participação social também irão mostrar algum uso destes códigos, que apoiaram a formulação de diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Abordo em seguida, alguns sentidos e mediações vinculados aos contextos político e educacional que sedimentam a APS como matriz conceitual e interacional das práticas de saúde brasileiras. A construção de dispositivos interacionais na educação e na atenção envolveu conciliações e disputas, ainda importantes para as práticas atuais. Na sessão seguinte terei como foco a mediação da OPAS e da OMS nos países latino-americanos. Meu propósito é iniciar uma reflexão para contextualizar a análise de sua mediação institucional na estratégia da qual faz parte o canal do YouTube Portal da Inovação, que será analisado nesta tese.

2.4 A mediação institucional da OPAS e da OMS na América Latina e os dispositivos interacionais na formação profissional

A produção de sentidos sobre as práticas de saúde ocorre nas interações da atenção e também interações ocasionadas pelas práticas dos contextos políticos, jurídicos, educacionais, além de outros contextos criados em sua interface. A proposição de políticas, leis e programas na área da saúde, incluindo as de formação profissional, são exemplos de comunicação onde se busca a legitimação de determinados sentidos. Instituições e dispositivos interacionais são criados para este fim.

Fundada em 1902, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) é a organização de cooperação em saúde mais antiga do mundo e uma das mais antigas na cooperação internacional (LIMA, 2002). Sua atuação como mediadora institucional na área da saúde remonta ao tempo em que ainda não havia serviços de saúde nas Américas, mas que ações de controle sanitário de portos passaram a ser exigências para o incremento das relações comerciais intercontinentais. Desde sua fundação, é grande sua influência na formulação de conhecimentos e ações sobre a saúde dos povos, na proposição de políticas e programas para o continente americano, na institucionalização de uma perspectiva continental da saúde e para a criação de instituições de ensino e pesquisa. Estudos sobre a organização aprofundam elementos em busca de construir uma produção historiográfica, imprimindo alguma identidade, mas também discontinuidades (LIMA, 2002; ASSUNÇÃO PAIVA, 2006). O foco inicial da instituição em disseminar medidas de proteção ante as doenças transmissíveis atualmente é ampliado a um

grande mosaico de enfermidades; tensões ocorrem em contextos políticos e econômicos distintos como momentos de expansão do capitalismo e das epidemias no pós-guerra; há mudanças quanto à inspiração em doutrinas generalizantes como o pan-americanismo e a consideração de elementos específicos de tradições nacionais (FINKERMAN, 2002; ASSUNÇÃO PAIVA, 2006).

A influência de organizações internacionais sobre a inserção das ciências sociais no campo da saúde nos sistemas de saúde e na formação profissional se radicalizou no pós-guerra. Mudanças no padrão de formação do pessoal de saúde no período foram motivadas pela OPAS, que se vincula à Organização Mundial de Saúde (OMS - no inglês World Health Organization, WHO) e à Organização dos Estados Americanos (OEA) (ASSUNÇÃO PAIVA, 2006). É então que paralelamente ao estímulo à inserção de disciplinas não biológicas nos currículos de formação médica, além das disciplinas que abordavam doenças de cunho “social” como a parasitologia, currículos como de enfermagem passam a contemplar a área de saúde pública. Formam-se educadores sanitários em diferentes países da América Latina com um enfoque mais diversificado.

Quanto aos sentidos de APS defendidos, ao longo do tempo a organização passou por algumas mudanças. Em 2005, a organização divulgou o documento de posicionamento “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS/OMS, 2005), no qual defende a necessidade do desenvolvimento dos sistemas de saúde por meio de uma abordagem integrada e horizontal. O documento enfatiza a oferta de cuidados orientados à qualidade, promoção e prevenção, a intersectorialidade, a participação social e a responsabilização dos governos. A renovação proposta pela OPAS subentende uma atualização da concepção abrangente de APS (ASSUNÇÃO PAIVA, 2006).

É possível entender como influência da interpretação de APS seletiva ou “neo seletiva” em âmbito global, especialmente nos anos 2000, a proposta de Cobertura Universal de Saúde (Universal Health Coverage- UHC) (GIOVANELLA, 2018). Esta nova acepção congrega diretrizes de “reformas pró-mercado, redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde” em uma ambiência mundial de “políticas de austeridade, crise migratória e ameaças à democracia” (GIOVANELLA et al, 2019, p 2). Apropriações desta proposta buscam promover transformações nos sistemas, em coberturas segmentadas por grupos sociais garantidas por formas diferenciadas de seguros conforme a renda e pacotes de serviços que cristalizam antigas desigualdades e instituem novas, a partir da padronização de supostas “necessidades” individuais e coletivas.

Em 2018, a Cobertura Universal de Saúde voltou a ser debatida durante a Conferência de Astana (cidade no Cazaquistão), por iniciativa da OMS, do UNICEF, demarcando os quarenta anos da Conferência de Alma-Ata. A conferência de Astana recebeu fortes críticas por privilegiar a participação do setor privado, reduzindo a responsabilidade governamental, sem referência à organização de um sistema universal integral com coordenação do cuidado pela APS (GIOVANELLA et al, 2019). A autora ressalta, contudo, que a proposta de cobertura universal em saúde não foi validada pela OPAS, buscando atender à solicitação dos países da América do Sul de incorporar, nesse tema, a garantia do direito à saúde e do acesso a serviços de saúde, para alcançar o sentido universal e abrangente da APS (GIOVANELLA et al, 2019). Portanto, na Conferência de Astana, disputas representadas pelos sentidos da APS também se renovaram, tornando fundamentais as institucionalidades dos organismos internacionais em apoio aos argumentos em nome do fortalecimento dos sistemas universais.

No Brasil, disputas acirradas para a formulação de um sistema de saúde se apresentaram muito antes da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo o Conselho Nacional de Saúde (CNS) um papel mediador em importantes momentos da história. Os profissionais e os usuários de saúde foram atores convocados para participar mais ativamente na construção do sistema desde o SUS. A partir de então, a APS era uma das propostas de mudança do modelo a serem impulsionadas no contexto da participação e do controle social. A importância da mediação do Conselho nas práticas de saúde brasileiras na busca da democratização da saúde ao longo do tempo será abordada na sessão seguinte. Meu propósito é alinhar estas importantes mediações institucionais para contextualizar a análise dos canais do YouTube escolhidos nesta pesquisa como dispositivos de comunicação das práticas de saúde.

2.5 A mediação do Conselho Nacional de Saúde e os dispositivos interacionais na participação e controle social

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) é uma das instâncias colegiadas do SUS responsáveis por efetivar a participação e o controle social. Produz estratégias para a realização de práticas comunicativas, na análise, debate e realiza a deliberação sobre temas e políticas que reforçam ou modificam práticas de atenção vigentes. É, no entanto, uma instituição anterior à construção do SUS.

Embora algumas revisões de literatura sobre conselhos de saúde no Brasil apontem para uma vasta produção científica sobre sua história e atuação, ainda são poucos os estudos sobre o Conselho Nacional de Saúde (CNS) (SILVA & LIMA, 2019). Instituído no Brasil no ano de

1937 pela lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, durante o governo Vargas, o CNS foi originalmente criado como um órgão de “cooperação” do Ministério da Educação e Saúde Pública, formado por especialistas em saúde nomeados pela presidência (CORTES et al., 2009, p.43). Naquele momento, o foco do setor de saúde ainda se voltava para as questões de controle de endemias e de higiene pública, em portos e regiões ligadas ao escoamento da produção agrícola, o que também era uma preocupação dos organismos internacionais como a OPAS, como foi citado no capítulo anterior. De acordo com o manual do CNS “Para entender o Controle Social na Saúde”, de 2013, em sua primeira fase, o CNS se voltava a realização de campanhas sanitárias “calcadas em uma estrutura rigidamente hierarquizada, quase militar, com ênfase na ‘guerra’ às doenças endêmicas” (MS, 2013, p. 17).

Ainda neste período começaram a ser organizadas as conferências de saúde, desde o início bastante relacionadas ao Conselho. Seus temas se referiam a programas nacionais que incluíam, por exemplo, a proteção à infância e adolescência e à maternidade. Já nos anos 1950 e 1960, em um contexto desenvolvimentista de crescimento da industrialização no Brasil, destacam-se duas Conferências Nacionais de Saúde com focos que seguiram como temáticas nas discussões atuais: a segurança no trabalho e a descentralização (definida como atribuições das três esferas de governo em relação às atividades sanitárias) (MS, 2013, p. 20). O período do regime militar (1964-1985) é apontado como um momento em que se, por um lado, o conselho seguia com a estratégia campanhista, por outro buscava acompanhar novos rumos tomados pelo setor de saúde através da incorporação de tecnologias (MS, 2013).

O movimento de Reforma Sanitária brasileira é um movimento social que, no final da década de 1970, aglutinou forças oposicionistas ao regime³⁹ e ganhou legitimidade no interior do próprio Estado, influenciando as discussões e trazendo novos atores para os espaços ocupados pela burocracia estatal. O lema ‘Saúde é democracia e democracia é saúde’ da 8ª Conferência Nacional de Saúde, é um enunciado que marca o sentido de saúde como direito. A participação permanente de usuários e profissionais de saúde é inaugurada nesta Conferência, que reuniu cerca de quatro mil pessoas, inclusive setores marginalizados como sindicatos e organizações comunitárias (MURTINHO & STEVANIM, 2017, p.136). É tida como marco de democratização na formulação e no controle das políticas de saúde.

³⁹ Importantes estudos da saúde coletiva abordam o processo de constituição do movimento sanitário ou movimento de reforma sanitária brasileiro, que aglutinou pesquisadores, professores e estudantes universitários, através de participação político-partidária, então clandestina, o novo sindicalismo e os movimentos reivindicatórios urbanos, junto aos poderes estatais, nos fóruns internacionais e nacionais, preocupando-se com a realização de transformações que alcançassem a sociedade brasileira (PAIM, 2012).

Também é a 8ª Conferência que estabelece a relação entre saúde e políticas de comunicação⁴⁰ considerando dois pontos: o acesso da população a informação para a realização do controle social dos serviços e práticas de saúde (incluindo a construção de um Sistema Nacional de informação para dar transparências às ações) e o controle dos meios de comunicação com regulação e proibição de propaganda sobre saúde (MURTINHO & STEVANIM, 2017).

No ano de 1988, a redemocratização do Estado Brasileiro possibilitou que uma nova Constituição fosse promulgada, buscando efetivar direitos que passavam a ser considerados como fundamentais (incluído o direito à saúde). A partir da Constituição Federal de 1988, a participação e o controle social foram definidos como nortes da formulação do CNS, assim como das conferências, como dispositivos para que a sociedade passasse a deliberar na gestão do sistema de saúde, não somente através de representantes das corporações profissionais e indicações do governo, mas de representantes de entidades da sociedade civil (SILVA & LIMA, 2019). Na busca pela configuração de uma nova realidade democrática “de inspiração pluralista a partir da CF 88, a incidência política da sociedade civil foi institucionalizada com o estabelecimento de espaços de participação social dentro dos diferentes setores e esferas de governo” (DIAS, 2020, p.15). Na formulação do SUS, as Conferências Nacionais de Saúde foram fundamentais para mobilizar tanto a população quanto profissionais e instâncias do setor nas discussões sobre diretrizes do sistema de saúde que modelam as práticas.

A participação social é o princípio organizativo do SUS que amplia o conceito de atenção à saúde a partir de novos olhares para serviços e ações, constituindo um controle social sobre as práticas. As conferências e os conselhos de saúde são dispositivos concebidos para que esta participação ocorra de forma constante em “espaços tidos como democráticos, que possibilitam que os interesses de todos sejam ouvidos, considerados e respeitados, e, por consequência, possam influir nas políticas públicas do setor” (ARAÚJO & SILVA, 2018, p.165).

Dias (2020) discute alguns modos de ver as práticas dos conselhos desde então. Vinculada a uma visão pluralista de Estado, composto por múltiplas arenas de pactuação entre diferentes grupos; uma visão instrumental dos conselhos pode reduzir seu papel a uma dimensão fiscalizatória ou a uma repetição de práticas clientelistas e patrimonialistas, fundamentada em um “ceticismo diante da participação social” (DIAS, 2020, p.52). Pode, no entanto, ser visto como inovação no modo de praticar a política, sendo “relevante para a reforma democrática do

⁴⁰ A potência de democratização da comunicação inclusive a partir do uso de mídias digitais, ainda no que se refere às práticas de saúde, como foi discutido no capítulo 1.

Estado, com potencialidade de introduzir um outro padrão de racionalidade técnico-burocrática; orientada pelo interesse público e fomentadora de identidades coletivas e de sujeitos políticos” (DIAS, 2020, p.52).

É importante considerar contingências políticas e institucionais de um determinado momento, como o regime político da sociedade em que se inserem entidades que compõem o CNS, na avaliação das mudanças que pode propiciar. Estas seriam mediações que mobilizam focos das temáticas e preocupações, que podem permanecer como pautas de discussões ou ser mobilizados circunstancialmente. As conferências e fóruns de participação social são momentos privilegiados de interações entre representantes destas entidades, que envolvem alinhamento de interesses e estabelecimento de alianças em torno da defesa de propostas, com espaço para conflitos e para a manifestação de individualidades. O cotidiano da participação também é determinado pela correlação de forças que podem ser divergentes dentro das instâncias (SILVA & LIMA, 2019; DIAS, 2020).

Na vivência do cotidiano do Conselho, os representantes de entidades que são gestores profissionais e usuários podem repetir ou modificar relações de poder estabelecidas como papéis sociais ou nos dispositivos de interação na atenção à saúde. Os episódios interacionais vividos em fóruns de âmbito local, regional e nacional do CNS, com objetivos e temáticas diversas, envolvendo embates e decisões, podem mobilizar a ressignificação destes dispositivos: novas interações podem fazer os participantes vislumbrar outras perspectivas das temáticas relacionadas às práticas de saúde. A partir de um modelo de comunicação para políticas públicas e de métodos de análise discursiva, Araújo & Silva (2018) investigaram redes de interesses e estratégias de comunicação dos delegados na XII Conferência Nacional de Saúde. Apontam forças centrípetas (de manutenção) e centrífugas (de mudança) em estratégias discursivas (ARAÚJO & SILVA, 2018, p.173). Reconhecendo seu grande potencial de produção de uma cidadania mais participativa, as autoras têm a hipótese de ser um processo lento que acompanha “a oscilação política da sociedade como um todo” (ARAÚJO & SILVA, 2018, p.187).

Em recente estudo sobre a comunicação da sociedade civil do setor de saúde a partir do CNS, Dias (2020) analisa que o Conselho promove a participação e o controle social por meio da institucionalização do ambiente participativo. A comunicação é vista como algo que constitui e atravessa o fazer do CNS, em episódios de análise e debate de atos dos governos pelos diferentes representantes da população, que incluem a possibilidade de concordar ou criticar e posteriormente deliberar. Assim, "a essência da participação social seria a escuta, a

troca e a construção de deliberações e de recomendações de forma conjunta por essas diferentes entidades” (DIAS, 2020, p.49).

A emergência da internet é entendida pelo autor como ferramenta tecnológica de comunicação que altera as maneiras como os movimentos sociais fazem política. As estratégias de comunicação do CNS e das entidades que o compõem na internet permitiriam uma maior possibilidade de participação do conjunto da sociedade. A internet e as mídias digitais, a seu ver, possibilitaram tanto a concentração de mensagens em texto, imagem, áudio e vídeo, muitas vezes combinadas na disseminação da informação, quanto na ampliação de canais de contato com diferentes públicos. Criaram uma facilidade para a difusão de notas e posicionamentos, de eventos e atividades, tornando-se centrais na organização, na gestão e na capilarização das práticas das entidades no mundo social: “Através de câmeras, cimeiras e fóruns se conseguiria um melhor equilíbrio diante da natureza desigual dos segmentos das sociedades” (DIAS, 2020, p.49). Seriam, assim, um exemplo do que se vislumbra como uma nova forma de poder, exercido pela sociedade civil através das redes sociais online, em que seria possível abrir brechas ou driblar forças hegemônicas nos meios de comunicação e no conjunto da sociedade capitalista (CASTELLS, 2013).

Alguns estudos se referem às temáticas trabalhadas nas reuniões e deliberações do conselho. Murtinho e Stevanim (2017), analisando a relação entre políticas de comunicação e de saúde, afirmam que o direito à comunicação está presente como temática nas resoluções da 8ª (1986) à 15ª (2015) Conferências de Saúde. Entre os pontos abordados pelos autores, destaco a garantia de espaços em canais de comunicação para que as instâncias do SUS possam se comunicar com a população, o que inclui sua utilização por profissionais para a divulgação das práticas, especialmente na promoção da saúde. Já Castro & Machado (2012) sublinham a presença intensa do tema da atenção básica no período de 2003 a 2008, nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - entre secretários de saúde dos entes federal, estadual e municipal - e nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), instâncias complementares e fundamentais na formulação nacional das políticas de saúde.

Partindo destas reflexões sobre diferentes contextos em interface com a saúde, e da importância de instituições mediadoras na construção de políticas e programas brasileiros, na próxima seção, discuto algumas políticas de implementação e expansão da APS no Brasil, seus principais programas e avaliações sobre sua formulação e implementação. Artigo a criação e efetivação destes programas aos dispositivos interacionais que produzem e que se renovam nos contextos atuais.

2.6 Mediações e sentidos nas políticas e programas de Atenção Primária em Saúde no Brasil e a efetivação dos dispositivos interacionais na atenção

O objetivo desta sessão não é abarcar as múltiplas discussões presentes na vasta literatura⁴¹ sobre os programas de Atenção Primária no Brasil. Minha proposta é tomar como base alguns trabalhos de autores reconhecidos no campo da saúde coletiva para compreender melhor as mediações e sentidos que se sedimentam na cultura, além de mudanças que se propõem e que passam a orientar as práticas.

Constituída a partir de matrizes culturais sedimentadas desde a reforma sanitária brasileira, a agenda de mudanças no sistema de saúde incluiu alguns programas diretamente relacionados à APS. Destaco os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) como eixos estruturantes da Atenção Primária no Brasil, assim como a Política Nacional de Atenção Básica (2006/2017).

Ressalto inicialmente o uso da expressão ‘Atenção Básica’, em políticas e programas. Esta é a forma geralmente adotada por representantes do Movimento Sanitário Brasileiro, em busca de se diferenciar ideologicamente em relação ao reducionismo apreendido na concepção de atenção primária em recusa à proposta de atenção primária seletiva adotada por muitos países. O uso ‘Atenção Primária’ busca filiar-se ao termo reconhecido internacionalmente, mas não enfatiza uma posição contra o reducionismo da APS seletiva. A diferença dos usos dos termos implica, portanto, em uma “disputa de diferentes projetos para o SUS” (CECÍLIO & REIS, 2018, p.5). Neste trabalho, optamos pelo termo ‘Atenção Primária’ por ser adotado na maioria das narrativas analisadas, mas defendendo o sentido de APS “abrangente” e “integral”.

As primeiras proposições de APS no Brasil são descritas nos grandes municípios brasileiros a partir da criação de centros e postos de saúde⁴² e em cidades de pequeno porte em programas como o de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Borges e Batista (2010) afirmam que estas experiências, na prática, já transformavam o modelo de

⁴¹ Selecionamos como referências revisões bibliográficas, livros, textos de cursos de saúde coletiva e educação permanente, além de avaliações realizadas sobre programas e políticas da APS em pesquisas de Linhas de Base incentivadas pelo Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família, especialmente Giovanella & Mendonça (2012), Mendes (2012) e Borges e Batista (2010).

⁴² Os estudos historiográficos de Campos et al (2016) e Teixeira (2006) relatam a importância dessas iniciativas no Rio de Janeiro e em São Paulo respectivamente. O estudo de Campos et al (2016) apontam que os primeiros estabelecimentos públicos que visavam atuar em base territorial no controle de doenças surgiram em 1916, chamados de Postos de Higiene e Profilaxia Rural (PHPR), prestando assistência a populações definidas. Já a implantação de postos de saúde em São Paulo remonta uma reforma efetuada em 1925, onde a população deveria ter acesso a um conjunto de ações integradas e permanentes voltadas para a prevenção via educação sanitária.

atenção e a própria organização dos serviços de saúde localmente. Campos et al (2016) reforçam que foram experiências exitosas na substituição dos hospitais como possibilidade de acesso próximo às comunidades, e se orientavam nas ideias da atenção primária como o cuidado centrado na família e na comunidade, realizado em seu local de moradia. Estas práticas suscitaram as propostas de mudanças que seriam estruturadas no SUS e ganharam abrangência no território nacional.

Como primeira proposta sistemática para o trabalho na atenção primária no Brasil, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), concretizou a inserção dos agentes na reorganização das demandas de saúde, inicialmente em alguns municípios nas regiões Norte e Nordeste do Brasil em 1991. Tinha como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, operando sobre o combate à epidemia de cólera e das demais formas de diarreia, na reidratação oral e orientação à vacinação, recebendo grande apoio da UNICEF em sua implementação (VIANA & DAL POZ, 2005; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012). Apesar das características apontadas caracterizarem a restrição do programa, o PACS é avaliado como um projeto de importância na organização dos sistemas locais de saúde e por consequência na implementação do SUS. O programa também teria sido um instrumento da municipalização já que, para a adesão dos municípios, exigia-se que o Conselho Municipal de Saúde e o Fundo Municipal de Saúde estivessem em funcionamento (VIANA & DAL POZ, 2005; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012; MELO et al, 2018). No entanto, é somente com a lei nº 11.350, de outubro de 2006, que se estabelece o regime jurídico e a regulamentação das atividades tanto dos Agentes Comunitários de Saúde quanto dos Agentes de Endemias, estes últimos, profissionais que realizam atividades de controle de arboviroses com ações de vigilância vetorial, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Os agentes comunitários de saúde e agentes de endemias foram fundamentais para que a APS pudesse passar a efetuar ações preventivas de saúde, mapeando as comunidades e não mais esperando a demanda chegar às unidades de saúde para intervir. Para viabilizar a expansão do PACS, o Programa de Saúde da Família foi concebido, posteriormente ganhando status de estratégia nacional em 1994. O PSF é um conjunto de práticas propostas em substituição ao modelo assistencial privatista e a lógica hospitalocêntrica, mas como uma expectativa de mudança, já que guardava “o caráter restrito de APS, com condições de absorver a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa capacidade para garantir a continuidade da atenção” (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012, p.601, *grifo nosso*). Sua implantação

ocorreu prioritariamente nas áreas de risco social, favorecendo uma expansão de baixa cobertura, que seria desenvolvida com o apoio de sistemas locais, como já estava previsto no texto do Programa:

O Programa de Saúde da Família – PSF tem como propósito colaborar decisivamente na organização do Sistema Único de Saúde e na municipalização da saúde (...). *Atenderá principalmente os 32 milhões de brasileiros incluídos no Mapa da Fome do Ipea, expostos a maior risco de adoecer e morrer e na sua maioria sem acesso permanente aos serviços de saúde.* (...) Esperamos que o PSF seja uma contribuição para o desenvolvimento dos sistemas locais de saúde, promovendo a atenção primária de boa qualidade e a participação da comunidade na construção do setor de saúde, que aponte para um novo paradigma: a qualidade de vida (Brasil, 1994, p. 5).

Especialmente a partir da década de 1990, análises sobre as abordagens de Atenção Primária à Saúde (APS) nas formulações e avaliações das práticas, identificam as duas concepções na compreensão de sua implementação no país. Apresentam características vinculadas a um ou outro sentido, presentes de forma simultânea em programas e políticas brasileiras, salientando exemplos de disputa e períodos com predomínio de uma ou outra concepção (BORGES & BATISTA, 2010; GIOVANELLA & MENDONÇA, 2012).

O estudo de Borges e Batista (2010) utiliza o referencial Foucaultiano para realizar uma análise de discurso nos principais documentos oficiais que tratam das políticas de APS no Brasil. As autoras apoiam-se nos conceitos de agenda governamental, prioridade política e institucionalidade, que podem evidenciar contradições e dificuldades na implementação de mudanças. Como política nacional, apontam que com o PSF teve início o processo de institucionalização da proposta em âmbito federal, proporcionando maior visibilidade e adesão de outros atores (BORGES & BATISTA, 2010). Experiências bem sucedidas e sua adequação às responsabilidades e competências dos municípios no âmbito do SUS inicialmente aumentaram a adesão de mais municípios e apoio popular.

A despeito de uma multiplicidade de modelagens da APS experimentadas nos serviços brasileiros, se distinguindo pelos modos de se trabalhar no território, pela organização do processo de trabalho, pela maior ou menor oferta do atendimento médico não agendado e pela incorporação da atenção de outros profissionais como os dentistas, em 1994, o Ministério da Saúde assumiu a Estratégia da Saúde da Família como prioritária e a APS como modelo substitutivo (CECÍLIO et al., 2012). Isso, entretanto, não significou um debate em torno do modelo ou de como garantir sua viabilidade. A definição de prioridades nem sempre vem acompanhada de uma análise política de viabilidade, de um projeto de sustentabilidade ou de um interesse real de enfrentá-la (BORGES & BATISTA, 2010). Por isso é importante avaliar

a institucionalidade das matrizes, que podem ser entendidas como raízes de sustentação das políticas, estando relacionadas a sua formulação (arranjos de poder, às regras e condutas da organização) e aos processos micropolíticos, que potencialmente mobilizam poderes instituintes.

Ao final da década de 1970, a erosão da capacidade gestora, a desarticulação administrativa e o avanço do discurso neoliberal de crise econômica e gerencial no Brasil são apontados como fatores que constroem um entendimento, que se torna hegemônico, sobre a necessidade de reforma do Estado. Novos modelos de gestão e provisão de serviços passaram a ser experimentados em países da Europa, mesmo os de sistemas universais de saúde, influenciando gestores brasileiros. As reformas incluíram a possibilidade de financiamento e prestação de serviços públicos por entes privados, inclusive na APS. Já no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), a implantação de Organizações Sociais (OS) configurou-se como estratégia central de reforma do Estado. As Organizações Sociais (OS) passaram a estabelecer contratos de gestão com o Estado para a prestação de serviços, flexibilizar mecanismos de compra de material permanente e de consumo, diminuindo o tempo dos processos de contratação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família. São também adotadas como meio de oferecer salários competitivos, gratificações e vagas de mestrado para formação profissional das equipes (SORANZ et al., 2016; O'DWYER et al, 2019), além de configurar uma promessa de "ganhos de qualidade, economicidade e ênfase nos resultados" (RAMOS & DE SETA, 2019, p.2). A partir desta conciliação, o PSF era "o principal argumento político para reorientação do modelo assistencial na segunda metade dos anos 1990" (BORGES & BATISTA, 2010, p.34).

A Norma Operacional Básica da Saúde de 1996 (NOB 96), no entanto, foi um exemplo da disputa da lógica de financiamento público com os novos modelos de gestão. Essa normativa, orientava sobre como garantir a viabilidade do PSF, possibilitando sua execução e continuidade, em que a reorientação do modelo também aparecia como prioridade dos gestores, especialmente a partir do estabelecimento de metas de expansão do PSF. Mas, mesmo assim, não foi facilmente implementada. Esta adequação incluía maior aporte de recursos para a contratação de trabalhadores e reestruturação dos serviços de saúde. A sustentabilidade das metas acabou não sendo efetivada, pelo contrário:

Houve redução do papel do Estado e de contenção dos gastos públicos, num aumento de modalidades alternativas de contratação, precarização da força de trabalho em saúde e deslocamento da responsabilidade dos custos do sistema de saúde do governo federal para outras esferas de governos (BORGES & BATISTA, 2010, p.35).

Já no início dos anos 2000 eram apontados novos problemas na operacionalização da implantação da APS. Esta análise pode ser ampliada para o SUS como sistema, incluindo: a falta de financiamento das ações de saúde, a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal), insuficiências na capacidade de gestão dos municípios, dificuldades na construção da integralidade devido a lacunas ou gargalos em outros níveis de atenção, críticas às formas de articulação público/privado na organização dos serviços, falta de formação dos trabalhadores, de estímulo ao vínculo e a sua fixação no interior, além da manutenção residual da prioridade de ações curativas individuais como resistência a uma mudança mais intensa nas práticas de atenção (VIANA & DAL POZ, 2005; CECÍLIO, 2009; PAIM, 2012).

Apesar das dificuldades, a ESF continuou sua expansão no Brasil na primeira década do século XXI, em novos municípios e nos grandes centros enquanto algumas transformações eram propostas. O período tem como importante contexto político os governos de Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff marcados por uma ideologia de esquerda progressista, que representou redução na desigualdade de renda da população e a construção de mecanismos democráticos, e que, a despeito de controvérsias relacionadas a intensidade das transformações, são sinérgicos à melhoria de indicadores de saúde da população⁴³ (MACHADO, BATISTA & LIMA, 2012; PINTO & GIOVANELLA, 2018; O'DWYER et al, 2019). É importante destacar no período, a presença do tema da atenção primária na agenda governamental, nos principais documentos oficiais e reuniões de conselhos de saúde, e na publicação da Política Nacional de Atenção Básica. Além disso, foi um período em que o Ministério da Saúde foi ocupado a maior parte do tempo por sanitaristas comprometidos com os princípios da reforma sanitária e do SUS (MACHADO, BATISTA & LIMA, 2012; CASTRO & MACHADO, 2012).

A ênfase na estratégia substitutiva de reorientação do modelo de saúde se expressa na definição de normas rígidas para organização das unidades e composição de equipes de saúde da família na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006. As normas atrelaram parte do repasse de recursos e incentivos aos profissionais a obediência destas condições. Apesar do subfinanciamento, a política possibilitou modificar algumas estruturas criadas no Brasil, viabilizando a realização de programas mais abrangentes. Com relação ao que nomeiam como

⁴³ Apesar de não ser possível isolar seus efeitos, alguns indicadores são avaliados como evidências da eficácia da ESF, como o aumento da cobertura de saúde especialmente nos bairros populares, a queda de mortalidade, diminuição do número de adolescentes grávidas, redução das taxas padronizadas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, a diminuição de custo em serviços que investiram em formação profissional (PINTO & GIOVANELLA, 2018; O'DWYER et al, 2019).

dimensão simbólica, Castro & Machado (2012) referem que a transformação do modelo de atenção à saúde pôde ser mais embasada em experiências locais, “o que confere à estratégia uma importante base social de apoio” (CASTRO & MACHADO, 2012, p. 501).

A PNAB de 2006 estabeleceu diretrizes e normas nacionais para a organização da APS no Brasil. A política define como básicas ações capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. A PNAB também formulou idealmente como a Saúde da Família deveria ser desenvolvida como uma estratégia para a reordenação do Sistema de Saúde. A atenção básica é definida na política como:

Conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a *promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde*. É desenvolvida por meio do exercício de *práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas*, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (*grifo nosso*)” (BRASIL, 2006, p. 3).

A valorização de um amplo leque de práticas assistenciais com foco de 'longo prazo', no cuidado de crônicos e no viés educativo, preventivo e de promoção, além de outras práticas formativas, políticas e intersetoriais (em que profissionais, gestores e usuários devem ser envolvidos), estão presentes nesta definição. Além disso, destaco o apontamento do dispositivo do trabalho em equipe como forma de preconizar práticas participativas. As tecnologias concebidas para a atenção, de acordo com o texto de 2006, são consideradas básicas por serem formuladas para atender a maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. São caracterizadas como de elevada complexidade e baixa densidade, num sentido ampliado em relação à interpretação reducionista de uma oferta limitada de ações de saúde para populações vulneráveis.

O trabalho em equipe multiprofissional surgiu como dispositivo na medicina preventiva, a partir das abordagens da multicausalidade das doenças, dos determinantes sociais da saúde e da ampliação das formas de intervenção no processo saúde-doença. Na ESF agregam novos aspectos ao cuidado, contemplando práticas preventivas, curativas e de reabilitação como novas possibilidades para atuar não mais somente na presença da doença. O trabalho em equipe seria um dispositivo privilegiado, surgindo como proposta de reorganização de serviços de saúde e como crítica ao trabalho autônomo que inclui:

A rígida e excessiva divisão do trabalho, que se expressa na fragmentação das tarefas e da assistência e do cuidado em saúde, à centralização das decisões e

do exercício do poder e à crescente despersonalização do trabalho, que oculta a presença do trabalhador nas ações que executa (PEDUZZI, 2007, p.82).

Uma equipe deveria ter como características: a comunicação entre os profissionais, a elaboração de um projeto assistencial comum, a preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais, o questionamento da desigual valorização social dos diferentes trabalhos especializados, a flexibilidade da divisão do trabalho e a autonomia profissional de caráter interdependente (PEDDUZI, 2001; 2007). O dispositivo não garante, no entanto, interações colaborativas. É possível que uma equipe se comporte como um agrupamento de profissionais quando “ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes” e como uma equipe de “integração” quando ocorre “a articulação das ações e a interação dos agentes” (PEDDUZI, 2001, p.106). O dispositivo interacional do trabalho em equipe é preconizado em oposição à submissão ou ajustamento das práticas em dispositivos que reproduzem hierarquias entre os profissionais como assimetria e dominância profissional (WAITZKIN & BRITT, 1989; MAYNARD, 1991; FUREDI, 2006; ALLSOP, 2006; TIMMERMANS & OH, 2010)

A integração das equipes da ESF é apontada como um desafio (RONZANI & SILVA, 2008; PAVONI & MEDEIROS, 2009; MARQUI et al., 2010; SEVERO & SEMINOTTI, 2010; CAMPOS & MALIK, 2012). Para alcançar os objetivos da ESF, o trabalho em equipe se torna pressuposto para o cumprimento do atributo da integralidade, o que implica na participação efetiva da construção de projeto assistencial comum. Isto não resulta no desaparecimento de divergências, mas na busca cotidiana da definição de objetivos para o trabalho e sua avaliação. Conflitos são atribuídos a formação da prática profissional, quando voltadas para o modelo biomédico, que se concilia com o modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, e a formação de práticas profissionais voltadas para a comunidade. Para os profissionais, a dificuldade de integração também se deve à falta de assimilação dos princípios do programa, à predominância da medicina curativa e da cultura consumista da comunidade (RONZANI & SILVA, 2008).

A busca da participação da comunidade e dos profissionais em processos de cogestão na ESF é uma tecnicidade que busca progressivamente diminuir estas dificuldades. A participação envolve a produção de dispositivos interprofissionais e intersetoriais, relacionados à comunicação institucional.

A equipe de saúde da família foi pensada na seguinte composição: médico, enfermeiro, dentista, auxiliares de higiene dental, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Ao invés da lógica dos procedimentos, que fragmenta funções e responsabilidades na

atenção, a proposta da ESF é que as ações devem ser realizadas prioritariamente pelas equipes, e/ou discutidas em reuniões de equipe, e não serem uma irrefletida sequência de práticas individuais. A incorporação na saúde da família da figura do ACS como agente mediador na comunicação foi uma inovação fundamental, mesmo que geralmente seja visto como um “tradutor autorizado do conhecimento científico para códigos mais facilmente reconhecíveis” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.54). Em alguns espaços, contudo, os ACS já são valorizados como elo a mais na rede de comunicação, “imprimindo seus próprios sentidos no conteúdo que recebe para repassar” (ARAÚJO & CARDOSO, 2007, p.55). No que se refere ao dispositivo interacional profissional-usuário, as visitas domiciliares realizadas especialmente pelos ACS são exemplos de mudanças, incluídas na ESF, vinculadas especialmente aos atributos secundários de Starfield (2012). Também viabilizam os demais atributos, na identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamentos para unidade de saúde. As visitas e ações educativas dos agentes de endemia (ACE), do mesmo modo, promoveriam a articulação da vigilância epidemiológica ao trabalho dos agentes comunitários de Saúde (ACS) e da equipe da ESF, no desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade.

Ao longo da expansão da estratégia, as pesquisas sobre a APS no Brasil continuavam indicando que esta não tinha alcançado aderência da população, não se constituindo como porta de entrada preferencial no sistema de saúde de fato. O acesso continuava ocorrendo pelas emergências e pronto atendimentos, principalmente nos grandes centros. São apontadas razões como as barreiras de acesso, a rigidez das programações das ações, o não atendimento à demanda espontânea, além de condições materiais e simbólicas (CASTRO & MACHADO, 2012; MENDES, 2012). Por exemplo, as equipes eram vistas como insuficientes para lidar com a grande diversidade de agravos e a entrada no sistema de saúde. Como forma de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, em 2008 foram criados os NASFs (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), a serem compostos por diferentes profissionais de saúde, na lógica de apoio 'matricial', através de atendimentos, mas também de processos formativos para as equipes de saúde (CASTRO & MACHADO, 2012). O termo matricial refere-se a um suporte que pode ser assistencial e também técnico-pedagógico oferecido como uma 'retaguarda' de profissionais especialistas. O trabalho institui processos de comunicação interprofissional na equipe e entre equipes, motivando o uso de técnicas que permitam uma “clínica compartilhada” (MATUDA et al., 2015, p.2513). Novamente pode ser ressaltado que o dispositivo pode ser abraçado pelas equipes em responsabilização ou vivenciado em interações burocráticas, entendidas como “perda de tempo”. O encaminhamento ao especialista

invés do compartilhamento do caso pode ser privilegiado como algo que traria benefício ao usuário, sem a consideração de que a expansão dos serviços especializados é mais custosa, e nem sempre efetiva. Diferentes interações são marcadas por diferentes “lógicas de produção do cuidado”, que podem conviver nos serviços (MATUDA et al., 2015).

As práticas da APS trazem a marca da flexibilidade e da constante capacidade de adaptação, considerando que incluem múltiplas ações relacionadas aos diferentes atributos da APS. A conciliação da realização dos atributos da APS e do grande leque de práticas que comporta pode ser um desafio intransponível em muitas localidades, motivando descontentamento da população e avaliações de fracasso. O atributo da coordenação do cuidado também é apontado em muitas investigações como um importante desafio (MENDES, 2012; CECÍLIO & REIS, 2018). Os serviços de APS deveriam ser o centro de comunicação do sistema de saúde, coordenando o trabalho das equipes da ESF com os outros níveis de atenção. Exemplos de dispositivos de comunicação institucional seriam os nomeados fluxos de referência e contrarreferência, em que os profissionais se comunicam para buscar a integralidade das ações em alternativas de realização da atenção para cada caso.

A realização dos atributos pelas equipes de saúde da família é criticada como “custosa e inefetiva”, sendo propostas diferentes formas de modificá-la (MENDES, 2012, p.77). A realização plena dos atributos pelas equipes da ESF ainda encontra dificuldades, em parte porque não dispõem de um número suficiente de profissionais e por sua rotatividade ser apontada como algo que traz grande prejuízo especialmente do estabelecimento de vínculo entre estes e os usuários, na cooperação no interior das equipes de PSF e na complementaridade das ações nos outros níveis (BORGES & BATISTA, 2010; CAMPOS & MALIK, 2012). A desmotivação e desconhecimento dos atributos da APS também é sublinhada, especialmente entre profissionais que já atuam em unidades mistas, sendo apontada como justificativa por muitos municípios para a contratação de novos profissionais pelas Organizações Sociais (OS) (RAMOS & DE SETA, 2019).

Fatores macroinstitucionais certamente influenciam a organização dos serviços, das equipes de saúde e na formação da rede de cuidados, no que se refere: a rotatividade de profissionais na atenção primária (com prejuízo especialmente do estabelecimento de vínculo entre estes e os usuários), na cooperação no interior das equipes de PSF e na complementaridade das ações nos outros níveis (BORGES & BATISTA, 2010, p.42). As autoras apontam que a busca de evidências da excelência do enfoque familiar de atenção, a aprovação dos usuários e a legitimidade social do programa acabam sendo atrelados à dinâmica entre sua configuração

cultural mais global e a prática cotidiana. Aspectos tomados como dimensões econômicas e políticas podem ser compreendidos a partir de um ponto de vista pragmático como dificuldades a serem corrigidas. Concordo com Borges & Batista (2010), no entanto, que, mais do que isso, são sintomas de contradições que se apresentam nos modelos e têm consequências diretas e indiretas nos serviços e práticas de APS. As razões para a baixa valorização da APS analisadas por Mendes (2012) se relacionam com características culturais sedimentadas na cultura:

Do ponto de vista econômico a APS utiliza tecnologias de menor densidade tecnológica, mais intensivas em cognição; tende a ser desvalorizada num sistema de pagamento por procedimentos que privilegia os de maior densidade tecnológica e que oferta mais serviços e não os serviços mais necessários à população; ao incorporar tecnologia de baixa intensidade apresenta pouco interesse para as indústrias farmacêuticas e de equipamentos biomédicos; e não é reconhecida pelos médicos de maior prestígio que são, em geral, os especialistas de renome (MENDES, 2012, p.66).

Algumas avaliações propõem que o ideário da APS está em "descompasso" com a realidade diversa dos municípios brasileiros e dos serviços e equipes que produzem o cuidado. Não seria possível compreender a APS brasileira através de uma imagem generalizadora “dada a sua extensão territorial e a *heterogeneidade econômica, social e cultural*, mas sim de *múltiplas e diferenciadas* redes básicas coabitando no SUS, fruto de marcadas diferenças regionais, das muito diversificadas características dos municípios” (CECÍLIO & REIS, 2018, p.4, *grifo nosso*). Deste modo, para os autores, é importante analisar as dificuldades e os formatos que configuram experiências exitosas no cotidiano, onde se compõem “mapas de cuidado” de modo criativo, nas “brechas” dos sistemas de saúde público e privado, que resultam geralmente em “múltiplas redes de atenção invisíveis para os gestores”, mas que deveriam ser reconhecidas e valorizadas (CECÍLIO & REIS, 2018, p.7-8).

Pesquisas recentes⁴⁴ apontam a utilização gradual das unidades da APS como porta de entrada, com um escopo diversificado, mas insuficiente de ações (FAUSTO et.al, 2018; CECÍLIO & REIS, 2018; LIMA et al., 2018). Propostas de mudanças centradas no atributo do acesso e no trabalho médico são avaliadas como reducionistas ou de retorno de valores do “passado”, e baseadas em “opiniões de forte conteúdo valorativo (que) constroem-se ao arrepio de evidências que as sustentem” (MENDES, 2012, p.76). Exemplos no que se refere aos dispositivos interação profissional-usuário são a priorização de formatos concebidos para a porta de entrada na APS nos chamados dispositivos de acolhimento e de acesso avançado. O

⁴⁴ O Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) incluiu ciclos de pesquisas nacionais realizados em 2011/2012, 2013/2014 e 2017/2018. Foi um programa gerencial que tinha como objetivo apoiar o planejamento das práticas de APS (LIMA et al, 2018).

‘acolhimento’ pode ser entendido como uma postura relacionada à humanização das práticas de saúde de modo geral. É também o nome dado em propostas atuais ao primeiro atendimento na unidade de saúde, para categorizar riscos e direcionar ao atendimento adequado preferencialmente em 48 horas. Se este prazo é efetivo configura o processo de acesso avançado (TelessaúdeRS/UFRGS, 2016). Estas ações devem ser priorizadas pelas equipes em detrimento de outras formas de atenção às condições crônicas como consultas individuais e coletivas, atividades pré-agendadas de prevenção e promoção nos serviços em que se considera que:

Evidências científicas são pobres ou insuficientes quanto ao impacto de atividade exclusivas da Atenção Primária para mudança de estilo de vida da população em geral, (e que) uma pessoa que não consegue atendimento na UBS quando precisa, pode se sentir desmotivada ou com pouca confiança nessa equipe, o que leva a fragilizar o vínculo e a repensar a sua escolha numa nova situação de necessidade de saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA, 2014).

O privilégio dos dispositivos no acesso na APS pode se relacionar a entendimentos particulares de gestores ou profissionais sobre a fragilidade dos atributos secundários e motivar dificuldades na sua realização. No entanto, Mendes (2012) cita diversos estudos que apontam evidências de que a estratégia cumpre mais os atributos da APS que os modelos tradicionais de assistência. Para o autor, os atributos da APS foram propostos exatamente a partir da conclusão “inequívoca”, de que o simples aumento das consultas médicas não melhora a saúde, “como indica o senso comum” e que “um sistema baseado na atendeção, apenas leva a mais atendeção” (MENDES, 2012, p.77).

A publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 mobilizou novas mudanças avaliadas como negativas por pesquisadores e trabalhadores (CECÍLIO & REIS, 2018, p.9). Consistem no aumento dos gastos municipais sem contrapartida das demais esferas de governo com impacto na cobertura de ACS e de ACE (agentes de combate às endemias). As mudanças também incidem na flexibilização da carga horária dos profissionais, fragmentando o processo de trabalho, o que pode comprometer mais ainda a coordenação, a longitudinalidade do cuidado e o vínculo entre usuários e a equipe. Já no ano de 2019, uma nova forma de financiamento da APS é promulgada através do Programa "Previne Brasil", que extinguiu os Pisos da Atenção Básica e passou a ter uma forma de pagamento por desempenho. Esta mudança é entendida como nova ameaça à sustentabilidade de ações territoriais e coletivas na APS e intensificação da focalização de suas ações, inclusive pela retirada de recursos financeiros antes destinados ao NASF, ocasionando a extinção de equipes e demissão de trabalhadores (TAVARES, 2021).

Conciliações nas políticas e nas práticas de APS, adotadas de forma manifesta ou velada, representam retrocessos que reforçam o privilégio de práticas vinculadas a antigos padrões e desvinculadas das matrizes da Atenção Primária: “Práticas orientadas para o desmonte do SUS são visíveis, e a atenção básica faz parte desse projeto” (FAUSTO et al., 2018, p.13). Como parte integrante destas tramas, profissionais, gestores e usuários da APS são pessoas que vivenciam histórias reais no cotidiano das práticas. A desmotivação, a resiliência, mas também a militância e o enfrentamento se manifestam em seus processos comunicacionais, como veremos na análise de narrativas que compõem o corpus deste estudo. As práticas de saúde devem ser investigadas, antes de tudo, como forma de escuta, acolhimento de seus atores e para contribuir em dar-lhes visibilidade.

3. No meio do caminho tinha uma pandemia: refazendo um projeto tecido

A gente quer ter voz ativa
No nosso destino mandar
Mas eis que chega a roda viva
E carrega o destino prá lá.

Estrofe da música Roda viva, de Chico Buarque de Holanda, compositor brasileiro

Digo: o real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.

Trecho de Grande Sertão: Veredas, de Guimarães Rosa, escritor brasileiro

No memorial que apresentei no início desta tese, comparo a elaboração de uma pesquisa empírica a um bordado. O bordado, como a pesquisa, pode ser a reprodução de uma visão prévia, ser conduzido como uma cópia do planejamento, ser produzido com objetividade e precisão. Pode também ser fruto de um tatear 'a esmo', desconectado das formas tradicionais de bordar ou mesmo de métodos utilizados em trabalhos semelhantes. Pesquisar e bordar, como outras práticas sociais, podem ser também um misto dessas duas coisas: um momento de revisão e aprendizado, resultado de uma interação viva com teorias, métodos, e um momento de experimentar, em que o pesquisador precisa ir forjando sua 'pegada' em interação com o campo empírico.

Este capítulo tem por finalidade apresentar a costura de teoria e método empregadas na minha aproximação como pesquisadora e depois os resultados do campo empírico da pesquisa. Buscarei delineá-lo inicialmente tentando agregar o 'avesso do bordado', ou seja, o processo que conduziu a decisões de métodos de coleta, de matrizes analíticas e aproximações empíricas tentativas, situando o leitor sobre etapas e escolhas. Mostrarei tanto os momentos em que a costura seguiu o rumo desenhado quanto às falhas e emendas, que fazem parte do produto final. Alguns emaranhados nas linhas puderam ser desfeitos, mas não deixaram de produzir algum esgarçamento no bordado-tese. Entendo as imperfeições como importantes marcas das interações que ocorrem no processo de bordar e pesquisar.

Como já mencionado na introdução desta tese, nossa pesquisa inicialmente tinha como campo empírico uma unidade de Atenção Primária da cidade do Rio de Janeiro, sendo planejada sua realização a partir da observação participante e entrevistas. Segui os exaustivos trâmites de solicitação de documentos, obtendo autorização de um serviço com as características almejadas e encaminhando para dois comitês de ética, de acordo com os padrões estabelecidos e as orientações recebidas. Contudo, enquanto encaminhava as etapas da pesquisa, no início do mês

de março de 2020, os primeiros casos de pessoas infectadas pelo vírus SARS-Cov-2 foram confirmados no Brasil. A pandemia foi decretada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 11 de março de 2020, sendo classificada como emergência de saúde pública.

Pesquisas já apontavam o alto risco de infecção de profissionais de saúde e demais frequentadores dos serviços, se tratando de vírus altamente contagioso. Esta situação não poderia deixar de afetar o trabalho de pesquisa, mais ainda de uma pesquisa social em saúde como a minha. Mas, quanto tempo a pandemia duraria? A prioridade que se impunha a todos os cidadãos no momento era seguir a orientação de isolamento social como medida de controle de transmissão da doença. A observação participante implicaria em um período prolongado de exposição da pesquisadora e uso de equipamentos de proteção individual, escassos devido à grande demanda de uso pelos profissionais de saúde. A produção de conhecimento sobre o contexto justificaria esta exposição?

Em consultas informais a profissionais que atuam na rede do município do Rio de Janeiro, a inconveniência da realização da observação era reforçada pela descaracterização da dinâmica regular que eu planejava analisar nos serviços, num município que estava sendo gravemente afetado pela pandemia. Outra dificuldade era a indisponibilidade de tempo e o receio dos profissionais para concederem entrevistas, mesmo de modo remoto, que interpretei como reativas a um contexto de pressões políticas e precarização de condições de trabalho no município. Algumas tentativas e longas esperas por retorno me traziam preocupações com o cumprimento de prazos da tese. Fazer mudanças no projeto afetaria o cronograma, implicaria em consultar a banca, em apresentar emenda ao comitê de ética em pesquisa apresentando as alternativas possíveis, ainda com dúvidas sobre o que efetivamente poderia ser realizado; em desfazer muitas carreiras de um bordado que já tinha sido em parte tecido.

Meu desejo de estar no campo como planejado, junto aos profissionais em sua prática, se emaranhava com questões sobre biossegurança e sobre comprometimento ético. Também ficava claro que este desejo em si emaranhava meus papéis sociais: o de psicóloga e o de pesquisadora. Muitas pessoas estavam morrendo, e eu queria estar perto de outros profissionais de saúde para ajudar, para me sentir útil. Este emaranhado logo foi desfeito: comecei a atuar como psicóloga atendendo profissionais de saúde do SUS através de uma plataforma online e, deste modo, me senti comprometida com o apoio direto a eles. Como pesquisadora pude caminhar na tarefa de iluminar novas linhas e traçar um novo desenho para a pesquisa.

Se o momento trazia impedimentos relacionados às interações presenciais, ele também ativava circuitos comunicacionais mediados de diferentes tipos. Antes que terminasse o

primeiro trimestre de 2020, a pandemia de Covid-19 já era o principal tema de comunicados oficiais, notícias jornalísticas e debates de estudiosos, sendo notícia na grande imprensa, na mídia alternativa, e nas das conversas através de dispositivos eletrônicos. No Brasil, narrativas sobre a Covid-19 estiveram presentes em editoriais de política, economia, esportes e cultura, abordando a divulgação diária de novos casos e mortes, além da superlotação nas UTIs e os estudos científicos em torno da doença (FERRAZ, 2020). Todos ficamos imersos em uma profusão de conteúdos que nos chegavam por diferentes meios, em diferentes formatos: gráficos de número de infectados, profissionais de saúde pedindo para ‘ficar em casa’ e panoramas sobre respostas dos sistemas de saúde à crise.

Diferentes produtos audiovisuais como vídeos, webnares, lives, com temáticas relacionadas à Covid-19 foram produzidos para as mídias digitais. Em seus circuitos de produção, circulação e recepção, estes produtos mobilizaram mediações das práticas de saúde e sentidos sobre saúde, doença e cuidado. Estes materiais incluíam narrativas de pesquisadores, gestores e profissionais sobre episódios de interação nos serviços de saúde da atenção primária e avaliações sobre o trabalho antes da pandemia, durante o processo vivenciado em diferentes frentes, além de projeções para o futuro.

Uma análise preliminar destes materiais apontou a riqueza do que se produziu neste contexto tão adverso também para as práticas da Atenção Primária, em diversas experiências no Brasil e no mundo. Se apresentavam como objeto comunicacional rico e privilegiado, possibilitando diferentes análises e abordagens. Entendo que estes produtos se tornaram privilegiados por serem registros de circuitos comunicacionais complexos, criados a partir de uma variedade de ambientes e processos, atravessados por diferentes contextos sociais, num momento extremamente novo e adverso. Expressam ressignificações sobre papel social de sistemas, serviços e práticas de saúde a partir de interferências das lógicas de novos campos, podendo então “se destacar como alguns modos em que a mediatização se instala” (BRAGA, 2012, p.48).

Acreditei que seria possível conduzir minha pesquisa a partir destes materiais e seus circuitos comunicacionais, partindo do problema e dos aspectos nucleares apresentados em seus objetivos anteriores. Então, com firmeza e enfrentando as consequências desta decisão, entremeei as mudanças e os trâmites necessários para seguir neste caminho.

3.1 Construindo um método: critérios de coleta, métricas e categorias para a análise

Durante a pandemia de Covid-19, no Brasil e no mundo, pesquisadores, profissionais de saúde e gestores produziram narrativas em diferentes meios de comunicação, a convite de órgãos governamentais, instituições de saúde, pesquisa e ensino, movimentos populares, associações, e também utilizaram mídias digitais por conta própria. Estas narrativas estão presentes em diferentes tipos de materiais de comunicação, postados e divulgados em plataformas como Instagram, Facebook, e YouTube, em canais, páginas e sites institucionais e perfis pessoais. Produtos comunicativos com explicações sobre protocolos, cartas e notas técnicas, seminários sobre respostas dos diferentes sistemas de saúde e sobre experiências vivenciadas nos serviços de saúde brasileiros constituíram um registro, um acervo de memória da pandemia. Considerando que os processos comunicacionais estabelecidos eram de grande interesse da população, seria importante entender as dimensões do conteúdo e da interação, e de permanência e mudança, a partir das formas estabelecidas.

Para a coleta da pesquisa, entendi que seria ir além dos seus objetivos vislumbrar a circulação dos produtos audiovisuais sobre atenção primária na internet, ou ter uma visão mais precisa sobre os atores que os multiplicaram. O foco da pesquisa é a predominância de mediações e sentidos da comunicação e não uma medida de sua capilaridade. Seria importante, no entanto, criar uma estratégia para mapear os principais produtos e atores, desenvolver um método incluindo critérios para rastrear materiais postados e determinar um período. O rastreamento deveria também possibilitar a sistematização de algumas características quantitativas e qualitativas, como o nome dos produtos, sua visibilidade, o nome do canal e instituições envolvidas em sua produção.

Assim, comecei a elencar critérios para iniciar buscas exploratórias e através delas realizar escolhas quanto às plataformas, canais e materiais que seriam exemplos representativos de narrativas sobre as interações comunicacionais das práticas de saúde de atenção primária. Primeiro a plataforma: para observar a produção de narrativas sobre episódios interacionais nos serviços brasileiros eu precisaria analisar alguns materiais em profundidade. O primeiro critério, portanto, foi que a plataforma disponibilizasse um acervo acessível ao público em geral e na íntegra. Assim, nossa primeira decisão relacionada à coleta foi a escolha da plataforma YouTube, um acervo plural de audiovisuais a que se tem acesso na íntegra. Criado em 2005 como site de compartilhamento de vídeos pessoais, o YouTube atualmente passou a “agregar conteúdo de empresas, marcas, instituições governamentais e não-governamentais, movimentos sociais e sociedade civil, transformando-se em um repositório audiovisual on-line

sobre quase tudo” (MUZI, 2000, p.7). O nome da plataforma vem do inglês you (você) e tube (tubo), gíria utilizada para designar a televisão. O sentido de "Você na tela" é comum a ambientes virtuais de comunicação tipo P2P (peer to peer) em que os produtores de informações podem ser os próprios usuários (PALÁCIOS, 2003). A plataforma tem como missão institucional “dar voz às pessoas”, “dar uma oportunidade de serem ouvidas”, “um palco para serem vistas” (MUZI, 2020, p.196). Atualmente o YouTube se destaca como a maior plataforma de vídeos on-line e segunda maior rede social do mundo⁴⁵, com dois bilhões de usuários. As interações possibilitadas a partir deste tipo de plataforma antagonizam com o modelo de comunicação informacional, linear, bipolar e unidirecional que ainda caracteriza os polos de emissão e recepção como promotores de papéis distintos. No entanto, o estudo de Muzi (2020) destaca uma importante confluência na descrição dos valores do YouTube, em discursos sobre direitos à comunicação, acesso à informação, liberdade de expressão e empoderamento, alinhados a uma perspectiva progressista, no discurso do empreendedorismo, alinhado a uma perspectiva neoliberal.

A plataforma também foi escolhida por permitir o rastreamento das características que eu desejava observar, em buscador próprio a partir de filtros temáticos e de outros aplicativos. Procurei diminuir a interferência dos algoritmos nas buscas, mesmo que não seja garantida a reprodutibilidade da pesquisa⁴⁶. Criei um navegador próprio para pesquisa (Mozilla Firefox), por ser a internet “um território não neutro, onde a datatificação influencia os resultados da navegação⁴⁷”(MUZI, 2000, p.107). Todas as buscas e visualizações dos produtos foram efetuadas a partir deste navegador configurado previamente.

Inicialmente mapeei os audiovisuais postados no YouTube que envolvessem os temas da atenção primária na pandemia. O primeiro levantamento foi realizado no mês de abril (30/04/2020) e atualizado no mês de agosto (31/08/2020). Para isto foi utilizado o buscador do

⁴⁵Dados disponíveis em: <<https://www.statista.com/statistics/272014/global-social-networks-ranked-by-number-of-users/>> e <https://www.statista.com/statistics/280685/number-of-monthly-unique-youtube-users/>>.

⁴⁶ Estudos de diferentes áreas do conhecimento têm realizado análises de mídias digitais e de redes sociais online. Em abordagens quantitativas, utilizam métodos de coleta de dados de rastreamento digital, definidos como evidências de atividade humana e similar à humana, registrada e armazenada digitalmente. Avanços nos softwares de coleta e na disponibilidade de dados provocaram um aumento no número de pesquisas quantitativas, mas fatores como fontes de dados incompletos e constantes mudanças dificultam sua reprodutibilidade. Recomendam-se transparência e clareza na descrição dos métodos utilizados e de suas limitações, uso de diferentes fontes e tipos de dados, além do apoio em diferentes disciplinas que deem suporte para as interpretações que imprimam qualidade à pesquisa de dados (FRELON, 2014; KARPF, 2012; FRAGOSO et al., 2011).

⁴⁷ Seguindo os passos da tese de Muzi (2020) nos orientamos pelo canal do *Digital Methods Initiative* no YouTube. Este disponibiliza o tutorial, *The research browser*, que mostra como criar um navegador exclusivo para pesquisa e garantir que suas configurações pessoais e histórico do navegador não interfiram no projeto. Disponível em: <https://youtu.be/bj65Xr9GkJM>.

YouTube, em que é possível explorar o acervo dos canais indexados, assim como utilizar os seguintes filtros: data de upload (postagem) do vídeo, tipo (vídeo, canal, playlist, filme, programa), duração, características (ao vivo, alta definição, legenda, etc) e relevância (data de envio, número de visualizações, classificação). Estabeleci que o item número de visualizações seria o critério de relevância que iria orientar este rastreamento, já que a data de envio e a classificação de relevância da plataforma não eram características importantes para esta pesquisa. A coleta foi realizada a partir de buscas exploratórias em combinações das expressões 'atenção primária', 'atenção básica' ou 'aps' e os termos 'covid', 'covid-19' e 'pandemia', para ser possível ampliar a quantidade de materiais rastreados em diferentes formas de nomear, sendo os resultados, então, filtrados por número de visualização. O resultado da busca é apresentado em anexo.

A estratégia adotada não contemplava todos os vídeos postados no YouTube sobre APS no período analisado, e sim os que usavam estas expressões no título ou na descrição do material. Isso, de acordo com Muzi (2020) se deve a dois fatores: a “web semântica, a capacidade das máquinas compreenderem significados por meio de funcionalidades técnicas dela derivadas como o uso dos algoritmos” e ao “papel de curadoria do profissional que atua nas mídias digitais, uma mediação humana” (MUZI, 2000, p.111). Deste modo, ao fazermos uma busca na internet, mobilizamos coleções de conceitos previamente organizados e hierarquizados que fazem parte de diversas áreas de conhecimento, criando relações semânticas entre os termos. Por isso, para os produtores de conteúdo, é importante “dominar as formas de tagueamento”⁴⁸ e dar títulos ou fazer descrições que facilitem a determinação da visibilidade do conteúdo a partir dos buscadores (MUZI, 2000, p.112). Nesta busca inicial, portanto, só os materiais postados com descrições que realmente tinham o foco nas expressões buscadas foram rastreados. Estes foram utilizados como amostra para tipificar produtos e os canais produtores, de acordo com as áreas de atuação das principais instituições mencionadas na produção.

O resultado dessas buscas dos materiais (retirando repetições) foi um total de 227 materiais, que tipifico como:

⁴⁸ Além do buscador, o “tagueamento” também influencia a sugestão de vídeos que o YouTube oferece ao usuário a partir de visualizações anteriores. A plataforma oferece a possibilidade do usuário se inscrever em canais de seu interesse e de notificá-lo sobre novos vídeos postados por estes canais. É importante levar em conta, então, que o número de visualizações promove mais ainda a oferta dos vídeos mais visualizados aos usuários que façam buscas com semelhantes termos, já que os vídeos mais visualizados têm a relevância do conteúdo incrementada exponencialmente pelo algoritmo.

- a) Vídeos (118): também nomeados de vídeo-aulas ou web palestras, produto gravado de forma profissional ou tecnologia pessoal em diferentes tipos de locação (escritório, consultório, ambiente externo de unidade de atenção primária, rua da comunidade), com um ou mais participantes (podendo ser gestores, pesquisadores/docentes, acadêmicos, profissionais de saúde e/ou usuários), envolvendo comentários orais, ilustrações, infográficos ou em forma de documentário;
- b) Lives (100): também nomeadas de seminários, webnários ou webinars, resultado de encontro realizado em hora combinada de internautas e um ou mais expositores entre gestores, pesquisadores, professores e/ ou profissionais de saúde. Gravado em formato 'ao vivo', mediado por tecnologia de informação e comunicação. Gravado de modo profissional ou tecnologia pessoal em locação tipo mesa de auditório (sem público presencial) ou na casa, escritório, consultório do participante, utilizando aplicativo online. Compreendem interações com internautas de forma simultânea, geralmente através de chat. Resulta em produto postado;
- c) Programas (7): gravados e transmitidos originalmente em canal de televisão;
- d) Podcasts (2): programas em formato de áudio.

A maior parte dos materiais é do tipo vídeo, o que me motivou inicialmente a analisar este tipo de material. Passei a buscar em seus títulos a menção às práticas de saúde da atenção primária e a participação de profissionais de saúde.

Os títulos dos materiais, em sua maioria, se remetiam ao seu conteúdo de forma descritiva. Exemplo: “Atualizações decorrentes da versão 6 - Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na APS”, abordando temas relacionados à síndrome gripal e ao fluxo de monitoramento, aos cuidados para grupos específicos - grávidas, crianças trabalhadoras do sexo. ExemploEx: #lapsmeet 2 - covid-19 e seus impactos nas vidas de trabalhadoras do sexo), à participação comunitária e ao cuidado nos territórios. Alguns títulos dos audiovisuais envolviam diretamente os trabalhadores de saúde: biossegurança dos trabalhadores da APS, espiritualidade, atuação de profissionais como enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, assistentes sociais e psicólogos. Exemplo: “Crefito⁴⁹-3 vai capacitar fisioterapeutas da atenção básica da capital para atuarem em UTIs”, sendo em maior número os materiais sobre o trabalho dos ACS e ACE). Outros títulos indicam uma zona de fronteira entre o campo da saúde e o campo jornalístico: “Plantão Coronavírus: Fluxo para Monitoramento COVID-19 na AB”, “boletim UNBTV 16: Covid-19” e uma 'gramática da internet' ou web semântica, a partir do

⁴⁹ Crefito é o conselho profissional de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais no Brasil, divididos em regiões.

uso das hashtags (Exemplos: “#ParaSaberMais - CNES: Cadastro de equipes da Atenção Primária na nova versão do Sistema”, “#Medicina: 1º Simpósio On-line LAMFAC”). Estes últimos mostram o conhecimento por parte dos produtores de que as hashtags facilitam a ação dos algoritmos dos buscadores.

Ao acessar alguns dos vídeos rastreados, no entanto, pude perceber que grande parte tinha formatos que podiam ser associados a dispositivos verticalizados de transmissão de informação, e que não traziam experiências que remetesse às vivências reais de interações comunicativas nas práticas de saúde.

Tabela 1- Tipo de Material por mês na busca Covid/APS no YouTube em agosto de 2020.

Tipo de Material	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Total Mensal
Vídeo	10	13	22	44	24	5	118
Live	4	8	28	25	17	18	100
Podcast	0	0	0	2	0	0	2
Programa de TV	0	1	1	2	1	2	7
Total Geral	14	22	50	72	43	25	227

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do buscador do YouTube.

Os vídeos com o maior número de visualizações, por exemplo, foram produzidos em uma parceria entre o Centro de Ensino AAGAPE do Hospital Santa Marcelina (instituição de ensino particular, vinculada a hospital e a unidades de atenção primária filantrópicas em São Paulo, que atendem a convênios particulares e ao SUS), Ministério da Saúde (MS) e a atual Secretaria de Atenção Primária vinculada ao Mato Grosso do Sul. Estes conteúdos contêm explicações sobre os fluxos e protocolos para o manejo clínico da Covid-19 na APS, protocolos para ACS e ACE e manejo no hospital, com diretrizes para as práticas e infográficos. Foram veiculadas diferentes versões destes protocolos nos canais no YouTube do AAGAPE, da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), nos meses de março e abril (tendo um dos

vídeos uma versão em libras postada no mês de maio) e em diferentes canais que os repostaram. Os vídeos são apresentados por médicos de família de uma unidade de APS que leva o mesmo nome do hospital.

Considerando seu objetivo declarado de atualização dos profissionais da APS sobre os protocolos (figura 8), o canal do AAGAPE pode ser classificado como um dispositivo de comunicação interprofissional para a realização da educação continuada, um matriciamento em escala ampliada pela tecnicidade das mídias digitais. Constitui um exemplo de institucionalidade representada pela confluência de interesses entre a gestão do Ministério da Saúde, as instituições hospitalares e unidades de atenção primária filantrópicas. O grande número de visualizações aponta que esta parceria foi legitimada pelos internautas na produção de conteúdos informativos sobre a Covid-19 na Atenção Primária. A influência da instituição hospitalar lhes agrega um sentido velado de superioridade hierárquica na produção de conhecimento, vinculada ao modelo biomédico. Por outro lado, remete à influência da parceria público-privado em alguns estados brasileiros, em que o segmento filantrópico do terceiro setor desenvolve serviços organizados e sistemáticos na Atenção Primária à Saúde.

Figura 8. Captura de tela do canal AAGAPE Santa Marcelina.



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 29/06/2020.

Ao objetivo declarado do vídeo, podemos acrescentar que um canal institucional no YouTube também pode ser considerado um dispositivo de comunicação institucional. O canal do AAGAPE foi aparentemente criado para esta finalidade durante a pandemia de Covid-19 pelo alinhamento com o governo federal, já que, no período desta investigação, teve apenas 7 materiais postados e utilizava o recurso de desativar comentários, o que é um modo de não investir na interatividade com os internautas e ao mesmo tempo evitar a divulgação de comentários considerados negativos (figura 8). Tanto no que se refere à comunicação

interprofissional quanto institucional, este canal apresenta um caráter bastante verticalizado, estritamente vinculado à difusão de conteúdo. Já ressaltai neste texto, com base em investigações anteriores, que instituições brasileiras na área da saúde, incluindo serviços de atenção primária, vêm usando mídias sociais especialmente na última década, em canais de comunicação oficiais ou não, o que pode atender a diversos objetivos e interesses (BARCELOS & AGUIAR, 2019; BARCELOS et al., 2020). No entanto, as instituições nem sempre aproveitam o potencial interativo dos ambientes virtuais (SCROFERNEKER et al., 2015), reiterando uma tendência difusionista de comunicação, sem maior investimento no diálogo (BARCELOS & AGUIAR, 2019)⁵⁰. Ao invés de criar um novo canal, poderiam ter sido utilizados canais que o SUS já dispunha para a educação continuada, como os canais do Telessaúde⁵¹.

Chamou a minha atenção na busca a quantidade de canais no YouTube vinculados a instituições públicas e privadas, de atenção, de administração pública, de ensino profissional de saúde e de canais particulares de profissionais de saúde, além de outros tipos de instituições que produziram conteúdo para o YouTube sobre o tema da APS no período analisado.

Foi obtido um total de 153 canais, que foram tipificados de acordo com um ou mais campos ou contextos de atuação e com as instituições ou pessoas que o nomeiam:

- A) Atenção à saúde: canais de prestadoras de serviço de saúde de pequeno porte (4) e canais pessoais de trabalhadores de saúde (11);
- B) Atenção à saúde/Ensino profissional: canais de prestadoras de serviços de saúde de grande porte que também atuam no ensino profissional (2);
- C) Atenção à saúde/Gestão: canal de associação prestadoras (1);
- D) Atenção à saúde/Associação trabalhadores: canal de associação estadual, federal e internacional (conselhos profissionais e outros) (11), canal de associação local (2) e canal pessoal de trabalhador/associação local (1);

⁵⁰ Em âmbito internacional, experiências de utilização de ferramentas digitais para a criação de indicadores de saúde, avaliação das instituições e monitoramento da comunicação e informação nas instituições de saúde vêm sendo construídas em Observatórios de Saúde Pública (PINTO & ROCHA, 2016).

⁵¹ Os serviços de Telessaúde desenvolvem, em parceria de instituições de saúde e instituições de ensino, um trabalho de educação permanente. De acordo com o canal de Telessaúde do estado da Bahia, por exemplo, o objetivo do programa é “ampliar a resolubilidade da Atenção Básica (AB), o acesso a especialistas em lugares remotos, diminuir os custos na saúde, os deslocamentos desnecessários, melhoria da qualidade do atendimento, por meio de ferramentas que possibilitam a troca de informações com auxílio de plataformas de tecnologias de informação e comunicação em saúde”. Atualmente oferecem de forma remota e gratuita serviços nomeados como “Teleconsultoria”, “Segunda Opinião Formativa”, “Tele-Educação” e “Apoio à implantação do e-SUS”, sendo dirigidos a todas as categorias de profissionais de saúde na atenção básica (Disponível em: <https://www.youtube.com/c/TelessaúdeBahia/>)

- E) Atenção à saúde/ Estudantes: canais de associação estudantil (ligas, outros) (6) e canal pessoal de estudante (1);
- F) Gestão em saúde: canais de órgãos de administração pública federal (2), estadual (3), municipal (5) e regional (1) do Brasil, de administração pública municipal estrangeira (1) e canais pessoais de prefeito, assessor ou deputado (3);
- G) Instâncias Colegiadas do SUS: canais de instâncias nacionais, estaduais e municipais (3);
- H) Sociedade Civil: canais de movimentos sociais (2), fundações e associações nacionais e internacionais (4);
- I) Sociedade Civil/Ensino profissional em saúde: canal de organismo internacional que atua na cooperação técnica em saúde (1);
- J) Ensino Profissional/Universidade: canais de escolas de saúde pública e de governo (8), canais de programas, residências e departamentos de ensino em saúde vinculados a universidades públicas e privadas (24), canal de universidade estrangeira (1), canais pessoais de pesquisadores e/ou professores (3);
- K) Ensino profissional/universidade/ administração estadual, municipal ou federal: canais de Telessaúde e UNASUS (16);
- L) Ensino em outro campo/universidade: canais de universidade e departamentos fora da área da saúde (5);
- M) Ensino profissional: canais de ensino profissional privados e locais (5);
- N) Ensino profissional/pesquisa: canais de sociedades de especialistas (2), Canais de instituições de pesquisa que atuam em ensino profissional (6);
- O) Pesquisa/associação profissional: canais de associações que promovem pesquisas e eventos científicos (3);
- P) Pesquisa/movimento social: canais de instituições de pesquisa em associação com movimentos sociais (2);
- Q) Comunicação: canais de instituições de mídia privados (8), canal de instituição de mídia pública (1);
- R) Pessoal: canal de usuários de saúde mental (1), canais pessoais de cunho religioso, recreativo, outros (6).

Muitas destas instituições ou pessoas têm práticas que já se encontravam na interface entre um ou mais campos. Entendo que os canais do YouTube são utilizados como estratégia para acrescentar as potencialidades do campo comunicacional à sua iniciativa, ou seja, que podem ser exemplos de midiatização das práticas em seus contextos de atuação (BRAGA et al,

2017). Contudo, para compreender este fenômeno, eu deveria levar em conta aspectos que podem ser relacionados às mediações e aos sentidos da APS na análise da mídiatização que promovem as questões: Qual a legitimidade institucional na produção de conteúdo sobre saúde? Que objetivos são declarados na produção do canal? É possível analisar que foram efetivados? Qual o alcance foi conseguido? Como foi conduzida a temática das práticas de APS?

Cheguei à conclusão de que o foco da minha escolha deveria não deveria ser nos materiais, mas em canais em que eu pudesse investigar estes aspectos da mídiatização das práticas de APS. Mas diante de tantas opções de canais, como escolher? Para atender aos meus objetivos de pesquisa, estes canais precisaram conter materiais com narrativas sobre as práticas de saúde e seus dispositivos interacionais vivenciados durante a pandemia.

Então, comecei a atentar para as lives como fenômeno interacional. Um número significativo de canais rastreados produziu materiais neste formato.

O formato “ao vivo”, instituído a partir de tecnicidades para os meios da rádio e da televisão, teve sentidos e características transformadas conforme a proliferação de novas tecnologias e seus respectivos usos ao longo do tempo. Recentemente, plataformas de mídias sociais populares como o YouTube passaram a possibilitar aos usuários criar, compartilhar e assistir vídeos ao vivo: “Músicos, políticos, influenciadores e pessoas comuns fazem transmissões com variados níveis de improviso e flutuantes esforços de produção, frequentemente a partir do espaço íntimo de seus ambientes domésticos” (LUPINACCI, 2020, p.1). As lives podem ser definidas como “conteúdo ou experiência” que ocorre mediante a “copresença física entre performers e audiência no mesmo tempo e espaço” causando uma “impressão da não-mediação devido a uma transmissão feita "em tempo real" (LUPINACCI, 2020, p.2). Têm como características o “imediatismo” e “aparente autenticidade”, que são produzidos através da sensação de espontaneidade, familiaridade, intimidade e transparência (LUPINACCI, 2020, p.2).

É preciso ressaltar que ofuscar a mediação tecnológica pode ser estratégico comercialmente para as plataformas e para os canais. O pretexto de oferecer experiências compartilhadas e “coletividades naturais”, também presente na comunicação de massa, pode ser utilizado nas mídias sociais como modo de extrair mais dados ou promover engajamento, nos seduzindo com a estratégia de “ênfatisar o fato de que, através delas, pessoas têm acesso ao que é significativo individualmente” (LUPINACCI, 2020).

Seminários, encontros entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e também relatos de experiência e análises passaram a ser produzidos ao longo dos meses e transmitidos

'ao vivo', sendo nomeados como 'lives', 'webnários' ou 'webinars', de acordo com o rastreamento realizado. A partir da emergência de uma nova doença e das restrições quanto às interações presenciais que as instituições sanitárias passaram a recomendar, a “imposição” da mediação das tecnologias de informação e comunicação resultam de uma tentativa de permanecer interagindo com instituições e pessoas. Nada mais autêntico e significativo.

Decidi que deveria analisar uma ou mais lives em profundidade produzidas pelos canais escolhidos. Em busca de narrativas que envolvessem episódios interacionais nos serviços relacionados a estes dispositivos, decidi priorizar as que envolvessem relatos de experiência sobre os serviços de atenção primária. As narrativas privilegiadas foram as de gestores de serviços de saúde, profissionais de saúde e usuários; atores que mais provavelmente vivenciaram os episódios interacionais que narravam nas lives. Deste modo, os seguintes critérios foram elencados para a escolha dos canais e das lives que seriam analisadas em profundidade:

- Representatividade comunicativa⁵² do canal durante o período analisado, atribuída a partir da quantidade de visualizações dos materiais produzidos e da interatividade em likes, dislikes ou comentários e a realizada através de chat;
- Canal de instituição ou pessoa que ilustrasse práticas se encontrem na interface entre um ou mais campos e/ou contextos de atuação na área da saúde, pesquisa, ensino, representação de conselhos, movimentos sociais, mesmo sem representatividade ou legitimidade reconhecida no campo da saúde;
- Produção de materiais em formato de live e com relatos de práticas de saúde incluindo a comunicação institucional, interprofissional e profissional usuário;
- Diversidade de vozes representadas (preferencialmente gestores, profissionais de saúde com diferentes práticas, usuários, representantes de conselhos e setores relacionados à atenção primária).

A partir destes critérios escolhi três canais e lives que descrevo abaixo:

⁵² Utilizo como referência para a definição da representatividade comunicativa o cálculo de engajamento utilizado por empresas que realizam pesquisas de marketing. Empresas como a paulista Buzzmonitor, por exemplo, calculam o engajamento de um canal da seguinte maneira: são somados os números de likes, dislikes e comentários, e o total é dividido pelo número de inscritos do seu canal. Neste caso o número de visualizações é desconsiderado, sendo sublinhadas as métricas relativas à fidelidade do internauta e as interações proporcionadas pelo canal na plataforma. Optei por observar as métricas fornecidas por uma ferramenta gratuita (*YouTube Data Tools*) sem realizar um cálculo de engajamento durante o período analisado, mas analisar as métricas quantitativas “brutas” como complementares às qualitativas.

- **Canal Portal da Inovação** - Canal da OPAS: A entidade tem como um de seus principais objetivos o impulsionamento da APS no Brasil através de práticas com ênfase na educação de trabalhadores de saúde. Durante a pandemia foi realizada uma atividade denominada "Prêmio APS forte", que incluiu a realização de diversas lives com relatos das experiências premiadas em todo o território nacional. Foram escolhidas quatro lives para análise em profundidade, contemplando narrativas de médicos(as) de família, enfermeiros, psicólogos(as), dentistas e a moderação de gestores e assessores. Como participantes nos chats, as lives tiveram profissionais de saúde, gestores de unidades e gestores municipais e estaduais, professores e estudantes de todo o Brasil. As lives analisadas em profundidade foram: “APS Forte: Práticas no combate à covid nas comunidades”, realizada em maio de 2020 (em que ocorrem as primeiras interações pelo chat do canal); “A APS não pode parar! Formas de organização para continuidade do cuidado na APS”, realizada em junho de 2020; “Reorganização da Rede de Atenção Primária para enfrentamento da #Covid-19”, realizada em julho de 2020, e “O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19”, realizada em setembro de 2020.

- **Canal Oficial do CNS (Conselho Nacional de Saúde)** - Canal criado para apoiar a entidade a promover práticas de participação e controle social do SUS. Somente uma live no período envolveu diretamente o tema da APS, contemplando as narrativas de uma enfermeira e uma médica sanitária e educadora popular; tendo como debatedores representantes do segmento de usuários, de trabalhadores e de gestores. Como participantes no chat, a live teve o presidente e ex-presidente do CNS, representantes de usuários, profissionais de saúde, gestores de unidades e gestores municipais e estaduais, professores e estudantes de todo o Brasil. A live teve o título: “Atenção Básica na Saúde Salva Vidas”.

- **Canal Ivando Agente de Saúde** - Canal de um profissional de saúde de atenção primária (ACE), que também é presidente de uma associação local com práticas de assessoria jurídica ao segmento. Tem grande representatividade comunicacional considerando os canais rastreados na busca inicial e especialmente os outros dois canais analisados. As lives analisadas em profundidade foram produzidas pelo próprio ACE, com destaque para respostas às interações no chat a trabalhadores da mesma categoria. Foram elas: “Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!” e “Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE”.

Apesar de terem características diferentes, os canais foram comparados em seu uso como dispositivos de comunicação institucional, interprofissional e/ou profissional-usuário a partir das categorias de análise construídas. Mesmo que se possa considerar as críticas aos estudos que se baseiam somente em métricas quantitativas para a análise de mídias digitais, resolvi utilizá-las na análise como complementares aos aspectos qualitativos. Concordo com Muzi (2020) que não se deve deixar de considerar as métricas quantitativas, em especial os números de visualizações, ‘likes’, ‘deslikes’ e comentários, pois desprezar a dimensão quantitativa seria ignorar que os números são impulsionadores de novos circuitos e conseqüentemente dos conteúdos. Quanto mais vistos os materiais, mais chances têm de serem mais vistos e recomendados pela própria plataforma. Além disso, as interações em formato de likes, deslikes e comentários constituem uma gramática própria das mídias digitais que deve ser considerada na análise qualitativa. As métricas foram utilizadas nesta pesquisa como modo de levar em conta o alcance proporcionado pela mediação técnica das mídias digitais. No entanto, métricas sobre a circulação percebidas como complementares na compreensão da relevância do canal para atingir públicos específicos não foram consideradas. Ainda assim, mostram-se como um indicativo para apoiar estudos posteriores.

Utilizei como referência para a coleta o período de março a setembro de 2020, acrescentado um mês no rastreamento inicial no buscador do YouTube para ter uma confirmação sobre a tendência observada de diminuição no número de materiais postados, como um momento de um certo “esgotamento” na produção de lives. Para a produção de métricas quantitativas e a coleta de títulos dos audiovisuais produzidos pelos canais no período investigado, utilizei a ferramenta YouTube Data Tools⁵³, que permite rastrear os produtos postados em um determinado canal a partir de seu código de identificação (ID). No módulo

⁵³A ferramenta YouTube Data Tools consta no site da *digital methods research*. Disponível em: <<https://tools.digitalmethods.net> <https://wiki.digitalmethods.net/Dmi/ToolDatabase>>.

'vídeo list' pode-se obter títulos, data de postagem, número de visualizações, 'likes', 'deslikes' e comentários, excluídos os feitos através do chat. Os dados coletados foram organizados em tabelas.

Para a coleta dos dados qualitativos nas lives escolhidas, estas foram transcritas na íntegra, incluindo o chat, que é disponibilizado para ser revisto com a live por alguns canais. Apesar de serem produtos de domínio público, os nomes dos participantes das lives foram omitidos na análise das narrativas e das interações no chat. Foram também feitas capturas de telas nos três canais de YouTube para ilustrar alguns elementos, como a apresentação e comentários no canal.

Partindo do Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde apresentado no capítulo 1, indícios dos circuitos comunicacionais das práticas de atenção primária foram analisados em dois tempos:

1) A etapa da produção de narrativas sobre a atenção primária na pandemia em dispositivos interacionais mediados, incluindo as interações com participantes- internautas. Estas passaram a constituir materiais comunicacionais que possibilitaram a formação de circuitos comunicativos ampliados ou difusos.

2) A etapa da produção de episódios interacionais nas práticas de saúde mencionados, tensionando matrizes conceituais e interacionais a que se referem. São referidos nas narrativas e interações nos materiais e analisados a partir das condições de produção dos canais.

Para a análise foram produzidos recortes temáticos a partir dos três objetivos específicos que consideram os dispositivos interacionais (comunicação institucional-interna, externa; interprofissional; profissional-usuário) na atenção primária. Como categorias analíticas quantitativas, considerei as métricas de número de visualizações, likes, deslikes e número de comentários na postagem. Para construir as categorias qualitativas, considerei as matrizes conceituais e interacionais da APS de acordo com o Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde apresentado no capítulo 1. Decidi ter como foco as mediações, tendo como referência as institucionalidades, tecnicidades, ritualidades e sociabilidades e os sentidos, tendo como referência os atributos da atenção primária Starfield: acesso ou primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar e comunitária e competência cultural. Os atributos da atenção primária de Starfield (1992, 2012) foram entendidos como uma síntese da matriz conceitual que se estabiliza nos serviços da APS

brasileiros, em que podemos vislumbrar sentidos estabilizados culturalmente e atribuídos à APS.

Apostei que as narrativas produzidas nas lives poderiam, mais do que nos vídeos, movimentar gramáticas e conteúdos previamente escolhidos pelos narradores, a partir das diferentes mediações e sentidos que se inter cruzam a partir dos canais. Na análise das lives pude produzir inferências tanto sobre os dispositivos interacionais emergentes pela mediação das práticas quanto sobre os dispositivos e episódios interacionais das práticas mencionados nas narrativas. Elas foram compreendidas no conjunto de produções dos canais do período analisado, em que pude analisar diferentes usos dos dispositivos interacionais, com maior ou menor potencial de ampliar a participação e circulação de sentidos sobre a Atenção Primária e de transformar o caráter meramente educativo-informativo, geralmente verticalizado, de difusão de conteúdos.

Nas seções seguintes serão apresentados os indícios dos circuitos comunicativos investigados nos produtos juntamente com seus contextos de produção, em uma análise por canal.

3.2 O canal Portal da Inovação da OPAS/OMS na interface entre saúde e educação profissional

Na seção 2.4 desta tese, organizei alguns registros históricos sobre a OPAS. Construir uma narrativa histórica sobre esta importante instituição foge aos objetivos deste trabalho. O interesse desta pesquisa é contextualizar a análise de sua mediação institucional na estratégia da qual faz parte o canal do YouTube Portal da Inovação. Concordo com Ribeiro et al. (2017) que o contexto "afigura-se aí como o exterior constitutivo do texto", no caso desta pesquisa, de enunciados nos títulos dos produtos, nas narrativas e interações (RIBEIRO et al., 2017, p.2). Assim, o contexto não deve ser considerado como pano de fundo ou como um conjunto de determinantes culturais estruturados. A partir de nosso referencial teórico metodológico é importante ressaltar a consideração de que o contexto se relaciona com práticas de modo dinâmico, e se reconfigura continuamente. Para contextualizar este canal ao longo de sua análise considerei elementos da literatura sobre a APS que menciona a OPAS, documentos institucionais, além de enunciados presentes em sites institucionais.

Abordei na citada seção a emergência das matrizes que tiveram influência na formulação da Atenção Primária em Saúde e da meta 'saúde para todos' na conferência de Alma-Ata

(1978), em que a OPAS foi uma das instituições participantes. Sublinhei seu alinhamento institucional com outros atores do campo da saúde, apontando que depois da pós-segunda guerra mundial, a organização passou a se integrar a Organização Mundial de Saúde (OMS) como escritório regional. Esta integração passa a apoiar a construção de sua legitimidade como organismo técnico especializado. Apontei seu posicionamento no sentido de uma concepção abrangente e integral de APS, que inclui a viabilização ou fortalecimento de sistemas de saúde universais. A instituição mostra, assim, atualmente, ter diferenças quanto às posições de outros parceiros no movimento de renovação da atenção primária⁵⁴, impulsionado pelas agências internacionais de saúde e enunciadas na conferência de Astana (2018). Estes enunciados propõem a diminuição da responsabilidade dos governos em garantir a organização de um sistema universal integral com coordenação do cuidado pela APS.

A instituição tem como foco o impulsionamento da APS especialmente através de práticas de educação de trabalhadores de saúde. Ressaltei na seção citada que esta tarefa se inicia com o incentivo dado pela OPAS à inserção das ciências sociais no campo da saúde incluindo a Medicina Preventiva no ensino de médicos e de enfermeiros.

É interessante, contudo, refletir um pouco mais sobre as possíveis mudanças na legitimidade da instituição na construção do contexto de sua atuação na educação profissional. Para Lima (2002), a construção da autoridade técnica da OPAS na área da saúde pública se deve a “influências mais diretas” como o apoio financeiro para a realização de iniciativas e programas, e a fatores de interferência indireta, que seriam a promoção do “intercâmbio de especialistas e gestores de saúde” (LIMA, 2002, p.26). Estratégias de educação de trabalhadores, sanitaristas e pesquisadores em Saúde Pública se iniciaram com a oferta de bolsas em centros de ensino e pesquisa internacionais desde o século XX. Elas reforçam a ideia de uma educação profissional como acesso a um conhecimento produzido em países centrais e o apoio financeiro para sua efetivação nas práticas em países periféricos.

Tensões se apresentam na busca pela difusão de modos sistematizados de realizar as práticas de APS e a possibilidade de considerar apropriações, impedimentos e novos modos de agir produzidos em contextos locais. Em texto de apresentação de uma publicação da organização intitulada ‘Caminhos da Saúde Pública no Brasil’ de 2002, em comemoração aos cem anos de relações da OPAS com o Brasil, George Alleyne, diretor da organização à época,

⁵⁴ O posicionamento se encontra no documento “Renovação da atenção primária nas américas”. Documento de posicionamento da organização Pan-americana de saúde”. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/sala5575.pdf>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

sugere que as práticas de cooperação técnica começavam a sofrer um processo de mudança: “Houve um tempo no qual a Organização foi reativa aos problemas de saúde dos países. Hoje o enfoque é muito mais proativo, nós cooperamos tecnicamente usando várias abordagens, *apropriadas* à situação de saúde dos países, *individualmente*” (FINKERMAN, 2002, p.15, grifo nosso). No entanto, no site da OPAS/OMS (<https://www.paho.org/bra/>) a instituição assim define a cooperação técnica: “transferência de tecnologia e da difusão do conhecimento acumulado por meio de experiências produzidas nos Países-Membros” (OPAS/OMS, 2020).

A partir dos anos 2000, a OPAS produziu junto à Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendações em que insta os Estados membros a adotarem uma série de ações com o objetivo enunciado de “fortalecer a APS”, diretamente relacionados ao cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (GIOVANELLA & MENDONÇA, 2009). O enunciado “APS Forte” aparece também em uma aba do site do “Portal da Inovação na Gestão”, mais direcionado a gestores de saúde. Neste site há informações sobre um laboratório de “Inovação na Aps Forte” em que se afirma que os serviços brasileiros seriam analisados empiricamente, sendo suas experiências sistematizadas e posteriormente “disseminadas experiências de boa gestão” (<https://apsredes.org>).

O site institucional é apresentado como “ferramenta de gestão do conhecimento”, “um espaço virtual”, cujo público seria “gestores do SUS, trabalhadores da saúde e atores interessados nos conhecimentos produzidos e divulgados no Portal” (<https://apsredes.org>). As parcerias institucionais apresentadas no Portal são a OMS, além do Ministério da Saúde do Brasil, com a colaboração de entidades como o Conass, o Conasems, o Conselho Nacional de Saúde e a ANS, sendo divulgados os sites destes outros parceiros.

Assim como o site, o canal do YouTube Portal da Inovação, analisado nesta pesquisa durante a pandemia de Covid-19, é parte desta estratégia de comunicação institucional, voltada para mídias digitais e exemplo de abordagem efetivada pela OPAS em seu trabalho de cooperação técnica no Brasil. Considero o canal como um exemplo de dispositivo tanto para as interações de comunicação institucional quanto de comunicação interprofissional, que são midiáticas na interface entre os contextos da saúde, da educação profissional e da comunicação em mídias digitais.

Apresentação do canal pode ser observada na figura 9. O canal foi inscrito na plataforma em janeiro de 2012 e tinha em setembro de 2020 um total de 12,8 mil inscritos e 2.017.902 visualizações de seus audiovisuais. Desde 2012, o canal disponibiliza vídeos “que resultaram dos laboratórios de inovação, materiais técnicos produzidos pelos gestores locais, além de

artigos, documentos, publicações, notícias e entrevistas organizados pela equipe técnica do Portal” (s/d). Alguns produtos mais antigos, com o formato de vídeo-aulas, atingiram mais de cem mil visualizações. A maioria dos vídeos, no entanto, tem um número de 100 visualizações em média, alguns com curtidas, mas sem comentários por parte dos internautas ou do Portal. Como dispositivo de interação de comunicação institucional e interprofissional, portanto, pode ser ressaltada a pouca relevância comunicacional até o momento da pandemia, em processos de produção e depósito de conteúdos audiovisuais, sem estímulo a que o internauta participe destes mesmos processos. O depósito de conteúdos cumpria os objetivos do canal em identificar, dar visibilidade, reconhecer iniciativas nas práticas de saúde, mas não de promovê-las, mesmo que no sentido de disseminá-las.

Figura 9. Captura de tela de apresentação do canal Portal da Inovação



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 30/09/2020.

3.2.1 “Por uma APS forte”: múltiplos dispositivos, escassez de recursos e o apoio mútuo

A partir de abril de 2020, o canal passou a promover e postar audiovisuais em formato de live sobre temáticas envolvidas na pandemia, o que mobilizou um significativo aumento no número de visualizações e interações dos internautas na forma de likes, dislikes, mas ainda poucos comentários fora dos chats.

No início da pandemia, as lives do canal foram encontros virtuais entre pesquisadores, representantes da OPAS, ex-gestores, brasileiros e estrangeiros, postados na íntegra, mas que posteriormente originaram novos produtos. Foi utilizada a estratégia de gerar outros produtos a partir da mesma temática e com os mesmos participantes-apresentadores da live, dividindo a mesma em produtos menores, e também com a produção de vídeos curtos com entrevistas de

participantes das lives. Este poderia ser um modo interessante de oferecer ao internauta a possibilidade de ter mais detalhes sobre uma experiência específica, em um tempo mais curto, já que as lives tiveram, de modo geral, a duração de 1 hora e 40 minutos. O excesso de produtos nesta etapa da pandemia, no entanto, não trouxe maior visibilidade ao canal do que as próprias lives, que tiveram um número bastante superior de visualizações do que os vídeos do canal.

De modo geral, os títulos dos produtos remetem às práticas de atenção e gestão da APS, ressaltando sua importância para o controle da pandemia como uma evidência da relevância da APS para os sistemas de saúde, compondo uma narrativa institucional. São um modo de propagar esta narrativa entre os internautas que acessam os produtos do canal e assim contribuir para a legitimação das práticas de APS. Ressalto a seletividade no uso de palavras e expressões que utilizam uma gramática educativa, sugerindo o apoio remoto da OPAS aos gestores e profissionais de saúde brasileiros.

Na tabela 2, listo os audiovisuais postados no período e suas interações. Destaco as lives analisadas em vermelho. Os primeiros produtos do período caracterizam as experiências internacionais (especialmente da Espanha e na Itália, como em “*COVID-2 - Quais as lições aprendidas da epidemia de Covid-19 na Espanha?*”) e algumas experiências de municípios brasileiros (“*COVID-19 - Quais os desafios para o gestor municipal, em especial, para a Atenção Primária à Saúde?*”), em que “lições” deveriam ser produzidas (aqui, a partir de experiências negativas) para apoiar a organização da rede de saúde em resposta à pandemia. Outros produtos postados nos meses de abril e maio discutem aspectos mais amplos da gestão em saúde, especialmente aspectos econômicos (“*Precisamos investir na APS*”; “*Armínio Fraga⁵⁵ - recessão econômica recorde com a Covid-19*”), também em discussões de temas de parceria público-privada (“*Especial Covid-19 – debate: "O papel da OSS na resposta à pandemia"*”, “*Debate perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19*”). Embora possam apontar para o desfinanciamento da APS, os títulos não fazem críticas aos entes governamentais, ao mercado médico ou à expansão de seus valores para a esfera pública no chamado Complexo Médico-Industrial⁵⁶.

⁵⁵ Armínio Fraga é um economista influente no Brasil, tendo presidido o Banco Central durante o governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (de partido cujos militantes geralmente se classificam como centro-esquerda) no período de 1999 a 2003. De acordo com a reportagem da BBC divulgada pelo site UOL Notícias, tem se posicionado recentemente como um “liberal progressista” e “à esquerda” no tocante a “temas sociais” (Disponível em: <<https://economia.uol.com.br/noticias/bbc/2020/02/03/arminio-fragas-minhas-propostas-mecolocam-a-esquerda-esquerda-para-valer-nao-a-que-da-dinheiro-para-rico.htm>>.

⁵⁶ As expressões “Complexo Médico-Industrial” ou “Complexo Industrial da Saúde”, cunhadas nos anos 1970, foram inspiradas no termo “complexo militar-industrial”, reforçando o sentido econômico e as técnicas associadas às estratégias empresariais e de mercado que diferentes setores passam a agregar, apesar de suas

Tabela 2 - Audiovisuais do canal Portal da Inovação de março a setembro de 2020.

Posição	Título do audiovisual	Data/Hora de postagem	Tipo	Contagem de visualizações	Contagem de likes	Contagem de deslikes	Contagem de comentários
1	corens enfermeiras	30/03/2020 20:42	vídeo	20	0	0	0
2	Apresentação Consultório de enfermagem 1080p	30/03/2020 20:57	vídeo	227	15	0	0
3	VID 20190912 WA0012 1	30/03/2020 20:58	vídeo	5	0	0	0
4	VID 20190912 WA0011 1	30/03/2020 21:16	vídeo	15	1	0	0
5	Residentes	30/03/2020 21:36	vídeo	10	0	0	0
6	Projeto Diu , Made with Clipchamp 3 vídeo	30/03/2020 21:44	vídeo	9	0	0	0
7	Segundo	30/03/2020 21:46	vídeo	11	1	0	0
8	Primeiro - CIRCUITO EU SOU SUS - PRÉ-NATAL: UMA ESTRATÉGIA PARA FORTALECER A ADESÃO	30/03/2020 21:55	vídeo	11	0	0	0
9	Vídeo Allison Moraes Apresentação LIE	30/03/2020 22:35	vídeo	16	0	0	0
10	COVID-19: dilemas, desafios e possibilidades da (APS) no sistema de saúde espanhol	04/04/2020 17:32	live	899	41	0	0
11	COVID-19: Reorganização e ampliação progressiva da capacid dos serviços hospit a resposta..	09/04/2020 22:57	live	628	17	0	0
12	Organização da rede de saúde para o Cuidado do paciente com COVID-19	13/04/2020 19:17	live	89	1	1	1
13	Como reorganizar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) durante a pandemia de Covid-19?	14/04/2020 19:18	vídeo	468	8	0	0
14	COVID-19 - Quais os desafios para o gestor municipal, em especial, para a Atenção Primária à Saúde?	14/04/2020 20:07	vídeo	133	1	0	0
15	COVID-19 - Na fase de transmissão comunitária de epidemias, qual o papel da APS?	15/04/2020 17:38	vídeo	134	3	0	0
16	COVID-19 - O que mudou na APS durante a emergência sanitária na Espanha?	15/04/2020 17:46	vídeo	48	0	0	0
17	COVID-19 - Quais as principais diferenças na APS da Espanha e do Brasil?	15/04/2020 17:57	vídeo	43	1	0	0
18	COVID-2 - Quais as lições aprendidas da epidemia de Covid-19 na Espanha?	15/04/2020 18:11	vídeo	211	2	0	0
19	Quais as principais lições aprendidas da experiência de Itália?	15/04/2020 20:16	vídeo	72	2	0	0
20	As unidades de saúde da APS podem se transformar em um centro propagador da Covid-19?	15/04/2020 20:48	vídeo	43	3	0	0
21	Como a APS da Itália está enfrentando a COVID-19?	15/04/2020 21:09	vídeo	58	2	0	0
22	Desafios para o Brasil diante da Pandemia Covid-19	16/04/2020 00:29	live	1322	79	0	0
23	Arminio Fraga - Recessão econômica recorde com a Covid-19	17/04/2020 18:35	vídeo	161	5	0	0
24	Covid-19 - Proteger os mais vulneráveis	17/04/2020 20:08	vídeo	84	98	3	0
25	Covid-19 - O SUS e a resposta à pandemia	17/04/2020 20:37	vídeo	328	13	10	0
26	Covid-19 - Distanciamento social é a melhor prevenção	17/04/2020 20:49	vídeo	45	1	1	0
27	Covid-19 - O papel de sistemas universais de saúde em emergências sanitárias	17/04/2020 20:57	vídeo	31	0	0	0
28	Jarbas Barbosa, da OPAS/OMS, alerta para a sobrecarga nos hospitais	23/04/2020 18:45	vídeo	143	7	1	0
29	Especial Covid-19 - Saiba como foi a participação do economista Arminio Fraga no debate	23/04/2020 19:03	vídeo	47	1	1	0
30	Covid-19 - A demógrafa Marcia Castro alerta para as consequências do fim do isolamento social	23/04/2020 19:21	vídeo	326	11	0	0
31	COVID-19 - Fila única para acesso a leitos de UTI é garantir o acesso com equidade	23/04/2020 19:33	vídeo	53	1	0	0
32	Covid-19 - "O governo vai ter que gastar", defende o economista Arminio Fraga.	23/04/2020 19:38	vídeo	35	1	0	0
33	Covid-19 - Sistema de saúde brasileiro entrará em crise no fim de abril	23/04/2020 19:43	vídeo	96	3	0	0
34	Debate Covid-19 - Gonzalo Vecina alerta para importância da quarentena	30/04/2020 18:02	p/live	103	3	0	0
35	Debate Covid-19 - Sanitarista defende fila única para leitos de UTI, públicos e privados.	30/04/2020 18:52	p/live	87	2	1	0
36	Debate Covid-19 - A importância da saúde coletiva para resposta à Covid-19	30/04/2020 19:40	p/live	78	4	1	0
37	Debate Covid-19 - Brasil tem déficit de leitos de UTI antes da pandemia	30/04/2020 19:44	p/live	22	0	0	0
38	Como organizar a APS para a resposta à Covid-19?	30/04/2020 21:50	live	1097	55	0	3
39	Covid-19 - Reorganização da APS pela SMS de Florianópolis - Importância dos EPIS	05/05/2020 17:04	p/live	47	2	0	0
40	Covid-19 - Experiência de SMS de Florianópolis - Uso de EPI na APS	05/05/2020 17:06	p/live	47	1	1	0
41	Especial Covid-19 - Importância da APS na resposta à doença: experiência da SMS Florianópolis	05/05/2020 17:08	p/live	41	2	1	0
42	Covid-19 - Novos modelos de atendimento para a APS: experiência da SMS Florianópolis	05/05/2020 17:11	p/live	22	1	0	0
43	Covid-19 - A contribuição da APS na resposta à pandemia: experiência da SMS Florianópolis	05/05/2020 17:14	p/live	34	1	0	0
44	Especial Covid-19 - Investimento na APS: experiência da SMS Florianópolis	05/05/2020 18:17	p/live	37	0	0	0
45	Especial Covid-19 - Acompanhamento da APS para pessoas com condições especiais de saúde	05/05/2020 18:19	p/live	40	1	0	0
46	Covid-19 - Reorganização da APS requer investimento	05/05/2020 18:22	vídeo	23	0	0	0
47	Covid-19 - "Precisamos investir na APS"	05/05/2020 18:28	vídeo	20	1	0	0
48	Covid-19 - "Precisamos trabalhar com união e solidariedade"	05/05/2020 18:30	vídeo	19	2	0	0
49	UMA MENSAGEM PARA VOCÊ	06/05/2020 14:15	vídeo	37	3	0	0
50	UMA MENSAGEM PARA OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	06/05/2020 14:15	vídeo	30	0	0	0
51	MENSAGEM PARA FAMILIARES E CUIDADORES DE IDOSOS	06/05/2020 14:16	vídeo	63	0	0	0
52	MENSAGEM PARA FAMILIARES E CUIDADORES DE IDOSOS 2	06/05/2020 14:16	vídeo	111	1	0	0
53	O papel das Organizações Sociais de Saúde na resposta a emergência do Covid 19	07/05/2020 14:17	live	176	5	0	0
54	Covid-19 - OPAS/OMS recomenda quatro estratégias para a área de recursos humanos em saúde dos países	07/05/2020 17:41	p/live	48	1	1	0
55	Covid-19 - Desafios no enfrentamento da pandemia: falta de EPI e escassez de recursos humanos	07/05/2020 17:50	p/live	216	5	0	0
56	Desafios no mercado de trabalho em saúde em tempos de pandemia	07/05/2020 21:18	p/live	164	13	0	0
57	Covid-19 - "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 18:22	p/live	19	2	0	0
58	Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 18:30	p/live	13	2	0	0
59	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 18:45	vídeo	29	1	0	0
60	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 18:47	vídeo	9	0	0	0

especificidades (OLIVEIRA MENDONÇA & CAMARGO JR, 2012, p.10). Partindo da compreensão da saúde na forma de um setor econômico complexo, a dimensão econômica de suas tecnologias diagnósticas e de cuidado é relacionada aos interesses de mercado e criticada como tendo sido expandida em excesso, a ponto de cobrir praticamente todo o campo biomédico.

Posição	Título do audiovisual	Data/Hora de postagem	Tipo	Contagem de visualizações	Contagem de likes	Contagem de deslikes	Contagem de comentários
61	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 18:49	vídeo	25	0	0	0
62	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 19:13	vídeo	10	0	0	0
63	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 19:16	vídeo	19	0	0	0
64	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 19:17	vídeo	12	0	0	0
65	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	11/05/2020 19:19	vídeo	13	0	0	0
66	Dia Mundial sem Tabaco (2020) - Amaro Filho	13/05/2020 18:02	vídeo	81	2	0	0
67	APS FORTE: PRÁTICAS NO COMBATE À COVID-19 NAS COMUNIDADES	14/05/2020 22:14	live	745	44	0	4
68	Dia Mundial sem Tabaco - Eduardo Costa	15/05/2020 15:08	vídeo	42	3	0	0
69	Dia Mundial sem Tabaco (2020) - Marneide Silva	15/05/2020 15:08	vídeo	62	5	0	0
70	Dia Mundial sem Tabaco (2020) - Tatiana Santos	15/05/2020 15:08	vídeo	75	5	0	0
71	Dia Mundial sem Tabaco (2020) - Paulo Guedes	15/05/2020 15:08	vídeo	86	6	0	0
72	Dia Mundial sem Tabaco - Andreia	15/05/2020 20:34	vídeo	64	9	0	0
73	Dia Mundial sem Tabaco - Marina	15/05/2020 20:38	vídeo	109	6	0	0
74	Dia Mundial sem Tabaco - Sirlei da Silva	15/05/2020 20:48	vídeo	26	4	0	0
75	Dia Mundial sem Tabaco - Gabriel	16/05/2020 21:58	vídeo	76	7	0	0
76	Dia Mundial sem Tabaco - José Cícero	16/05/2020 22:02	vídeo	33	5	0	0
77	Dia Mundial sem Tabaco - Jorge	16/05/2020 22:07	vídeo	31	6	0	0
78	Dia Mundial sem Tabaco - José Luiz	16/05/2020 22:10	vídeo	56	1	0	0
79	Dia Mundial sem Tabaco - Aldemira	17/05/2020 19:36	vídeo	56	3	0	0
80	Dia Mundial sem Tabaco - Benedito	17/05/2020 19:38	vídeo	41	2	0	0
81	Programa Fica em Casa - Unidade de Saúde Costa e Silva/Porto Alegre ,RS	18/05/2020 14:54	vídeo	86	3	1	0
82	Ações Intersetoriais - Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello/ Rio de Janeiro , RJ	18/05/2020 15:02	vídeo	32	0	0	0
83	Ações Intersetoriais - Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello/ Rio de Janeiro , RJ	18/05/2020 15:07	vídeo	31	0	1	1
84	Projeto Casulo,Paraisópolis, São Paulo, SP	18/05/2020 15:13	vídeo	61	2	0	0
85	Projeto Casulo,Paraisópolis, São Paulo, SP	18/05/2020 15:19	vídeo	76	3	0	0
86	Projeto Casulo,Paraisópolis, São Paulo, SP	18/05/2020 15:22	vídeo	57	0	0	0
87	Debate APS forte: práticas no combate à Covid-19 nas comunidades	18/05/2020 15:38	p/live	16	0	0	0
88	Debate APS forte: práticas no combate à Covid-19 nas comunidades	18/05/2020 15:39	p/live	19	0	0	0
89	Debate APS forte: práticas no combate à Covid-19 nas comunidades	18/05/2020 15:42	p/live	37	2	0	0
90	Dia Mundial sem Tabaco - Osvaldo	18/05/2020 17:42	vídeo	68	5	0	0
91	Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública	19/05/2020 22:34	live	211	15	1	1
92	Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 19:19	p/live	14	0	0	0
93	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 19:23	p/live	5	0	0	0
94	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 19:26	p/live	11	0	0	0
95	Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 19:30	p/live	4	0	0	0
96	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 19:32	p/live	5	0	0	0
97	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 19:34	p/live	7	0	0	0
98	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 19:37	p/live	3	0	0	0
99	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 20:50	p/live	14	0	0	0
100	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 20:57	p/live	25	1	0	0
101	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 21:03	p/live	14	0	0	0
102	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 21:09	p/live	8	0	0	0
103	Debate Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública na resposta à Covid-19	22/05/2020 21:11	live	20	0	0	0
104	Vídeo DEBATE - compilado Amaro, Marneide e Tatiana	26/05/2020 17:32	vídeo	30	1	0	0
105	Dia Mundial sem Tabaco - Fumantes tem 45% mais chances de sofrer complicações com a Covid-19	29/05/2020 19:27	vídeo	43	2	0	0
106	#Sem Tabaco - Indústria do tabaco utiliza estratégia de marketing na Covid-19	29/05/2020 19:38	vídeo	64	1	0	0
107	A APS não pode parar! Formas de organização para continuidade do cuidado na APS	05/06/2020 21:47	live	2059	106	0	2
108	SMS Belo Horizonte - Cuidados aos usuários crônicos na APS	08/06/2020 17:45	p/live	99	2	1	0
109	SMS Belo Horizonte - Seleção do usuário do território com maior risco para Covid-19	08/06/2020 17:48	p/live	72	0	0	0
110	SMS Belo Horizonte - resultados da experiência	08/06/2020 17:49	p/live	72	1	0	0
111	SMS RJ - Apresentação da Clínica da Família e os objetivos da experiência	08/06/2020 19:52	p/live	62	0	0	0
112	SMS RJ - Reorganização do processo de trabalho na Clínica da Família na Covid-19	08/06/2020 19:56	p/live	68	0	0	0
113	SMS RJ - Considerações finais	08/06/2020 19:58	p/live	30	0	0	0
114	SMS RJ - Linhas de cuidado priorizadas na pandemia	08/06/2020 19:59	p/live	70	2	0	0
115	SES DF - Apresentação da UBS 10 de Ceilândia, no Distrito Federal	08/06/2020 20:02	p/live	37	2	0	0
116	SMS RJ - Mudanças na estrutura e na escala de trabalho da UBS 10	08/06/2020 20:11	p/live	29	0	0	0
117	SES DF - Principais desafios para as equipes.	09/06/2020 13:32	p/live	38	0	0	0
118	SMS Belo Horizonte - A expansão da Covid-19 na cidade	09/06/2020 13:46	p/live	110	0	0	0
119	SES DF - Repensando as agendas tradicionais	09/06/2020 13:47	p/live	30	0	0	0
120	Mobilização das equipes de Saúde Bucal no Amazonas reforça a APS no combate à #Covid19	16/06/2020 19:00	vídeo	116	2	0	0

Posição	Título do audiovisual	Data/ Hora de postagem	Tipo	Contagem de visualizações	Contagem de likes	Contagem de deslikes	Contagem de comentários
121	Programa Saúde na Escola inova na atuação e realiza ações durante a pandemia	16/06/2020 20:12	vídeo	370	12	0	0
122	Apoio psicológico virtual aos profissionais de saúde em meio à pandemia	16/06/2020 20:53	vídeo	94	5	0	0
123	Saúde da Família amplia o cuidado à saúde mental dos usuários com acompanhamento virtual	18/06/2020 15:47	vídeo	199	26	4	4
124	Universitários auxiliam profissionais de saúde no enfrentamento da #Covid19, ampliando atendimento	18/06/2020 19:22	vídeo	21	1	0	0
125	A APS conectada com a comunidade	19/06/2020 21:41	live	425	32	0	0
126	Crato - Estratificação de risco à Covid-19 para gerenciamento de ações em educação em saúde na UBS	22/06/2020 18:24	vídeo	171	5	0	0
127	Sorocaba/SP - Comunicação comunitária no combate à Covid-19	22/06/2020 18:26	vídeo	275	5	0	0
128	Teresina/PI - Busca ativa com rastreamento dos contatos	22/06/2020 18:28	vídeo	174	8	0	0
129	SMS Sorocaba/SP no combate à #Covid19	22/06/2020 19:15	vídeo	46	1	0	0
130	SMS Sorocaba no combate à #Covid19	22/06/2020 19:16	vídeo	70	2	0	0
131	APS digital: ferramentas tecnológicas para auxiliar o trabalho da atenção primária	25/06/2020 21:33	live	864	61	0	3
132	CAJARANA DO CONHECIMENTO: UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PERÍODO DA PANDEMIA DA COVID-19	29/06/2020 20:16	vídeo	66	5	0	0
133	Vigilância em Saúde no contexto da pandemia: qual o papel da APS?	03/07/2020 04:52	live	695	52	0	0
134	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA DE IDOSOS NA COVID-19	06/07/2020 20:12	vídeo	176	4	0	0
135	AÇÕES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS DURANTE A PANDEMIA	06/07/2020 20:45	vídeo	56	4	0	0
136	APS FORTE, no combate à pandemia.	06/07/2020 22:18	p/live	60	5	0	0
137	APS D 02 07 1	06/07/2020 22:18	p/live	25	0	0	0
138	APS FORTE - Promovendo a saúde indígena no contexto do enfrentamento da Covid-19 em Manaus-AM	06/07/2020 22:19	p/live	24	1	0	0
139	APS FORTE - Reorganização da APS para enfrentamento da Covid-19 em Canaã dos Carajás-PA	06/07/2020 22:19	p/live	45	2	0	0
140	Educação Permanente e Educação em Saúde: fortalecendo a APS na pandemia	09/07/2020 21:37	live	398	19	0	0
141	Lançamento Nacional - Cursos EAD para Escolas Estaduais de Saúde Pública	15/07/2020 18:13	live	78	6	0	0
142	APS FORTE - Teleatendimento na capital paulista	16/07/2020 22:52	p/live	67	3	0	0
143	APS FORTE - Cordéis aliam conhecimento técnico e cultura popular	16/07/2020 22:53	p/live	36	2	1	1
144	APS FORTE - Institucionalização da cultura da inovação	16/07/2020 23:20	p/live	44	5	0	0
145	APS FORTE - Monitoramento por geolocalização	17/07/2020 00:38	p/live	38	1	0	0
146	APS FORTE - GOVERNANÇA REGIONAL PARA O ENFRENTAMENTO DA COVID-19	17/07/2020 01:26	vídeo	159	1	0	0
147	O protagonismo da APS nos Comitês e Planos de enfrentamento da pandemia	23/07/2020 22:10	live	347	28	0	1
148	APS FORTE - JUNTOS SOMOS MAIS FORTES E PODEMOS MAIS EM PELotas (RS)	27/07/2020 13:47	p/live	54	4	0	0
149	APS FORTE - PLANO DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 EM LAGOA SANTA (MG)	27/07/2020 13:55	p/live	61	1	0	0
150	APS FORTE - APOIO à DISTÂNCIA NA GESTÃO MUNICIPAL E ASSISTÊNCIA DA APS NO COMBATE À PANDEMIA	27/07/2020 14:07	p/live	79	4	0	0
151	Reorganização da Rede de Atenção Primária para enfrentamento da #Covid-19	30/07/2020 22:07	live	644	45	0	0
152	#COVID19 - Debate 30/07 - #APSForte - Papel da Saúde Bucal de Araçatuba/SP no combate à Covid19	03/08/2020 12:33	p/live	53	1	0	0
153	#COVID19 - Debate 30/07 - #APSForte - Consultórios na Rua em Maceió no combate ao Covid19	03/08/2020 12:34	p/live	27	0	0	0
154	#Covid19 - Debate 30/07 - #APSForte - Goiás Velho inova na promoção da Saúde Mental na APS	03/08/2020 12:43	p/live	68	3	0	0
155	MovimentaSUS: O uso de tecnologias na promoção da prática de atividade física durante a pandemia	04/08/2020 12:53	p/live	30	2	0	0
156	APS FORTE - Assistentes Sociais utilizam tecnologias no combate à pandemia em Cascavel/PR	04/08/2020 14:11	p/live	188	19	0	0
157	Atenção Primária Forte (APS): estratégia central para enfrentar os desafios da pandemia	13/08/2020 21:44	live	661	47	0	4
158	APS FORTE NUPOP	19/08/2020 17:52	vídeo	35	2	0	0
159	APS FORTE - Fortalecimento da APS nas Unidades Prisionais em Pernambuco	19/08/2020 21:56	vídeo	44	5	0	0
160	Estratégias de fortalecimento da saúde materno-infantil na APS durante a pandemia	27/08/2020 21:26	live	187	18	0	0
161	Experiências de Integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Primária à Saúde - COVID-19	09/09/2020 00:52	p/live	82	3	0	0
162	O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19	10/09/2020 21:49	live	483	25	0	2
163	Abordagem ao paciente grave com COVID-19 em unidade básica periférica do Distrito Federal	14/09/2020 13:22	p/live	27	2	0	0
164	A importância da SpO2 e oxigenoterapia no manejo clínico da Covid19 na APS - SMS Arapiraca/AL	14/09/2020 13:33	p/live	30	3	0	0
165	Capacitação de profissionais multiplicadores da Atenção Básica em Urgência Emergência - Sorocaba/SP	14/09/2020 13:49	p/live	48	4	0	0
166	APS FORTE - Estratégias de fortalecimento de saúde materno infantil na APS durante a pandemia	17/09/2020 14:16	live	31	1	0	0
167	APS FORTE - ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA APS DURANTE A PANDEMIA DE COVID 19 EM FORTALEZA/CE	17/09/2020 14:26	p/live	20	1	0	0
168	APS FORTE - Estratégias de fortalecimento de saúde materno infantil na APS durante a pandemia em SP	17/09/2020 14:47	p/live	23	3	0	1
169	Cuidar de quem cuida: a segurança do Trabalhador da Saúde como uma prioridade para a Segurança do Pa	17/09/2020 21:44	live	148	16	1	0
170	APS FORTE - APS no centro da coordenação do cuidado frente à Covid-19 em Cajamar/SP	18/09/2020 12:37	p/live	13	0	0	0
171	APS FORTE - A importância da continuação do cuidado das condições crônicas na APS durante a pandemia	18/09/2020 12:53	p/live	18	0	0	0
172	APS FORTE - Resposta à pandemia integrada com ações intersetoriais em Niterói/RJ	18/09/2020 13:06	p/live	15	0	0	0
173	APSForte - Educação continuada no Triângulo Mineiro	21/09/2020 14:53	p/live	15	1	0	0
174	APSForte no SUS - Cuidado coletivo no ABC Paulista	21/09/2020 15:08	p/live	13	0	0	0
175	APSForte no SUS - Saúde mental e acolhimento na capital paulista	21/09/2020 15:10	p/live	36	2	0	0
176	APSFORTE - Samambaia norte: telemonitoramento de pacientes com diagnóstico de COVID19	28/09/2020 14:01	p/live	14	2	0	0
177	APSFORTE - Samambaia norte: gerenciamento da COVID19 em um território de extrema vulnerabilidade	28/09/2020 14:13	p/live	9	1	0	0
178	APSFORTE - Inteligência artificial nas ações de atenção e vigilância da pandemia na APS	28/09/2020 14:39	p/live	12	2	0	0

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do YouTube data tools. As lives analisadas foram destacadas em vermelho.

É possível inferir a tentativa de confluência de interesses, exemplificados pela participação de um notório economista liberal e pela conciliação na gestão apontada pelas OSS. Na lógica de parceria de interesses de que os serviços privados seriam suplementares aos serviços públicos, a instituição também intercede pelo uso de leitos privados na pandemia, mas esta proposta não se efetivou. Em seção anterior já foi destacado que a definição do papel das parcerias público-privadas dentro do SUS são controversas (RAMOS & DE SETA, 2019).

Figura 10. Captura de tela de cards de apresentação de produtos do canal Portal da Inovação.



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 13/04/2021.

No mês de maio, também foram postados vídeos em comemoração ao dia mundial sem tabaco com relatos de experiências de usuários, uma voz pouco representada nas discussões sobre a pandemia no canal, sendo possivelmente uma agenda anterior à pandemia que foi mantida.

A partir do mês de junho, a maioria dos produtos faz parte da edição de 2020 do prêmio “APS Forte”. Neles, os títulos envolvem o uso de tecnologias, a vigilância em saúde, a manutenção das agendas dos serviços de APS, o trabalho com a saúde mental, estratégias comunitárias e a educação em saúde. Muitos títulos utilizam metáforas “bélicas” comuns em contextos epidêmicos⁵⁷ que remontam a época das campanhas sanitárias, como as expressões “luta” ou “combate” à pandemia, em um sentido também presente na expressão “APS Forte”, devendo a APS ser considerada uma forte estratégia nesta batalha. Estas metáforas sugerem que o corpo e a sociedade seriam um campo de batalha contra as doenças (CARDOSO,

⁵⁷ A naturalização da linguagem bélica para caracterizar práticas de tratamento e prevenção de doenças em palavras como “combate”, “extermínio”, “enfrentamento”, “arma” é abordado em diferentes pesquisas sobre o contexto jornalístico, em notícias sobre as epidemias de dengue e zika, como as de Cardoso (2002), Levy (2017), Sacramento e Machado (2017).

SACRAMENTO & MACHADO, 2017). Entendo que estejam associadas a concepção de doença como desvio da legitimação de instituições de saúde e suas práticas na "defesa" e manutenção do equilíbrio social, vinculadas ao pensamento funcionalista. Elas aparecem no início dos títulos ou com # (o que, como foi visto, possibilita o reforço deste enunciado na websemântica).

O canal postou, no período de março a setembro, um total de 177 produtos audiovisuais, sendo realizadas 21 lives. A maioria das lives contém relatos de experiências apresentados por gestores municipais, apoiadores técnicos e profissionais de saúde de serviços de APS por todo o Brasil. A proposta de vídeos curtos com os temas abordados pelas experiências continuou a ser produzida, mas sem muitas interações, apesar de alguns registros de likes, dislikes e comentários em alguns conteúdos.

Nas primeiras lives o canal não deu acesso aos comentários ou ao chat ao vivo. Na live *“Como organizar a APS para a resposta à Covid-19?”*, postada no mês de abril, é possível notar a interação da equipe de comunicação no estímulo às interações. Em nome do canal foi postado, no espaço de comentários, um link para acesso a materiais técnicos (figura 11). Há um comentário agradecendo o material, o que mostra a possibilidade de que a equipe de comunicação tenha um retorno sobre seu trabalho registrado em interações do tipo ida e volta na plataforma.

Na live *“Perspectivas de utilização de leitos privados na saúde pública”* o canal começa a testar o uso do chat, sem que haja ainda registro de interações. O ordenamento rígido da ritualidade da live e a escolha de perguntas pelo e-mail mostra ainda pouca abertura à participação dos internautas na produção do conteúdo, centralizada pela mediação institucional. Através do chat as interações entre internautas e o canal ficam visíveis, o que pode gerar receio por parte da instituição de que sejam feitos comentários e perguntas de conteúdo impróprio. É fundamental a mediação da equipe de comunicação no próprio chat para excluir eventuais interações hostis, permitindo, no entanto, que este seja utilizado para contatos mais diretos e instantâneos durante as lives.

Figura 11- Captura de tela de interação no canal Portal da Inovação



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 13/04/2021.

Para a escolha da análise em profundidade foram utilizados os já citados critérios de representatividade comunicacional e a multiplicidade de vozes, sendo priorizadas experiências nacionais no caso deste canal e também diferentes períodos nos sete primeiros meses da pandemia. Foram escolhidas as lives que tivessem a maior diversidade de relatos de experiências de práticas de atenção na APS, contemplando dispositivos de interação na comunicação institucional, interprofissional, profissional-usuário e constituindo uma amostra de narrativas de diferentes categorias profissionais. Foram escolhidas quatro lives:

- 1) “*APS Forte: Práticas no combate à covid nas comunidades*” (em que ocorrem as primeiras interações pelo chat) realizada em maio de 2020;
- 2) “*A APS não pode parar! Formas de organização para continuidade do cuidado na APS*”, realizada em junho de 2020;
- 3) “*Reorganização da Rede de Atenção Primária para enfrentamento da #Covid-19*”, realizada em julho de 2020;
- 4) “*O atendimento de urgência e emergência na atenção primária no contexto da Covid-19*”, realizada em setembro de 2020.

A live “*APS Forte: Práticas no combate à Covid nas comunidades*” foi realizada antes do lançamento do prêmio APS forte, mas foi a primeira com relatos de experiência do canal. Teve como debatedor um assessor técnico da Coordenação Geral de Financiamento da Atenção Primária da SAPS/MS. Todos os apresentadores nesta live eram médicos de família e comunidade. A primeira profissional a narrar sua experiência foi uma residente de uma unidade

em Porto Alegre (RS). Ela enfatiza a criação de um dispositivo de comunicação profissional usuário nomeado de programa “Fica em Casa”, sendo produzido e gravado pelos profissionais de saúde e transmitido via aplicativos de celular para os usuários. Conta que as gravações são feitas entre um atendimento e outro, nos aparelhos de celular, e que os roteiros são elaborados com a contribuição de toda a equipe, incluindo os agentes comunitários de saúde. A segunda a apresentar foi uma médica em uma unidade de São Paulo (SP) (vinculada ao Hospital Albert Einstein), que apresentou uma experiência de “isolamento centralizado” nomeada de projeto Casulo em Paraisópolis, que nasceu na articulação entre moradores, comerciantes e a sociedade civil organizada. As ações promoveram o isolamento de pessoas sintomáticas com teste positivo para Covid-19 e distribuição de máscaras, álcool gel e material informativo para pessoas com síndrome gripal. O último a apresentar foi um médico de uma unidade do Rio de Janeiro e preceptor vinculado à universidade. Enfatiza em seu relato que, diante da pandemia, os profissionais realizaram muitas práticas comunitárias, por terem em seu território populações vulneráveis.

A live “*A APS não pode parar! Formas de organização para continuidade do cuidado na APS*”, realizada em junho de 2020 teve como debatedora a vice-presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Esta live foi o produto com maior número de visualizações do canal. Os três apresentadores também são médicos de família e comunidade, sendo a primeira experiência relatada por uma profissional que atualmente atua na gestão de Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte (MG). A narrativa enfatiza o dispositivo de comunicação institucional no que se refere a interações intersetoriais para a construção de listas de usuários de acordo com suas condições clínicas. Estas listas são disponibilizadas para cada equipe de saúde da família, facilitando a realização de atendimentos e monitoramento presencial ou à distância. O segundo relato é de um preceptor e profissional que atua em outra Clínica da Família do Rio de Janeiro que aborda a realização de estratégias de atenção individual, familiar e comunitária, além de enfatizar as interações interprofissionais no trabalho em equipe. A terceira aborda a reorganização do processo de trabalho em equipe no contexto da Covid-19 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Ceilândia (DF).

A live “*Reorganização da Rede de Atenção Primária para enfrentamento da #Covid-19*” foi escolhida por ser a mais diversa em termos de representantes de diferentes categorias profissionais. Seu debatedor foi um assessor técnico da Superintendência de Atenção Psicossocial e Populações Vulneráveis da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. A

primeira experiência é narrada por uma enfermeira e redutora de danos⁵⁸ que atua junto às equipes de consultório na Rua, em Maceió (AL). Relata adversidades e estratégias destas equipes durante a pandemia. A segunda experiência tem a iniciativa de oferecer um conjunto de ações no campo da Saúde Mental e da Atenção Psicossocial para a população e os trabalhadores de Goiás (GO), a partir da APS, sendo apresentada por um Psicólogo Sanitarista. A última experiência deste encontro é narrada por um cirurgião-dentista de Araçatuba (SP) que aborda os dispositivos de comunicação com os usuários para dar continuidade ao cuidado, priorizando casos urgentes, mas também realizando práticas de monitoramento remoto, o que antes da pandemia não tinha sido experimentado por estes profissionais.

A busca de estabilização do número de casos graves de Covid-19, para além do manejo clínico de casos leves em cumprimento aos protocolos do MS, foi abordada na live “*O atendimento de urgência e emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19*”. A live foi escolhida por apresentar experiências que priorizam o atributo do acesso em detrimento das experiências comunitárias privilegiadas na primeira live. Esta live teve como debatedora a diretora científica da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e como apresentadores um residente de medicina de família e comunidade do Distrito Federal (DF), também especializado em emergências de pronto atendimento, uma médica e uma enfermeira de Sorocaba (SP) e uma enfermeira, especialista em UTI e representante da gestão municipal de Arapiraca (AL). A experiência do DF aborda episódios de interação interprofissional para a troca de conhecimentos em uma UBS. Promove uma capacitação da equipe da unidade no reconhecimento e manejo de sinais de insuficiência respiratória aguda ou parada cardiorrespiratória em casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. A experiência de Sorocaba enfatiza a capacitação como um dispositivo de educação permanente em diversas unidades do município, que deve ter continuidade depois da pandemia. A última experiência ressalta a importância da interação intersetorial na rede de atenção à saúde, inclusive para o encaminhamento para centros de referência e serviços hospitalares.

Somam-se nas lives 12 relatos de experiência. Foram ressaltados alguns trechos destas lives, de acordo com os objetivos de pesquisa. Alguns enunciados serão colocados em itálico nos trechos para dar ênfase a inferência realizada de acordo com as categorias de análise.

⁵⁸ A redução de danos é a prática de administração monitorada de drogas com dosagens prescritas legalmente por médicos responsáveis, para possibilitar uma vida mais estável e produtiva em pessoas com história de abuso das mesmas. Somente a partir da década de 1980 passou a ser levada em conta como estratégia a ser adotada em sistemas de atenção à saúde, inicialmente na prevenção da AIDS (GOMES & VECHINA, 2018)

Há um direcionamento por parte da instituição nas temáticas que as experiências deveriam abordar, tais informações constam no edital do prêmio disponível no site. Destaco como objetivo do prêmio “APS Forte no SUS - no combate à pandemia”: “identificar, dar visibilidade, reconhecer e promover iniciativas locais, municipais ou regionais que tenham como foco a melhoria da APS” (<https://apsredes.org>). Deste modo é possível caracterizar a institucionalidade na definição do que seriam boas práticas da APS na pandemia. As orientações do site são apresentadas na figura 12.

Também é possível analisar o direcionamento institucional no formato das lives, que procuram guardar semelhança com encontros de relato de experiência presenciais. Cumprem ritualidades coordenadas por um moderador, que expõe o tema, apresenta os participantes-apresentadores, controla o tempo das falas, escolhe a ordem de apresentações e distribui as perguntas dos participantes-internautas. O debatedor tem a tarefa de tecer comentários e fazer perguntas aos participantes-apresentadores. A escolha dos papéis de moderador e debatedor evoca a legitimidade de cada ator social em sua função na OPAS ou nas instituições na área da saúde a que se filiam, em novos espaços em que se “encenam o social” (COLDRY & HEPP, 2017, p.2) conforme faziam presencialmente. Relacionam-se a uma sociabilidade vinculada à legitimidade que estas instituições já sedimentaram no campo da saúde, especialmente no que se refere à produção de conhecimento sobre as práticas de APS. Agregam este capital aos atores que as representam na live. Mas, especialmente no caso dos participantes-apresentadores, a participação na live também agrega legitimidade aos serviços de saúde de APS onde trabalham e aos profissionais e gestores como seus representantes. Os papéis sociais desses representantes, portanto, são transformados em novos dispositivos, que são “produzidos nas circunstâncias históricas e acionados nos contextos específicos dos participantes” (BRAGA, 2017, p.69).

As duas primeiras lives analisadas tiveram o mesmo moderador, as duas últimas uma mesma moderadora, ambos coordenadores da Unidade Técnica de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS no Brasil. Já em falas de abertura sobre objetivos do prêmio e das lives, a possibilidade de expor experiências avaliadas como “boas práticas”⁵⁹ ou “inovações” são abordadas como forma de disseminação rápida de conhecimento, comparadas aos manuais de orientações para indução dos gestores a realizá-las nas unidades.

⁵⁹ A expressão "boas práticas" se vincula aos estudos de qualidade da gestão que emergem nos anos 1990, sendo apropriados às instituições e às práticas de saúde. Podemos associar a esta lógica de gestão a adoção de metas no trabalho em saúde. No entanto, o termo também é associado à adoção de práticas baseadas em evidências científicas, ressaltando a necessidade de atualização constante para o manejo clínico, podendo ser articulada às necessidades singulares de cada usuário (VIEIRA et al., 2019).

Figura 12. Capturas de tela do site APS REDES

Vamos compartilhar experiências e iniciativas da APS no combate à COVID-19

APS FORTE NO SUS
NO COMBATE À PANDEMIA

O Brasil é internacionalmente conhecido pelo seu sistema público universal de saúde, orientado pela Atenção Primária à Saúde (APS). Cada território desenvolve estratégias, muitas delas inovadoras, para organizar e adaptar os serviços de saúde visando o enfrentamento dos desafios postos para a saúde pública.

No combate à pandemia da Covid-19, é muito importante identificar, dar visibilidade, reconhecer e compartilhar iniciativas locais, municipais ou regionais que respondam satisfatoriamente às necessidades de saúde da comunidade.

Pensando em uma estratégia que estimule o debate e divulgue conhecimentos de forma célere, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) e a Organização Pan-americana da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil apresentam a iniciativa **APS Forte no SUS – no combate à pandemia**, que vai funcionar da seguinte forma:

- Intercâmbio de Experiências – divulgação imediata das práticas inovadoras adotadas na APS nos sites das instituições parceiras e realização de debates virtuais.
- Prêmio APS Forte no SUS – após a pandemia, em momento oportuno para as equipes da APS, o Ministério da Saúde e a OPAS/OMS promoverão a seleção e o reconhecimento público das experiências bem-sucedidas.

Como o enfoque é a resposta da APS à Covid-19, as experiências participantes devem abordar as seguintes linhas temáticas:

1. Organização das Unidades Básicas de Saúde da Rede de Atenção Primária para atender à demanda dos casos suspeitos da Covid-19.
2. Organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) para garantir o acesso e o cuidado continuado das pessoas que já são acompanhadas pelas equipes, por exemplo: usuários com doenças crônicas, idosos, gestantes e das demais situações e agravos.
3. Saúde e segurança dos profissionais da APS no enfrentamento à Covid-19, por exemplo: experiências de orientação de uso de EPI nos serviços da APS e trabalhadores essenciais nas áreas de abrangência das equipes que atuam na APS; organização de escalas, designação de equipes específicas; proteção à trabalhadores do grupo de risco e de serviços essenciais; apoio em saúde mental para os profissionais.
4. Uso de tecnologia de informação e comunicação, como telefone, teleatendimento, WhatsApp, teleconsulta, telemonitoramento etc. para ações de comunicação, atendimento, monitoramento e prevenção pelas equipes que atuam na APS.
5. Ações de Vigilância em Saúde para a pandemia a partir da APS, especificamente no monitoramento dos contatos de sintomáticos e dos casos confirmados de Covid-19.
6. Potencialização de ações intersetoriais para o enfrentamento da pandemia, por exemplo: integração com a assistência social e outros setores governamentais, entidades comunitárias e instituições de longa permanência para idosos. Para lidar com casos de violência doméstica, segurança alimentar, renda, entre outros. Ações de estímulo à participação da comunidade e controle social.
7. Ações de educação permanente das equipes que atuam na APS, ações de educação em saúde e comunicação para a população da área de abrangência e/ou municipal.
8. Ações relacionadas à instituição de comitês técnicos e/ou gestores para lidar com o enfrentamento da pandemia da Covid-19 em âmbito municipal.

Fonte: <https://apsredes.org/abertura-apsforte/>, capturas de tela realizadas em 13/04/2021.

A ênfase em uma concepção de educação como transmissão de conhecimento (e por conseguinte de comunicação como difusão da mensagem) pôde, nas práticas, se abrir a produção de conhecimento através das experiências locais, nos contextos em que se desenvolvem, mesmo que ainda se enuncie como difusão. A construção de uma nova forma de legitimidade com base nas trocas com as experiências singulares parece ser almejada, sem que se desvincule de uma concepção verticalizada do 'saber fazer'. A valorização de experiências exitosas, ou o que pode ser nomeado como 'boas práticas' é um exemplo que busca conciliar

estes dois objetivos. A força em forma de conhecimento que se dissemina é salientada como algo a ser produzido nas interações interprofissionais oportunizadas pelas lives do canal. A iniciativa é comparada a um laboratório, algo ainda experimental, mas que precisa ser oferecido em um momento difícil como o da pandemia:

Realmente isso daqui que estamos tentando fazer é um *laboratório online de inovação*, de resposta, e essa é parte da iniciativa, ou seja, a iniciativa do Ministério (da saúde) e da OPAS consiste em coletar neste prêmio, mas esse também é um dos instrumentos, dos dispositivos que usamos né, de divulgação rápida de suas experiências [...]

O principal ponto que *tem que ser fortalecido*, para ser você realmente *forte*, é começar a repensar seus atributos e a pandemia mostra algumas coisas (moderador da live “Aps forte: Práticas no combate à Covid nas comunidades”-maio).

O Conasems, temos o Conass, o Ministério da Saúde junto com a OPAS né, desde o início, que tentou elaborar materiais orientativos para que a atenção básica, a partir da situação epidemiológica, estrutural, de recursos humanos, é, pensassem como organizar a sua atenção básica. E publicou várias notas orientativas e também o guia orientativo que saiu recentemente, inclusive *para induzir o gestor, por mais que inicialmente ele tinha fechado né, em algumas situações alguns municípios fecharam a porta*, em algumas unidades até *pelo susto, falta de EPI também*, mas que também que a gente conseguisse induzir a retomada das atividades (moderadora da live “APS não pode parar” - junho).

Nós precisamos muito dessa troca né, de nos *fortalecer* nesse momento difícil né para o mundo e para o país (experiência de BH na live “APS não pode parar” - junho).

Em episódios de interação interprofissional narrados, tanto na comunicação interna (nos dispositivos das reuniões de equipe rotineiros e nos grupos de trabalho criados para lidar com uma excepcionalidade), quanto na comunicação externa, (em dispositivos em que já se realizava a intersetorialidade), o imprevisto pôde ser considerado para a construção participativa de propostas de trabalho. Cada profissional deveria rever seu papel, o que poderia incluir fazer um trabalho diferente de suas práticas profissionais habituais, novas ritualidades e novas socialidades. Tecnicidades na gestão foram acionadas em busca do conhecimento já construído e padronizado em evidências, sendo complementadas pelo apoio constante para lidar com o ‘caso a caso’, avaliar e construir processos a partir das lógicas locais. Estas tecnicidades são nomeadas na experiência de BH como “ferramentas de gestão clínica” e “gestão do cuidado no território”. São relatadas interações para o planejamento de processos de trabalho e adaptação de fluxos preconizados para a Covid-19, que deveriam ser coerentes com a realidade dos serviços. Foram elogiados trabalhos junto ao NASF, a vigilância em saúde, dentre outros setores.

Então, primeiro foi o desafio de quando a gente começou a ter os primeiros casos de pessoas com síndrome gripal né, sintomas respiratórios, a gente teve que reunir *um grupo de trabalho da unidade para pensar como a gente poderia montar o fluxo*, de acordo com as notas que a gente tava lendo e os protocolos. Então a gente depois, esse *grupo de trabalho* desenhou um primeiro fluxo, a gente reuniu os profissionais no

jardim e fizemos uma primeira reunião para tentar *afinar a função de cada um nesse novo fluxo*, tentar *explicar o quanto que a gente tava modificando nosso trabalho habitual, nosso processo de trabalho* a gente primeiro fez uma revisão e adaptação dos protocolos clínicos e montamos esse grupo de trabalho voltado principalmente para o covid inicialmente, os casos de síndrome gripal e para telemonitoramento desses casos e ao longo da semana a gente foi mantendo essas *reuniões de equipe* no jardim, para que a gente pudesse e *refinando os fluxos, replanejando* (experiência do RJ, Live “APS não pode parar”).

A gente tem usado *ferramentas de gestão clínica, evidências científicas* para propor as ações e cuidados para essas condições, fortalecer o trabalho em equipe né, as ações de compartilhamento do cuidado do trabalho interdisciplinar e colaborativo, e usar também o formato que a gente já tem, de *apoio institucional por meio da gestão do cuidado no território...* trabalhando com plano de cuidados individualizado né, projeto terapêutico singular, envolvimento e autocuidado, e sempre numa lógica de melhoria né. Então *planeja, faz, executa, estuda, verifica se precisa fazer adequações e age no sentido de sempre está melhorando esses processos*. A vigilância né, temos trabalhado junto com a vigilância na questão da análise dos dados em geral e esse trabalho mais de lista a gente fez, mas com o nosso setor que é de tecnologia informação em saúde (experiência de BH “APS não pode parar”).

A nossa equipe ela falou mesmo, essa proposta, é ainda em março né, *é a gente tem um grupo de residentes, junto com NASF, que planejou a proposta* inicialmente né. Essa proposta foi ganhando corpo e foi ganhar a adesão das equipes e aí no dia seis de abril ela foi implantada (experiência do DF Live “APS não pode parar”).

Inicialmente os temas das lives do prêmio APS forte reforçaram a importância das práticas de “resposta comunitária”, vinculadas aos atributos considerados derivados. Podemos apontar a ênfase nas ações de promoção, prevenção e proteção das pessoas e famílias como um dos temas privilegiados pela institucionalidade da OPAS. Deveriam ser valorizadas como 'boas práticas' nas iniciativas da APS para lidar com a pandemia, e por estar na ‘matriz’ da APS, em seus princípios, como foi criada. Nas lives “*APS Forte: Práticas no combate à Covid nas comunidades*” e “*A APS não pode parar*” nos meses de maio e junho, o moderador afirma esta preocupação, partindo de um entendimento de que, atualmente, são privilegiadas as ‘respostas clínicas’ a que se atribui a ‘resolutividade’ na APS, o que não seria desejável que ocorresse. Suas narrativas se apoiam em uma crítica à divisão de atributos da APS (essenciais e derivados). Ele compara as 'respostas clínicas' da APS, no território, às ‘respostas hospitalares’, privilegiadas pelos sistemas de saúde estrangeiros e nos debates sobre a pandemia. Entende que a importância da atenção primária foi subestimada quando serviços interromperam suas atividades, sendo os profissionais desviados para atuar no atendimento hospitalar, produzindo uma narrativa contra-hegemônica que evitava uma possível repetição desta situação no Brasil. Naquele momento da pandemia, em alguns municípios brasileiros, o movimento inicial foi de fechamento ou diminuição de atividades na APS, o que a OPAS queria tensionar. Diferentes comentários dos apresentadores e debatedores reforçaram o propósito de retomada das

atividades nas unidades, tanto dos atendimentos que pararam, quanto das estratégias comunitárias:

O tema hoje vai ser o tema que não é muito usual, infelizmente ultimamente, *porque toda atenção ou uma parte muito importante da resposta ao covid é dedicada a atenção hospitalar, UTI, respiradores e reagentes* e assim por diante, e se esquece, muitas vezes, que o primeiro nível de resposta à uma pandemia, como aquela que está hoje está acontecendo, *é o território, são os serviços no território, próximo às comunidades* onde a epidemia se desenvolve e depois se propaga. Então queremos chamar a atenção, *é, apontar a luz dos holofotes a importância, a potencialidade que tem atenção primária* na resposta à pandemia e queremos *focar a atenção não somente nos temas mais conhecidos da atenção primária* que são a *qualidade clínica, a resolutividade*, que hoje se fala muito, que são essenciais na resposta...mas nos outros atributos né que na definição da Bárbara Starfield são derivados, mas que eu acho que *são os atributos (ênfase), são um divisor entre a atenção primária efetiva, que se projeta a comunidade* a despeito da estratégia, *assim como foi criada* da atenção primária que é só um *primeiro nível de atenção clínico* e que não contempla né toda a visão de *proteção das pessoas das famílias*... É um fracasso desenhado, *responder somente com hospitais* (moderador na live “APS Forte: Práticas no combate à covid nas comunidades”- maio).

Basta uma pandemia para a APS ser esfaqueada, para termos dificuldade para manter nossos princípios. Como a gente faz pra manter ela fortalecida? Acho que as intervenções comunitárias que colocam força nisso (experiência SP na live “APS Forte: Práticas no combate à covid nas comunidades”- maio).

A experiência de muitos países nos quais a Atenção Primária se desarticulou, temos o caso da Itália, da Espanha, onde algumas clínicas de família foram *fechadas para colocar o pessoal a trabalhar em hospitais de campanha*. Estas experiências foram dramáticas porque causaram a drástica interrupção da atenção, também *não somente às pessoas com sintomatologia leve por Covid, mas também às pessoas que dependem da atenção primária em suas funções* (moderador na live “APS não pode parar” - junho).

No que se refere a realização de ações que caracterizariam uma ‘resposta comunitária’ à Covid-19, em alguns relatos podemos destacar como prioritários os atributos da orientação comunitária e a competência cultural em que as equipes buscaram realizar práticas de educação em saúde no início da pandemia. Os relatos se referem a episódios interacionais de cunho mais institucional, junto às associações de moradores e lideranças comunitárias, em que se afirma o uso de uma “linguagem mais fácil”. Em outros relatos, tecnicidades ligadas à comunicação fazem consultórios se transformarem em estúdios para a gravação de programas de rádio enviados via WhatsApp para os usuários. Estas interações profissional-usuário apoiam-se no vínculo, e por isso seriam recebidas com mais credibilidade que as “fake news”. Entende-se que os programas fizeram sucesso e inspiram rádios locais, por serem os produtores agentes comunitários e profissionais conhecidos pelos usuários, tornando-se “uma voz de confiança”.

Na pandemia as práticas comunitárias foram mais valorizadas pelas equipes, tendo maior participação de residentes e médicos. Nos relatos, os médicos mencionam que anteriormente as práticas educativas eram rotineiramente realizadas pelos agentes comunitários

de saúde. Como previstas na matriz conceitual da APS e muitas vezes estimuladas pelas instituições de ensino, mas em muitos contextos ainda não são valorizadas e incorporadas na rotina, especialmente pelos médicos. Estas ritualidades e socialidades foram concretizadas, portanto, na excepcionalidade da pandemia. No entanto, a avaliação de práticas comunitárias e das estratégias preventivas é considerada como mais subjetiva por um apresentador e também pelo moderador, algo que não se consegue "mensurar", "ter retorno", porque não se encaixa facilmente nas planilhas. Não seria um índice objetivo de resolutividade.

Inicialmente, nossa experiência foi nos preocupar com a questão de um dos atributos principais, que o pessoal chama de derivado, mas que hoje eu acho que é o *atributo principal na atenção primária que é a abordagem comunitária*. A gente resolveu na primeira semana do isolamento, das medidas do governo do Estado né, procurar as associações de moradores dessas três comunidades principais e também do bairro do Catumbi, do asfalto vamos dizer assim, pra conversar, tentar entender como estavam acontecendo as coisas. Propusemos estas reuniões, *fomos junto com os agentes comunitários de saúde, eu e outros preceptores, alguns residentes se envolveram também neste processo*. Nestas reuniões, estavam lá o presidente, o vice-presidente da associação e informantes-chaves da comunidade e pessoas ligadas ao tráfico de drogas, inclusive algumas pessoas que apareceram lá armadas pra reunião. Era pra poder conversar um pouquinho sobre isso.

E aí percebemos que eles não tinham entendimento nenhum da gravidade do problema que seria ter o corona vírus nas comunidades aqui do Rio de Janeiro, onde as casas são aglomeradas, você não tem nem um metro de distância entre uma casa e outra, são vielas, a questão da falta de água principalmente nos pontos mais altos. E como orientar medidas de higiene pra essa população?

Pra ter uma linguagem mais fácil, um colega teve a ideia: ‘vamos falar como se fosse a tuberculose’. Que a tuberculose é muito presente ali no meio. ‘Vocês sabem o que é a tuberculose?’ ‘Sim, ela mata...’ ‘Então, o corona vírus é uma infecção, em sua forma mais grave é pior que a tuberculose’. Foi onde foram caindo algumas fichas[...] Sempre é preciso entender a questão da *competência cultural*. Porque apesar de serem próximas as comunidades possuem características diferentes, têm comandos, facções com domínios diferentes.

Havia bailes funk anunciados para os próximos dias, e com isto foi possível conter estas atividades entendendo que estes eventos potencializariam para o contágio do vírus (experiência do RJ na live “APS Forte”- maio).

No começo de março a gente sentiu um pouco a questão do coronavírus e a gente ficou pensando como é que a gente ia conseguir ficar perto da comunidade ao mesmo tempo quando algumas restrições de não ter tanto acesso, fechando algumas agendas, tentando reorganizar esse espaço de cuidado. Aí a gente teve ideia de fazer uma transmissão via WhatsApp que a gente chamou de “*fica em casa*” e aí a gente fez esse programa de rádio e envia para os pacientes através do WhatsApp e eles acabam *reencaminhando ou escutando*[...] Outras unidades também que já estão fazendo com o seu contexto local, outras rádios locais. *A gente fez uma transformação nos consultórios então se transformou os consultórios em um estúdio* a gente coloca dois biombos para reduzir um pouco eco e na porta né, sinaliza que está gravando para tentar fazer um pouquinho menos de barulho e fazer um certo silêncio assim para conseguir gravar. Aí faz os roteiros também de forma assíncrona no google docs *escreve e daí cada um vai trabalhando adicionando, junto com também os agentes comunitários de saúde não é uma coisa que ficou exclusiva nossa*[...]

Os ACS já usavam muito o WhatsApp. Mas agora o da unidade gerou outras ações. Há muitas informações chegando, e é difícil distinguir o que é *fakenews*. Quando a gente faz isso no contexto de micropolítica, *permeando a educação popular*, a gente consegue ser *uma voz de confiança*. Em uma ocasião estava de EPI atendendo e fui

identificada “É tu que fala na rádio?” *Isso é um retorno legal* (experiência do RS na live “APS Forte”- maio).

Mas o trabalho do agente comunitário acho que é fundamental, eles *disseminam informação muito rápido na comunidade, até pelas mídias sociais, grupos de WhatsApp que eles têm com os usuários*. Então eles conseguem, a gente quando começou a identificar aumento dos casos de TIG positivo⁶⁰, a gente começou a falar sobre contracepção e imediatamente a gente fez o material, passou para os agentes, os agentes passaram, daqui a pouco começaram as perguntas dos usuários perguntas inclusive na mídia social, no Facebook. *A gente não consegue mensurar quantos casos de gravidez não desejada a gente conseguir evitar de quantos casos é de amputações a gente conseguiu evitar (...)* (experiência do RJ na live “APS não pode parar”- junho).

Quando se sai da zona de conforto também você tem que saber que nem tudo o que você faz vai ter o retorno igual à planilha né de produção (moderador da live “APS Forte”- maio).

Destacamos nas narrativas sobre a criação de novos dispositivos de interação com o usuário, no atendimento presencial e remoto. Algumas falas abordam a adoção de mudanças que buscavam a diminuição do risco de contágio, referidas a reestruturação física da unidade e dos fluxos, separando o atendimento aos suspeitos de Covid-19 das agendas prévias. Ressaltamos palavras usadas para se referir ao acesso: o dispositivo de primeiro contato nas unidades é nomeado de "acolhimento", mas o de suspeitos de covid é "isolamento"; em outra fala é utilizada a expressão "acesso seguro". Os nomes reforçam a relevância que a biossegurança passou a ter nas interações.

Então a primeira coisa é que na parte externa da unidade a gente colocou um profissional chamado “posso ajudar” externo, um ou dois profissionais, e *aí a gente vai fazer umas perguntas para o usuário pra saber se tinha algum sintoma respiratório*. Se ele tivesse, a gente pedia para entrar por uma porta lateral *ele não passava pelo fluxo habitual da unidade, pelo acolhimento*, e ele ia direto para uma sala, que era a sala do *isolamento*, onde tinha um profissional que também fazia essa escuta inicial dele. A gente deixava os pacientes de máscara aqui e colocava em uma distância...se fosse necessário fazer algum procedimento que geraria aerossol, a gente tinha uma sala específica também com oxigênio e cateter, o aparato se fosse necessário fazer alguma outra medida, dentro do que a gente podia numa unidade básica né (experiência do RJ na live “APS não pode parar”- junho).

Em que consiste essa experiência: precisamos mudar a forma de acesso né para garantir um *acesso seguro* à unidade para evitar a contaminação dos outros usuários e dos trabalhadores de saúde que ficam no nosso serviço né. E também para poder garantir que as demais agendas consigam ser tocadas em uma facilidade maior né, não ser prejudicado, não ser afetado pelo crescimento da pandemia. Nós fizemos uma redistribuição das salas dos consultórios da unidade, conseguimos dessa forma jogar os principais consultórios para região mais à esquerda da unidade, a gente conseguiu com isso liberar uma das salas nos consultórios e invertemos para vacina. Bloqueamos o acesso né, às outras entradas. Conseguimos uma antessala e um corredor lateral para poder, da entrada da unidade, o paciente conseguir ser direcionado por esse caminho sem entrar em contato com os outros espaços internos na unidade né, é diminuindo o

⁶⁰ O TIG é um teste imunológico laboratorial para gravidez.

risco de contaminação dos outros usuários e trabalhadores (experiência do DF na live “APS não pode parar” - junho).

Outra grande mudança que vislumbrava um acesso seguro foi a adoção de medidas para a biossegurança de trabalhadores e usuários. O uso de EPIs, nas unidades e fora delas, além de orientações sobre novas formas de realizar a interação, criaram ritualidades de limpeza e utilização de objetos, muito diferentes para as rotinas das práticas da APS. A escassez de EPIs no início da pandemia é apontada em muitas experiências, atingindo o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), levando a gestão a dar férias para os mesmos na experiência de BH e atualmente a adotar máscaras de tecido para estes trabalhadores. O uso de EPIs é relatado ora como algo que dava autoconfiança na manutenção das interações, ora como algo que causava estranheza nos profissionais e usuários, materializando a existência da doença na necessidade de uma interação que incluísse o distanciamento físico.

Eles chegavam, se aproximavam, queriam apertar a mão, abraçar né, chegar perto e a gente tentando explicar que naquele momento não podia. Para alguns assim causou também uma certa, assim, eles não acreditavam que que isso tava acontecendo de fato né, alguns até brincavam que isso não pegava neles e a gente tentando né trabalhar isso com eles, mantendo uma distância. *Para eles foi muito estranho para a gente também...Então muitos disseram ‘que bom que vocês não pararam’, ‘que bom que vocês estão aqui’, né, ‘a gente sabia que vocês viriam para cuidar’.* Isso foi muito bom ouvir né, dessas pessoas, porque era uma pergunta: consultório na rua vai parar também? E a gente, se a gente não pode parar a gente vai ter que pensar algumas estratégias (experiência de Maceió na live “Reorganização da Rede de Atenção Primária”-julho).

Sobre os EPIs no início né todas unidades já se passaram por alguma dificuldade para poder aumentar o aporte, de repente, de uma hora para outra, nós tivemos que oferecer máscara cirúrgica e outros EPIs para quantidade de profissionais muito grande né. Mas depois a gente conseguiu suprir a contabilidade e o fato da gente ter fortalecido EPIs na entrada e na sala de isolamento, isso *deu um pouco de tranquilidade para gente né* (experiência do DF na live “APS não pode parar” - junho)

Na questão do ACS e foi um grande desafio Belo Horizonte tem 2.800 de ACS, né considerar a máscara cirúrgica seria praticamente impossível né, pela disponibilidade do EPI. Então atualmente estão sendo confeccionadas *máscaras de tecido* e os ACS estão *retornando de férias*, foi dado um período de férias dos ACS ... agora no retorno eles recebem as máscaras de tecido, quatro unidades para cada ACS, para que eles né consigam fazer o atendimento e a gente dando outras orientações de cuidados também ‘não vamos compartilhar caneta’ né, que era para registrar presença da visita em casa, que agora pode não fazer, e ficar distante né, dar orientações de fora da porta da casa, não se concentrando mais na casa sem necessidade (experiência de BH na live “APS não pode parar” - junho).

Desde o início da pandemia, alguns apresentadores relatam que as equipes de suas unidades tiveram que se concentrar nos atendimentos aos usuários com sintomas respiratórios, seguindo os protocolos de manejo clínico e ‘fast track’ de atendimento. Os serviços de atenção primária à saúde foram inicialmente destacados, nos guias e protocolos, como locais em que também se deveria proceder uma triagem para identificação precoce de pacientes com suspeita

de Covid-19. Orientava-se quanto ao manejo e monitoramento de casos leves⁶¹ na APS e quanto aos casos graves, que deveriam ser estabilizados e encaminhados para centro de referência ou centro de urgência (Brasil, 2020).

Quanto a esta questão, há nas propostas de temas para as lives e nos relatos de experiência sentidos antagônicos no que se refere urgência, ou das práticas na atenção que devem ser priorizadas na APS. Estes sentidos, no entanto, não são apresentados em disputa, mas em confluência. Um sentido está relacionado ao manejo clínico da Covid-19 e às ações em que a resolutividade é mais objetivamente avaliada, e outro envolve as respostas comunitárias e as ações que consideram um manejo clínico mais ampliado, incluindo a prevenção e a consideração de fatores psicossociais na determinação de prioridades. Este último se exemplifica em uma fala no uso da expressão “situações inadiáveis”.

Então a gente tentava de toda maneira evitar que as pessoas procurassem a unidade, mas que se procurasse a gente tentava dar um acolhimento e principalmente daquelas pessoas que estavam em *situações inadiáveis*. *Atenção primária lida com questões que são muito diferentes da urgência e emergência né?* Então eu penso assim se chega um paciente desejando uma avaliação médica e um atestado, porque ele precisa já que ele tá desempregado, e ele precisa daquilo para a se submeter a uma prova que vai ter um emprego e aquilo vai mudar a vida dele, assim aquilo é uma situação que às vezes é *inadiável*. *Aí a gente precisa apoiar, resolver* (experiência do RJ na live “APS não pode parar” - junho).

O sentido da urgência como resposta clínica e resolutiva é ressaltado como temática nas experiências proferidas na live do mês de setembro: “*O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19*”. Esta temática não consta como item no direcionamento dado para a apresentação de relatos de experiências (figura 8), mas de forma indireta, as experiências podem ser relacionadas no item de educação permanente. São apresentadas experiências que mostram uma maior mobilização por parte de gestores e das próprias equipes, partindo de profissionais e residentes, não somente para realizar a triagem de pacientes com suspeita de síndrome respiratória, mas para realizar o primeiro atendimento de

⁶¹ No mês de maio este protocolo foi atualizado, sendo modificado apenas nas orientações quanto ao uso de máscaras caseiras e utilização de plataforma de teleatendimento para a APS (Brasil, 2020b). Logo após esta atualização, a nota informativa nº17/2020-SE/GAB/SE/MS passa a recomendar o tratamento precoce, desde os casos leves, com a utilização de medicamentos, em especial a Cloroquina e Hidroxicloroquina, gerando grande discussão na comunidade científica pela falta de evidências quanto a sua eficácia para o tratamento da síndrome respiratória. Em notícia publicada pelo site da BBC, este teria sido um dos pontos de divergência entre o presidente da República, Jair Bolsonaro e o ministro da saúde José Henrique Mandetta, que levaram à demissão do ministro. O presidente vinha defendendo, inclusive em pronunciamentos em rede nacional, que a droga fosse usada desde os primeiros sintomas da Covid-19. Já o protocolo anterior do Ministério da Saúde recomendava que a droga só fosse usada em casos graves e em pacientes internados. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52316728>).

quadros respiratórios graves na APS. O objetivo era que os usuários procurassem as unidades de atenção primária para um primeiro atendimento na suspeita de Covid-19, e não as UPAS dos hospitais. Duas experiências detalham o reforço do aparato biomédico para atendimento nas unidades, na reestruturação física do local, na compra de equipamentos e treinamento de profissionais de saúde, aumentando a carteira de procedimentos possíveis de se realizar. Os profissionais que relatam as experiências, de modo geral, defendem o enfoque na urgência apontando o dispositivo interprofissional da educação permanente como uma ação não verticalizada, mas fundamental para diminuir a "insegurança" dos profissionais de saúde nas novas interações que se impunham:

A gente inseriu o atendimento de *urgência e emergência* com profissionais qualificados. Seria um avanço muito grande nesse cenário de pandemia, que nós estamos, o fortalecimento da *educação permanente* dos profissionais que estão na linha de frente. Seria as condições ideais que a gente precisava para fortalecer a atenção básica, fortalecer a nossa atenção primária no município. Eu gostaria de ressaltar que esta reorganização que nós fizemos, a gente fez *em consonância com a equipe daquela unidade, a gente não chegou e mudou a gente mostrou a proposta* e mostrou que a gente oferecia de possibilidade de melhoria para a dinâmica da assistência e a outra vertente, outro objetivo desse segundo momento da capacitação técnica era um manejo clínico mesmo, *o manejo do atendimento do paciente grave: a intubação orotraqueal que é uma o procedimento que gera muito aerossol e traz insegurança ao profissional da atenção básica*. A gente fez um protocolo, é, adequando as salas de emergência, sendo que *a emergência não é uma coisa comum na atenção básica [...]*

Vou apresentar uma experiência bem humilde que a gente teve em uma unidade básica de saúde periférica do Distrito Federal é uma abordagem que diz respeito à organização, uma *reestruturação da unidade básica de saúde* para conseguirmos atender pacientes mais graves que, *assim, talvez não façam parte do cotidiano de uma unidade básica de saúde em algum momento fora da pandemia*. Houve muita *insegurança* por parte de todos os profissionais ah e também dos residentes que atuam lá na unidade e nós utilizamos essa insegurança para tentar pensar *como moldar a nossa unidade básica de saúde para o atendimento dos pacientes com covid-19 em especial paciente que se apresentem mais graves*, os pacientes que sejam saturando, os pacientes que tenham inclusive uma parada cardiorrespiratória (experiência do DF na live “O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19”- setembro).

Reforçando a diferença entre as matrizes da APS e os conhecimentos necessários para as práticas de urgência que passam a ser realizadas, na experiência do DF, o dispositivo clínico na emergência é mencionado como oposto à medicina preventiva. O gosto do residente pelo cuidado de pacientes graves e a valorização de seu saber biomédico parecem mobilizar a reestruturação de uma unidade sem condição física para tal empreendimento, o que é valorizado diante da exceção vivida, mas problematizado pela moderação. Esta experiência se mostra como uma solução dissociada de outras unidades ou dos outros níveis da rede:

Não existia um local apropriado dentro da unidade básica de saúde, eu gostaria sempre de frisar que a unidade periférica, improvisada, num sobrado alugado pela Secretaria Estadual de Saúde do DF, que não contava com uma estrutura completamente

adequada pra recepcionar esse tipo de paciente mais grave [...] *Pegando um pouquinho de cada espaço da unidade a gente pegou uma marca, uma bala de O2, um carrinho de parada e a gente montou talvez o que eu possa chamar de um leito de pronto-socorro dentro da unidade básica de saúde para tentar acolher de maneira melhor o paciente chega até a unidade de saúde.*

Eu não falei, no início do ano passado eu era residente de medicina de emergência. Então apesar de ter dado essa guinada na minha vida, de hoje ter ido talvez para o contrário, da Medicina preventiva, mas eu trago essa veia muito forte de uma pessoa que gosta de pacientes graves, que já estudei bastante, já tive algumas horas pronto socorro, terapia intensiva. Então meu objetivo de escrever esse relato de caso foi pra disseminar essa ideia de treinamento dos profissionais, estabelecimento dos fluxos para melhoria da segurança dos pacientes (experiência do DF na live “O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19” - setembro).

Eu entendi que essa iniciativa foi uma iniciativa muito local, sua né? E a gente precisa de rede né, de cuidado. Porque o primeiro atendimento a gente tem que estar pronto né você na realidade não falou se você na sua comunidade, se foi necessário usar alguma vez essa estrutura, essa adaptação, mas eu li que você o prédio era muito inadequado né? Então, de certo modo, o seu relato aponta para alguns problemas, primeiro para inexistência aparentemente de um apoio mais forte, ou de alguma preocupação mais forte ao longo do tempo, com a estruturação da atenção primária pelo menos na sua unidade. Por que é uma unidade improvisada né? Então eu pergunto se essa sua iniciativa foi por uma questão de também de falta de apoio da rede né da rede da secretaria, enfim de quem tinha que tomar à frente de algumas definições? (moderadora da live “O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19” - setembro).

De modos distintos, a busca de atender o atributo de coordenação do cuidado é referida em um município com pouca cobertura da estratégia de saúde da família e outro com maior cobertura. A urgência é entendida como uma forma de garantir a resolutividade da APS, mas como parte de um novo ordenamento de dispositivos para a interação interprofissional (de referência e contrarreferência) entre serviços que passam a compor a rede de saúde para o atendimento à Covid-19. No entanto, a reestruturação das unidades acabou por determinar a priorização dos atendimentos de urgência em detrimento de outras práticas que eram realizadas, ou seu acúmulo em situações em que "uma unidade se transforma em duas":

O número de óbitos do nosso município também é pequeno, hoje que deu 2.27 por cento de taxa de letalidade também, então eu acho que a atenção básica com certeza faz muito parte disso [...] nós temos hoje 26 por cento de cobertura de saúde da família no município de Sorocaba. Nós temos 44 equipes né então não é uma cobertura muito grande, *nós temos as unidades de Saúde da Família onde a população é mais vulnerável e mais precisa.* E temos o projeto para ampliação, mas as equipes né como eu acho que *é o sonho de todo mundo que trabalha na atenção básica, na atenção primária ampliação dessa estratégia da família como ordenadora do cuidado* [...] nosso projeto de intervenção na atenção primária foi colocado no fluxo municipal de atenção ao sintomático respiratório grave. A gente precisava também ressignificar o nosso atendimento, a nossa atuação quanto a atenção primária e foi nesse momento da pandemia (experiência de Sorocaba-SP na live “O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19” - setembro).

A gente traz os nossos resultados né, frente as intervenções, onde 90% das nossas unidades de saúde tiveram a implantação da área de precaução ou seja 36 das nossas 40 unidades estão atendendo todos os sintomáticos respiratórios e com uma área estabelecida de atendimento. Também foi realizada uma aquisição de equipamento né

porque, como eu disse, *uma unidade se transformou em duas né*. Então, a gente teve que *equipar para as nossas unidades* desde a aquisição principalmente do oxímetro de pulso que as nossas unidades não tinham... qual foi o legado que pandemia trouxe em relação à atenção primária só reafirma a importância né da APS como principal porta de entrada, né organizadora dos serviços, mas para que ela seja *realmente resolutive* motiva a *uma necessidade de uma melhor estruturação das unidades básicas de saúde seja para o atendimento de urgência e emergência* ou até mesmo *com os outros atendimentos né, a importância da continuidade da educação permanente* (experiência de Arapiraca na live “O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19”- setembro).

Uma grande mudança nas interações também relacionada ao acesso, motivada pela pandemia, foi o uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs). O teleatendimento antes da pandemia era algo controverso entre profissionais de saúde, suas associações e entre instituições, tendo sido permitido a partir de março de 2020 no Brasil pela portaria 467 (www.in.gov.br). A OPAS já tinha como foco de intervenção o incentivo à ampliação das formas de acesso na APS, inclusive através do uso de TICs. Está presente como um dos itens da lista de propostas para tornar a APS forte, em uma aba do site do portal, com metas e orientações a serem adotadas nos serviços:

Ampliar formas de acesso à APS, como acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido, além de incorporar ferramentas digitais para comunicação não presencial entre equipe e pessoas (por exemplo: marcação não presencial de consultas, teleconsulta, e-mail, aplicativos) (apsredes.org [s.d]).

O acesso passa a ser ofertado de forma remota em muitos contextos, evitando a vinda do usuário à unidade. O uso do celular e das redes sociais é referenciado nas narrativas de quase todas as experiências, nas ações de monitoramento de usuários com sintomas leves de Covid-19, no teleatendimento de usuários regulares, no monitoramento da saúde bucal e na saúde mental. As ações que se configuram como atendimentos são mais fáceis de serem consideradas como resolutivas, as de educação em saúde envolvem a prevenção, e sua avaliação é menos objetiva. As TICs são consideradas, em alguns relatos, como algo que “vem para ficar” nas interações profissional-usuário na APS. No entanto, há diferenças relatadas quanto ao acesso dos usuários às tecnologias e quanto a sua aceitação e efetividade de interação no teleatendimento, ainda a ser avaliada.

Em relação ao teleatendimento a gente tinha o telefone na unidade né para entrar em contato com pacientes. É bem diverso né, o grupo, a gente está no território muito heterogêneo, então tinha gente que a gente ligava que conversavam e queriam falar e tinham questões assim de saúde mental inclusive. Outros falavam ‘não me liga mais, eu já tô tomando aqui uns remédios, eu tô bem, tô tomando chá’, e ficava bem. Então é bem diverso né, a questão do teleatendimento (experiência do RJ na live “APS não pode parar” - junho).

Foram feitos 7667 contatos telefônicos pelas equipes de saúde bucal para paciente confirmados ou suspeitos de coronavírus. E aí para a assistência odontológica, para a gente tentar não perder o contato com esses grupos prioritários, entramos em contato

também com as gestantes do município, foram 506 contatos telefônicos com gestantes aqui de Araçatuba, dos quais, através de um instrumento desenvolvido para triagem, identificamos a necessidade de 64 pessoas comparecerem à unidade de saúde para realizar procedimentos de urgência [...] (experiência de Araçatuba/SP na live “Reorganização da Rede de Atenção Primária”- julho).

Na minha avaliação estou convencido que o telefone é uma coisa, *e esse tipo de tecnologia a gente não volta mais não é* a panaceia, não vai resolver coisas que precisam ser resolvidas com outra densidade de cuidado, mas esse tipo de tecnologia ajuda muito para o monitoramento de famílias, monitoramento de casos, vai ajudar muita atenção primária de uma maneira geral não só pra saúde mental né (experiência de Goiânia na live “Reorganização da Rede de Atenção Primária”- julho).

A maioria dos usuários tem telefone celular pelo menos, pode não ter o pacote de dados é isso que a gente fica pensando que pode ser um desafio para fazer vídeo conferência, mas o telefone, falar por telefone a gente acredita que não vai ser uma dificuldade né...pode ser por telefone, só áudio e pode ser vídeo conferência. Os resultados clínicos a gente deve começar também acompanhar a partir de agora o que a gente observando agora...*Essa questão de teleatendimento deve vir para ficar né?* Deve ser uma alternativa, é muito interessante para a gente aprender e desmistificar o teleatendimento, de fazer dele uma estratégia boa né, que facilite algumas consultas que podem ser difíceis para as pessoas né, de ficar se deslocando até a unidade...uma melhora de vínculo com essas equipes como o nosso colega do Rio de Janeiro colocou né, que já usa Facebook ... Eu acho que a gente tem que incentivar cada vez mais as equipes a perder o medo de usar os recursos tecnológicos se nos aproxima na população né? (experiência de BH “APS não pode parar” - junho).

Institucionalizou o contato, puxou os telefonemas para monitorar gestantes, saúde mental, diabéticos e hipertensos, renovar receita online com certificação digital. Sintomas leves, o que pode evitar de vir à unidade está sendo feito. Ajudou no vínculo, pensando que o distanciamento não precisa ser afetivo e de cuidado (experiência do RS na live “APS Forte”- maio).

O atributo da longitudinalidade pode ser relacionado aos relatos que se referem à preocupação com a continuidade do trabalho rotineiro da APS, seja ele oferecido de forma presencial ou remota, o que, no entanto, é dificultado pelo acréscimo de ações ligadas ao Covid-19. Relaciona-se à integralidade em episódios interacionais em que se consegue promover, numa mesma visita, ações de cuidado pré-natal e de prevenção ao Covid-19, buscando também, com esta estratégia, evitar que o usuário se desloque à unidade de saúde.

Durante a pandemia a gente não deixou de ofertar o cuidado principalmente aos pré-natais, a gente manteve em visitas domiciliares, as equipes já possuíam lista de pré-natal, então a gente foi atendendo os casos mais importantes. E no caso de tuberculose...hipertensos e diabéticos é que tinham à PA elevada ou hiperglicemia com sintomas a gente priorizou...casos de saúde mental graves também fizemos visitas domiciliares... Quando a gente ia fazer um pré-natal em casa a gente também faz e orientações em relação à lavagem das mãos, colocar em isolamento domiciliar. Então, a gente *sempre pensando na questão da integralidade do cuidado*, a gente conseguiu, acho que tem conseguido, a gente tá vendo uma curva agora de descenso na questão dos sintomáticos respiratórios, está cada vez mais abrindo para as *linhas de cuidado* (experiência do RJ na live “APS não pode parar” - junho).

Em muitas das experiências relatadas não é possível destacar o privilégio dos dispositivos do enfoque comunitário da APS ou do dispositivo clínico, mas verifica-se uma tentativa de realizar múltiplas ações: atendimentos aos usuários para dar conta do que era preconizado no protocolo para Covid-19, cuidado dos usuários vinculados à unidade e outras ações de enfoque familiar ou comunitário, de acordo com as realidades locais e características das equipes. Para dar conta desta resposta múltipla, a APS deveria "redobrar seus esforços". O acúmulo de ações foi uma grande dificuldade apontada para a manutenção do trabalho, além da escassez de recursos humanos e escassez de recursos materiais como carro, impressora e produtos de limpeza para fazer a higienização. Estes fatores causaram um agravamento do que já é vivido cotidianamente em municípios com pouca cobertura de atenção primária. As medidas de segurança adotadas não evitaram a contaminação dos profissionais, o que se atribuiu, em algumas experiências narradas, a momentos de aumento da demanda nas unidades. A falta de condições adequadas para o trabalho acabou por exigir muito dos profissionais, que tinham muitas vezes que decidir entre sua segurança e o atendimento adequado aos usuários, como no relato de interações no consultório de rua. Os profissionais se ressentiram ao fazer alguns relatos de experiências mal sucedidas, considerados estes aspectos. As experiências mostram o adoecimento, o pessimismo e a falta de condições adequadas como algo que não deve ser escondido:

Está na hora da APS redobrar os esforços, para seguir fazendo o que já fazia antes e, ao mesmo tempo, e atender a pandemia principalmente. Temos que dar suporte para se reorganizarem e cumprirem tanto os atributos essenciais quanto os derivativos (debatedor da live "Aps forte: Práticas no combate à covid nas comunidades" - maio).

Cada equipe do consultório na rua tem uma van. Mas ficou muito difícil a gente pensar o deslocamento das pessoas na van do consultório na rua, porque é usada pela equipe e a gente não tinha nem aquele processo de higienização que seria necessário, né por conta da covid que deveria ser feito logo após o atendimento, como né tá sendo feito com ambulâncias por exemplo. Então a gente tem dificuldade, a gente não podia transportar as pessoas no carro. Tem situações que a equipe decidiu levar por conta da urgência né, da dificuldade realmente de um transporte, naquele momento e a equipe levou... E teve outros momentos que a pessoa continuou na rua porque a gente não conseguiu viabilizar o transporte. A gente tem que falar disso (experiência de Goiânia na live "Reorganização da Rede de Atenção Primária"- julho).

Desde o começo da pandemia a gente teve no pico 23 funcionários afastados e hoje a gente está com mais ou menos de 17 funcionários afastados...e o que chama atenção aqui a gente teve exatamente, mais ou menos dez dias depois do pico de atendimento da unidade, um pico de afastamento dos profissionais. Então apesar do fluxo tá rodando direito, assim na unidade, de uma maneira adequada, eu acredito que enfim a gente acaba se expondo, não tem muito jeito.

A gente precisou só de dois profissionais por turno usando o EPI né ...a gente ia gerenciando até que a gente conseguia um pouco mais de abastecimento. A gerente da nossa unidade ficou incansável buscando em outras unidades, até com carro dela

mesma para a gente poder ir abastecendo (experiência do RJ na live “APS não pode parar”-junho).

Um dos residentes médicos ele *disponibilizou a impressora pessoal dele* é para poder facilitar a impressão dos formulários né de todos os formulários de vigilância, e o termo de consentimento do paciente, na notificação para o isolamento domiciliar...

Mas essa experiência *no começo ela foi tocada com muita facilidade*, né é a gente conseguia ter um público muito pequeno ainda não de sintomáticos respiratórios. Com a evolução da pandemia e a migração da doença das regiões mais ricas de Brasília para as regiões mais empobrecidas, Ceilândia e outros bairros mais periféricos, é, a coisa virou de lado né. A rede de atenção básica do distrito federal, *ela apresenta algumas fragilidades, mas na Ceilândia nós temos algumas dificuldades adicionais, nós temos muitas equipes sem médico*, e nós temos áreas mais empobrecidas da própria Ceilândia que *não tem cobertura de atenção primária* e para piorar tudo isso nós estamos com os piores isolamentos sociais do Brasil.

Nessa situação, a demanda de sintomáticos respiratórios e de pacientes confirmados de Covid-19 começou a aumentar absurdamente. O aumento da demanda na unidade começou a provocar o adoecimento dos profissionais mesmo. Até o dia 14 nós não tínhamos nenhum caso de Covid-19. Mas o *adoecimento geral da unidade já é refletido*, né, *somos poucos profissionais, temos várias equipes sem médicos, nós temos pouquíssimos agentes comunitários de saúde*, então estamos *revezando entre nós mesmos* para poder conseguir manter a escala da proteção ao covid e o funcionamento.... A experiência ela foi mudando e quando você tem uma *rede fragilizada*, realmente quando a pandemia avança, as dificuldades também avançam. Então acho que *é o momento de pedir socorro* mesmo. *Não queria terminar com essa fala assim pessimista não gente, eu queria incentivar a moral da tropa né*, então dizer que a gente tá na luta para poder continuar a fortalecer a atenção primária e quem puder fica em casa (experiência do DF na live “APS não pode parar”-junho).

A “força” da APS pode ser atribuída aos trabalhadores de saúde, cuja luta tem o sentido de trabalho contra-hegemônico de resistência, apesar das dificuldades, o que se exemplifica no enfrentamento da pandemia junto à população. No entanto, ganha um sentido de "resiliência", de "heroísmo", quando associados à disponibilidade de não "parar" diante dos desafios rotineiros somados aos da pandemia. A "resiliência" só é criticada de maneira inconsciente pelo moderador da live “A APS não pode parar” ao fazer uma ponderação com o próprio título da live, comparando a atitude do profissional de saúde a uma ação “kamikaze”⁶², alguém que se oferece de forma consciente ao sacrifício pela causa.

É um desafio a gente contar tanta coisa e a gente só tem aí três meses de pandemia né, então eu queria agradecer a nossa equipe sensacional, tá lá na ponta, e lutar do lado deles, acho que preciso de fato honrá-los [...]

Eu queria agradecer também a nossa população que é uma população também, ela tá sofrendo né com toda essa questão, então acho que queria agradecer pela compreensão que eles estão tendo com a gente nesse momento que a gente tá vivendo né (experiência do RJ na live “APS não pode parar”-junho).

A experiência de Ceilândia que diz que também para fazer isso, essa capacidade de se transformar, de adaptar e ser *resilientes*, tem que tomar um grande cuidado para que essa resposta seja uma resposta que protege os usuários, mas que não protege os trabalhadores de saúde e não exponha a risco. Porque isso “*Não deve parar*” não quer

⁶² Kamikaze é uma palavra japonesa que significa "tempestade providencial". No fim da Segunda Guerra Mundial o termo passa a designar um avião e piloto carregando explosivos, que se arremessavam ao solo. Eram pilotos que se voluntariavam como suicidas (<https://dicionario.priberam.org/kamikaze>).

dizer que somos *kamikaze* (riso de um dos participantes), que a gente vai ter que *se matar e se sacrificar*. Claro que a gente *teve sacrifício, vai ter sacrifício, muitos colegas médicos, enfermeiros, profissionais de saúde morreram, na Itália foi um número enorme* e aí, aqui em infelizmente também, mas isso não quer dizer que *ser herói é ser inconsciente* e ser desprotegido, *ser herói é também se proteger e saber a importância do seu papel* (moderador da live “APS não pode parar”-junho).

O chat é um importante elemento da tecnicidade da plataforma, para que as interações com os participantes-internautas ocorram ‘ao vivo’, conferindo imediatismo e autenticidade através da espontaneidade, familiaridade, intimidade e transparência (LUPINACCI, 2020). Alguns dos sentidos presentes nas falas de moderadores, apresentadores e debatedores aparecem nos comentários dos participantes do chat nas lives, em perguntas e comentários elogiosos ou críticos sobre as experiências relatadas. Reforçam possíveis “elementos de saída” que são apropriados pelos internautas e repassados na sequência em circuitos comunicativos (BRAGA, 2017, p. 81). Apontam pontos de consonância e contraponto com relação a experiências vivenciadas em diferentes locais em que as práticas de saúde se desenvolveram.

Ressalto, no entanto, que a maioria dos comentários nas lives do canal não se refere aos sentidos da APS propriamente, mas a sentidos de pertencimento ao grupo de trabalhadores da APS, e sentidos de apoio mútuo. A partir deles posso inferir que os participantes-internautas buscam algo além de apenas receber informação sobre os temas apresentados. Muitos comentários enaltecem os participantes e as práticas apresentadas, a APS e a iniciativa do canal. Alguns comentários que exaltam a APS também repetem enunciados dos participantes, em uma demonstração de pertencimento pelo uso de códigos próprios à APS.

Proponho uma categorização dos enunciados predominantes nos comentários utilizando a seguinte tipologia: registro de presença; expressões ou *emojis* com função fática⁶³; comentários por parte do canal; expressões ou hashtag referentes à Covid-19; exaltações/críticas, *emojis* ou hashtag referentes à APS ou ao SUS; exaltações/críticas, *emojis* ou hashtags referentes à live, ao canal, moderador, debatedor ou apresentador da experiência e, por fim, comentários ou perguntas referentes às experiências ou ao chat. Na tabela 3 são sistematizadas, incluindo o somatório de interações no chat das lives analisadas em profundidade. Os comentários e perguntas apresentados foram transcritos exatamente como se apresentaram no chat, sem correções ortográficas. Erros ortográficos neste recurso são comuns,

⁶³ A função fática é uma das seis funções básicas da comunicação verbal de acordo com Jakobson (2008). De acordo com o autor, são compreendidas em: emotiva, referencial, poética, fática, metalinguística e conativa. A função fática está presente nos cumprimentos, despedidas, utilizados para iniciar ou encerrar uma interação comunicativa.

indicando que são digitadas de forma rápida, e também que há menor preocupação com a grafia das palavras na comunicação mediada pelas TICs.

A live “*APS não pode parar! Formas de organização para a continuidade do cuidado na APS*” até o momento da pesquisa foi a que obteve o maior número de visualizações, e também a que obteve mais comentários no chat, tendo um grande número de registros de presença. Inferimos a partir destas métricas uma maior adesão do público no início da proposta do prêmio “APS forte”, sendo referente ao início da pandemia, e não uma relação com o tema da live.

Tabela 3 - Número de interações no chat das lives por categoria do canal Portal da Inovação.

Interações no chat								
Título da live	Registro de presença	Expressões ou emogis com função fática	Comentários por parte do canal	Expressões ou hashtags referentes à covid	Exaltações/críticas emogis ou hashtags referentes à APS	Exaltações/críticas emogis ou hashtags referentes à live, ao canal, moderador, debatedor ou ao apresentador da experiência	Comentários referentes à experiência relatada ou fala no chat	Total de interações no chat
APS Forte: Práticas no combate à covid nas comunidades	0	1	11	5	4	30	23	74
A APS não pode parar! Formas de organização para continuidade do cuidado na APS	33	19	8	3	10	44	50	167
Reorganização da Rede de Atenção Primária para enfrentamento da #Covid-19	2	0	6	0	2	19	23	52
O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19	6	4	7	1	2	17	14	51

Fonte: Elaborada pela autora a partir de transcrição do chat da live do canal Portal da Inovação no YouTube.

Os registros de presença e expressões fáticas como "boa tarde", algumas vezes acrescidos de *emojis*, mostram um público de participantes-internautas composto de profissionais de saúde de APS, gestores, professores e estudantes de saúde de todo Brasil. Registram a unidade em que trabalham como em um livro de presença, típico modo de registro em reuniões presenciais de profissionais ou encontros científicos, mas que também remete às chamadas em escolas, com o uso da expressão "presente". Mostram uma ritualidade que utiliza as possibilidades do dispositivo nas expressões fáticas e *emojis*. Podemos ver uma amostra em alguns exemplos de comentários destas categorias da live “*APS não pode parar! Formas de organização para a continuidade do cuidado na APS*”, sendo os nomes substituídos pelas iniciais.

J. A. Boa tarde, PERMUSF - Dom Basílio/BA.
 V L F. Saúde Bucal da Diretoria de Atenção Primária do Estado do Tocantins.
 M.C.S. Bahia presente.
 C.A. Distrito Sanitária IV Recife

A. de S. B. dentista da prefeitura de João Pessoa
Boa tarde a todos! F. A. do Projeto *Força Tarefa Integração VS e APS* MS/UFRN.
E. M. Conceição do Araguaia, Pará presente! Coordenação da Atenção Básica.
Boa tarde! R. G. apoiadora da APS para o estado do Amapá, pelo Projeto de
Integração VS + APS UFRN e MS.
Boa tarde!!!! M. A. B. do projeto enfrentamento da Covid 19 na Atenção Básica
Osasco/SP.
E. R. Assistindo pela Equipe de Saúde da Família Quissama/RJ
Boa Tarde. Valdenir ESF MATA DOS DUDAS / Barbalha – CE
Saúde da Mulher Estado MS hilda

Os comentários por parte do canal no chat, em sua maioria, mobilizam o engajamento com a live e com o canal, mas sem o pedido de likes ou compartilhamento de material. A equipe de comunicação por vezes usa a mesma mensagem padrão em vários momentos de uma live, como a solicitação de envio de perguntas e a orientação quanto aos pedidos de certificados que os internautas poderão receber, sem notar falhas de digitação. Ressaltamos novamente o ‘burocrático’ pedido de envio de perguntas pelo site, sem que se leve em consideração que muitas sejam feitas pelo próprio chat simultaneamente. Muitas das perguntas ficaram sem resposta do apresentador, mas algumas foram discutidas no próprio chat. A ritualidade que o canal busca estabelecer vai de encontro ao uso que começa a se tornar rotineiro no modo de interação produzida pela lives, valorizando a espontaneidade e imediatismo do chat. Esta ritualidade será ainda analisada na comparação com os demais canais pesquisados. Em alguns momentos, no entanto, a equipe do canal busca ser mais coloquial e cordial, com mensagens nominais aos internautas.

Portal da Inovação Envei perguntas para apsredes.org/participe
Portal da Inovação PAra receber o certificado, preencha o formulário em
apsredes.org/certificado
Portal da Inovação A gravação do debate estará no site apsredes.org/coronavirus e no
nosso youtube
Portal da Inovação Inscreva a sua experiência da APS - <https://apsredes.org/aps-forte-sus>
Portal da Inovação - Boa tarde!
Portal da Inovação - Lidelci, você não precisa entrar no zoom. Continue assistindo
pelo Youtube ou no site apsredes.org.
Portal da Inovação - Jane, toda semana temos debates virtuais!

Alguns comentários dos participantes-internautas reproduzem os sentidos enunciados nas lives de forma bastante literal. As expressões e hashtags referentes à Covid-19 foram de dois tipos: "#stayhome" (fica em casa) e "#washhands" (lave as mãos), repetidas diversas vezes, o que é típico da gramática das redes sociais como o Instagram e Facebook, como uma forma de disseminar um sentido ou 'subindo a hashtag', pelo número de vezes que ela aparece, ou de tendo mais likes em uma postagem ou comentário. No YouTube, como já foi dito, é um modo da mediação humana reconstruir constantemente a web semântica que impulsiona os produtos.

Estas mensagens elaboradas em uma gramática da internet durante a pandemia reforçam os sentidos da busca de segurança em diversas práticas relatadas nas lives, especialmente quando são mencionadas estratégias de prevenção para apoiar o isolamento social e os cuidados de higiene.

Alguns comentários fazem elogios e enaltecimentos à singularidade, pluralidade e criatividade do SUS e da APS. Outros incluem o participante-internauta, que utiliza alguns sentidos da APS para ser reconhecido como seu apoiador, conferindo também um sentido de identidade e pertencimento ao grupo. Outros ainda buscam estabelecer interações mais diretas com relatos apresentados. São elogios ou críticas à fragilidade mencionada, feitos de forma respeitosa. Um exemplo é o comentário de que as fragilidades impedem que mais experiências sejam bem sucedidas, mas que apontam a importância que elas sejam visibilizadas pela gestão municipal: neste caso, a visibilidade oferecida à experiência a partir do canal do YouTube poderia conferir legitimidade a uma reivindicação das equipes, por exemplo. Assim, as "fragilidades" compartilhadas podem produzir aprendizado, assim como as "fortalezas". Há comentários sobre experiências semelhantes aos episódios narrados, sobre dificuldades enfrentadas e alternativas criadas. É possível inferir o sentido de apoio mútuo tanto quando se aponta as fragilidades das práticas da APS quanto nas oportunidades de ação vislumbradas. Não há expectativa de que haja necessariamente uma resposta, como em interações do tipo ida-e-volta (BRAGA, 2017), mas de que as interações potencialmente possam ser um apoio aos trabalhadores da APS que possam estar vivenciando situações semelhantes.

F. R. *juntos pela atenção primária* à saúde.

A. M. M. parabéns as apresentações e experiências na APS para o enfrentamento da Covid-19. Uma das grandezas do SUS, sua singularidade e pluralidade.

V. C. Três apresentações riquíssimas. Mostra o quanto bons modelos de atenção às condições agudas e crônicas, aliado a conhecimento de território com boas ferramentas e criatividade faz maravilhas na APS. *Pena que o investimento na APS seja tão baixo na maioria dos municípios do país.*

U. A. A complexidade da APS reinventando os fazeres frente a pandemia.

E. S. Esse tempo tem trazido muitos desafios e também *deu visibilidade as nossas fragilidades* em todos os pontos de rede de atenção à saúde. *Mas vimos também as inúmeras possibilidades* e oportunidades geradas para fortalecer nossas práticas na APS. *Muito importante a discussão.*

M. E. F. Rede de cuidado é necessário, a comunicação em rede é mais eficaz, pensar a rede local é insipiente, mas *precisamos continuar dialogando e expondo as fragilidades e fortalezas para a gestão municipal.*

N.F.F. Realmente o controle do fluxo na entrada favorece a assistência mais segura para todos os envolvidos.

F. B. Lidar com privações e *dificuldades* enfrentadas pela PSC, bem como alguns serviços em trabalho remoto estimulou as equipes de CnaR e gestão a buscar outras alternativas de cuidado.

O ritual estabelecido no canal dá prioridade às perguntas realizadas pelos debatedores, sendo organizadas e lidas em blocos-perguntas que chegam por parte dos internautas à escolha

do debatedor. Mesmo assim, no chat, comentários e também perguntas dos internautas foram respondidas pelos próprios internautas que participam do chat em interações do tipo ida-e-volta. No entanto, fazendo parte deste circuito midiático, elas podem carrear sentidos para interações seguintes e apoiar outras práticas. Um exemplo interessante é a participação de um internauta, que já tinha atuado como moderador da live anterior, mas subverte o pedido de perguntas pelo site, faz perguntas e é respondido pelo chat.

D. K. Juliana, as listagens de usuários são atualizadas com qual frequência? Qual o percentual de usuários que compõe a lista? Vocês estão utilizando o WhatsApp para consultas e monitoramento?

F. G. Oi D. K, trabalho em Belo Horizonte e posso responder porque não sei se a Juliana está vendo. A orientação para a rede foi que a planilha dinâmica e as equipes devem fazer a atualização.

F. G. A opção de fornecer a primeira lista foi porque temos uma grande heterogeneidade nas nossas 589 equipes, havendo equipes que já faziam esse monitoramento e outras que não conheciam seus pacientes.

F. G. A porcentagem de pacientes que compõem essa lista varia de acordo com a vulnerabilidade do Centro de Saúde, mas de um modo geral não passou de 10%.

F. G. Há experiências pontuais de utilização do whatsapp para monitoramento, mas estamos montando um projeto para utilização por todas as equipes.

D. K. Obrigado, Fabiano! O que vocês avaliam que é necessário aprimorar? Ou que começou de um jeito e agora já sofreu ajustes?

Muitos comentários elogiosos a iniciativa do canal, assim como seus organizadores e participantes, geram um clima de parceria e cordialidade no chat, com mensagens carinhosas e pessoais. Muitos são produzidos por colegas de trabalho, possivelmente convidados pelos participantes para ouvi-los. Reforçam novamente o sentido de apoio mútuo, de identidade e pertencimento: os trabalhadores de saúde estão naquele encontro reunidos como uma "família".

Alguns comentários sinalizam encontros entre trabalhadores que atuaram juntos em algum projeto em saúde, propiciados pela live. Há promessas de compartilhamento de conteúdo e/ou conhecimento adquirido, reforçando a possibilidade de interações interprofissionais do tipo ida-e-volta no chat para a troca de experiências, materiais e até de contatos telefônicos. Estas interações apontam para a possibilidade de circuitos menos difusos, mesmo que mediados pelas mídias digitais.

F.G APS de BH muito bem representada pela J!!!!

A. P. Muito bom o trabalho feito por vocês em Ceilândia. Certeza vocês vencerem nessa luta!! Parabéns dr. W.

N. C. Doutor W. arrasa!!

M. I. C. S. Parabéns Lousy! 🍌 🍌

G. C. De C. Boa noite a todos, muito bom esse compartilhamento, adorei todas as apresentações. Contribuíram muito para nossa melhoria nos atendimentos.

J. A. F. Excelente live. Vou compartilhar estas experiências aqui no município de Pojuca_BA. Sugiro que vocês tragam outras experiências. Muito enriquecedor.

C. S. B. Saudades do Cuidando do Cuidador Jorgina.

A.F.H.F Alberto! Me lembro de você da época do Projeto Territórios!

E. R. Grande Davi!!! Experiências de hoje foram excelentes!!! Bora levar pra Paraíba!!! 😊

C. C. Parabéns a todos envolvidos na live.
D. K. Pedra, Trino, Mônica, Gabriel e Jorgina - obrigado! Parabéns pela *persistência* na *luta diária* pela organização da APS - SUS!
A. L. G Saúde se faz com gente e essas "gentes" que generosamente compartilharam suas experiências merecem meu muito obrigado!
Matheus Ferreira A *família* toda reunida aqui.
J. A. F. Dr. João Gabriel *vou passar seu contato para meu coordenador de Saúde Bucal.*
L. R. Como posso ter acesso a esse modelo de planilha para auditoria clínica?
D. K. Pessoal, as experiências já começaram a ficar disponíveis para acesso público.
A. R: L. R. Não sei se pode te ajudar, mas na minha Ubs que fica em Osasco estamos usando Google formulários e planilhas do Google, onde conseguimos gerenciar todo atendimento e gerar dados estatísticos.

Destaco também comentários críticos sobre aspectos das práticas da APS relatadas, sobre a forma com que muitos serviços conduziram o trabalho na pandemia, como por exemplo a interrupção das atividades em seu início. Há interessantes diálogos no chat sobre o desejo dos usuários de que haja padronização nos serviços ofertados e a impossibilidade de que isto se realize pela diversidade de cada território. Há também uma provocação sobre um importante tema silenciado nas lives: a questão do tratamento precoce dos casos leves, com medicamentos como a Cloroquina, que passam a ser oferecidos nos serviços de APS. Este comentário não foi respondido.

M. J. C. S Percebemos que em várias partes do país, a falta de insumos, equipamentos e pessoal são entraves para o fortalecimento do SUS.
A. F. H. F Horário estendido sem funcionando horário de almoço de 7 as 19 horas com somente uma equipe?
V. L. K. O fecha tudo na AB foi um grande equívoco, não é?
M.A.P.P Aqui na UBS - zona oeste da cidade de São Paulo, *não querem ou não são orientados* a fazerem esse acompanhamento, *dos pacientes crônicos e de risco. mas temos o teleatendimento* como monitoramento dos crônicos.
J. L O que percebemos como usuários é que não tem uma padronização desse atendimento nas Unidades. Se todas se organizem assim como as experiências apresentadas.
A. S. B Infelizmente são realidades diferentes, por isso não poder padronizar o processo de trabalho da Atenção Primária, cada território é singular!
E. R. Excelente essa triagem na porta da UBS! Os serviços de APS devem manter seu funcionamento e serem porta de entrada e centro de comunicação com os demais serviços de saúde da rede.
M. A. P. B. É necessário que a atenção primária *faça os atendimentos... não é possível ficar apenas na UBS esperando que chegue à doença.* Não é essa a finalidade da APS.
A. B. M. S. Às representantes de Sorocaba: *a APS daí tem prescrito medicações para o tratamento precoce conforme o Protocolo do MS?!*

É possível atribuir este silenciamento sobre o tratamento medicamentoso e a busca de confluência na comunicação estabelecida a partir da mediação do canal Portal da Inovação, ao alinhamento com os entes municipais, estaduais e federais mesmo diante de conflitos

declarados entre os entes desde o início da pandemia⁶⁴. As práticas de APS são abordadas de diferentes modos, ressaltando outros aspectos em produtos de outros canais de YouTube analisados, como veremos em seguida.

3.3 O canal do Conselho Nacional de Saúde (CNS) na interface entre saúde, participação, controle social e comunicação

Para analisar a produção do canal do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no YouTube foi preciso considerar alguns elementos sobre a história da entidade. Com este fim, busquei revisões literatas sobre conselhos de saúde no Brasil, publicações destinadas à formação de conselheiros, algumas investigações recentes sobre a atuação do CNS e o site institucional.

Na sessão 2.5 desta tese, pontuei que o CNS foi criado em 1937, originalmente como órgão consultivo, formado por especialistas nomeados pela presidência da república. Desde o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, especialmente a partir do período de redemocratização do Brasil, a participação e o controle social passaram a nortear suas práticas (CORTES et al., 2009). Com base em matrizes que se sedimentam neste período, tanto o CNS quanto as conferências de saúde, foram idealizados como dispositivos para que a sociedade deliberasse ativamente na gestão do sistema de saúde. Isso deveria se efetivar não mais através de membros das corporações profissionais, mas através de representantes da sociedade civil (SILVA & LIMA, 2019). Abordei também que essas matrizes de conhecimento estavam vinculadas a posicionamentos sobre a importância da saúde na construção de regimes democráticos. Ressaltei também investigações sobre os temas da comunicação e da APS como foco de preocupação nas discussões do conselho e de suas estratégias comunicacionais.

Sobre os processos comunicativos nas práticas das entidades que o compõem e do próprio CNS, Araújo & Silva (2018) e Dias (2020) afirmam seu potencial na produção de uma cidadania mais participativa. Entendem que esta mudança não se realiza de modo apartado da cultura: ela acompanha as mudanças sociais, inclusive atualmente com o apoio das mídias digitais. As práticas comunicativas de participação e controle social “podem abordar pautas completamente

⁶⁴ O relatório técnico “A gestão de Riscos e Governança na pandemia por Covid-19 no Brasil” do CEPEDES/ENSP (Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde da Fiocruz), analisa decretos estaduais no primeiro mês da pandemia. Neles são apontados diversos conflitos entre os entes que dificultariam a gestão da crise sanitária: “Diante da falta de confiança no governo federal, os governos dos estados e DF preferiram seguir seu próprio caminho[...]os governadores passam a adotar um conjunto de medidas a partir de 13 de março, nem sempre de modo coordenado e envolvendo ampla cooperação com o governo federal” (FIOCRUZ, 2020, p.7).

distintas das ditadas pelos poderes públicos e interesses privados; e tem a devida autorização para promover atividades, encontros e reuniões das mais diversas naturezas: administrativa, política, recreacional, social” (DIAS, 2020, p.49). Assim, podem desempenhar um papel mobilizador de sentidos não hegemônicos sobre as práticas da atenção, através de sua maior circulação na interface entre diferentes contextos.

As mídias digitais compõem as estratégias de comunicação de entidades da sociedade civil que atuam na participação e controle social em saúde. Têm tido especialmente o objetivo de mobilização de suas bases, categorias e afiliados. Em estudo de 2017 sobre as entidades integrantes do CNS nas redes sociais, Dias (2017) constata a presença de contas e perfis no Facebook, mais do que páginas eletrônicas próprias. Diminuíam significativamente nas plataformas que exigiam maior complexidade técnica para produção de conteúdo audiovisual como o YouTube.

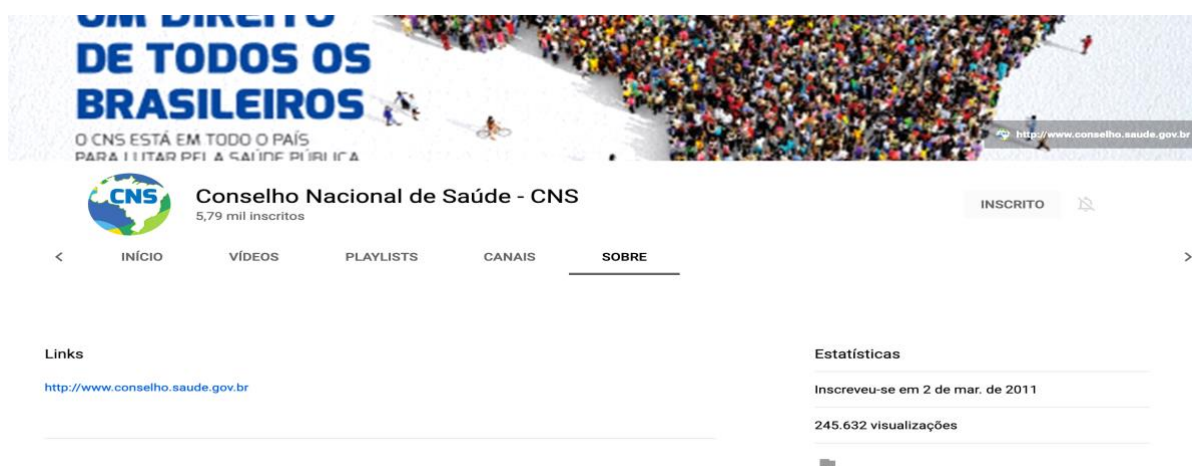
Em estudo de 2020, o autor aponta que assimetrias institucionais de ordem jurídica, de segmentação representativa e, principalmente capacidades institucionais fruto das próprias práticas das entidades têm efeitos para seu trabalho de comunicação das mesmas e, conseqüentemente, na potencialidade da comunicação para a efetivação de políticas públicas. Apesar disso, afirma que a assessoria de comunicação do conselho vem se consolidando como referência “em uma rede que deve ter pautas próprias e potencializar ações em parceria, o que ampliaria a capacidade comunicativa e técnica dessa parcela significativa da sociedade civil” (DIAS, 2020, p.157).

Desde a última reformulação, em 2006 (CORTES et al., 2009), o CNS apresenta uma composição paritária, com 50% de conselheiros representantes de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% entre governo e os prestadores de bens e serviços de saúde. É uma instância permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) e integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, sendo seu presidente e os conselheiros representantes da sociedade civil eleitos a cada três anos. Além do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) também têm representação no Conselho Nacional de Saúde de acordo com a lei 8.142/90 (<http://conselho.saude.gov.br/>). O site do CNS, como parte de sua estratégia comunicacional, destaca notícias sobre os acontecimentos recentes e informes do conselho, além de possibilitar diferentes modos de acesso a publicações, relatórios e revistas, disponibilizar links para suas contas no Facebook, Twitter e Flickr (plataforma de imagens) e acesso ao canal do YouTube, sendo os dois últimos audiovisuais.

3.3.1 “Não há pandemia que se solucione sem atenção primária”: posicionamento crítico, mobilização e enaltecimento do SUS

Nesta pesquisa, a observação do canal do CNS no YouTube foi realizada no período de março a setembro de 2020, sendo considerada a produção anterior do canal apenas para descrever o canal e ressaltar diferenças com relação à produção no período investigado. Levando em conta a composição paritária entre representantes de usuários, trabalhadores e gestores, e que as práticas comunicativas de controle e participação social podem mobilizar a sociedade de modo geral, considero o canal como um dispositivo de comunicação organizacional, interprofissional e profissional-usuário. Tem sido utilizado pelo CNS incrementando os circuitos comunicacionais entre os contextos da saúde, da participação social e da comunicação.

Figura 13. Captura de tela: Apresentação do Canal CNS.



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 30/09/2020. A capa do canal na data da captura tinha a visualização da imagem cortada conforme é apresentada.

O canal informa estar inscrito na plataforma desde o ano de 2011, e em setembro de 2020 apresentava 5,79 mil inscritos e 245.632 visualizações em seus materiais. Considerando a atuação nacional do conselho, e que parte significativa do público a ser atingido é o mesmo do Portal da Inovação da OPAS, ressalto que os números são significativamente inferiores aos deste outro canal analisado. Embora busque dar visibilidade aos diferentes produtos desde 2019, através de estratégias de impulsionamento como o uso de hashtags nos títulos, pode ser sublinhada a baixa representatividade comunicativa do canal até o momento da pandemia, já que não se registram muitas visualizações ou interações. Os vídeos antes da pandemia tinham

uma média de 100 visualizações, alguns com curtidas, mas a maioria sem comentários por parte dos internautas ou do Portal. Os processos comunicativos incluem a produção e depósito de conteúdos audiovisuais, sem estímulo a que o internauta interaja com os mesmos utilizando a plataforma.

O caso do CNS, no entanto, mostra que comentários hostis podem dissuadir a entidade a estabelecer no canal interações menos difusas com os internautas. Um vídeo com mensagem de Feliz 2020 com mais de 2 mil visualizações, por exemplo, tem um número atípico de comentários, todos de cunho vexatório. Os comentários remetem a polarização político-ideológica que marca o Brasil desde as chamadas “jornadas de junho” dos anos 2013⁶⁵, sendo acentuadas pelas interações mediadas pelas mídias digitais desde então (MACHADO & MISKOLCI, 2019). Marcam também o êxito político de grupos com agenda moral conservadora, com ações que podem ser vinculadas à raízes longamente estabelecidas em práticas sociais da história do país. Neste exemplo, a defesa do SUS e da democracia são atribuídas a uma suposta filiação do presidente do conselho ao Partido dos Trabalhadores e ao comunismo. São exemplos de interações de embate, mas em uma gramática reducionista, renovada para o uso em interações midiáticas que envolvem disputas políticas. Os comentários nestes produtos não são respondidos, mas também não são apagados ou indisponibilizados pelo canal (figura 14).

A maioria dos vídeos do canal antes da pandemia mostra representantes de entidades e outras lideranças de movimentos sociais que têm ou já tiveram representação no conselho. Nesses produtos convocam afiliados, usuários e profissionais de saúde a participar das conferências, reuniões e eventos, manifestações públicas ou abaixo-assinados. Confirmam que o principal objetivo do dispositivo é mobilizar através de uma gramática crítica e pessoal, convocando novos participantes através de chamamentos dos representantes de entidade às suas bases. Com o mesmo objetivo, há ainda vídeos no formato de depoimento sobre temas debatidos nestes eventos, reunindo uma importante diversidade de vozes entre pesquisadores, especialistas e outras personalidades. Destaco que, muitos nestes vídeos de depoimentos, não

⁶⁵ Os usos políticos da Web 2.0 originaram grandes manifestações no mundo todo, como as da chamada Primavera Árabe (2010) e Occupy Wall Street (2011). De modo que apoiavam-se no compartilhamento de conteúdos na internet. No Brasil, as chamadas “Jornadas de Junho” são o primeiro exemplo de utilização de TICs para a organização de protestos. O Movimento Passe Livre (MPL) iniciou mobilizações de rua e nas redes sociais online contra o aumento da tarifa de ônibus, utilizando slogans como “não me representa”, expressando uma crença na ação direta dos cidadãos, tanto via internet quanto nas ruas e questionando “a base da democracia representativa, os partidos e os políticos (MACHADO & MILSKOLCI, 2019, p. 955). Posteriormente assumem estas manifestações, grupos de extrema direita contra o governo da presidente Dilma Rousseff do Partido dos Trabalhadores (PT) e grupos ligados a partidos políticos de esquerda passaram a ser hostilizados.

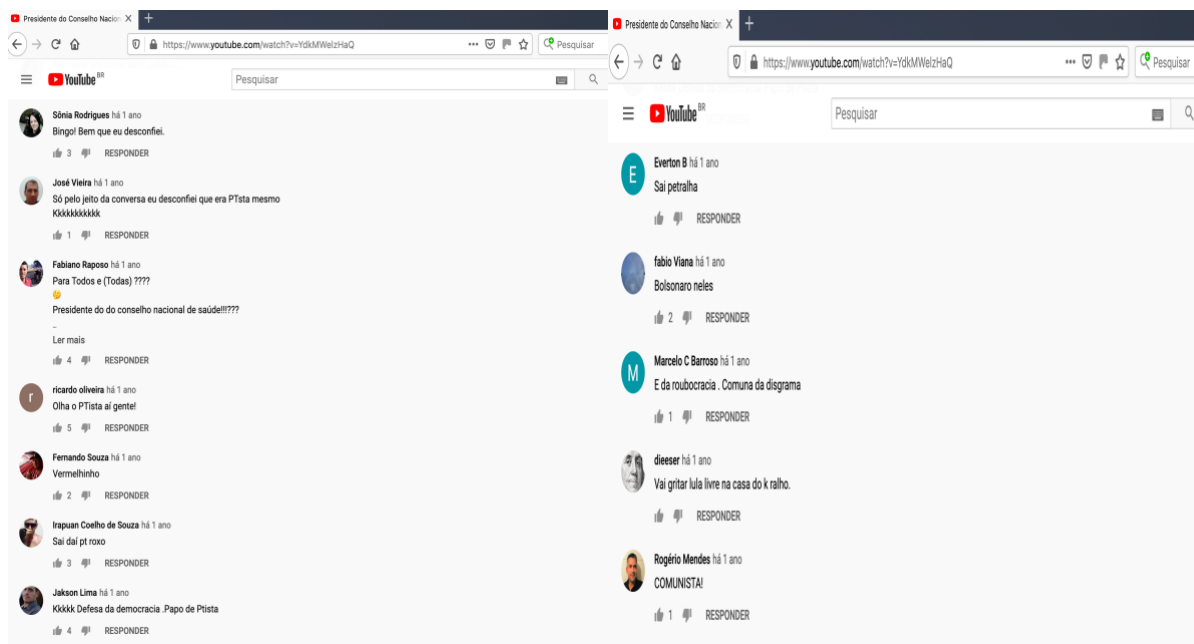
são disponibilizados os comentários. É possível inferir que esta seja uma solução adotada pela equipe de comunicação, neste caso, para evitar a exposição de algumas pessoas convidadas a registrar seus depoimentos aos possíveis comentários hostis. No entanto, não é uma estratégia adotada em todos os vídeos. Os títulos dos audiovisuais que foram postados no período de março a setembro de 2020 e suas interações estão na tabela 4. Sinalizo, também, a live analisada em vermelho.

Quase a metade dos audiovisuais produzidos no período observado foram postados ainda no mês de março, muitos sobre uma oficina de formação para o controle social e outros comemorando o dia internacional da mulher, estes compondo uma série de depoimentos postados com o título #Eu exijo respeito. Destaco o caráter testemunhal destes produtos, buscando a autenticidade de experiências verdadeiras, não encenadas, em interação com outros trabalhadores, usuários e pesquisadores da saúde. Estas interações se dão a partir dos produtos, e podem ser caracterizadas como difusas (BRAGA, 2017).

Sua tecnicidade se caracteriza pelo uso do título antes de cada vídeo e de uma música, que funcionam como uma "capa" (chamada na gramática do YouTube de "card", cartão em inglês). Além disso, são todos vídeos curtos, em um formato apropriado inclusive para compartilhamento em outras plataformas. Ressalto a importância dada às vozes de entidades dos conselhos nacional e regionais por meio das pessoas de seus representantes como uma marca da institucionalidade do canal e a utilização da desativação do recurso da interação através de comentários nestas campanhas.

Na metade seguinte do mês, o tema da Covid-19 já direcionava a produção do canal com depoimentos postados sob o título “#*Mais SUS Menos Coronavírus*”, novamente com o recurso do card e de um som de uma máquina de escrever para caracterizar esta série de vídeos (Figura 15). É possível relacionar a expressão ‘*Mais SUS*’ com uma crítica ao subfinanciamento do SUS, sugerindo que uma maior estrutura na rede de cuidados e de recursos humanos do que a oferecida pelo atual sistema proporcionaria a diminuição dos casos de Covid-19.

Figura 14 - Captura de tela de comentários hostis no Canal CNS.



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 13/04/2021.

Além disso, há o uso do “#REVOGAEC95” no card em que abre os materiais. O tema do subfinanciamento retorna em outros títulos de produtos do canal no período analisado, que manifestam crítica direta aos entes federais e posicionamento contrário à Emenda Constitucional 95⁶⁶ (“A Emenda Constitucional 95, conhecida como Teto de Gastos #AcabaTetoDeGastos” e “Lançamento petição pública: Você vai deixar o SUS perder mais R\$ 35 bilhões em 2021?”), com um grande número de visualizações. Utilizam uma gramática de convencimento para mobilizar a participação social fora da plataforma, como por exemplo em ações do conselho do tipo abaixo-assinado. A repetição da mesma expressão mostra novamente a proposição de uma campanha. Reforça possíveis “elementos de saída” por serem produzidos a partir da gramática da internet, já que podem facilmente ser repassados a outros circuitos comunicativos midiáticos (BRAGA, 2017, p. 81).

⁶⁶ A Emenda Constitucional de número 95, de 2016, congelou os gastos da União com despesas primárias no país por 20 anos. No site do CNS em 10 de Março, foi publicado um abaixo assinado sobre uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) com o objetivo de vetar a EC 95/2016. A ação no presente momento ainda está tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF) (Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/>).

Figura 15. Captura de tela de cards de produtos do canal CNS.



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 13/04/2021.

Neste caso, são convocadas diferentes personalidades, inclusive do meio artístico, além de deputados/as, militantes e estudantes que manifestam seu apoio ao Sistema Único de Saúde em resposta à pandemia. Dentre eles sublinho a participação de profissionais de saúde: uma fonoaudióloga, uma psicóloga, um enfermeiro e um agente comunitário. A convocação de personalidades conhecidas por sua presença na mídia para além de sua legitimidade trazida de campos específicos, reforça o reconhecimento do canal de que possuem um metacapital midiático (COULDRY, 2014), sendo possível inferir que estes vídeos são uma estratégia para buscar a representatividade comunicativa.

Os materiais que tiveram maior número de visualizações envolveram pessoas ou temas que podem ser relacionados a posicionamentos críticos do CNS, alguns abordam diretamente decisões do governo federal sobre a pandemia. Destaco o documentário *SUS em defesa da vida*, vídeos com depoimentos do presidente do CNS “*Presidente do CNS, Fernando Pigatto, fala sobre o pronunciamento do presidente da República*” e “*Presidente do CNS: ‘as vidas não podem esperar 30 dias’*” e do ex-ministro da saúde e atual senador pelo partido dos trabalhadores, Humberto Costa “*Marcha Virtual pela Vida - Humberto Costa*”. Nestes últimos conteúdos, muitos dislikes e comentários que, de modo semelhante ao que ocorria antes da pandemia, têm cunho hostil. Há um aumento geral no número de visualizações nos vídeos do canal, também de likes, dislikes e comentários na pandemia, mas representam interações mediatizadas que envolvem disputas políticas.

Já no mês de maio, uma nova campanha abordou a segurança do trabalhador na pandemia, com a repetição do título: “Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil”. Os temas de saúde do trabalhador e da precarização de condições de trabalho em saúde também

foram destacados em documentos, atos, movimentos de posicionamento crítico ao modo em que o SUS estava conduzindo as ações de saúde, manifestações nas quais o CNS tomou parte. Em junho de 2020, foi lançado o movimento *Frente pela Vida* (<https://frentepelavida.org.br/>) do qual participaram diversas organizações do campo da Saúde⁶⁷, incluindo o CNS. O objetivo era criticar frontalmente as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, “pela necessidade imediata de mudanças na resposta à pandemia do novo coronavírus e inoperância por parte do Governo Federal” (<https://frentepelavida.org.br/>). A frente mobilizou um ato político e cultural nomeado *Marcha Virtual pela Vida*, transmitido e postado no canal do CNS, e gerando mais uma série de produtos com depoimentos. Destaco personalidades relacionadas ao campo da saúde com posicionamento político progressista, como os ex-ministros da saúde Alexandre Padilha e José Gomes Temporão, e personalidades com um "meta capital" midiático por terem sua legitimidade associada a vários campos (COLDRY, 2014), como Drauzio Varella e Leonardo Sakamoto.

Vídeos nomeados como lives já tinham sido postados pelo canal, inclusive durante a última conferência de saúde (16^a), sem, no entanto, motivar interações ou disponibilizar o uso do chat. Uma live foi feita para o Instagram em formato de entrevista gravada com o auxílio de aparelho celular, postada no canal em março de 2020, sem a utilização de chat ou trabalho de produção. A partir de abril passam a ser postadas duas ou mais lives por mês, com o uso de chat para interações ao vivo e o uso de tecnicidades que envolvem recursos técnicos profissionais de filmagem e edição em sua produção. A importância das lives para o canal pode ser destacada, sendo separadas em uma playlist a que se pode ter acesso também pelo site. Observando a tabela 4, no entanto, é possível notar que as lives do canal não tiveram um número maior de visualizações que os vídeos mais acessados no período.

A partir do enunciado "proteção das vidas", uma série de lives com a participação e mediação de convidados para debates ao vivo foram produzidas nos meses de maio e junho. Nelas foram debatidos diferentes focos temáticos, relacionados à pandemia: “*Isolamento social e lockdown para salvar vidas*”, “*Fila única de leitos para salvar vidas*”, “*Renda básica para*

⁶⁷ Além do Conselho Nacional de Saúde (CNS) as seguintes organizações constituíram o movimento “Frente pela Vida”: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - ABRASCO, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde -CEBES, Associação Brasileira Rede Unida - Rede Unida, Associação Brasileira de Economia em Saúde -ABrES, Associação Brasileira de Saúde Mental-ABRASME, Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora -ABRASTT, Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Sociedade Brasileira de Virologia (SBV), Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (SBMT), Sociedade Brasileira para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente (SOBRASP), Rede de Médicas e Médicos Populares (RMMP), Associação Brasileira de Médicas e Médicos pela Democracia (ABMMD) e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

salvar vidas”, “*Impacto da pandemia na população negra nas comunidades - vidas negras importam*”, “*Proteger vidas - tratamento farmacológico e imunização para a Covid-19*”. Ressalto que os títulos se referem ao grande número de mortes causadas pela pandemia no Brasil e propõem soluções para evitá-las em diferentes frentes. Sublinho também o número de visualizações da live com os temas do lockdown, do tratamento farmacológico e da imunização.

Para análise em profundidade, escolhemos a live postada no mês de julho “*Atenção Básica na Saúde Salva Vidas*”, de acordo com os critérios da multiplicidade de vozes, neste caso como as instâncias representadas pelo conselho (usuários, trabalhadores e gestores), e da existência de narrativas que envolvessem discursos sobre interações comunicacionais na atenção primária em saúde, objetivos deste estudo.

A ritualidade desta live do CNS é um híbrido entre o ritual de encontro de profissionais e/ou gestores ou usuários para relato de experiência, e de reunião do conselho. Tem a figura de um moderador, que expõe o tema, apresenta os participantes-apresentadores, controla o tempo das falas, escolhe a ordem de apresentações e distribui as perguntas; mas têm como debatedores um representante de cada segmento que compõe o conselho. Na live analisada foi um representante usuário da Federação Nacional de Diabéticos (FENAD); uma representante dos trabalhadores da saúde, enfermeira da associação Rede Unida e uma representante dos gestores, secretária municipal e vice-presidente do CONASEMS (a mesma debatedora da live “*APS não pode parar*”, promovida pelo Portal da Inovação).

Tabela 4 - Audiovisuais do canal do CNS de março a setembro de 2020.

Posição	Título do audiovisual	Data/hora de postagem	Tipo	Contagem de visualizações	Contagem de likes	Contagem de deslikes	Contagem de comentários
1	Datas das Oficinas de Formação para o Controle Social no SUS - 2a edição	02/03/2020 19:00	vídeo	31	2	0	0
2	Região Centro-Oeste - Oficinas de Formação para o Controle Social no SUS - 2a edição	02/03/2020 19:02	vídeo	16	1	0	0
3	Região Nordeste - Oficinas de Formação para o Controle Social no SUS - 2a edição	02/03/2020 19:04	vídeo	31	4	0	0
4	Região Norte - Oficinas de Formação para o Controle Social no SUS - 2a edição	02/03/2020 19:06	vídeo	16	0	0	0
5	Região Sudeste - Oficinas de Formação para o Controle Social no SUS - 2a edição	02/03/2020 19:08	vídeo	11	0	0	0
6	Região Sul - Oficinas de Formação para o Controle Social no SUS - 2a edição	02/03/2020 19:09	vídeo	80	2	0	0
7	Marina Thuane Melo defende reajuste para residentes em Saúde	03/03/2020 14:09	vídeo	38	3	0	0
8	#EuExijoRespeito-Irene Mell, Associação Livre dos Aquicultores do Rio São João (ALA)	03/03/2020 18:17	vídeo	63	1	1	0
9	#EuExijoRespeito-Carolini Constantino, Coletivo Feminista Helen Keller de Mulheres com Deficiência	03/03/2020 18:33	vídeo	107	16	0	0
10	#EuExijoRespeito - Fernanda Magano, representante da Federação Nacional dos Psicólogos (FENAPSI)	03/03/2020 19:39	vídeo	216	6	1	0
11	Documentário curta-metragem SUS em Defesa da Vida	04/03/2020 14:30	vídeo	13124	761	3	0
12	Elenice Pastore, diretora geral do Centro de Educação e Assessoramento Popular (Ceap)	04/03/2020 17:49	vídeo	18	1	0	0
13	#EuExijoRespeito - Rivânia Rodrigues da Silva, Articulação e Movimento para Travestis e Transexuais	04/03/2020 19:01	vídeo	26	0	0	0
14	#EuExijoRespeito - Andreza Camila Gomes Duarte, da Central única dos Trabalhadores (CUT)	04/03/2020 19:03	vídeo	19	0	0	0
15	#EuExijoRespeito - Débora Melechchi, representante da Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR)	04/03/2020 20:50	vídeo	35	0	0	0
16	#EuExijoRespeito - As mulheres do Conselho de Saúde do Rio Grande do Norte	04/03/2020 20:55	vídeo	20	0	0	0
17	#EuExijoRespeito - Luciana Genro, deputada estadual do Rio Grande do Sul	04/03/2020 20:56	vídeo	76	0	0	0
18	Vagner Rolim Maydana - Formação para Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	04/03/2020 22:31	vídeo	13	1	0	0
19	Claudia Machado - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	04/03/2020 22:43	vídeo	44	3	0	0
20	Olívia Oa Escalante - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	04/03/2020 22:58	vídeo	12	0	0	0
21	José Adriano Martins - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	04/03/2020 23:17	vídeo	9	0	0	0
22	Gustavo Dela Pace da Silveira - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	05/03/2020 11:41	vídeo	34	3	0	0
23	Laura Camargo Feuerweker, professora da Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (USP)	05/03/2020 12:48	vídeo	26	0	0	0
24	Indígena Ana Milena Souza Marulanda Kukami - Kokama	05/03/2020 15:14	vídeo	51	5	0	0
25	#EuExijoRespeito - Conselheira estadual de Roraima, Sarlene Macuxi	05/03/2020 18:53	vídeo	37	3	0	0
26	#EuExijoRespeito - As mulheres do Conselho Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul	05/03/2020 19:34	vídeo	36	1	0	0
27	Sueli Barrios - Formação para Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	06/03/2020 13:22	vídeo	24	4	0	0
28	Patrícia Robinson - Formação para Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	06/03/2020 13:28	vídeo	17	1	0	0
29	#EuExijoRespeito - Irmã Lourdes Dill, do Projeto Esperança/Cooperança da Caritas Arquidiocesana	06/03/2020 14:12	vídeo	33	2	0	0
30	#EuExijoRespeito - Claudia Machado, Movimento de Economia Solidária	06/03/2020 16:02	vídeo	26	1	0	0
31	#EuExijoRespeito - Conselheira Evalcilene dos Santos, Mov. Nacional das Cidades Positivas (MNCP)	06/03/2020 16:04	vídeo	29	0	0	0
32	#EuExijoRespeito - Elisabete Paz, representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)	06/03/2020 16:05	vídeo	11	0	0	0
33	#EuExijoRespeito - Mariana Nogueira, professora e pesquisadora da Fiocruz	06/03/2020 16:06	vídeo	141	18	1	0
34	#EuExijoRespeito - Conselheira Gláucia Morelli, presidenta da Confederação das Mulheres do Brasil	06/03/2020 20:28	vídeo	64	4	0	0
35	#EuExijoRespeito - Ana Santana, União de Negras e Negros Pela Igualdade (Unegro) - Suzano/ SP	06/03/2020 20:39	vídeo	93	3	0	0
36	#EuExijoRespeito - Fernanda Melchionna, deputada federal do Rio Grande do Sul	06/03/2020 20:52	vídeo	187	10	1	0
37	#EuExijoRespeito - Luciane Cristina Giordano, nutricionista do Hospital de Clínicas da Unicamp	06/03/2020 20:56	vídeo	41	2	0	0
38	#EuExijoRespeito - Débora Buonocore - Rio de Janeiro	06/03/2020 21:26	vídeo	27	3	0	0
39	Alana Gonçalves - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	09/03/2020 16:56	vídeo	17	0	0	0
40	Alexandra Terra - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	09/03/2020 17:13	vídeo	8	0	0	0
41	Sandra Beatriz Aires dos Santos - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	09/03/2020 17:19	vídeo	35	1	0	0
42	Jorge Neves - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	09/03/2020 17:22	vídeo	36	0	0	0
43	Elisandro Ferreira - Formação para o Controle Social no SUS	09/03/2020 17:24	vídeo	40	0	0	0
44	Maria Rita Py Dutra - Formação para o Controle Social no SUS (Santa Maria/RS)	09/03/2020 17:27	vídeo	155	3	0	0
45	Presidente do CNS, Fernando Pigatto fala sobre a reunião com presidenta da Fiocruz Nísia Trindade.	12/03/2020 20:04	vídeo	264	5	24	0
46	Presidente do CNS reivindica revogação da EC 95 para enfrentamento ao Coronavírus	16/03/2020 13:08	vídeo	137	5	2	0
47	Curta documentário SUS em Defesa da Vida (Libras e Legendas)	16/03/2020 14:44	vídeo	4431	209	2	0
48	#MaisSUSmenosCoronavírus - Deputado federal Paulo Pimenta	18/03/2020 19:10	vídeo	93	13	1	0
49	#MaisSUSmenosCoronavírus - Deputado federal Alexandre Padilha	18/03/2020 20:05	vídeo	183	8	0	0
50	#MaisSUSmenosCoronavírus - Getúlio Vargas Júnior, conselheiro nacional de saúde	18/03/2020 20:13	vídeo	85	7	0	0
51	#MaisSUSmenosCoronavírus - Jaime Braz Ziegler	18/03/2020 20:21	vídeo	85	8	0	0
52	#MaisSUSmenosCoronavírus - Vagner Maydana, do Conselho Municipal de Saúde de Júlio de Castilhos (RS)	18/03/2020 20:29	vídeo	44	5	0	0
53	#MaisSUSmenosCoronavírus - Vanilson Torres, do Movimento Nacional da População em Situação de Rua	19/03/2020 13:35	vídeo	52	3	0	0
54	#MaisSUSmenosCoronavírus - Alex Cardoso, do Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis	19/03/2020 13:43	vídeo	49	3	0	0
55	#MaisSUSmenosCoronavírus - Afonso Magalhães, da Central de Movimentos Populares	19/03/2020 13:50	vídeo	46	2	1	0
56	#MaisSUSmenosCoronavírus - Maitê Carpinheiro, estudante	19/03/2020 14:23	vídeo	30	1	0	0
57	#MaisSUSmenosCoronavírus- Cacique Yssó Truká	19/03/2020 18:56	vídeo	22	2	0	0
58	#MaisSUSmenosCoronavírus - VÍDEO ACESSÍVEL EM LIBRAS	19/03/2020 19:19	vídeo	29	4	0	0
59	#MaisSUSmenosCoronavírus - Adilson Araújo, presidente da CTB	19/03/2020 19:35	vídeo	36	3	1	0

Posição	Título do audiovisual	Data/hora de postagem	Tipo	Contagem de visualizações	Contagem de likes	Contagem de deslikes	Contagem de comentários
60	#MaisSUSMenosCoronavírus - Deputada distrital Arlete Sampaio	19/03/2020 20:44	vídeo	20	0	0	0
61	#MaisSUSMenosCoronavírus - Deputado distrital Leandro Grass	19/03/2020 23:03	vídeo	33	3	0	0
62	#MaisSUSMenosCoronavírus - Marcelo Pereira do Nascimento, presidente do CMS Gravata (RS)	20/03/2020 13:45	vídeo	36	0	0	0
63	#MaisSUSmenosCoronavírus - Deputada estadual (SP) Leci Brandão	20/03/2020 13:57	vídeo	81	10	0	0
64	#MaisSUSmenosCoronavírus - Coletivo Feminista Classista Ana Montenegro	20/03/2020 14:14	vídeo	78	19	0	0
65	#MaisSUSMenos - Deputada federal Vârika Kokay	20/03/2020 14:15	vídeo	22	2	0	0
66	#MaisSUSmenosCoronavírus - Jorge Bermudez, pesquisador da ENSP/Fiocruz	20/03/2020 18:38	vídeo	89	10	0	0
67	#MaisSUSmenosCoronavírus - Débora Melecchi, conselheira nacional de saúde	20/03/2020 21:50	vídeo	40	4	0	0
68	Presidente do CNS: "as vidas não podem esperar 30 dias"	21/03/2020 18:13	vídeo	1092	20	117	38
69	#MaisSUSMenosCoronavírus - Deputado estadual (RS) Valdeci Oliveira	23/03/2020 15:00	vídeo	10	0	0	0
70	#MaisSUSmenosCoronavírus - Andrey Lemos, trabalhador do SUS e militante de Direitos Humanos	23/03/2020 15:04	vídeo	50	10	1	0
71	#MaisSUSmenosCoronavírus - Cristiane Jatene, psicóloga	23/03/2020 15:11	vídeo	258	14	0	0
72	#MaisSUSmenosCoronavírus - Adriano Goulart Lara Santos, enfermeiro	23/03/2020 15:16	vídeo	24	0	1	0
73	#MaisSUSmenosCoronavírus - Luiz Medeiros, conselheiro nacional de saúde	23/03/2020 18:22	vídeo	50	2	1	0
74	Madalena Margarida da Silva - Não à MP 927	23/03/2020 18:35	vídeo	32	1	1	0
75	Adilson Araújo, presidente da CTB - Não à MP 927	23/03/2020 18:47	vídeo	25	0	1	0
76	#MaisSUSmenos - Gustavo Dela Pádua da Silveira, agente comunitário de saúde	23/03/2020 19:12	vídeo	48	6	1	0
77	#MaisSUSmenosCoronavírus - Ana Petta, atriz e diretora	23/03/2020 19:59	vídeo	103	2	0	0
78	#MaisSUSmenosCoronavírus - Daniela Galli, fonoaudióloga	23/03/2020 20:38	vídeo	50	3	1	0
79	Sérgio Nobre, presidente da CUT - Não à MP 927	23/03/2020 20:52	vídeo	40	1	4	0
80	#MaisSUSmenosCoronavírus - Vanessa Graziotin, ex-senadora	24/03/2020 12:37	vídeo	57	5	1	0
81	Presidente do CNS, Fernando Pigatto, fala sobre o pronunciamento do presidente da República	25/03/2020 13:36	vídeo	2112	18	229	0
82	#MaisSUSmenosCoronavírus - Francisco Funcia, consultor técnico do Conselho Nacional de Saúde	26/03/2020 13:50	vídeo	99	4	5	0
83	#MaisSUSmenosCoronavírus - Flôrencio Garcia Escobar, presidente do CES Mato Grosso do Sul	26/03/2020 13:52	vídeo	120	2	10	0
84	#MaisSUSmenosCoronavírus - Daniel Gonçalves, líder estudantil	31/03/2020 15:40	vídeo	31	7	1	0
85	#MaisSUSmenosCoronavírus - Ricardo Bueno, vice-presidente do CES do Mato Grosso do Sul	31/03/2020 15:45	vídeo	15	0	0	0
86	Vanilson Torres, do Movimento PopRua, pede garantias à saúde da população em situação de rua	31/03/2020 16:27	vídeo	50	8	0	0
87	LIVE 1 - FERNANDO PIGATTO - INSTAGRAM CNS	31/03/2020 21:53	live	49	6	1	0
88	#MaisSUSmenosCoronavírus- Asevedo Quirino de Souza, presidente do CES do Ceará"	02/04/2020 14:42	vídeo	20	4	0	0
89	#MaisSUSmenosCoronavírus- Lucas Lopes de Sousa, usuário do SUS	02/04/2020 18:24	vídeo	36	4	0	0
90	#MaisSUSmenosCoronavírus - Salvador Campos Correa	03/04/2020 20:46	vídeo	42	5	0	0
91	CONEP - Enfrentamento ao Covid-19	06/04/2020 19:15	vídeo	121	1	0	0
92	Live, "Coronavírus e perspectivas para o SUS"	07/04/2020 16:29	live	1291	93	2	0
93	#MaisSUSmenosCoronavírus - Emídio de Souza, deputado estadual (SP)	07/04/2020 18:35	vídeo	42	3	0	0
94	Dia Mundial da Saúde, 07/04/2020 - Fernando Pigatto	07/04/2020 19:30	vídeo	98	8	3	0
95	Dia Mundial da Saúde, 07/04/2020 - Revoga EC95!	07/04/2020 20:32	vídeo	60	4	0	0
96	#MaisSUSmenosCoronavírus- Soraya Amorim, farmacêutica bioquímica	07/04/2020 21:01	vídeo	5	0	0	0
97	#MaisSUSmenosCoronavírus - Ligia Maria, militante do movimento Afronte! Juventude Anticapitalista	08/04/2020 15:11	vídeo	53	3	0	0
98	#MaisSUSmenosCoronavírus- Moyses Toniolo, conselheiro nacional de saúde e representante da Anáids	08/04/2020 18:19	vídeo	29	2	0	0
99	Campanha Movimento PopRua - A solidariedade não deve entrar em quarentena	13/04/2020 14:27	vídeo	24	0	0	0
100	#MaisSUSmenosCoronavírus - SAÚDE MENTAL (LIBRAS)	14/04/2020 19:37	vídeo	421	17	0	0
101	Dia Mundial em Memória das Vítimas de Acidentes de Trabalho	28/04/2020 19:07	live	528	59	0	0
102	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Simone Batista	28/04/2020 20:32	vídeo	147	13	0	0
103	Presidente do CNS Fernando Pigatto - Dia do trabalhador e da trabalhadora	04/05/2020 12:17	vídeo	46	4	1	0
104	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Débora Noal	04/05/2020 12:21	vídeo	284	17	0	0
105	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Erick Tengan	04/05/2020 12:24	vídeo	67	11	0	0
106	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Emanuela Nascimento	04/05/2020 19:29	vídeo	258	11	0	0
107	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Shirley Moraes	05/05/2020 13:47	vídeo	500	29	1	0
108	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Residentes Multiprofissionais(R1)	05/05/2020 15:26	vídeo	143	26	0	0
109	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Mensagem de Marau/ RS	05/05/2020 18:28	vídeo	102	11	0	0
110	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Maria Meno	08/05/2020 20:59	vídeo	32	6	0	0
111	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Francisca Valda	11/05/2020 17:40	vídeo	50	3	0	0
112	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Elaine Pelaez	12/05/2020 13:17	vídeo	46	7	0	0
113	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Shirley Moralez	12/05/2020 13:18	vídeo	44	4	0	0
114	13/05 - Isolamento social e "lockdown," para salvar vidas	13/05/2020 23:23	live	1234	140	3	0
115	LIVE 13/05 - IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE ISOLAMENTO SOCIAL E "LOCKDOWN" PARA SALVAR VIDAS	14/05/2020 12:15	live	424	14	0	1
116	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Priscilla Viégas	15/05/2020 14:08	vídeo	46	4	0	0
117	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Marisa Helena Alves	18/05/2020 13:13	vídeo	26	0	0	0
118	Fernando Pigatto fala sobre o enfrentamento da pandemia de Coronavírus - TV CNN 16/5	18/05/2020 19:55	vídeo	118	9	0	0
119	Proteger os trabalhadores e as trabalhadoras é proteger o Brasil - Residentes Multiprofissionais(R1)	19/05/2020 14:00	vídeo	27	2	0	0

Posição	Título do audiovisual	Data/hora de postagem	Tipo	Contagem de visualizações	Contagem de likes	Contagem de dislikes	Contagem de comentários
120	#MaisSUSmenosCoronavirus - Residentes Multiprofissionais(R1)	19/05/2020 14:06	vídeo	62	11	0	0
121	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Fernando Ritter	19/05/2020 16:19	vídeo	247	8	0	0
122	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Fernando Ritter	19/05/2020 16:26	vídeo	172	8	0	1
123	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Juliana Araujo	20/05/2020 15:04	vídeo	96	15	0	4
124	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil	20/05/2020 18:53	vídeo	212	8	0	0
125	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Kátia Adamy	20/05/2020 20:20	vídeo	329	22	0	2
126	20/05 - Fila única de Leitos para salvar vidas	20/05/2020 21:28	live	556	74	0	0
127	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil	22/05/2020 16:04	vídeo	180	24	0	0
128	Socorro Gross	25/05/2020 13:56	vídeo	40	4	0	0
129	Proteger o trabalhador e a trabalhadora v© proteger o Brasil - Artur	25/05/2020 17:06	vídeo	29	2	0	0
130	Fernando Pigatto, presidente do CNS, fala sobre os 120 anos da FundavV&Veo Oswaldo Cruz	25/05/2020 17:46	vídeo	70	8	1	0
131	A Emenda Constitucional 95, conhecida como Teto de Gastos #AcabaTetoDeGastos	26/05/2020 17:57	vídeo	160	13	0	0
132	27/05 - Proteger o trabalhador e a trabalhadora v© proteger o Brasil	27/05/2020 21:46	vídeo	356	46	0	0
133	Marcha Pela Vida - Fernando Pigatto	28/05/2020 21:01	vídeo	272	34	3	0
134	03/06 - Renda Básica para Salvar Vidas	03/06/2020 21:43	live	280	45	0	0
135	Marcha Virtual Pela Vida - Artur Custódio	04/06/2020 15:52	vídeo	142	16	0	3
136	Marcha Virtual Pela Vida - Fernando Pigatto	05/06/2020 13:22	vídeo	126	22	1	1
137	Marcha Virtual Pela Vida - Tulio Franco	05/06/2020 13:31	vídeo	43	7	0	0
138	Marcha Virtual Pela Vida - Humberto Costa	05/06/2020 19:27	vídeo	2290	11	59	36
139	Marcha Virtual Pela Vida - Alexandre Padilha	05/06/2020 19:29	vídeo	40	8	0	0
140	Marcha Virtual Pela Vida - Temporão	08/06/2020 13:41	vídeo	43	3	0	0
141	Marcha Virtual Pela Vida - Gulnar Azevedo e Silva	08/06/2020 13:49	vídeo	34	3	0	0
142	Marcha Virtual Pela Vida - UBM	08/06/2020 14:05	vídeo	55	5	0	0
143	Marcha Virtual Pela Vida - CONFEDERAÇÃO DAS MULHERES DO BRASIL	08/06/2020 14:18	vídeo	50	3	0	0
144	Marcha Pela Vida - Convite de Leonardo Sakamoto	08/06/2020 14:32	vídeo	45	5	1	1
145	Marcha Virtual Pela Vida - Conceição Silva	08/06/2020 18:18	vídeo	8	0	0	0
146	Marcha Virtual Pela Vida - Mauri Cruz	08/06/2020 18:24	vídeo	224	14	0	0
147	Marcha Virtual Pela Vida - Ivani Francisco de Oliveira	08/06/2020 19:51	vídeo	18	3	0	1
148	VIDAS VALEM MAIS - Fernando Pigatto	08/06/2020 21:21	vídeo	30	6	1	0
149	Apresentação do Manifesto Marcha pela Vida e depoimentos	09/06/2020 16:32	vídeo	50	6	0	0
150	Marcha Virtual Pela Vida - Arlete Sampaio	09/06/2020 17:44	vídeo	27	4	0	0
151	Marcha Virtual Pela Vida - Robélia Lopes	09/06/2020 17:44	vídeo	40	6	0	2
152	Marcha Virtual Pela Vida - Socorro Gross	09/06/2020 17:44	vídeo	34	2	0	1
153	Marcha Virtual Pela Vida - Ana Lúcia	09/06/2020 17:44	vídeo	31	4	0	2
154	Apresentação do Manifesto Marcha pela Vida e depoimentos	09/06/2020 17:49	vídeo	107	17	1	2
155	Marcha pela Vida: Ato Político	09/06/2020 21:09	vídeo	192	25	2	1
156	Marcha Virtual pela Vida - Luciana Santos	10/06/2020 14:22	vídeo	28	0	0	0
157	Marcha Virtual Pela Vida - Drauzio Varella	10/06/2020 14:36	vídeo	62	9	0	1
158	Marcha Virtual pela Vida - Marleide Castro	10/06/2020 14:46	vídeo	9	1	0	0
159	Marcha Virtual pela Vida - Daniel Almeida	10/06/2020 15:10	vídeo	8	0	0	0
160	Marcha Virtual pela Vida - Sarlene Macuxi	10/06/2020 15:12	vídeo	17	1	0	0
161	Proteger o trabalhador e a trabalhadora é proteger o Brasil - Loreni Lucas	10/06/2020 18:46	vídeo	214	37	0	6
162	17/06 - Impacto da Pandemia na População Negra nas comunidades - Vidas Negras Importam	17/06/2020 21:51	live	500	67	1	0
163	São João do SUS	24/06/2020 17:06	vídeo	162	20	0	0
164	MESTRES DO SUS	24/06/2020 17:08	vídeo	42	4	0	0
165	24/06 - Proteger vidas - Tratamento farmacológico e imunização para a COVID-19*	24/06/2020 23:20	vídeo	1062	87	2	2
166	Juntar,valorizar e fortalecer a todos que se envolvem na rede de empatia,resistência e solidariedade	25/06/2020 15:01	vídeo	122	12	0	0
167	01/07 - Atenção Básica na saúde salva vidas	01/07/2020 22:41	live	796	89	1	0
168	#FrentePelaVida - Fernando Pigatto fala sobre o Plano Nacional de Enfrentamento à Covid-19	02/07/2020 19:34	vídeo	148	23	0	1
169	Lançamento do PLANO NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À COVID-19	03/07/2020 15:40	vídeo	351	40	0	1
170	10/07 - 64- Reunião Extraordinária do CNS - Virtual	11/07/2020 02:08	vídeo	137	14	0	0
171	15/07 - Inovação tecnológica que o Brasil precisa	15/07/2020 21:31	live	433	74	0	2
172	Covid-19: "Mais de mil mortes por dia não é algo normal", Fernando Pigatto	17/07/2020 13:20	vídeo	38	8	0	0
173	22/07 - Pela vida das pessoas com Doenças Crônicas e Patologias	22/07/2020 22:02	vídeo	394	48	0	0
174	CNS alerta para os riscos da cloroquina	23/07/2020 18:29	vídeo	621	37	6	2
175	05/08 - Saúde e proteção dos idosos em tempos de pandemia	05/08/2020 22:03	live	605	64	0	1
176	Reunião da Mesa Diretora do CNS - 22/07	08/08/2020 16:46	vídeo	19	1	1	0
177	#100MilMortos - Enio Verri	08/08/2020 18:55	vídeo	24	1	1	1
178	Lançamento petição pública: Você vai deixar o SUS perder mais R\$ 35 bilhões em 2021?	11/08/2020 16:50	vídeo	1481	208	1	9
179	19/08 - Impactos na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres	19/08/2020 22:21	live	429	44	0	0
180	Assine a petição pública para garantir R\$ 35 bilhões ao SUS - Fernando Pigatto	25/08/2020 18:20	vídeo	248	38	0	0
181	Você vai deixar o SUS perder mais R\$ 35 bilhões em 2021?	01/09/2020 14:08	vídeo	127	13	0	0
182	Você vai deixar o SUS perder mais R\$ 35 bilhões em 2021?	01/09/2020 14:09	vídeo	54	4	0	0
183	02/09 - Vidas Indígenas importam	02/09/2020 22:11	live	626	46	2	1
184	7 de setembro - Coleta de assinaturas da Petição do CNS	04/09/2020 18:40	vídeo	168	20	0	1
185	Presidente do CNS entrega petição em defesa do orçamento do SUS em 2021	11/09/2020 18:22	vídeo	159	27	0	3
186	O SUS merece mais em 2021	14/09/2020 19:03	vídeo	126	15	1	1
187	O Controle Social do SUS - Em defesa dos participantes de pesquisas	17/09/2020 21:36	live	528	44	0	1
188	Cuidar da Alimentação e Nutrição cuidar das pessoas e proteger vidas	30/09/2020 21:10	live	398	57	0	0

Fonte: Elaborada pela autora com a utilização da ferramenta *YouTube Datatools* e tendo como fonte o canal do CNS no YouTube. A live analisada foi destacada em vermelho.

A escolha dos papéis de moderador e debatedor, neste caso, evoca uma sociabilidade referida a legitimidade de cada ator social como representante de entidade, sendo seu conhecimento na área da saúde e da APS associado à prática de conselheiro e/ou a seu papel de usuário, profissional ou gestor de saúde. No caso da escolha para o papel de participantes-apresentadores, a participação na live também se deve à legitimidade aos serviços de saúde de APS onde trabalham os profissionais e seus representantes. As ritualidades tanto do canal Portal da Inovação quanto do canal do CNS reforçam a relação entre os circuitos comunicativos das lives e os circuitos nas práticas presenciais.

A live teve como moderadora uma enfermeira, representante do Conselho Nacional de Saúde, Presidente da Federação Nacional dos Enfermeiros, do sindicato dos enfermeiros de Sergipe e integrante da Câmara Técnica da Atenção Básica do Conselho. Uma das convidadas para apresentar sua experiência foi outra enfermeira, atuante na Estratégia de Saúde da Família em Mossoró (RN), educadora popular e coordenadora do instituto de pesquisa e ensino, na qual a pesquisa e extensão está vinculada a uma unidade hospitalar (maternidade). A outra apresentadora foi uma médica sanitarista, pesquisadora da Fiocruz, professora e que atua como educadora popular no projeto *Mãos solidárias* de Recife (PE). Ressaltamos os múltiplos papéis sociais vivenciados e a legitimidade atribuída de enfermagem para produzir conhecimento sobre as práticas de APS.

Já no título da live é importante ressaltar o posicionamento institucional na escolha da expressão Atenção Básica, ao invés de Atenção Primária, que expõe a vinculação política do CNS ao movimento da reforma sanitária. A característica de posicionamento crítico observada em materiais e documentos também pode ser analisada em falas da moderadora, apresentadoras e no chat da live.

Na fala de abertura, a moderadora explica que o objetivo do debate foi uma forma de ponderar sobre o que se vislumbra como "potência", "papel" ou "espaço" da atenção primária na atenção à saúde e o que realmente têm se efetivado nas práticas. Lembro aqui da distinção de Goffman (1983) sobre as dimensões do presente em que ocorrem as interações e os padrões estabelecidos nas políticas, e do conceito de *habitus* de Bourdieu (1990) que reforça as relações de poder reproduzidas nas práticas. Ambas as noções são contempladas na proposta de dispositivos interacionais, que, no entanto, não comporta uma referência rígida das práticas às matrizes conceituais e interacionais. O "papel" aqui não é como o dispositivo, já que tem o sentido da uniformidade que o modelo da APS expressaria nas políticas e que deveria ter nas

práticas. É enunciado como o que efetivamente é produzido ou pode potencialmente ser produzido. A moderadora visa que as reflexões na live possam considerar a conjuntura atual, incluindo as experiências da pandemia. A moderadora sugere que as experiências relatadas possam apoiar nesta avaliação crítica, fazendo uma indagação em que já antecipa uma resposta negativa. Características do que está proposto 'no papel' e do que realmente se efetivou nas práticas da APS neste período vivenciado da pandemia de Covid-19 serão abordadas ao longo da live.

Então é necessário saber as *potencialidades*, da capilaridade que é a atenção básica, *quais os espaços que ela pode ocupar e qual espaço hoje*, na conjuntura atual, dentro do *papel* do Estado, *ela não está conseguindo ocupar né?* Gostaríamos de ouvir as nossas convidadas sobre as experiências e ações com relação a esses cuidados. Nós podemos aí *potencializar* ainda mais o *papel* da atenção básica no nosso país (moderadora da live Atenção Básica na saúde salva vidas - julho).

Em suas narrativas, as apresentadoras de experiências na live se referem a episódios em que dificuldades foram vivenciadas durante a pandemia, por elas e por outros trabalhadores. As dificuldades são relacionadas à falta de reconhecimento ou prestígio da APS e à falta de financiamento. Falhas na "assistência" na pandemia apontam para fragilidades que a APS já tinha. A desorientação inicial de trabalhadores para operacionalizar a assistência ou o acesso são atribuídas à falta de prioridade para o atendimento a grupos específicos e populações vulneráveis. A orientação aos profissionais deveria ser consequência do planejamento de fluxos em rede para os atendimentos, discutidos e firmados no papel como "protocolos", para que não permaneçam subentendidos. A necessária participação de profissionais dos serviços é mencionada como algo que deveria ser valorizado como fundamental na elaboração desses protocolos de fluxos, enunciado que aponta para o desejo de que os dispositivos de comunicação institucional sejam mais horizontais que hierarquizados. Mesmo que sejam acionados dispositivos em episódios participativos na pandemia, é sublinhada a dificuldade em institucionalizar os fluxos.

Em algumas regiões, contudo, a falta de assistência é concebida como tendo causas mais complexas: o desfinanciamento. A orientação de reduzir as atividades também seria uma consequência da falta de reconhecimento do "papel" da APS, enunciado também como "obrigação":

Muitos trabalhadores da atenção básica, eles se sentem desorientados, amedrontados, não há *protocolos de fluxo*, os protocolos nacionais que se apresentam não respondem à necessidade da diversidade da população brasileira e das necessidades dos profissionais para poder prestar essa *assistência* (moderadora da live Atenção Básica na saúde salva vidas - julho).

Esse pensamento que a gente veio aqui falar, de *organização de fluxos em rede e fluxos de acesso, para os casos (de Covid), fluxo para teste*. Mas o fluxo também para as outras necessidades de saúde, isso é muito importante para a gente pensar. Qual era o *fluxo da gestante da criança e do adolescente, o fluxo para as populações vulneráveis*? Foi, é muito importante que isso esteja nos planos de contingência *de forma muito clara, não dá para ficar subentendido qual vai ser o fluxo da pessoa em situação de rua!* Ora, *aqui a gente colocou no papel, foi discutido*, foi apontado quem seria a rede, o ponto e tal. Mesmo assim tivemos vários problemas para *garantir o atendimento* para os casos de Covid (apresentadora experiência do RN live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Eu aqui cito apenas o programa mais médicos que deixou *vazios assistenciais* em áreas remotas, *comunidades quilombolas, indígenas* que hoje estão fortemente atingidos pela pandemia. Como também pelas políticas de austeridade fiscal, o *desfinanciamento do SUS* que se agravou desde a EC 95, da portaria 2979 que impõe um novo o financiamento da Atenção Primária, deixam de priorizar a Estratégia de Saúde da Família, alteram o repasse de recursos [...]

Todo um contexto poderia ter sido trabalhar na atenção primária, que também seria *sua obrigação*, mas que não pôde também ser feito como L. colocou, uma ordem que também foi colocada né, que atenção primária também tinha que ficar em casa (apresentadora da experiência de PE live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - Julho).

Episódios com bons resultados são relatados. Mobilizada pelas críticas feitas a dificuldade de colocar em prática o que está no "papel", a debatedora que representa a gestão pergunta sobre as experiências exitosas na pandemia, associando-as à satisfação do usuário como importante indicador para a gestão. A apresentadora da experiência do RN reforça o exemplo da rede de saúde de seu município que criou uma série de fluxos de forma ordenada pela atenção primária, mas reafirma que em sua vida profissional ainda não tinha vivenciado a operacionalização deste atributo. Analisa neste aspecto as interações ocorridas na pandemia como uma excepcionalidade, que não representa a realidade, ou seja, a cotidianidade. Neste exemplo a apresentadora analisa que o "real papel" de coordenação ou ordenação do cuidado pela APS foi cumprido. Contudo, parecem não ter potencial para instituir mudança a longo prazo o que atribui especialmente a forte institucionalidade da política local:

Considerando então, isso né da *importância né da satisfação*, que eu como gestora tenho de falar, sobre atenção básica dentro do Sistema Único de Saúde, a pergunta do Conasems, até parabenizo, estar com vocês faz, estimula né, faz com que a gente continue acreditando nesse SUS que dá certo. Então o quê que vocês acham que apesar de toda situação que a gente passou que vem passando né com essa pandemia, o quê que vocês acham que fica de bom? (debatedora representante dos gestores Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Eu também quero compartilhar com vocês grandes alegrias que vivenciei na pandemia. Primeiro: *produzir os fluxos em redes, foi a primeira vez em dezoito anos que eu tenho de atenção básica que a gente conseguiu sentar com a UPA, o hospital, com o Samu para pensar fluxo de rede*. Os nossos fluxos: *no papel* atenção básica é *ordenadora do cuidado*, porque que eu digo *no papel*, porque nós estamos numa conjuntura bem complicada, *são anos de eleições municipais* e em 18 anos que eu tenho serviço, é um ano sempre muito difícil, com muitas particularidades. O fluxo

tem lá, conseguiu construir fluxo, fosse para testes ou para caso leve, grave ou moderado, *com atenção básica como ordenadora do cuidado*. Porém isso, na realidade, por vezes não acontece com essa perspectiva, como já falei um pouco [...]

Então, a gente precisa compreender *o real papel* dessa rede de atenção, como é que ela é ordenadora de cuidado, como que ela pode coordenar essas redes (apresentadora experiência do RN Live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

No que se refere ao atributo da integralidade, são mencionados episódios em que há participação de diferentes atores e uma possibilidade de ampliação dos dispositivos de comunicação institucional e interprofissional, em redes interprofissionais e intersetoriais na assistência, gestão, formação e no controle social. Nestas redes é ressaltada a participação de trabalhadores de organizações não governamentais, antropólogos, sociólogos, pesquisadores, professores, e da universidade. São criticadas as instituições formadoras e pesquisadores que produzem conhecimentos dissociados das práticas como se fossem superiores e estivessem acima da rede:

Então a gente tem que pensar nesse desafio, dentro dessa perspectiva do que de bom e que desafia a atenção na pandemia é pensar: em desenhos assistenciais e de gestão, e de formação, com apoio do controle social que tem uma perspectiva *interprofissional*. E esse interprofissional muito além dos profissionais de saúde, porque aqui também a gente vivenciou essa, essa coisa muito bacana que eu achei que foi estar com o sociólogo, o antropólogo, enfim foi bem bacana isso e a gente aprendeu muito, eu aprendi muito nessa pandemia a produzir cuidado numa perspectiva bem ampliada a partir dessa perspectiva interprofissional e intersetorial [...]

Uma outra coisa que ficou bom, foi a participação da UFESA com a gente, a UFESA é a universidade que está organizando um curso de medicina em cima do sistema local de saúde e na hora da pandemia ela chegou junto com a gente. Foi importante, mas é preciso manter e movimentar as outras instituições formadoras para que elas também entrem nessa mesma perspectiva!

Essa perspectiva *de ser rede e não estar acima da rede* ‘aqui do castelo estou lá olhando o que acontece porque eu sou magnânima e *eu tenho as respostas prontas e as verdades construídas*, perafá. Mas estar com a gente do serviço, estar com a população, isso foi fantástico, uma coisa que a gente precisa levar para o debate para as instituições formadoras (apresentadora experiência do RN live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

As duas experiências relatadas também enaltecem práticas vinculadas à resposta comunitária da APS na pandemia, que podem ser relacionadas aos dispositivos de interação profissional-usuário e interprofissional e à efetivação dos atributos da orientação comunitária, da competência cultural e da integralidade. Na experiência do RN a apresentadora relata episódios de protagonismo da comunidade em que lhe surpreendem respostas de cuidado produzidas com referências locais que não a unidade de saúde. Enfatiza que, partindo destas respostas, os profissionais de saúde vislumbram a possibilidade de fortalecer e potencializar os dispositivos já existentes. É interessante considerar que, nesta ponderação, a resolutividade

assume o sentido de efetividade de atender demandas da população, e não um sentido relacionado aos indicadores gerenciais.

Também na experiência de PE, o dispositivo de interação profissional-usuário pôde ser ampliado para além das unidades de saúde, agregando trabalhadores vinculados a movimentos sociais e/ou pessoas que tenham múltiplos vínculos e agentes populares, estes últimos sem o vínculo profissional com os serviços de APS como os ACS, mas que possam apoiá-los. São apontados mediadores privilegiados entre o saber científico e o saber da comunidade, desenvolvendo práticas de confecção de máscaras de tecido e em ações para que os cuidados de higiene sejam efetivos; tarefas que se julgam necessárias ao controle da pandemia. As apresentadoras citam que viveram episódios interacionais em que as ideias mais resolutivas vieram da população:

Um paradoxo que a gente vivenciou aqui foi a comunidade, as comunidades procurando as próprias respostas, porque *na hora que ele tirou a atenção básica da linha de frente, logo no início da pandemia atenção básica suspendeu os atendimentos e aí, na hora que fez isso, e aí o que a gente vai fazer? As pessoas procuraram produzir as próprias respostas*. E aí a gente se deu conta também que a *unidade básica não é a única referência de cuidado do território* e aí *outras referências* de cuidados foram surgindo.

E nós estamos no momento de tecer essa rede, com essas referências de cuidado, para *fortalecer os nossos serviços*. É fase de transformar isso numa *potência* para o nosso trabalho, *dialogar, construir processos de trabalho e produzir cuidado com essas outras referências* de cuidado no território [...]

Nas nossas *lideranças locais* e com a *comunidade*, a gente procurou produzir respostas com essas perspectivas, *convidando as nossas lideranças, convidando a comunidade* a pensar em soluções com a gente...Isso foi fantástico, fantástico porque *a gente tem uma ideia, mas quando foi para conversar iam surgindo outras muito mais fáceis e possíveis e realmente resolutivas* para atender as demandas da população (apresentadora experiência do RN live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Nesse processo né surgiu o projeto *Mãos solidárias*, é a gente já vinha confeccionando máscaras né, desde meados de março, e aí a gente viu que tinha que ir para a comunidade. Pra ajudar os agentes comunitários de saúde, para *trabalhar junto* com as unidades de saúde da família, a gente está formando pessoas da comunidade né, *agentes populares de saúde*. Tão indo de casa em casa, em busca de pessoas que não sabem ler, *que precisam realmente aprender como se lava as mãos, que precisam cuidar da limpeza das coisas né, com a solução de água sanitária, que precisam de uma solução para falta d'água...*Mas fazendo, teatro, fazendo ações no território como L. também falou, com *associações de moradores, grupos, ONGs*, que possam estar nos ajudando nesse processo de combate, de controle da pandemia (apresentadora experiência de PE na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

A importância da implicação dos usuários na atenção à sua própria saúde é relacionada ao uso de TICs na comunicação para o monitoramento de doenças crônicas e nos casos de Covid-19. A forma como é abordada relaciona-se ao tema da urgência e do imediatismo como algo privilegiado na pandemia em detrimento da longitudinalidade como atributo que caracteriza melhor as práticas da APS. As TICs são citadas nas falas em resposta ao debatedor

representante dos usuários, como ferramentas que já estavam presentes em alguns contextos de práticas de saúde, mas têm seu uso intensificado na pandemia em diferentes práticas e níveis de atenção. Trazem melhorias no dispositivo interação profissional-usuário no que se refere a possibilidade do cuidado longitudinal, mas para isso o usuário deve ter uma atitude ativa, podendo, dizer do que está sentindo, demonstrando ter conhecimento sobre sua doença. Entende que a comunidade deve utilizar estes novos meios de comunicação com o posto de saúde. No entanto, não problematiza que o conhecimento da doença não é sinônimo de letramento no vocabulário médico e nem que o acesso à internet seja sinônimo de letramento no uso de tecnologias:

Como está o monitoramento da atenção de usuários com doenças crônicas não transmissíveis nas unidades de atenção básica em saúde durante este período de pandemia, aonde o fluxo de procura está mais relacionado com o Covid? Pode-se fazer uma relação entre a *necessidade de urgência do Covid e a responsabilidade da atenção primária à saúde em atender e dar apoio às pessoas com doenças crônicas?* (debatedor representante dos usuários na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas – julho).

Outra coisa que eu acho que fica muito, muito boa e que eu acho que pode ajudar no acompanhamento das pessoas com doenças crônicas é *o uso da tecnologia em todos os níveis... Não é só o paciente de Covid, então esses tablets, eles têm que estar se incorporando ao processo*, essa atitude, assim como o uso dessas ferramentas nos domicílios, nos diversos espaços, *pelos ACS, pelos profissionais da atenção primária*. E acho que *um paciente com doenças crônicas, ele precisa entender até pelo nosso viés da educação popular, ele precisa conhecer a sua doença*, precisa se conhecer na sua doença, *ele precisa saber como é que ele vai poder dizer ao médico por telefone o que é que ele tá sentindo, como é como que ele tira uma foto da lesão para mandar, coisas que eu acho que vão ficar para sempre, espero que fiquem para sempre né*. Um telefone móvel, um celular, um WhatsApp *da comunidade, diretamente com o posto*, isso eu espero que fique para sempre. Essa é uma forma de acompanhamento também das doenças crônicas, e essa é uma forma de reinvenção do ACS, porque ele não tava acostumado com isso (apresentadora experiência de PE na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Por exemplo da atenção de um grupo de mulheres lá do MST, elas pediram no grupo do WhatsApp, *grupo de WhatsApp para a gente já era uma ferramenta* (apresentadora experiência do RN na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Os dois relatos de experiência abordaram mais disputas do que confluências nos dispositivos intersetoriais do Hospital e da APS durante a pandemia. A resposta comunitária da APS é associada às práticas de educação em saúde e de educação popular, dispositivos interacionais da APS, construídos em oposição a matriz biomédica ou ao modelo hospitalocêntrico. Já se teria conhecimento sobre sua eficiência, fundamentado em experiências de outras epidemias. Na pandemia de Covid-19 seria fundamental acioná-los, em processos que incluem a formulação de recomendações, a transmissão de conhecimento para a população e a

compreensão dos limites do conhecimento e das ações consequentes, como no exemplo dado sobre as recomendações de ficar em casa.

É importante, contudo, pontuar em uma fala da apresentadora da experiência de PE a importância da transmissão do conhecimento para mudança de hábitos concebida como transferência do poder sobre o controle da doença. O conhecimento e o poder estão com o profissional de saúde e deveriam estar com a população. Este aspecto de sua fala será criticado nos comentários no chat:

Oswaldo Cruz né, se a gente for para o surgimento lá da cólera, todos os processos ocorreram em tentativas de contenção da crise, da epidemia, da doença através de ações educativas através da *mudança de hábitos através de conhecimento da doença*. *No modelo hospitalocêntrico, na assistência chamada médica, é, a gente tem como premissa fundamental que o profissional, e fundamentalmente o médico, é quem tem conhecimento da doença. Nas epidemias é fundamental que a população tenha o conhecimento da doença, porque só assim que a gente vai poder controlar.*

Não há pandemia que se solucione sem atenção primária e não há pandemia que se solucione sem *educação em saúde*, nos domicílios principalmente [...]

A gente considera que a epidemia de cólera nos anos, no início dos anos 90 ela foi fundamentalmente controlada pelos agentes comunitários de saúde, *ensinando as pessoas mais uma vez a lavar as mãos, a usar as instalações sanitárias, a sua água, os cuidados necessários*. Na dengue nem se fala né, a gente tem outros agentes de controle de endemias, mas também todas as equipes de atenção básica e atuando diuturnamente né *para que a pessoa compreenda, conheça o mosquito e identifique o mosquito, conheça o processo de transmissão* [...]

A gente recebeu uma ordem extremamente dura né, sem muita explicação, porque para a população vulnerável, para população de baixa renda, não tem como ficar em casa né? Cinco pessoas em um cômodo só né? Ela não tem água todos os dias da semana, ela não teve alimento ela não o insumo, o dinheiro necessário para ficar em casa, ela de repente teve a escola fechada em todas as suas crianças dentro de casa, ela ali sem ela saber o que fazer (apresentadora experiência de PE na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

A resposta comunitária, porém, é percebida como desprestigiada pelas esferas governamentais. A resposta hospitalocêntrica foi a privilegiada na pandemia, mesmo que significasse uma espera pelo agravamento dos casos de Covid para se efetivarem intervenções, mesmo que se pudesse antever o colapso hospitalar. A resposta hospitalar à pandemia pelo SUS é apontada como uma consequência dolorosa do desprestígio da matriz da APS e do trabalho educativo que a caracteriza. A apresentadora da experiência de PE avalia que a APS fracassou na disputa que tem se desenvolvido, antes da pandemia, no papel (“portarias”, “programas”) e nas práticas de atenção e de educação permanente de profissionais (“ações”, “capacitações”). Nessa luta só se teria “passado tinta” ao invés de promover mudanças profundas. A importância das práticas preventivas para a dimensão econômica da crise causada pela pandemia de Covid-19 e para a “eficiência econômica” do sistema de saúde é reforçada como algo já conhecido no comentário da debatedora, representante dos trabalhadores:

A gente tem várias referências do porquê isso aconteceu né? Porque chegou pelo aeroporto, ela (Covid-19) chegou pelos mais ricos. O fato é que se achou que ia tratar epidemia com hospitais e UTIS, essa é verdade. E se construiu hospitais pra ficar esperando a pessoa que adoeceu ficar tão grave que ela precisasse ir para o hospital né? Eu acho que é a nossa aprendizagem nesse momento né, eu tenho pensado nessa questão: a gente, desde 1990, *tá passando tinta no SUS*, achando que ele ia deixar de ser *médico-centrado*, ele deixar o ser *hospitalocêntrico* com as nossas *ações*, com as *nossas portarias*, *nossos programas*, *nossas capacitações*. E aí? *Os hospitais de campanha nada mais são do que o modelo hospitalocêntrico batendo na nossa cara!* Desconhecendo completamente *o trabalho educativo*, *a atenção primária*, *os profissionais de saúde!* (apresentadora experiência de PE na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Quando a gente vem de uma *reforma sanitária*, onde a gente quebra com essa lógica ou *deixa de ser centrada nos hospitais e passa a ser centrada no indivíduo*, *na comunidade*, *com o fortalecimento das equipes de saúde da família*, você busca a questão da *prevenção e a promoção* à saúde. Por que inclusive quando o governo, ele fala das questões econômicas, *economicamente também é a eficiência da atenção básica inegável* porque você previne, promove a saúde *de forma a trabalhar para que essas pessoas elas não venham a adoecer* (debatedora representante dos trabalhadores de saúde na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

A resposta comunitária é percebida como desprestigiada também pela mídia. Uma forma de ilustrar o fracasso na disputa com o hospital e do desprestígio da APS é apontada no enaltecimento de profissionais que atuam nos hospitais como heróis midiáticos. Os enunciados e imagens na mídia não incluíam as práticas e profissionais da APS. A apresentadora da experiência do RN pondera que a imagem que os profissionais fazem de si mesmos e de suas práticas é diferente da que lhes atribuem as esferas governamentais, a mídia e mesmo a academia. Entende-se que os profissionais deveriam ter um lugar de fala privilegiado para expor suas práticas. A legitimidade do conhecimento novamente é atribuída a sua relação com o seu uso. A procura da população pelos serviços foi intensa desde o início da pandemia, o que é visto como um paradoxo diante da invisibilidade midiática sobre as práticas da APS. Contudo, ressalta o convívio com constantes ameaças de corte de salários e demissões, a dedicação necessária para conciliar o leque de ações, aqui relacionadas ao planejamento, e a necessidade de constante atualização: estas são características reais do seu cotidiano nas práticas de atenção na APS. As reais dificuldades vividas são naturalizadas em sua narrativa, já que as práticas da APS, especialmente na educação em saúde, são caracterizadas por interações em que não se esperam "condições ideais" para que sejam realizadas. No que se refere ao acúmulo de tarefas ou as condições de trabalho, a apresentadora não as critica, e apenas tangencia a não efetivação do que está no papel.

A apresentadora da experiência de PE concorda com as afirmações da colega, reforçando as ponderações que fez sobre o conflito com os profissionais de média e alta complexidade, já que eles deveriam entender o heroísmo dos trabalhadores da APS:

É como se a gente não existisse. Para quem assiste só mídia de massa, atenção básica não existe. O que as imagens que são colocadas *como os heróis, nessa fantasia do herói profissional da saúde, herói da saúde, remetem todas ao pessoal de âmbito hospitalar, é como se nós não existíssemos. A mídia, realmente, consegue nos invisibilizar totalmente nessa conjuntura da pandemia.*

Em meio a tudo isso, eu vivencio tudo isso, eu vi bem aqui na minha realidade um paradoxo forte, que por mais que aconteça tudo isso *na mídia, nas esferas governamentais*, o que eu vejo lá no meu serviço é uma forte procura pelo meu trabalho, pelo trabalho da minha equipe [...]

É porque os nossos espaços de fala são poucos. O que a gente tem que a gente vê geralmente é espaço dado para fala são professores universitários, grandes pesquisadores.

No meio disso tudo isso é Brasil, é ameaça de corte, é o cadastro, são esses indicadores, e vem a portaria, a nota técnica. Enfim, é um contexto que seria assim: *se a gente não tivesse esse sonho da luta, da mudança e a certeza de que atenção básica, sim, ela salva vidas na pandemia, a gente não estaria aqui conversando. Porque se for esperar condição ideal, essa condição ideal ela não vai surgir pelo menos não a curto prazo né [...]*

Eu como sou educadora popular né Paulete, esse povo da educação popular que não espera grande financiamento não, a gente vai se junta e faz alguma coisa né? [...] (apresentadora experiência do RN na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Isso que L. falou, de quem são os heróis é extremamente interessante isso! Extremamente interessante! Quer dizer, somos profissionais de saúde, mas não somos heróis! Herói é quem consegue tratar e tirar da UTI os 10 por cento que estão a ponto de necessitar para a UTI.

A atenção primária que tá acompanhando os oitenta por cento das pessoas, as pessoas que estão com síndrome gripal, com processo educativo, as pessoas que estão saudáveis, né as crianças que precisam de atenção, quem precisa de alimento, *esses não são mais heróis?* Aí a gente precisa pensar, eu acho que essa é uma pauta do conselho, sabe, como é que eu faço realmente para *a média e alta complexidade entender né esse processo?* (Apresentadora Experiência de PE na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

No que se refere ao dispositivo de interação interprofissional, o trabalho na ESF é ressaltado como algo que antes era mais valorizado pelo profissional de enfermagem pela autonomia profissional que poderia ter. Fica subentendida na fala da enfermeira, que apresenta a experiência do RN, que a autonomia dada a este profissional se refere a disputa tradicional na interação interprofissional com a categoria médica. A potência e criatividade para vencer as dificuldades são sublinhadas como algo que constitui a identidade do trabalhador da APS, especialmente do profissional de enfermagem. Podem ser diretamente relacionadas ao dispositivo interacional do trabalho em equipe, em oposição à submissão ou ajustamento das práticas em dispositivos que reproduzem hierarquias entre os profissionais como assimetria e dominância profissional (WAITZKIN & BRITT, 1989; MAYNARD, 1991; FUREDI, 2006; ALLSOP, 2006; TIMMERMANS & OH, 2010). A enfermeira pontua que a desvalorização atual da APS pelos profissionais em formação se deve à desvalorização da autonomia. Não problematiza quais outros valores podem estar competindo na formação do profissional de

enfermagem, mas relaciona desvalorização e despolitização. Por isso a luta pelo SUS e pela APS é para a apresentadora uma posição política a ser ensinada, revalorizada, o que inclui a disputa pelas imagens das práticas a serem divulgadas pelas instituições de mídia. A sugestão é que estratégias comunicativas devam compor uma agenda para as práticas de controle social.

Logo após, a debatedora que representa os trabalhadores valoriza a atividade da assessoria de comunicação do conselho afirmando que as estratégias de comunicação do CNS combatem as notícias falsas, prestando um serviço que apoia o trabalho dos profissionais de saúde:

Eu sou enfermeira, eu tenho 18 anos de experiência na atenção básica, a maioria dela como enfermeira da estratégia de saúde da família em diferentes realidades aqui no nosso estado, no Rio Grande do Norte. Bom, e eu sou da geração eu fiz a graduação de 98 a 2002 e eu sou de uma geração que a gente saia *apaixonado pela atenção básica*, que era implantação da estratégia, aquele lugar de *autonomia da enfermagem*, aquele *lugar potente, ativo, de grandes criações* né e é desse lugar de fala que eu venho e que permaneço nesse *lugar apaixonado, encantado pela atenção básica, né então desse lugar de fala, de serviço. E eu não vejo isso mais nos sonhos, nos olhos dos meus colegas graduandos de enfermagem e os enfermeiros também*, eu queria muito que *a gente produzisse dessa nossa conversa um grande movimento de sedução, de reencantamento pela atenção básica* e pela estratégia [...]

Eu fico muito honrada em estar aqui representando os meus colegas de trabalho, os trabalhadores e trabalhadoras da atenção básica (apresentadora experiência do RN na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Que a gente disputasse as imagens que estão aí colocando a nosso colega do hospital como referência, *que a gente disputasse as imagens e produzisse desejos de ser atenção básica*, de produzir cuidado na atenção básica.

Eu queria muito dessa nossa conversa a gente pudesse tirar uma *agenda política* nessa perspectiva. Porque o que a gente precisa urgentemente é criar possibilidades de *formação política* para os nossos trabalhadores e trabalhadoras, a formação política para que eles entendam esse lugar importante que nós somos da atenção básica. Então eu gostaria muito que a gente ocupasse todo nosso país, todos os nossos lugares com *formação política* (apresentadora experiência do RN na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Essa situação de lançar informações falsas que acabam *prejudicando a saúde da própria população, e prejudicando o trabalho dos profissionais de saúde* que tentam aí salvar as vidas né! Então a gente quer agradecer esses profissionais, *agradecer a todo o complexo de assessoria Conselho Nacional de Saúde*, a gente tem uma campanha do Conselho Nacional é que é ‘Mais SUS menos coronavírus’ né, a gente tá aí ao vivo no nosso Facebook, no nosso YouTube do CNS, pessoas podem acompanhar pelo site do nosso Conselho Nacional de Saúde nossas resoluções recomendações através do site (debatedora representante dos trabalhadores de saúde na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

Nesta live, a semelhança com uma reunião do conselho apontada como característica de sua ritualidade se estende no chat. O público de participantes-internautas é composto de representantes do CNS e outros conselhos, profissionais de saúde, gestores e também usuários. Há registros de presença e expressões fáticas como “boa noite”, mas muitos são realizados junto aos próprios comentários que exaltam os apresentadores ou sobre as apresentações.

E. L. Dra. P., boa noite.
R. S. Salve CNS!!

Conselheiro Nacional de Saúde pelo MNPR e Membro da (Câmara Técnica da Atenção Básica/CNS).

P. O. ABRATO/FENTAS presente nesse importante debate 🍷

A moderadora conduz o ritual dando a palavra para apresentadores e debatedores, e ao final de cada fala lê alguns comentários selecionados no chat pela assessoria de comunicação, exibidos na tela da live. Este é um dos elementos que exemplifica como a assessoria pode apoiar os moderadores na organização e valorização das interações que ocorrem pelo chat. Outra é a retirada de comentários hostis ou inadequados. Destaco a ausência de comentários hostis no chat como fruto do trabalho da equipe de comunicação, que ao apagá-los instantaneamente, retira a possibilidade de vê-los no registro de comentários disponibilizado pela plataforma, somente sendo possível, aos internautas que participam ao vivo, vê-los por alguns segundos. A assessoria não interage com os internautas pelo chat, mas a moderadora agradece as interações. No entanto, não são priorizadas as perguntas do chat, e sim as dos debatedores.

A gente queria só trazer algumas mensagens que irão passar aí: é do nosso presidente. A L. fez algumas propostas de agenda política: o presidente estava acompanhando! O presidente do Conselho Nacional de Saúde desejou bom debate, falou dessa valorização é, e fortalecimento extremamente importante para a atenção básica né, mandou aí que salva vidas e mandou aí um abraço para todos [...]

Nosso ex-presidente também do Conselho Nacional de Saúde o R. também fala que está conosco né, mandou também uma mensagenzinha, me chamou atenção não é o R. que é da Federação Nacional dos Farmacêuticos, ele falou aí das pesquisas do IBGE, PNAB apontando aí essa nessa última semana de mais 23 milhões de brasileiros tiveram, foram acometidos aí com a questão da Covid.

Então, a gente tem bastante participação, não vai dar para falar de todos, mas aí a gente agradece a todos que estão aí participando conosco, tem um monte de colegas e companheiros de luta acompanhando e outras pessoas também aí [...]

L. trouxe aí a questão das vivências que ela tem tido das experiências, a gente tem a situação de financiamento, a situação histórica do nosso SUS sendo desmontado. Um dos participantes, né colocou também no chat no YouTube (moderadora da live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

A mesma tipologia adotada para caracterizar os comentários dos chats no canal da OPAS se mostrou útil para a categorização dos enunciados predominantes na live do CNS analisada. Na tabela 5 são sistematizadas as interações no chat da live analisada em profundidade.

Tabela 5 - Número de interações no chat da live do canal do CNS.

Interações no chat								
Título da live	Registro de presença	Expressões ou emogis com função fática	Comentários por parte do canal	Expressões ou hashtags referentes à covid	Exaltações/críticas emogis ou hashtags referentes à APS	Exaltações/críticas emogis ou hashtags referentes à live, ao canal, moderador, debatedor ou ao apresentador da experiência	Comentários referentes à experiência relatada ou fala no chat	Total de interações no chat
Atenção Básica na Saúde Salva Vidas	10	14	0	3	16	54	61	158

Fonte: Elaborada pela autora a partir de transcrição do chat de live do canal do CNS no YouTube.

A fala da moderadora é coloquial, descontraída e afetuosa, mesmo ao falar das lutas e dificuldades vivenciadas nas práticas de saúde. Enfatiza que é profissional de enfermagem, chamando a apresentadora e debatedora que são da mesma profissão de “companheiras de luta”, e também de “compas” e “enfas”. Ressalto a valorização da perspectiva de gênero em um comentário da debatedora e um no chat que enfatiza que a maioria dos profissionais de enfermagem são mulheres. Comentários de internautas que também enaltecem o trabalho e a representatividade do profissional de enfermagem nas práticas da atenção na APS e de controle social, são feitos no chat logo em sequência a sua fala, assim como após as menções das apresentadoras e debatedora sobre o tema. É interessante sublinhar que estas interações mostram a apropriação de sentidos que, fazendo parte deste circuito midiático, podem ser carregados em novos circuitos difusos.

Agora com você minha querida minha “compa” de luta, mas uma “enfa”, eu vou formar aqui o sindicato das “enfas” do controle social da atenção básica (risos) (moderadora na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

A turma das enfermeiras e das mulheres né? (debatedora representante dos trabalhadores de saúde na live Atenção Básica na Saúde Salva Vidas - julho).

M. B. A enfermagem é a ponta de lança da/Atenção Básica.

J. V. Torres #TotalApoioAEnfermagem

M. B. pensar na valorização da/Enfermagem da/Atenção Básica....sempre esquecida!

R. G. Como sempre as enfermeiras são grandes participantes e ativistas dos movimentos e do controle social. Parabéns!

M.A. G. Pois é... ama o que faz...

M. B. Mulherada empoderada! Falas incríveis e pertinentes! *Luís, vc também!*

Alguns comentários carinhosos são dirigidos aos apresentadores, à moderadora e aos participantes-internautas, mostrando que alguns participantes se conhecem pessoalmente e imprimindo um sentido de apoio mútuo, identidade e pertencimento. Outros mobilizam a participação social para além do ambiente propiciado pela plataforma, combinando interações

interprofissionais em outros meios de comunicação. São solicitadas trocas de mensagens pessoais e contatos telefônicos, mostrando um entendimento de que não seriam adequadas no chat, mas que são oportunizadas pelo caráter ‘ao vivo’ do dispositivo interacional oferecido pela tecnicidade da plataforma.

P. O. Amanda querida! *Sdds de tu.*

A. F. R., gostaria de conversar com você por telefone. S. passa meu zap pra ele ou se possível, me passa o número de R. Proposta de mobilização em defesa do SUS. Obrigada.

A. F. P olha teu Messenger.

P. O. A. querida, tô no Whatsapp Web! Manda msg q já passei meu número no Messenger 😊

A. F. L. e P. um xêeroooo no CORAÇÃO!

J. V. T. infelizmente só poderei ficar na Live da PNAB até às 18:50, pois teremos uma Reunião Online pra participar às 19:00h...

P. O. Excelente D.! Boa reunião querido V. 😊

Sentidos sobre as práticas de APS presentes nas falas de moderadores, apresentadores e debatedores, aparecem, portanto, nos comentários dos participantes do chat. Alguns participantes-internautas sublinham aspectos “positivos” ou “potentes”, e enaltecem ou desejam a concretização das propostas da APS e do SUS. Enaltecem também a luta dos trabalhadores de saúde, na figura das apresentadoras e a equipe organizadora (incluindo a ASCOM):

P. O. Maravilhosa L!!! Colocar a AB, o território, na centralidade do cuidado!!!!

M. M. Que esse seu sonho de uma Equipe de Atenção Básica fortalecido, com políticas públicas se torne realidade L. !!

R. G. Importantíssima a divulgação de ações positivas na Atenção Básica.

P. O. Parabenizo toda a equipe do CNS pela organização do excelente debate!!!!

Secretaria Executiva, Assessoria e Ascom! 😊 Mediação, debatedor(as) e convidadas!!! Foi tudo muito potente!!!! (Há) À Luta!

Em sua maioria, no entanto, os sentidos corroboram os posicionamentos críticos das ponderações das apresentadoras e dos próprios participantes do chat. A possibilidade de se posicionar criticamente também pode conferir identidade e pertencimento ao grupo dos que lutam pela APS e pelo SUS. São poucas as expressões e hashtags referentes à Covid-19, por exemplo, sendo a maioria relacionadas a defesa da vida e do SUS: washhands (lave as mãos), thanksdoc (obrigada doutor), #ABRASUS, #SeNaoFosseOSUSoQueSeriaDoPovoNessaPandemia???, #REVOGAJÁEC95, #DefenderOSUSéDefenderAVida, #VidasNegrasImportam, #VidasDaPopRuaImportam, #NossasVidasImportam, #EuDefendooSUS, +SUS-CORONAVÍRUS, #AtençãoBasicaSalvaVidas. Estas últimas são expressões do canal, usadas no título da live e em campanha do CNS já mencionada.

Algumas experiências em outras unidades de saúde são comentadas no chat para reforçar a crítica apresentada pelas apresentadoras. A maioria dos comentários envolve o tema do desfinanciamento da APS e do SUS, mas as críticas se estendem à recomendação de ficar em casa e também ao governo federal, esta última abordando o tema da Cloroquina como tratamento medicamentoso recomendado pelo governo federal e adotado nos protocolos. O sentido de apoio mútuo entre gestores, trabalhadores e usuários da APS também está presente na sedução e mobilização para a militância, que “empurra para a luta”:

W. D. P. O MS está financiando unidade de saúde referência pra COVID! Uma segunda porta de entrada! É um desrespeito com a APS!
E. L. enquanto se constrói hospitais em tempo Recorde, as demais unidades seguem sucateadas.
E. L. pense nesses fique em casa, quando na casa tem pobreza, falta de condições de moradia, e tem pessoas com transtorno mental em crise.
A. M. Estamos trabalhando no Rio com atraso de salários, mudanças de contratos, além do sucateamento...
J. V. T. em Natal estamos em pleno pico da Pandemia, sem leitos de UTI e ontem reabriu o Comércio!!! ou seja: CONTÁGIO EM MASSA E MORTES ANUNCIADO AS PELA COVID-19...
M. R. F. da S. pois é Vanilson.
P. O. É nós por nós!
P. O. Por isso a importância da formação MILITANTE!
E. L. nesse governo não fica nada. só cloroquina.
W. D. Política de Educação Permanente não tem vez nesse governo! Não vimos investimentos pra capacitação dos profissionais.
M. M. C. Mesmo com o desfinanciamento e desmonte, a AB nos empolga e nos empurra para a luta, para o debate...

Também há críticas aos posicionamentos do CONASEMS, representado por uma debatedora. Registro ainda comentários críticos sobre a verticalização das ações educativas da apresentadora de PE. Mostram exemplos de posicionamentos conflitivos sobre práticas na atenção e no controle social:

P. O. Importante iniciativa do Conasems, diante da descoordenação nacional. Mas importante discutir o que é esse ordenamento da AB com desinvestimento e mudança na lógica de cuidado! Não cabe atenção seletiva!
J. V. T. Isso MESMO S. B.!!! algumas instituições que hoje dizem que defendem O SUS foram carrascas dele num passado recente...
W. D. Conasems realmente nunca atuou tanto nos últimos anos: PARA O DESMONTE DA AB! Desrespeito total ao papel do CNS!
R. G. É isso mesmo L. o processo educativo tem que ouvir a BASE – tem que priorizar as necessidades e estar COM a população é fundamental.
P. O. Issooooo Lorrainy!!!!!!!
P. O. Isso Sueli!!!! O cuidado não é pelo, nem para, território e comunidade! É COM!!!!

Alguns temas relacionados ao acesso como a resposta clínica à Covid-19 e ao cuidado na urgência, e conseqüentemente o tratamento precoce na APS não foram abordados nesta live, mas em outros materiais e lives do canal. Não devem ser considerados como silenciamento

sobre este tema neste caso, mas como uma forma de valorização do manejo da Covid-19 através das práticas preventivas e da coordenação do cuidado; essas bastante enfatizadas nas apresentações e interações da live analisada. Atribuo à institucionalidade do canal o interesse em ressaltar os temas abordados de forma crítica e incentivar a tomada de posição nos debates e deliberações, como modo de exercer a participação e controle social, em interações presenciais e também em interações midiáticas no YouTube.

O contexto do trabalho em saúde foi transversal na live, sendo abordado a partir das perspectivas de uma enfermeira e de uma médica sanitária que relatam suas experiências na atenção. Também foi tema abordado em diferentes materiais produzidos pelo canal, como na referida campanha sobre a segurança do trabalhador na pandemia. No capítulo seguinte, este contexto será abordado na perspectiva dos agentes de endemias e agentes comunitários de saúde.

3.4 O canal Ivando Agente de Saúde na interface entre saúde, associativismo e comunicação

Ivando é um agente de endemias (ACE) que atua na cidade de Salvador, localizada na região nordeste do Brasil, capital do Estado da Bahia. Inicialmente avaliei que o canal do YouTube Ivando Agente de Saúde se tratava de um canal pessoal de um trabalhador da atenção primária. Entretanto, o canal também é mediado pela institucionalidade da Associação de Agentes Comunitários da Bahia (AASA), uma organização com característica sindical de agentes comunitários de saúde (ACS) e agentes de controle de endemia (ACE). Ivando se declara presidente da associação no período vigente, que coincide em parte com o recorte de tempo selecionado para a observação do canal nesta pesquisa. É a partir desta peculiaridade que passo a introduzir a contextualização da análise do canal.

Na seção 2.6 desta tese, abordei algumas políticas e programas de Atenção Primária em Saúde no Brasil com destaque para o Programa de Saúde da Família, que ganha o status de estratégia nacional em 1994, e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011) e para a inclusão dos Agentes de Endemias e da vigilância epidemiológica no trabalho da APS. Ressaltei a importância dos ACS como agentes mediadores na comunicação profissional-usuário, tidos ainda como tradutores autorizados do conhecimento científico às suas comunidades de origem, mas já apontados em estudos de comunicação e saúde como produtores privilegiados de conhecimento (ARAÚJO & CARDOSO, 2007).

Porém, o canal Ivando Agente de Saúde não se caracteriza como dispositivo de comunicação profissional-usuário. É importante acrescentar em sua análise a discussão sobre alguns aspectos relacionados à comunicação institucional e interprofissional de entidades sindicais de profissionais de saúde, entidades semelhantes à AASA. A característica híbrida da institucionalidade do canal, entre o pessoal e o institucional, não é algo atípico, ou que se inaugura com a utilização de mídias digitais para a comunicação de movimentos da sociedade civil. No Brasil, os movimentos operários e sindicatos, assim como outros movimentos populares, tradicionalmente se utilizam de meios próprios de comunicação “conhecidos como populares, comunitários, participativos ou alternativos”, seja por necessidade de se comunicarem com públicos específicos ou pela dificuldade de acesso ao sistema de comunicação (PERUZZO, 2013, p.116). Suas práticas comunicativas acompanham os processos sociais do tempo e local em que se realizam, mediadas por tecnicidades em conformidade com os mesmos. Também são mediadas por institucionalidades que se referem a suas especificidades, relacionadas à mobilização de trabalhadores para demandas e reivindicações coletivas. Assim, diferentes meios de comunicação passam a servir aos objetivos destas entidades ao longo do tempo:

Do panfleto ao jornalzinho e dele ao blog e ao website na internet, do megafone ao alto-falante e dele à rádio comunitária, do slide ao vídeo e dele à TV Livre e ao canal comunitário da televisão a cabo, são evidências do exercício concreto do direito à comunicação como mecanismo facilitador das lutas pela conquista ou ampliação dos direitos de cidadania, incluindo o de comunicar (PERUZZO, 2013, p.116).

No século XX, os meios, os formatos dos processos comunicativos e seu conteúdo buscavam dialogar com trabalhadores “do chão de fábrica” mais ou menos escolarizados, sendo produzidos e distribuídos por eles mesmos: membros de diferentes categorias “se forjaram jornalistas na prática diária de escrever” (DIAS, 2020, p.30). Os temas giravam em torno da reivindicação de jornadas de oito horas diárias, aspectos relacionados às demandas junto aos empregadores e direitos trabalhistas, com o objetivo de informar, mas também de convencer os trabalhadores, inclusive a se organizarem em sindicatos que irão mediar a relação com os patrões (DIAS, 2020).

Ao longo do tempo a formação na profissão de jornalista passou a ser valorizada na imprensa operária e também na comunicação institucional e interprofissional das entidades. Contudo, no momento atual, a internet novamente transformou este cenário. Em suas plataformas de comunicação, novos atores sociais, sejam eles indivíduos, instituições ou híbridos, são capazes de produzir conteúdos e interações permeadas pela cultura da mídia, agregando saberes antes restritos ao campo da comunicação. Se antes sua comunicação era

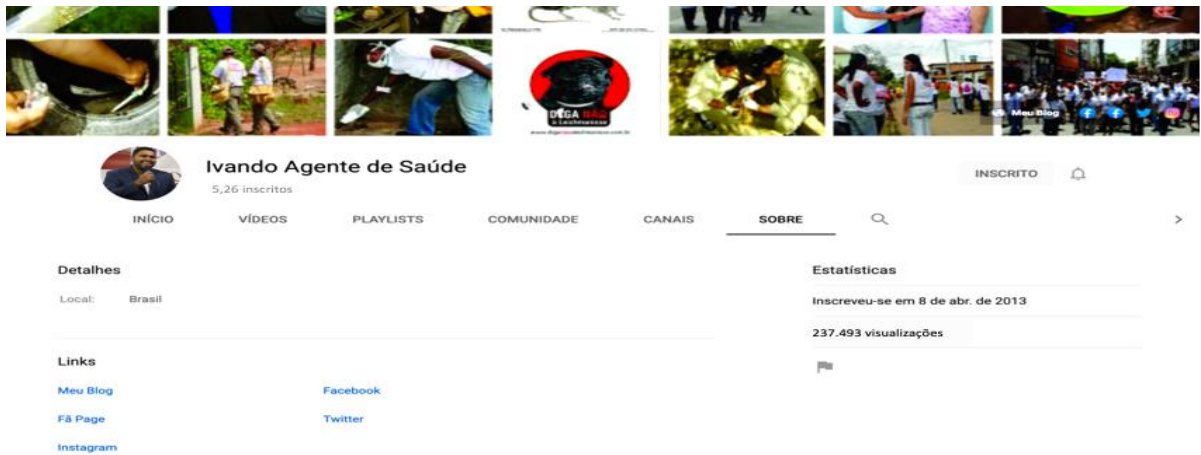
restrita a determinado local, hoje pode potencialmente alcançar multidões conseguindo condições hipoteticamente semelhantes a outros atores sociais e seus veículos (DIAS, 2020). A importância deste processo especialmente para os movimentos da sociedade civil é ressaltada, como foi visto, em estudos que associam a comunicação em rede a uma maior democratização e participação (CASTELLS, 2006; 2015).

O canal de Ivando é um exemplo desta transformação na comunicação de movimentos da sociedade civil. Utiliza as condições presentes em sua vivência pessoal em práticas no contexto do trabalho em saúde e sua filiação institucional a AASA para mediar a comunicação entre associação e trabalhadores agregando as tecnicidades do YouTube. A AASA também tem um canal próprio, com apenas 10 inscritos e 7 vídeos postados, além de um blog (<http://www.aasabahia.com/>) e contas institucionais no Facebook, Instagram, entre outras. Portanto, o canal Ivando Agente de Saúde é uma estratégia de comunicação institucional mais efetiva. O canal pode ser considerado um dispositivo de comunicação institucional e interprofissional utilizado em circuitos comunicacionais entre os contextos da saúde, do trabalho e da comunicação em mídias digitais.

O Canal Ivando Agente de Saúde foi criado em 8 de abril de 2013, possuindo em setembro de 2020 um total de 5,26 mil inscritos e 237.493 visualizações em seus materiais. Criado mais recentemente que o canal do CNS, tinha nesta data um número bastante semelhante ao canal da entidade mais importante de participação e controle social do sistema de saúde brasileiro. A apresentação do canal pode ser vista na figura 12 e como a dos demais canais analisados não traz nenhum texto de apresentação sobre seus objetivos, oferecendo links para o Blog, Facebook, Fã Page, Twitter e Instagram de Ivando.

Nos primeiros dois anos, o canal teve uma baixa produção de somente um vídeo por ano. No ano de 2015 passou a produzir cerca de 10 vídeos anualmente. Desde então pôde ser sublinhada uma maior representatividade comunicativa do que os canais anteriores, mesmo antes da pandemia de Covid-19, sendo registrados vídeos com um número significativo de visualizações e interações. Ressalto a resposta pessoal de Ivando aos comentários postados pelos internautas como fator motivador desta representatividade, em uma lógica de produção que aproveita a potência do dispositivo. Mostra a diferença entre um uso mais ‘quente’ de um determinado meio, de modo a provocar a sensação de solidariedade que se atribui aos meios de comunicação de massa (FREIRE & GUIMARÃES, 1984).

Figura 16. Captura de tela da apresentação do canal Ivando Agente de Saúde.

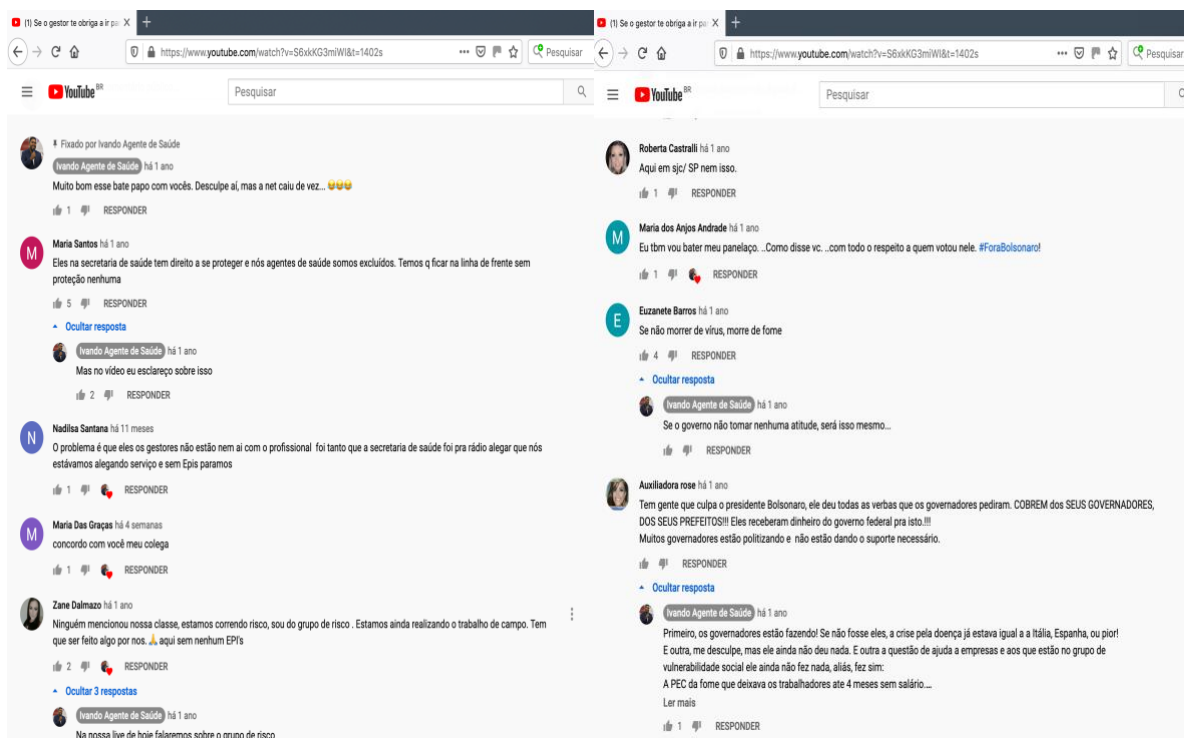


Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 30/09/2020.

Quanto aos aspectos da tecnicidade, muitos vídeos do canal são produzidos de forma amadora, com a utilização de celular, sem mostrar outro tipo de preparação quanto ao uso de equipamento ou equipe de filmagem, reforçando aspectos como autenticidade espontaneidade, familiaridade, intimidade e transparência, presentes também nas lives (LUPINACCI, 2020).

Entretanto, há diferentes tipos de edição posteriores nos vídeos, algumas de característica também amadora, com a inclusão de logotipo inicial, margem nos vídeos ou com características mais profissionais, com a adição de desenho ilustrando o conteúdo que funciona como uma "capa" ou "card". As molduras de alguns vídeos são exemplos de identidade visual, compostas por cópias de logotipos e figuras coladas formando uma margem na tela. A dupla vinculação, pessoal e institucional, pode ser observada nas molduras em exemplos de vídeos mais recentes que trazem o logotipo com o nome de Ivaldo escrito na Cruz (símbolo do SUS), e também a marca da AASA (figura 14). O vídeo com maior número de visualizações até setembro de 2020, por exemplo, foi o tutorial “*Saiba como visualizar seu contracheque pelo celular (Salvador e Camaçari)*”, postado em 20 de maio de 2019, atingindo o número de 18.646 visualizações e 14 comentários em setembro de 2020.

Figura 17. Captura de tela de comentários em produto do canal Ivando Agente de Saúde.



Fonte: YouTube, captura de tela realizada em 13/04/2021.

Muitos vídeos mostram entrevistas em telejornais locais de diretores da associação, além de convocações e filmagens em manifestações de rua promovidas pela AASA. A institucionalidade da associação pode ser ressaltada em vídeos com orientações sobre condutas dos agentes, esclarecimentos sobre ações na justiça do trabalho e denúncias feitas sobre casos de intoxicação. Os enunciados envolvem uma gramática informativa e de denúncia. Nota-se, no entanto, a importância pessoal de Ivando como colega de trabalho, imprimindo credibilidade e personalidade às informações e opiniões, na construção de uma legitimidade com base na identidade com o grupo profissional. Ivando aparece em muitos dos vídeos, gravados em um ambiente doméstico, explicando temas como a reforma da previdência ou assuntos mais diretamente relacionados ao trabalho dos ACS e ACE (“*Entenda a mudança da Lei de RPV da Prefeitura de Salvador*”). Também produz vídeos em ambientes externos, com narrativas testemunhais de seu cotidiano como agente de saúde em atividade (“*Vida de dengueiro*”), de fevereiro de 2020.

Figura 18. Capturas de tela de molduras e cards de produtos do canal Ivando Agente de Saúde.



Pesquisadora de Harvard, afirma que a reabertura do Brasil está nas mãos dos agentes de Saúde.



Qual a diferença entre Salário, Vencimento, Remuneração e Provento?



ACS e ACE são destaque no Jornal Nacional



Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!

Fonte: YouTube, capturas de tela realizadas em 13/04/2021

3.4.1. “Pela força da categoria”: esclarecimento e denúncia

Os títulos dos audiovisuais postados no período de março a setembro de 2020 e suas interações estão na tabela 6. Destaco as lives analisadas em profundidade em vermelho. Neste período o canal produziu 64 audiovisuais, dentre eles 2 lives (considerando a característica de interação ao vivo através de chat).

Tabela 6-Audiovisuais do canal Ivando Agente de Saúde de março a setembro de 2020.

Posição	Título do audiovisual	Data de postagem/ Duração	Tipo	Contagem de visualizações	Contagem de likes	Contagem de dislikes	Contagem de comentários
1	As entidades Sindicais se manifestam sobre a reforma da previdência em Salvador	04/03/2020 16:16	vídeo	103	6	0	0
2	A Diretora da AASA/BA e Presidente da AEEMC, Ionara Barreto da entrevista a Folha News	04/03/2020 18:44	vídeo	110	11	0	0
3	Ionara Barreto, diretora da AASA/BA, fala para os ACS e ACE de Camaçari	09/03/2020 01:02	vídeo	171	7	0	0
4	Com os casos do coronavírus aumentando em todo o país, como vai ficar a situação dos ACS e ACE	16/03/2020 13:30	vídeo	2188	156	4	7
5	A AASA/BA protocola junto ao MPT o pedido de mediação para a aquisição de EPI's para os ACS e ACE	17/03/2020 00:05	vídeo	782	31	0	2
6	MPT Notifica a AASA e os Municípios de Salvador e Camaçari para tratar da falta de EPIs da categoria	17/03/2020 19:46	vídeo	300	21	0	3
7	18 de março de 2020	18/03/2020 16:22	vídeo	270	27	1	4
8	A AASA/BA, orienta a categoria sobre as questões do Corona vírus e da reunião com o MPT	18/03/2020 19:41	vídeo	410	31	0	1
9	ACS ou ACE está sendo coagidos a ir para o campo sem EPI's?	20/03/2020 00:37	live	995	97	1	4
10	Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!	23/03/2020 23:42	live	13944	531	25	32
11	Você está no grupo de risco da COVID-19 e ainda trabalha?	24/03/2020 23:37	live	3546	129	2	18
12	Dra Elane e Valda ACS, discutem sobre a situação da COVID-19 e a categoria ACS e ACE	28/03/2020 22:41	vídeo	822	96	1	5
13	Câmara dos Deputados tem 4 projetos de lei aumentam a insalubridade para 40%. Conheça cada um deles	09/04/2020 00:31	vídeo	3636	433	2	15
14	Entenda a extinção do Fundo do PIS/ PASEP e os impactos na vida do trabalhador.	11/04/2020 00:17	vídeo	1641	213	1	20
15	Gravação da Live da entrevista com Claudia Almeida	14/04/2020 15:48	vídeo	368	55	0	2
16	Saiba quem tem direito ao PIS/PASEP, como se faz o cálculo e os critérios para recebimento do abono	15/04/2020 02:16	vídeo	2686	257	5	37
17	Saiba o que houve na reunião com a SMS (Salvador), dia 23/04	25/04/2020 08:16	vídeo	959	108	5	14
18	Agente de Saúde demitido por denunciar falta de EPI's para trabalhar.	26/04/2020 04:08	vídeo	2232	253	5	23
19	Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE	29/04/2020 10:40	live	1632	142	1	13
20	Profissional ou seu familiar contaminado por COVID-19, tem direito de indenização ou pensão por morte	03/05/2020 05:45	vídeo	1275	115	1	4
21	DENÚNCIA: Agentes de Saúde de Coelho Neto - MA, denunciam a falta de EPI's para trabalhar	04/05/2020 23:47	vídeo	1004	111	0	4
22	Dra. Elane crítica a falta de articulação da CONACS e tira outras dúvidas da categoria.	10/05/2020 03:00	vídeo	598	82	1	4
23	Agente de Saúde de PE fala sobre trabalho em comunidades durante pandemia do coronavírus	13/05/2020 03:03	vídeo	174	28	0	0
24	Você sabe o que o LIRAa, para que ele serve e como funciona?	16/05/2020 08:00	vídeo	374	67	0	14
25	Pesquisador de Havard, afirma que a reabertura do Brasil está nas mãos dos agentes de Saúde.	17/05/2020 14:06	vídeo	664	43	1	2
26	ATENÇÃO FILIADOS! A AASA TRAZ MAIS UM BENEFÍCIO PARA VOCÊS	18/05/2020 01:48	vídeo	564	58	2	3
27	Assista a entrevista em Live no Instagram com Luis Fanfarra	23/05/2020 14:16	vídeo	116	14	1	1
28	Somos obrigados a trabalhar no feriado?	24/05/2020 10:50	vídeo	451	72	3	9
29	POLEMICA CONTINUA: Agentes ainda são cooptados para trabalhar durante o feriado. Saiba os impactos	24/05/2020 23:33	vídeo	1079	156	2	11
30	ACS e ACE são destaque no Jornal Nacional	26/05/2020 01:24	vídeo	5299	298	4	10
31	Aasa TV Aratu	27/05/2020 19:41	vídeo	171	27	0	3
32	Assista a reportagem completa da AASA/BA a TV Aratu (SBT)	27/05/2020 22:56	vídeo	283	32	1	7
33	Nota de Repúdio à Prefeitura de Salvador, pelas mortes dos colegas por COVID-19, no grupo de risco	31/05/2020 05:23	vídeo	1343	112	1	16
34	O veto de Bolsonaro, vai congelar o pagamento do Piso Salarial da categoria em 2021?	01/06/2020 02:32	vídeo	4023	641	4	50
35	Saiba como visualizar sua Margem Consignada pelo computador ou celular	02/06/2020 02:10	vídeo	723	87	1	7
36	Assista a audiência pública na Câmara dos Deputados, que tratou sobre os ACS e ACE (completo)	02/06/2020 23:17	vídeo	836	25	2	15
37	Assista a audiência pública na Câmara dos Deputados, que tratou sobre os ACS e ACE	03/06/2020 00:46	vídeo	2059	119	1	14
38	Confira a reunião que rolou hoje 04/06 com a SMS	05/06/2020 12:14	vídeo	423	60	1	6
39	Seminário Jurídico on - line, que aconteceu no dia 05 de maio de 2020. Com Dra. Elane Alves	06/06/2020 03:06	vídeo	732	58	3	9
40	FATO OU FAKE: É verdade que foi aprovado insalubridade no grau máximo para os profissionais de saúde	16/06/2020 04:42	vídeo	817	141	1	11
41	No programa Minuto da Democracia, participei do bate papo com o Dep. Est. Robinson Almeida. Confira!	20/06/2020 14:40	vídeo	168	27	0	1
42	Senado aprova projeto que suspende pagamento de empréstimo consignado durante a pandemia.	21/06/2020 18:17	vídeo	9884	463	1	53
43	Agente de Saúde que faleceu por COVID-19 é homenageado por colegas de forma emocionante	23/06/2020 19:20	vídeo	1233	57	0	15
44	Mais uma vez a Globo destaca a importância do trabalho dos Agentes de Saúde.	27/06/2020 17:34	vídeo	6976	576	6	49
45	Uma singela homenagem aos nobres guerreiros da SUCAM	28/06/2020 22:22	vídeo	330	55	0	4
46	RECORDAÇÃO: Teresa Ramos fala sobre o perfil, formação e vínculo do Agente Comunitário de Saúde	30/06/2020 22:15	vídeo	205	16	0	0
47	Pela terceira vez, a Rede Globo mostra a importância das nossas atividades durante a Pandemia.	05/07/2020 00:40	vídeo	5050	266	10	21
48	Agentes de Saúde fazem rapel para poder chegar na casa de moradores em Salvador.	05/07/2020 18:20	vídeo	820	92	1	15
49	ABSURDO! Médico chama agente de saúde de "vagabunda" e avança com o carro sobre ela	10/07/2020 23:03	vídeo	1090	25	6	3
50	Atenção Servidores do Município de Salvador que tem direito ao PASEP, mas está constando problemas	21/07/2020 04:17	vídeo	1886	190	5	23
51	LTCAT e PPP: a chave para Aposentadoria Especial	23/07/2020 02:20	vídeo	1584	254	3	21
52	Qual a diferença entre Salário, Vencimento, Remuneração e Provento?	24/07/2020 01:23	vídeo	365	69	0	5
53	Como conseguir PPP e LTCAT de empresa falida?	25/07/2020 03:17	vídeo	278	55	1	5
54	No Jornal da Record, Ilda Angélica fala sobre as dificuldades dos ACS e ACE para atuar na pandemia	25/07/2020 03:28	vídeo	2789	211	0	11
55	Sindicalista da invertida em repórter da Globo que criticou a greve dos trabalhadores	30/07/2020 02:30	vídeo	1616	92	1	8
56	Quais as diferenças de Celetista e Estatutário e qual o "melhor"?	30/07/2020 22:54	vídeo	610	111	1	19
57	Saiba como devolver o auxílio emergencial recebido indevidamente	05/08/2020 02:58	vídeo	513	40	0	4
58	TRAGÉDIA: Agente de Endemias é morto e tem corpo esquartejado pela própria mulher na Paraíba	07/08/2020 10:01	vídeo	526	19	1	11
59	ABSURDO: Rodrigo Maia (DEM), tira de pauta projeto de lei sobre suspensão de empréstimos consignados	07/08/2020 21:12	vídeo	693	100	1	9
60	O que é Insalubridade, como conseguir e saiba se quem recebe tem direito a Aposentadoria Especial	11/08/2020 23:42	vídeo	752	99	1	2
61	Deputado propõe o Piso Salarial de 2 dois salários mínimos para os ACS e ACE	14/08/2020 21:49	vídeo	1505	150	3	12
62	Saiba o que está por trás do Recadastramento Obrigatório do SUS em Salvador. Os ACS's NÃO TEM CULPA!	29/08/2020 01:35	vídeo	6835	509	22	57
63	A AASA/BA vai retomar suas atividades dia 01/09. Confira as regras para o retorno deste novo normal	01/09/2020 00:43	vídeo	209	31	2	4
64	Entenda o repasse de R\$ 6.000,00 usando os Profissionais de Sav'de como base de calculo	24/09/2020 23:23	vídeo	4153	676	2	22

Fonte: Elaborada pela autora com a utilização da ferramenta YouTube datatools e tendo como fonte o canal Ivando Agente de Saúde no YouTube. As lives analisadas foram destacadas em vermelho.

O primeiro vídeo com temática envolvendo a pandemia de Covid-19 foi postado em 16 de março de 2020 tendo o título: “Com os casos do coronavírus aumentando em todo o país, como vai ficar a situação dos ACS e ACE?”. Logo em seguida seguem-se outros vídeos que igualmente tem o objetivo de orientar a categoria na atuação durante a pandemia. Ressalvo a temática de falta de EPI 's em vídeos que tiveram um importante número de visualizações, curtidas e comentários. No que se refere a temática da falta de condições adequadas de trabalho os títulos dos audiovisuais ora utilizam uma gramática mais conflitiva, de denúncia e

enfrentamento, ora de negociação, abordando a mediação da associação em dispositivos de interação intersetoriais (como ações junto ao ministério público). A falta de EPI é tomada como direito que está sendo negado em alguns serviços de saúde, o que motiva a associação a judicializar o problema (“*ACS ou ACE está sendo coagido a ir para o campo sem EPI's?*”, “*Agente de saúde demitido por denunciar falta de EPI's para trabalhar*”, “*A AASA/BA protocola junto ao MPT o pedido de mediação para a aquisição de EPI's para os ACS e ACE*”).

Os vídeos mais visualizados do canal em todo período investigado são os que informam e se posicionam sobre normativas do trabalho na APS, especialmente no que se refere ao atravessamento do campo jurídico, em diferentes temáticas relacionadas à atenção ou ao trabalho, envolvendo ou não a pandemia. Seus títulos remetem a uma gramática informativa e explicativa bastante direta, considerando que determinados documentos ou termos utilizados para caracterizar o trabalho são desconhecidos ou não compreendidos pelos trabalhadores da categoria. Ressalto o uso das palavras fato, verdade e melhor, enfatizando que o conteúdo informativo atravessado pelos posicionamentos institucionais (“*FATO OU FAKE: É verdade que foi aprovado insalubridade no grau máximo para os profissionais de saúde?*” e “*Quais as diferenças de Celetista e Estatutário e qual o 'melhor'?*”, “*Saiba o que está por trás do recadastramento obrigatório do SUS em Salvador. OS ACS's NÃO TÊM CULPA*”).

Destaco também títulos de produtos que enaltecem e ressaltam o prestígio da categoria de ACS e ACE, apoiando-se em instituições da mídia ou de pesquisadores de instituições legitimadas no campo da educação. Mais adiante no texto, uma live irá apoiar-se em uma instituição legitimada no campo científico. Matérias de telejornal que abordam a atuação dos ACS e ACE são postadas em maio e junho (“*ACS e ACE são destaque no Jornal Nacional*”, “*Mais uma vez a Globo destaca a importância do trabalho dos agentes de saúde*” e “*Pesquisadora de Harvard, afirma que a reabertura do Brasil está nas mãos dos agentes de saúde*”). A solidariedade e valorização do esforço para realizar suas práticas também está presente em produtos em que são os próprios profissionais que as enunciam (“*Agentes de saúde fazem rapel para poder chegar na casa de moradores em Salvador*”, “*Uma singela homenagem aos nobres guerreiros da SUCAM*”, “*Agente de saúde que faleceu por Covid-19 é homenageado por colegas de forma emocionante*”).

O canal utiliza uma linguagem sensacionalista que remete ao jornalismo popular e/ou sindical em alguns títulos de vídeos postados já nos meses de julho e agosto, utilizando as palavras “denúncia”, “absurdo” e “tragédia”. Chamam atenção para casos pitorescos, enfatizam a rivalidade entre categorias profissionais e posicionamentos políticos, buscando o

convencimento do seu público (“*ABSURDO! Médico chama agente de saúde de ‘vagabunda’ e avança com o carro sobre ela*”; “*TRAGÉDIA: agente de endemias é morto e tem corpo esquartejado pela própria mulher na Paraíba*”, “*ABSURDO: Rodrigo Maia (DEM), tira de pauta projeto de lei sobre suspensão de empréstimos consignados*”).

Durante os sete primeiros meses da pandemia, o canal promoveu alguns encontros com convidados também nomeados na live, sendo o conteúdo, no entanto, gravado e postado, sem o recurso de interações de chat ao vivo. Desde o início de 2020, mesmo antes da pandemia de Covid-19, o canal de Ivando produzia lives no formato “ao vivo”, em que Ivando dialoga com os internautas quase de forma simultânea. A ritualidade destas lives se caracteriza por uma exposição inicial feita por Ivando e pela leitura de muitas perguntas e de comentários no chat, seguida de resposta ou comentário em retorno. Utilizam uma “linguagem youtuber”: “uma forma de falar coloquial e ágil com muitas interpelações buscando sempre uma interação com o espectador e o tradicional pedido para seguir o canal e curtir o vídeo” (MUZI, 2020, p.68).

Não é possível relacionar a ritualidade criada às práticas do associativismo. Ivando desenvolve um tipo de sociabilidade fundamentada em papéis sociais de ACE e presidente da AASA, legitimado pelo conhecimento construído na necessidade de exercer as práticas da atenção e do associativismo em saúde, mas também no papel de “youtuber”⁶⁸, legitimado pela plataforma como instituição da mídia.

Escolhemos para a análise em profundidade duas lives:

1) *Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!*

2) *Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE*, realizada no mês de abril.

A primeira live escolhida foi realizada em março, chegando a ter quase 14 mil visualizações, o maior número dentre todos os produtos observados dentre os três canais analisados no período. Por ser gravado como uso do aparelho celular, utilizando internet própria, tem falhas de áudio e vídeo, sendo interrompida abruptamente. Mostra o amadorismo e a falta de recursos técnicos para a comunicação. Apesar da falta dos melhores recursos, Ivando faz a live motivado por pedidos de ajuda de colegas de trabalho que ocorreram naquele dia. Manifesta imediatismo ao atender a estes pedidos, que podem ser semelhantes aos de colegas

⁶⁸ Muzi(2020) aponta que a legitimação da prática social de “youtuber” pode ser exemplificada pela procura da prática como nova profissão e pelo fato que em dezembro de 2016 passou a ser um verbete no *Oxford English Dictionary*. No entanto, o significado dicionarizado cabe ao internauta e especialmente ao produtor de conteúdo, o que mostra o quanto a mesma pessoa pode exercer as duas práticas: um usuário frequente do site de compartilhamento de vídeos no YouTube e/ou alguém que produz e aparece em vídeos no site.

desconhecidos de outras localidades. Adota um estilo coloquial, descontraído e respeitoso, mesmo ao falar das de conflitos vivenciados nas práticas de saúde e de posições que possam ter discordância por parte dos internautas-participantes.

Na segunda live, Ivando já se mostra mais à vontade com os recursos disponíveis na produção, afirma seu objetivo de produzir um “material de qualidade” e convida o internauta a ampliar a circulação desta informação. Esta foi a última live do período analisado, sendo escolhida por apresentar outras narrativas que contemplavam as práticas dos ACE.

Ao cumprimentar os internautas na segunda live, Ivando ressalta que é estranho desejar boa noite, atravessado pela estatística do número de mortes por Covid-19 no Brasil. Manifesta autenticidade, espontaneidade, familiaridade e intimidade com os internautas, características mais presentes no canal devido ao seu caráter híbrido, com a forte marca pessoal de Ivando. Ressalto que Ivando saúda os internautas como colegas de profissão e pedindo likes e compartilhamentos, como demonstração de confiança no conteúdo oferecido. Mostra assim uma preocupação e dependência das métricas quantitativas medidas de popularidade:

Olá colegas! Estamos aqui, desculpa o atraso, tive um probleminha com a internet, mas já resolvi por isso, aqui peço desculpa. Bom eu tava tentando fazer a live no programinha novo, eu consegui aprender a mexer nele mas só que infelizmente é a minha internet parece que não tava pegando muito bem a minha internet de casa, de wi-fi, aí eu tentei pelo cabo, mexendo o cabo, eu acho que o cabo deu problema aí eu tô aqui na internet mesmo do do chip do celular[...]

Mas, enfim, vamos para o que interessa: hoje eu fui para o campo né, é assim como todos os dias, e tava recebendo algumas mensagens dos colegas falando que; eu não sei se isso acontece, tô falando direto direcionado para o pessoal de Salvador, mas eu acho que é um problema nacional dos gestores insistir em colocar a querer colocar a gente para o campo (live *Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!* - março).

Olá colegas! Dessa vez no horário para variar. Acho que eu tô pronto, eu acho que tá melhor. Boa noite e mais uma vez, para variar, estamos no horário começando às dezenove horas em ponto. Eu quero desejar a cada um de vocês uma boa noite, e que...e é triste hoje é infelizmente nós passamos é de cinco mil mortes por Covid-19 no Brasil. E aí e a gente que é da saúde isso mostra um pouco a nossa fragilidade. É muito triste porque são cinco mil as irmãs, avós, avôs, amigos que estão nesse momento desesperados e sem aquele seu familiar do lado, levado por uma doença maldita [...]

E clique no sininho ao lado, ao clicar no sininho ao lado eu peço que você coloque notificação, significa que todas as notificações é vocês, cês vão receber, exemplo dessa live. E eu peço também que vocês deixem o seu like no vídeo, o like da confiança né, antes de começar. Então eu peço que você curta o vídeo e compartilhe para que mais colegas tenham acesso ao material de qualidade, é esse vídeo ele vai ficar gravado porque alguns colegas me perguntam, que perdem a live, por algum motivo pessoal, seja lá o que for e acabam ficando tristes porque perderam a live. Mas ele fica gravado no YouTube, viu?

A hora que vocês quiserem vir assistir, só vir no meu canal e ele vai estar aqui gravado e no final de toda live eu coloco no meu blog. Pra quando você quiser você assistir a hora que você achar melhor (live *Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE*).

Os atributos de acesso, orientação comunitária e integralidade estão relacionados aos sentidos da APS presentes nos relatos sobre os dispositivos de interação profissional-usuário acionados nas práticas de atenção dos ACS e ACE e de interação interprofissional com os gestores e supervisores. Contudo, o tema que atravessa a possibilidade de realização das interações na atenção é o da segurança do trabalhador, especialmente no que se refere aos EPIs. A escassez de EPI's em diferentes municípios no início da pandemia é abordada nesta live, reforçando a falta de condições adequadas de trabalho como uma realidade no cotidiano da categoria antes da pandemia de Covid-19. Na pandemia, no entanto, evidencia-se o quanto a precariedade de condições pode ocasionar a transmissão de doenças e ser prejudicial à saúde dos trabalhadores e dos próprios usuários a quem o cuidado deveria beneficiar. Esta é uma realidade que não parece ser vista por gestores como impedimento ao trabalho dos ACS e ACE nos exemplos relatados. A integralidade do trabalho em equipe pode então ser ameaçada por conflitos vivenciados para exigir essas condições. Episódios em que o acesso ao cuidado comunitário é oferecido pelos ACS de forma insegura são mencionados:

Os trabalhadores são alocados em pontos de apoio PA onde, em sua grande maioria, não são locais adequados para garantia de segurança das suas atividades cotidianas[...] nesses espaços pequenos, insalubres e mal higienizados, a ventilação é precária levando a inalação de gases tóxicos provenientes dos agrotóxicos que ficam armazenados. Em relação às EPIs sabe-se que raramente são fornecidas aos trabalhadores e, quando são adquiridos constata-se que são de má qualidade e inadequados para as atividades realizadas pelos agentes por não oferecerem a devida proteção. Para agravar, tais equipamentos envelhecem e se desgastam sem que haja a substituição dos mesmos em tempo hábil. Essa é a condição de transmissão do Sars2” [...]

É claro, todos agente endemias aqui, eu acho que, eu conto do dedo aqueles que podem dizer que tem um PA digno para a atividade laboral. Noventa por cento dos pontos de apoio no Brasil dos agentes de endemias são locais que são inadequados, altamente insalubres (live *Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE*).

Eu tava recebendo vários comunicados de colegas dizendo que o supervisor tava mandando ir para o campo, dando uma máscara e uma luva para o colega a ir para o campo. Aí eu fiquei, aí eu falei assim gente! Como é que pode mandar um colega com uma luva uma a máscara aí para o campo, e alegando ainda que o álcool em gel não fazia parte do nosso EPI[...]

A gente está na rua, a gente não tem a cobertura de toda hora ter um álcool em gel, ter um banheiro a nossa disposição para a gente poder lavar a mãozinha né? Eu vou lavar a mão na casa do vizinho a gente vai ter que ter teoricamente um contato quase aqui direto com vizinho. Então a visita peridomiciliar acaba não tendo a sua eficiência como deveria [...]

Ah e claro que prontamente hoje, tanto eu quanto minha equipe, a gente ficou no nosso ponto de apoio, a gente ficou no PA né. E parece infelizmente uma boa parte da categoria não entendeu a mensagem e foram para o campo sem nenhum tipo de proteção (live *Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!* - março).

Dificuldades para a realização das práticas cotidianas dos ACS e ACE foram relatadas de forma semelhante às experiências narradas em lives no Canal Portal da Inovação. Nas duas

lives também há menção sobre a produção de orientações e normativas e notas técnicas institucionais sobre novas formas para realizar a interação profissional-usuário com a adoção de medidas e recomendações de biossegurança. Nas lives do Canal de Ivando, no entanto, de modo distinto, ele comenta as normativas, ou mesmo as lê, orientando quanto à quantidade de EPI que o agente deve dispor para seu trabalho, quanto ao uso correto do EPI e quanto aos riscos tanto da falta quanto do uso incorreto. Aborda o perigo de contágio a que o profissional pode expor a si, aos colegas, a sua família e aos usuários que acompanha. Seus comentários incluem um testemunho sobre as condições adversas em que o trabalho dos ACE já era realizado antes da pandemia, apontadas nas normativas como algo que aumenta o risco frente à Covid-19. Se apropria dos códigos e dos modos de falar das normativas, tornando-as singulares ao contexto de atuação dos ACS e ACE. Ivando apela para que os ACS e ACE sigam as recomendações das normas:

Participantes da campanha de enfrentamento e ao combate ao mosquito é é é. Perdão gente, me perdi. Enfrentamento do mosquito da dengue constitui uma categoria de trabalhadores altamente exposta, em razão do processo de trabalho que ainda estão inseridos. Assim, são trabalhadores que ao longo das últimas décadas sofrem exposição continuada a diversos tipos de agrotóxicos inclusive por aqueles já banidos em outros países, ou restritos por acordos internacionais multilaterais. Também são alvos de agravos permanentes ou esporádicos pela exposição aos venenos, associados a ausência de acompanhamento médico das condições de saúde tornando-os potencial população de risco frente a Covid-19 e a transmissão da Sars-cov2”[...] Sou agente de endemias há dez anos no município de Salvador e eu passei por três produtos, 4 produtos químicos, que foi o Organofosforado que o pessoal chama Abate. Aí veio o Diflubenzuron, aí veio nova Nova Luron e aí agora nós estamos com Piriproxifen. São os quatro venenos que eu trabalhei ao longo da minha atividade laboral (live *Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE*).

(O NR) Ele traz o rol de EPI que é pra gente usar: ele colocou o álcool, o álcool 70° né, luva, máscara e um saco para você poder descartar. Aí eu quero colocar para vocês aqui um outro cuidado que é o seguinte, que é que o pessoal tá fazendo: tá dando uma luva, uma máscara e se vira no campo! O próprio documento, ele diz que não é somente o EPI, mas sim a quantidade de EPI entendeu! Não adianta a gestão te dar uma máscara e uma luva se essa máscara ela tem duração de duas horas e se essa luva, após a sua primeira atividade no campo você vai ter que descartar [...] Sua principal forma de contágio é através da interação social e um abraço, se você pegar em algum objeto que a pessoa pegou, se você utilizar algum tipo de utensílio que a pessoa usou e assim vai né[...] É uma questão de biossegurança e você não tá protegido para tal, porque primeiro você quebra o seu respeito com seus colegas, porque se você vai para o campo os seus colegas, não vão, mas você volta. Você pode contaminar os seus colegas, você pode contaminar sua família, e você pode contaminar aquela, as famílias que você visita! Então a gente tem que ter essa responsabilidade (Live *Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!* - março).

O atributo da longitudinalidade está relacionado aos relatos que se referem à preocupação com a continuidade do trabalho rotineiro. Ele é tensionado pelo conhecimento sobre o alto potencial de transmissão da Sars-cov2 e pela importância dada à saúde do trabalhador da

garantia de condições de trabalho. Alguns episódios interacionais profissional-usuário em que os ACS ou ACE não seguem as orientações de biossegurança são narrados por Ivando. Ele se utiliza deles para reforçar seu apelo, criticando respeitosamente este tipo de atuação dos colegas de profissão e se posicionando a favor do usuário. Reconhece, no entanto, o dilema que está posto: priorizar a saúde do trabalhador e a diminuição da transmissão da Covid-19 ou dar continuidade às práticas de cuidado de saúde da população? Entende que condições de trabalho são o “meio termo”, ou o consenso possível nestas negociações:

Diversos colegas que estão entre aspas sendo expulsos das escolas né, diretores pedem para entender que nesse momento de coronavírus, eles também têm essa preocupação do agente entrar na escola né! [...]

Gente eu recebi um vídeo de um colega aqui, que a funcionária não deixou ele entrar, mas só que infelizmente apesar de lamentar a situação ele não deveria e ele deveria estar no campo. Deve estar no ponto de apoio se esse local fosse salubre e falar não vou trabalhar enquanto não tiver o material apenas necessário. E infelizmente eu tenho que dizer que a moradora está certa, que ela vê um profissional que não usa, sem EPI sem nada, ela não sabe se ele visitou outros imóveis ou não visitou, em que condições as outras famílias estavam [...] ela tá correta (live “Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA! - março).

E a gente agora fica no meio desse desse imbróglio: Covid-19, saúde do trabalhador e por outro lado saúde da população. Mas qual é o meio termo, qual é o meio termo que a gente tem? Que a gente tem que ter EPI de qualidade que nos proteja, qual é o outro meio termo? A gente tem que ter local com condições de trabalho. (live “Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE”).

A falta de preparação para a realização das práticas e de educação continuada também é mencionada como exemplo de falta de condições adequadas de trabalho. Ivando aponta a falta de entendimento adequado sobre as normas de biossegurança e o quanto ao uso das TICs como dificuldade de efetivar as normas. Daí o grande número de vídeos explicativos do canal, que também são os que são mais visualizados.

A gente não pode esquecer que a gente não tem, também nenhum curso de treinamento para controle biológico né, eu mal tive curso para como agente de saúde. Os colegas que estão pegando o tablet, tá um aprendendo com o outro, então a gente também não tem nenhum curso de biossegurança para gente ir enfrentar esse coronavírus do jeito que o pessoal deseja (Live Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE).

Ivando sublinha ainda que as dificuldades para a realização das práticas cotidianas dos ACS e ACE seguindo as normas de segurança do trabalhador na pandemia devem ser levadas em conta nas negociações sobre quais atividades devem ser priorizadas. Faz uma reflexão sobre a necessidade de continuidade das práticas dos ACE, entendendo que os ACS naquele momento não estavam realizando tarefas prioritárias no território. Alegando ser este um modo de dar continuidade ao trabalho da APS, gestores teriam exigido a continuidade do trabalho dos ACS

e ACE, mas as entidades argumentam e propõem alternativas. Aborda o acionamento de dispositivos de interação intersetorial por parte da AASA e de outras entidades junto ao ministério público e às secretarias de saúde, para negociação e enfrentamento do problema da falta de EPIs. Além de informar os colegas sobre as negociações, Ivando oferece um documento para os trabalhadores terem em mãos caso haja conflito nas interações interprofissionais com os gestores de suas unidades. Aponta onde entende que o trabalhador possa flexibilizar, considerando que não haja consenso sobre o tema, antecipando possíveis discordâncias dos colegas:

Voltando a questão do EPI, muita gente me perguntou sobre como é que foi a reunião com a gestão do município de Salvador [...] a AASA ela provocou o ministério público do trabalho e ministério público do trabalho convocou todo mundo para sentar na reunião para decidir essa questão do uma falta de EPI na nossa categoria [...]

Depois de um intenso diálogo, a gente levantou algumas questões né que foram os itens eu nem tenho aqui impresso, mas que foram os itens que o primeiro, na nossa visão, é que não tem por que do agente comunitário estar trabalhando porque atividade do agente comunitário estava sendo meramente censitária, isso é o agente comunitário só tava indo para as famílias e fazer o tal cadastramento, que já foi para o ralo é esse prazo do Ministério da Saúde. Então na nossa visão, eu não tenho por que do agente comunitário serem vitais e sendo que está se arriscando no campo.

Já os agentes de endemias a gente tem que colocar um porém: porque a gente, nós sabemos que a zika, chicungunha não é, principalmente chicungunha tá muito forte. Então é, qual foi a nossa sugestão para os agentes de endemias se eles realizassem um rodízio né, então como que a gente pensou, como é que a gente sugeriu; aí eu digo nós; todas as entidades. Nós sugerimos que é que o agente ele desce plantão uma vez na semana. A gente colocou no papel, são propostas, e a outra coisa que a gente discutiu foi a questão dos nossos colegas que estão em grupo de risco que é um absurdo, os colegas que estão em comunidades, os nossos idosos, as nossas gestantes, as nossas lactantes e está nessa condição horrenda que o município não está liberando ninguém [...]

Eu poderia fazer uma petição é enorme, mas é o que eu queria fazer algo simples né, fácil, para que a categoria pudesse imprimir, porque eu sei que muitas vezes a gente não tem grana para ficar imprimindo um bocado de folha, então fiz um simples mesmo e eu fiz mais compacto possível, porém que passasse a mensagem que a gente queria [...]

Eles falaram que esse documento chegava a ser criminoso porque isso estava atrapalhando as atividades de campo e foi quando né, todas entidades se manifestaram e foi quando que eu falei que quem tinha feito esse documento foi a AASA e não é um documento criminoso. Criminoso é quem quer colocar o trabalhador para trabalhar sem nenhum tipo de proteção e não o que a gente pediu não é nada mais nada menos do que a lei. Porque quando a prefeitura ela quer, ela aplica a lei [...]

Eu vou falar minha opinião, qualquer colega ele pode discordar, mas que se for no caso de rodízio que a gente só trabalha uma vez na semana, eu até gente, eu até flexibilizo na questão do álcool gel, tendo as minhas luvas e as minhas máscaras (live *Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!* - março).

A mediação da AASA nas negociações deve ser legitimada pela “força da categoria”, já que a força no sentido oposto é grande. Ivando enaltece os trabalhadores que contribuem para que essa força coletiva se construa. Entretanto, responsabiliza a própria classe por uma

"fraqueza", ou uma permissividade ao se submeter a condições adversas de trabalho, criticando sua naturalização como um dificultador para que se promova avanços:

Mas, pelo menos, o que eu tô vendo é que se estão avançando né, é graças à força a nossa da categoria que eu quero parabenizar cada um de vocês!

Eu acho que o que fez a gestão, ela flexibilizar sobre ir para o campo somente com o EPI, eu sei que a gente tá tendo esse embate inicial porque por culpa nossa. Porque a gente sempre permitiu, sempre se permitiu a trabalhar sem nenhuma condição de trabalho, trabalhando em locais improvisados e trabalhando nas piores condições de trabalho possível. E quando a gente vai numa força dessa, bate o pé no chão e diz que não vai se não tiver material, claro que a gente tem, como diz (Isaac) Newton né, que quando você exerce uma força, se você tem essa, você tem um reflexo nessa força de forma igual inversa (live *Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!* - março).

Ivando enfatiza, nas duas lives, seu posicionamento pessoal e como profissional de saúde em favor das recomendações fundadas em conhecimento científico, apelando aos profissionais de saúde que não fundamentam suas práticas em qualquer religião, sem, novamente, desmerecer as religiões. Contesta a atuação do Presidente da República na troca de Ministro da Saúde, na falta de alinhamento com os estados, em atos não fundamentados na ciência e em atos contrários à manutenção dos direitos dos trabalhadores.

Nossa live de hoje eu vou fazer um pouco mais curtinha porque às 8:30 eu vou bater minha panela para fora bolsonaro, com todo respeito a quem votou nele ou quem gosta dele. Mas na minha opinião ele na saúde tá horrível, tá horroroso, essa é uma opinião pessoal. Esse último, essa última medida provisória dele que ele cortou quatro meses de salário dos trabalhadores foi a gota d'água. É claro logo após ele revogou, acho que pessoal deve ter falado: olha velho você pegou pesado, mas a gente já entende a intenção dele por aí (live *Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI, ASSISTA!* - março).

A gente não tá vendo nenhum alinhamento por parte do governo federal e também os estados. Com o ministro Mandetta, o último ministro da saúde, a gente conseguia entender alguma coisa, agora com esse ministro atual é tudo muito complexo. A gente não sabe nada e ninguém sabe nada e a gente acaba sabendo menos do que nesse momento, tudo envolve é uma política mesquinha, baixa, de querer apontar o que o presidente quer, independente da ciência. Isso aqui é um posicionamento que, nós da saúde, a gente tem que ter ele como base, nós da saúde a gente tem que estar do lado da ciência. Não do lado do achismo, não do lado da religião.

E eu peço para vocês que tem a sua religião, seja ela qual for, que vocês orem por essas pessoas, orem pelo nosso Brasil, seja da religião que for olá seja daquilo que deseja acreditar, energia, seja o que for. Mas na hora de pautar saúde, vamos seguir a ciência (live *Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE*).

O conteúdo produzido pelo canal articula conhecimentos dos campos da saúde, da justiça do trabalho e da comunicação nas mídias digitais, em diálogo com vivências e posicionamentos pessoais de Ivando e de suas interações interprofissionais com os ACS e ACE. Ivando se apropria da linguagem e atua em defesa desses campos, para benefício das práticas na atenção e na associação de trabalhadores. Expõe uma identificação com as instituições que produzem pesquisas em saúde como profissional atuante na área, sem que neste processo diminua os

saberes dos colegas de trabalho. Se identifica com a instituição do funcionalismo público na saúde, e se manifesta contra a falta de vínculo profissional dos ACS e ACE. Vai além do exemplo pessoal e do convencimento: busca apoiar os ACS e ACE a produzir suas próprias análises críticas junto a ele e aos colegas, a produzirem soluções, como tirar fotos dos produtos que utilizam (no caso dos ACE). Utiliza estratégias na própria produção do audiovisual, como a leitura comentada de notas técnicas, e também o diálogo através do chat e das interações com os comentários na plataforma. O dispositivo interacional midiático, assim, efetiva mudanças nas práticas do próprio Ivando e visa produzir mudanças nas práticas sociais de seu público, a partir de uma comunicação dialógica. Salienta possibilidades da comunicação mediada pelas mídias digitais como promotora de trocas nas práticas de atenção e do associativismo. O trabalho de Ivando possui, portanto, um “metacapital”, que transmite valor a diferentes campos (COULDRY, 2014, p.235):

É o relatório da Fiocruz, um relatório científico, eles fizeram isso no Rio de Janeiro porque é onde é Fiocruz, ela *tem um centro lá, muito bonito por sinal, que eu já fui*. Inclusive eu tenho, eu lamento muito a questão dos agentes comunitários em endemias do Estado do Rio, do município do Rio de Janeiro, que eles não *tenham vínculo direto com a administração*. Recebem cursos maravilhosos da Fiocruz, mas a qualquer momento podem ser demitidos, há exemplo de agentes comunitários que foram demitidos no Rio de Janeiro, porque eles eram de uma terceirizada. E esse conhecimento acaba se perdendo.

Mas, entrando no assunto, sem querer fugir, então, o que que a nota técnica, olha aqui eu vou colar, viu, que eu vou eu pretendo ler a nota técnica porque *muitas vezes o pessoal não leu a nota técnica e pelo título já tá fogueando a nota técnica da Fiocruz sobre essa situação*. Eu vou deixar o link da nota técnica nos comentários do vídeo, quando ele acabar, porque eu esqueci, me desculpem, mas se vocês quiserem acompanhar a leitura ela tá no meu blog, Ivando Agente de Saúde, só você pesquisar no google que você acha. E eu vou começar lendo a nota técnica e ao final da leitura eu vou apresentar as minhas considerações. Tá tudo bem? Então vamos lá [...]

E eu *peço que vocês conheçam sobre a nossa categoria, tudo, e leia uma embalagem de todo o produto que eles dão para você trabalhar*. Isso é essencial, se puder tire foto e guarda sua foto! Não é crime! Você tira a foto daquele produto que você trabalha, crime é o município não apresentar o produto você tá usando e muito menos não querer mostrar a você o rótulo! (Live *Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE*).

Na tabela 7 são sistematizadas as interações no chat das lives analisadas em profundidade. Foi possível adotar a mesma tipologia utilizada nos outros canais para a categorização dos enunciados predominantes. Os comentários e perguntas apresentados novamente foram transcritos exatamente como se apresentaram no chat, sem correções ortográficas.

Tabela 7- Número de interações no chat por categoria das lives do Canal Ivando Agente de Saúde.

Interações no Chat								
Título da live	Registro de presença	Expressões ou emogis com função fática	Comentários por parte do canal no / sobre o chat	Expressões ou hashtags referentes à Covid-19	Exaltações/críticas emogis ou hashtags referentes à APS ou ao SUS	Exaltações/críticas emogis ou hashtags referentes à live, ao canal, moderador ou participante no chat	Perguntas/Comentários referentes à experiência ou ao chat	Total de interações no chat
Se o gestor te obriga a ir para o campo sem EPI ASSISTA	1	26	4	1	0	7	19	58
Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE	10	21	27	1	0	7	13	79

Fonte: Elaborada pela autora a partir de transcrição dos chats de lives do Canal Ivando Agente de Saúde do YouTube.

As interações no chat das lives do canal Ivando Agente de Saúde mostram um público de participantes-internautas que se apresentam como colegas ou irmãos, sendo possível inferir que são ACS ou ACE. Participam da live de diferentes municípios do Brasil, a maioria da região nordeste, mais alguns do sudeste. Nas lives deste canal, poucas são as expressões com uso de hashtags, sendo registradas somente o #ficaemcasa e #washhands. Mostram uma forma de uso da ritualidade no chat nas expressões fáticas e alguns *emojis*, mas utilizam a escrita e não outros símbolos normalmente utilizados na gramática da internet. Alguns comentários são elogiosos a iniciativa de Ivando, agradecem a pronta resposta e sublinham seu conhecimento sobre o assunto debatido:

- D. B. Boa noite! Ace de Itapitanga, Bahia!
- I. R. Carutapera – MA.
- J. V. Boa noite colegas de todo Brasil! J. Vieira (ACE - Teresina / PI).
- A. B boa noite, companheiros.
- T. E. Boa noite colegas, Belo Horizonte.
- L. T. Sou Presidenta do Sindicato dos Servidores e Servidoras Municipais de Presidente Prudente e Região, no estado de S. Paulo.
- R. M. Boa noite Ivando! Feira de Santana ligado no canal.
- A. P. A. Boa noite irmãos, vamos à luta!
- F. A. M. S. parabéns!
- Z. D. P. Parabéns pela sua informação. Obrigada.
- C. S. 🍌🍌🍌🍌❤️
- L. T. Obrigada por responder.

Sentidos nos comentários dos participantes do chat reforçam os posicionamentos de Ivando sobre a prioridade da biossegurança dos trabalhadores, que na pandemia deve se realizar através do uso de EPIs de qualidade e em número suficiente. São apropriados pelos participantes-internautas destes chats, constituindo-se em possíveis “elementos de saída” (BRAGA, 2017, p. 81) para modificar as práticas, em outros circuitos no mundo social destes trabalhadores, cumprindo o objetivo do canal. No entanto, em sua maioria, são relatos de experiências semelhantes às situações comentadas de falta de EPIs e dificuldades de negociação

com os gestores das unidades, sendo elogiosos quando há boas experiências. Se referem à manutenção das práticas de APS dos ACS e ACE e apontam a complexidade da discussão, já que, ao mesmo tempo, devem seguir as normas de segurança do trabalhador.

As interações também produzem sentidos de identidade, pertencimento grupal à categoria e apoio mútuo, mas com pesar, sem enaltecê-la. Manifestam preocupação com os colegas que estão trabalhando e ressaltam o desprestígio e a humilhação que sofrem como trabalhadores de saúde, apesar de sua dedicação no exercício das práticas. Também não há exaltações à APS e ao SUS. Sugerem que o apoio mútuo, neste caso, deva ser mais prático, incluindo o uso do documento fornecido por Ivando para ser utilizado junto à gestão.

C.I. boa noite ivando, aqui em São Gonçalo DERAM 10 MASCARAS E 1 TUBO DE ALCOOL GEL E JÁ ESTÁ ACABANDO.

C.I. NA MINHA UNIDADE ESTAMOS SEM EQUIPE DE ENFERMAGEM POIS, FORAM COLOCADOS EM QUARENTENA E A GESTÃO IRRESPONSÁVEL MARCOU VACINAÇÃO NAS RESIDENCIAS

I. B. Passamos por tantas coisas e ainda somos humilhados 😞

a. p. b. Se eu pudesse dizer tudo que penso!

Q. s. É muito complexos essa situação

G. I com Epi's já é um risco...imagina sem?

P. M. Luvas de procedimentos, Só serve para executar 01 procedimento, a cada casa visitada deverá troca a luva.

L. H. b. e der só uma mascara e uma luva só faz um imóvel

F. A. M. S. Boa noite! Sou de Campina Grande, PB. Eu estou afastado por pertencer ao grupo de risco, mas me preocupo com os outros que trabalham com medo porque a proteção não é 100% garantida de EPI.

L. H. b. devemos entregar esse documento em duas vias?

Como Ivando responde nominalmente à maioria dos comentários e perguntas, é possível inferir que crie uma expectativa nos internautas de respostas tipo ida-e-volta. Esta proximidade parece significativa na construção da relevância comunicativa do canal. Neste caso, a “volta imediata ao ponto de partida” (BRAGA et al., 2017), se traduz em um feedback imediato, que inclusive possibilita a Ivando a construção de novos produtos do canal que sejam de interesse de seu público. As interações entre internautas e o canal, tanto no chat quanto fora dele, ficam visíveis na plataforma YouTube. Não há registro de comentários e perguntas de conteúdo impróprio ou hostil. Não há a mediação de equipe de comunicação, sendo todos os comentários respondidos pelo próprio Ivando ao vivo:

N:Boa noite aqui é Nayara do posto de BH

I:Oi Nayara um abraço! Boa noite, João Vitor, Maruzia, Agnaldo de Salvador, meu conterrâneo um abraço! Ô gente, eu sou do Rio de Janeiro, mas sou de Salvador há quase 20 anos, então já sou carioca, já sou soteropolitano [...]

P:Oi, boa noite sou de campina grande, tô afastado, ô pessoal do grupo de risco, mas me preocupo com os outros que trabalham com medo porque a proteção não é 100 por cento garantida pela EPI.

I:É verdade o EPI, ele tem uma garantia mínima e se você pegar os EPI, quando a gente vê na China, na Tailândia, quando você vê o nosso, o medo aumenta muito mais! [...]

I:Eu espero ter sido claro, qualquer dúvida você pode chegar aí no comentário do YouTube e deixar sua dúvida, eu sempre respondo os comentários, assim às vezes não é na mesma hora, mas eu sempre respondo (live *Entenda a recomendação da FIOCRUZ sobre as atividades do ACE*).

Sentidos relacionados à coordenação do cuidado pela APS e alguns temas relacionados à resposta clínica à Covid-19, abordados nos dois canais anteriormente analisados, não estão presentes nos materiais ou interações neste canal. Seu foco é nas práticas nas quais os ACS e ACE estão mais diretamente envolvidos.

A institucionalidade do canal Ivando Agente de Saúde se manifesta no interesse em se constituir como uma referência para a atuação do ACS e ACE. Inferimos que alcança uma relevância comunicacional fundada no constante diálogo com as práticas cotidianas, que possivelmente ocorrem em interações presenciais narradas e também em interações midiáticas no YouTube. No entanto, este diálogo também se apresenta entre saberes legitimados institucionalmente e práticas cotidianas, na interface entre o associativismo em saúde (incluindo a justiça do trabalho e saúde do trabalhador) e campo científico no que se refere à APS.

4. As duas etapas dos circuitos comunicativos das práticas de APS: confluências, negociações e enfrentamentos

Estamos diante de um mapa cultural bem diferente daquele a que nos acostumou a retórica maniqueísta do desenvolvimentismo. O mapa real encontra-se tecido de continuidades e descompassos, de secretas vizinhanças e de trocas entre modernidades e tradições. (M. Barbero no livro *A Comunicação na Educação de 2014*)

Os circuitos analisados, considerando as duas etapas do Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde, apresentaram diferentes modos de interação inclusive pela distinção de contextos; mas se têm uma similitude a ser apontada é a motivação mais ou menos manifesta de legitimar as práticas de APS realizadas na pandemia. Os circuitos da primeira etapa do mapa encontram-se interligados aos circuitos da segunda etapa, não sendo possível analisá-los sem considerar seus contextos de produção. Isso foi feito nas seções anteriores, em relações construídas a partir das categorias analíticas com os enunciados nos títulos dos produtos, nas narrativas e interações de cada canal. Através do mapa pretendi analisar as complexidades sem objetivar, naturalizar e uniformizar os processos culturais e comunicacionais. Os episódios analisados ilustram a diversidade do espaço social das práticas de saúde de APS no Brasil e suas características culturais, não sendo justificada a construção de uma imagem generalizadora como carreadora da mudança que se procura engendrar.

Com base no mapa enfatizo que as mediações tecnológicas têm um papel importante na produção social de sentidos, mas todas as mediações culturais que intervêm no cotidiano das pessoas também têm. As instituições de saúde, de pesquisa, as entidades governamentais, os movimentos sociais, e também a família, o grupo de amigos, as lideranças de bairro, os colegas de trabalho, os formadores de opinião, todos eles constituem as mediações que, junto com a mídia, influenciam de formas variáveis os sentidos que produzimos sobre a saúde. Por isso, os circuitos comunicativos entre os dispositivos das práticas sociais e dispositivos midiáticos se conectam no modelo, buscando a compreensão de continuidades e mudanças entre os sentidos das práticas em diferentes momentos. Assim, entendo que o sucesso de uma ação de comunicação envolvendo as práticas de saúde se beneficia da compreensão das mediações como identificação dos destinatários dos circuitos, de suas características, de suas formas de se relacionar com o meio em que as interações são produzidas.

O centro do mapa das mediações de Martín-Barbero (1997/2009) originalmente estão em comunicação, cultura e política. No nosso modelo, a comunicação nas práticas está no centro, na primeira etapa, a comunicação das práticas na segunda. Busquei, nesta representação,

afirmar que a cultura e política se aglutinam nos processos comunicativos nas práticas e posteriormente em sua comunicação midiaticizada, sendo que em nenhum destes momentos a comunicação é neutra ou original, sendo sempre política e cultural.

Proponho-me a sublinhar, na seção que se inicia, alguns aspectos, com base nas categorias de análise, que considero relevantes nas mediações e sentidos referentes aos circuitos de cada etapa do mapa. Ressalto permanências e mudanças nos dispositivos a partir dos objetivos da pesquisa: a comunicação institucional no processo de trabalho em APS e na rede de saúde, a comunicação interprofissional em atividades planejadas e não planejadas na APS e a comunicação entre profissionais de saúde e usuários do serviço em sua importância na assistência, prevenção e promoção da saúde.

a) Primeira etapa do mapa:

Os circuitos comunicativos na primeira etapa do mapa têm como momento inicial os episódios interacionais vivenciados nas práticas de atenção primária em algum momento nos sete primeiros meses da pandemia. Em sua maioria, as narrativas foram de profissionais de saúde que atuam na atenção, sendo produzidas também por profissionais com práticas na educação profissional da APS, gestores e representantes de entidades, secretarias estaduais, além de profissionais com múltiplas atuações e um representante de usuário, além das experiências relatadas nos chats, em que nem sempre era possível identificar o papel social de quem interagiu. Através das mediações, relacionamos os episódios narrados aos dispositivos de interação, às matrizes da APS e do modelo biomédico.

Episódios de interação profissional-usuário mostram que dispositivos de acesso e cuidado longitudinal nas unidades de saúde e também nas ações externas, consultório de rua, nas visitas domiciliares, tiveram que ser modificados. As mudanças produziram ritualidades (em novos fluxos, mudanças na estrutura física, uso de EPIs pelos profissionais e máscaras pelos usuários), tecnicidades (para diagnóstico e atendimento de casos de Covid-19 como o uso de oxímetros, termômetro infravermelho, realização de testes RT-PCR, e para a comunicação remota).

Algumas práticas da APS foram priorizadas, outras foram interrompidas ou transformadas em diferentes momentos no período investigado, nas diferentes unidades de saúde pelo Brasil em que trabalhavam os profissionais que narraram suas experiências. A interrupção das atividades foi predominantemente enunciada como ‘fraqueza’, sentido tensionado pelas narrativas de profissionais que viram a interrupção como alternativa à falta de segurança para a realização das práticas.

As ritualidades das interações profissional-usuário na APS passaram a levar em conta toda uma nova rotina de colocação e retirada dos EPIs, higienização de mãos e equipamentos. Alguns episódios apontam resistência por parte dos ACS em usá-los. Há relatos de falta de orientação sobre seu uso e sobre a falta de equipamentos, especialmente nas primeiras lives, que correspondem aos três primeiros meses da pandemia. Causaram dúvidas, desconforto, limitações e estranhamento, mas também foram apontadas como fundamentais para sua realização. As vivências narradas indicam que as ritualidades de cuidado em saúde passaram a contemplar a biossegurança como um fator decisório nas práticas, o que não era relevante antes da pandemia, mas que isto não foi feito de modo regular em algumas unidades e práticas pela falta de EPIs e por resistências e dificuldades de uso.

O acionamento de dispositivos de teleatendimento e o monitoramento remoto mediado pelas TICs, pouco ou não experimentados antes da pandemia, também envolveu a criação ou mudança de ritualidades. É interessante que outras investigações futuras possam apontar se estas novas ritualidades e tecnicidades experimentadas nos episódios de atendimento presencial e remoto, reforçadas pela motivação da biossegurança, serão estabelecidas de forma permanente em diferentes dispositivos nas práticas de APS a partir da pandemia de Covid-19. Diferentes falas de profissionais sugerem que sim: que as TICs foram desmistificadas e que vieram para ficar. São mencionadas em poucas falas preocupações com as competências de recepção dos usuários no que se refere ao uso das TICs, considerando dificuldades nos teleatendimentos explicitadas em episódios relatados. Portanto, embora os profissionais possam ter começado a adequar as tecnologias mediando suas interações, há que se ressaltar nas investigações a aceitação ou dificuldades levantadas por parte dos diferentes grupos sociais a que se destinaram estas práticas.

No que se refere ao uso das TICs, em episódios de educação em saúde, foram mencionadas algumas experimentações: a criação de programas de rádio ou campanhas enviadas via WhatsApp para os usuários, por exemplo, envolveu adaptações de consultórios e a produção de materiais realizados entre um atendimento e outro. Foram utilizados recursos próprios dos profissionais, como aparelhos celulares para filmagem e compartilhamento em grupos de WhatsApp pelos ACS. Há poucos indícios de que estes novos dispositivos sejam instituídos nas unidades, e de que tenham ganhado status de práticas de cuidado com o mesmo prestígio e inserção nas rotinas que os atendimentos regulares e emergenciais. Apesar disso, nas interações com objetivo educativo mediadas pela tecnologia ou não, foi ressaltada a importância de se produzir conteúdos que pudessem ser legitimados pelos usuários, devido ao

vínculo anteriormente estabelecido com as unidades, como uma resposta às “fake news”. A aposta é que, na competição entre narrativas técnicas mediadas pelo vínculo (entre profissional, instituição e usuário), e suas versões “fake”, as primeiras possam sair vitoriosas.

Sacramento (2020) recorda a afirmação de Foucault de que em cada sociedade a produção do que se considera verdadeiro está relacionada às articulações entre poder e saber, na valorização e legitimação de determinadas instituições e práticas. Afirma que, na contemporaneidade, vivemos uma transição de um regime de verdade baseado na confiança nas instituições tradicionalmente legitimadas na produção de conhecimento, para outro regime, “regulado pelos dogmas, pela intimidade, pela experiência pessoal” (SACRAMENTO, 2020, p. 5). Martín-Barbero (1997/2009) já apontava que a ciência busca uma imagem vertical, uniforme, centralizada e racionalizada de poder e saber para controlar outras formas de saber que ainda permeiam as culturas de todo o mundo.

Em nosso tempo, as sociabilidades relacionadas a legitimação de práticas e conteúdos que relacionam ciência e saúde são atravessadas por novas tramas culturais, o que deveria ser mais problematizado pelas práticas de saúde, especialmente em seu objetivo educativo. O comprometimento das narrativas “fake” com agendas políticas e religiosas fortemente relacionadas a valores conservadores e individualistas, mesmo que em detrimento das evidências científicas, tem sido apontado em diferentes estudos (REGO & BARBOSA, 2020; SACRAMENTO, SANTOS, ABIB, 2020). Diante desta arena de disputas, a regulação das ações de autocuidado passa a ser legitimada pela experiência pessoal e também grupal. A rejeição do conhecimento científico é baseada em pressupostos culturalmente produzidos, e geralmente partilhados por grupos de pertencimento.

Episódios envolvendo dispositivos educativos de saúde no Rio de Janeiro ressaltaram a valorização da comunicação como transmissão do conhecimento em uma “linguagem mais fácil” para se promover a mudança de hábitos, ajustamento e adesão na pandemia. Ainda se baseiam fortemente na falta de informação e de letramento como determinantes estruturais, reforçando a responsabilização individual e o autocuidado. Mesmo que os profissionais procurem uma adaptação que deve contemplar a forma de expressão da comunicação interpessoal e dos produtos e materiais, procurando produzir mensagens mais acessíveis e próximas, suportes mais adequados e sair ao encontro dos destinatários de modo proativo, é preciso considerar o debate e apropriação dos conceitos desenvolvidos, avaliar as mudanças promovidas, se não no nível dos comportamentos e atitudes, pelo menos no nível de entendimentos e aspectos culturais envolvidos. Mesmo que os dispositivos em sua concepção

proponham uma mudança do sentido curativo para o sentido preventivo nas práticas, o viés educativo pode apenas se associar a um sentido punitivo, sem considerar que muitos grupos não podem, não conseguem ou não desejam fazer as escolhas sugeridas como “corretas” por inúmeros motivos. Lembro aqui que, apoiados no modelo informacional de comunicação, muitos atores ainda creditam a mudança de comportamentos à informação fornecida pelas instituições legitimadas, que atualmente buscam apoiar-se nos meios de comunicação e nas mídias digitais. No entanto, as análises ora atribuem aos próprios meios o agenciamento das mudanças ora os consideram “instrumentos passivos de uma classe dominante, esquecendo o duplo papel de agência e agenciamento da mídia que transforma e é transformada pela sociedade” (MUZI, 2020, p.28).

Em algumas experiências relatadas, no entanto, os fatores econômicos, relacionados a enorme desigualdade social no Brasil foram apontados como algo que inviabiliza a adoção de isolamento social e medidas de higiene constantes. O problema mobilizou ações para que pudessem ser adotadas algumas das medidas em comunidades no Recife e em Mossoró. Nestas práticas, a dimensão transmissiva da comunicação foi tensionada pela dimensão dialógica e pelo determinismo social do risco de doenças infecciosas, desde o questionamento da dureza atribuída a formulação de recomendações por parte das autoridades sanitárias, até o reconhecimento de que as soluções oferecidas pela população eram mais fáceis, possíveis e resolutivas que alguma oferecidas pelos profissionais. Nestes relatos, então, admitiu-se não ser possível um gerenciamento individual dos fatores que produzem o risco de contrair ou transmitir a Covid-19. Reforçam que os dispositivos interacionais devem promover a escuta e uma educação que apoie os processos mais dialógicos e participativos.

No entanto, na pandemia, os próprios protocolos clínicos brasileiros sofreram grande influência de narrativas que divergiam das evidências científicas, como no caso da utilização de medicamentos, em especial a Cloroquina e Hidroxicloroquina, no tratamento precoce da Covid-19. Este tema foi silenciado em lives que tratavam especialmente das respostas clínicas da APS à pandemia. Não esteve presente diretamente nos episódios relatados, mas em questionamentos no chat nas lives *O atendimento de Urgência e Emergência na Atenção Primária no contexto da Covid-19* do canal Portal da Inovação e *Atenção Básica na Saúde Salva Vidas* do canal do CNS.

As lógicas das práticas clínicas no início da pandemia, de modo geral, priorizaram o atendimento a casos leves e monitoramento, mas, aos poucos, as unidades voltaram a atender os usuários que já eram regularmente acompanhados, acumulando funções. Algumas

tecnicidades foram introduzidas posteriormente também para o cuidado de casos graves de Covid-19, ampliando a possibilidade das unidades de realizar atendimentos de urgência e emergência. Já no mês de setembro muitas unidades pelo Brasil tiveram o aparato biomédico para atendimento da Covid-19 reforçado. Um relato aponta que “uma unidade se transformou em duas”, aumentando a carteira de procedimentos possíveis de se realizar. Algumas narrativas nos episódios de interação interprofissional para o treinamento de atendimentos a casos graves apontam para as tecnicidades efetivadas como uma excepcionalidade ou “quebra galho”, outras como uma possibilidade de implementação de dispositivos para a educação permanente. Enfatizam o incremento de aparato biomédico, o treinamento como uma negociação com as demandas dos profissionais nas unidades, mas silenciam sobre a contratação de novos profissionais para a realização de mais tarefas. Alguns relatos apontam a realocação de profissionais, como no caso dos dentistas, que passam a apoiar o monitoramento remoto, já que muitas de suas práticas apresentavam risco de contaminação e foram postergadas. Alguns profissionais tiveram que rever seu papel, o que inclui fazer um trabalho diferente de suas práticas profissionais habituais e vivenciar novas ritualidades e novas socialidades. Outras experiências, como a de BH e Sorocaba, mostraram fluxos de comunicação entre secretaria municipal e unidades já instituídas, constituindo-se em importante dispositivo que apoiou as práticas de atenção durante a pandemia. Em outros municípios como Arapiraca e Mossoró, buscou-se produzir institucionalidades em fluxos para o encaminhamento de casos de Covid-19, em episódios de comunicação institucional com outros níveis de atenção. Episódios interacionais indicaram a realização do cuidado integral e a coordenação do cuidado, mas provavelmente constituíram-se em excepcionalidade, apesar do desejo dos apresentadores dos relatos de que fossem instituídos.

Críticas sobre a priorização das respostas hospitalares e das respostas clínicas da APS à pandemia em detrimento das respostas comunitárias corroboram com o entendimento de um ajustamento das institucionalidades da APS aos sentidos de urgência e emergência. A produção desses sentidos ratifica a valorização social do cuidado na urgência vinculada à lógica neoliberal, e se alinha a uma série de mudanças na relação capital-trabalho. Nesta lógica deve-se “fazer mais coisas, em menos tempo e com menos pessoas”, o que pode é ainda mais ressaltado na pandemia pela “supervalorização da ação, concebida como antídoto contra a incerteza” (AZEVEDO, 2013, p. 54-55). Este processo pode ser destacado nas soluções de gestão da APS em municípios brasileiros em que as práticas são reguladas por meio das Organizações Sociais (OS), em que se propõem terceirizações, instituindo a chamada

“pejotização”⁶⁹. Nestes casos, avalia-se a diminuição dos vínculos empregatícios e o aumento da precarização, na diminuição de direitos trabalhistas. Se na carteira de práticas oferecidas há um maior número de práticas clínicas classificáveis como ‘atendimentos’ ou ‘procedimentos’, há uma maior facilidade para seu pagamento através deste modelo.

Os dispositivos da APS trazem em sua formalização a marca da flexibilidade e da constante capacidade de adaptação, considerando que foram concebidos para serem realizados por uma equipe multiprofissional, e também que envolvem múltiplas ações relacionadas a seus diferentes atributos. No entanto, antes da pandemia, a realização dos atributos pelas equipes de saúde da família era criticada como “custosa e inefetiva” a partir de indicadores de desempenho mais orientados pela lógica dos atendimentos do que da produção integral de cuidado (MENDES, 2012, p.77). Os serviços de APS já eram pressionados a priorizar dispositivos como o acesso avançado, acesso não presencial e horário estendido em detrimento das ações de longo prazo como a educação em saúde. Os dispositivos de acesso revigoraram-se na busca de produzir respostas à pandemia que fossem mais interpretáveis a partir da lógica neoliberal, representada em algumas práticas de gestão, como ações de saúde mais resolutivas.

A valorização dos sentidos de urgência e emergência vai ao encontro de características atribuídas ao trabalho em saúde vinculadas à matriz biomédica, e que são reforçadas pela lógica neoliberal. Algumas consequências apontadas nas práticas que mobilizam esses sentidos são o imediatismo, a divisão de tarefas, a capacidade de assumir riscos, de tomar decisões e de se adaptar a condições de trabalho extenuantes. No entanto, na APS, a valorização da urgência não significa necessariamente a exclusão das outras ações: muitos episódios relatados abordaram o acréscimo dos atendimentos e outras ações relacionadas aos casos de Covid-19 às práticas rotineiras das unidades. Esta estratégia também remete à lógica neoliberal e tem também como consequências a sobrecarga de pequenos grupos que realizam muitas tarefas diferentes, a submissão a pressões e ritmos de trabalho em constante aceleração, pouca possibilidade de questionamento ou reclamação devido ao risco do desemprego; sendo estas características das relações de trabalho especialmente a partir dos anos 1980 (SENNETT, 1999; DEJOURS, 1999; AZEVEDO, 2013).

⁶⁹ O termo “pejotização” é um outro modo de nomear os processos de “terceirização” na contratação de serviços de pessoas físicas por meio de pessoa jurídica especialmente constituída para esse fim: “o profissional corresponde a uma pessoa jurídica com a única finalidade de prestação de serviços” (SILVA, CARVALHO & SANTINI, 2020, p.329). Estudos durante os meses iniciais da pandemia apontaram implicações devido à maior fragilização e precarização das relações de trabalho dos profissionais vinculados aos serviços de saúde contratados por essa modalidade. Entre os prejuízos aos trabalhadores destacam-se a redução da renda devido à ausência em ocasionais afastamentos e a insegurança proporcionada às famílias nos casos de adoecimento e óbito.

Muitas dessas consequências, no entanto, são romantizadas como capacidade de resistência, resiliência e culto à performance. Os valores da experiência clínica pessoal e a autonomia profissional persistem como um sentido residual no caso das práticas de saúde como o que legitima as práticas (SCHRAIBER,1997), mas pode ser renovado pela releitura contemporânea em modos de legitimá-la como performance (EHRENBERG, 2010). Na pandemia de Covid-19, por exemplo, narrativas de médicos e enfermeiros da APS reforçam o sentido de que suas práticas são heroicas. A desvalorização da resposta da APS, mesmo antes da pandemia, era relacionada à invisibilidade do herói-trabalhador da APS por parte da mídia tradicional, pelas entidades governamentais e até pelos profissionais que estão sendo formados. Para a enfermeira de Mossoró, diferem da imagem que faz de si mesma, apaixonada pela estratégia da atenção primária, formada na época da implantação, alguém que não espera as condições ideais para realizar sua prática. Por isso, entende que deveriam ser adotadas estratégias comunicativas “sedutoras” na disputa de narrativas que enaltece as práticas de APS. Suas falas exemplificam o sentido da resiliência como força ou luta pelos valores da APS e do SUS, associada ao heroísmo; sentidos identificatórios para o grupo dos trabalhadores que exercem estas práticas e marcam sua sociabilidade. Seriam parte de um currículo oculto da formação do profissional da APS, o que a enfermeira nomeia como “formação política” e um internauta como “formação militante”.

A imagem do profissional de saúde como herói, como alguém que tem a capacidade “de se separar do mundo”, “de se elevar acima da condição humana” (e aproximá-la de uma condição divina), ou de elevá-la “ao altar do extraordinário” (EHRENBERG, 2010, p.29-30), no entanto, esconde algumas armadilhas. O herói quando veste sua "máscara" (GOFFMANN, 1975) esconde sua fragilidade, sua fadiga, o medo, as constantes ameaças de não ser bem sucedido, geralmente vividas como problemas pessoais. Esconde também sua face “kamikaze”, de se entregar ao sacrifício pela causa, como algo que comunicaria o sentido “de força” a outros grupos.

Muitos foram os relatos de episódios que sublinharam condições insuficientes para a realização das ações destinadas à APS durante a pandemia de Covid-19. Mesmo que em nome de valores coletivos a que se filiavam, a imagem do herói acaba por despolitizar a luta por condições “humanas” de trabalho, não como “ideais”, mas como direitos. O médico do Distrito Federal narra o adoecimento geral de sua unidade com o passar de poucos meses de pandemia, dispondo, no momento de sua fala, de poucos profissionais que revezavam entre si, e de um gestor que buscava insumos com meios próprios. Diz que sua fala era um pedido de socorro,

mas o que queria mesmo era “incentivar a moral da tropa”, como se não fosse possível parar nem para pedir socorro: os profissionais estão em uma luta que é como uma guerra. Guerra contra a pandemia e para continuar a “fortalecer” a atenção primária.

Fazer mais coisas, em menos tempo, com um grupo menor de pessoas, geralmente leva ao fracasso. E os fracassos também comunicam sentidos. Embora a autoridade profissional possa conferir uma imagem de força e controle da situação de saúde, a noção do profissional como onipotente inevitavelmente leva à decepção e desilusão quando as coisas dão errado (LUPTON, 2012). As narrativas das práticas podem ser contraditórias, assim como as próprias práticas. Podem também mostrar o quanto a dominação pode ser sutil na produção de modos de ação, mas que a “submissão é menos aceitação que impotência” (MARTÍN-BARBERO, 2014, p.24). A realização dos atributos da APS através do grande leque de práticas que comporta também é apontada como onipotência em muitas localidades, motivando descontentamento da população e avaliações de fracasso (BORGES & BATISTA, 2010; MENDES, 2012; CECÍLIO & REIS, 2018). A rotatividade de profissionais da APS, sublinhada nestes estudos, são soluções em um nível pessoal, assim como em alguns tipos de autoassistência, como o uso de psicotrópicos que “estão aí para nos fazer enfrentar a realidade” (EHRENBERG, 2010, p.143). As instituições, de modo perverso, podem favorecer processos identificatórios acríticos, enaltecendo a capacidade de adesão a seus valores, a coesão, o consenso e a adaptação às dificuldades (AZEVEDO, 2013).

Contudo, alguns comentários nas primeiras lives sobre as expressões “atributos essenciais” (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e “atributos derivados” (orientação familiar e comunitária, competência cultural) sugerem que a priorização das práticas vinculadas aos primeiros deve ser reavaliada. A referência a estas características da matriz e o sentido de apoio mútuo ressaltam que o compartilhamento de saberes, responsabilidades e o planejamento conjunto amenizam as dores dos fracassos e aumentam as chances de sucesso em um nível local. Episódios sobre o trabalho em equipe nas unidades da APS, o apoio do NASF e outros dispositivos comunitários e intersetoriais mostram que, mesmo diante de condições adversas, o esforço coletivo produziu uma série de ações coordenadas e bem sucedidas nos sete primeiros meses da pandemia de Covid-19. Os dispositivos da APS acionados revelaram modos de atuação efetivos que se diferenciam bastante das práticas individuais e da responsabilização centralizada da matriz biomédica. Na contramão do individualismo e da desvalorização de projetos compartilhados e coletivos, muitas são as falas

de agradecimento ao trabalho em equipe, da honra por estar representando os colegas de trabalho, e das soluções em parceria.

Alguns episódios ressaltam, ainda, que algumas soluções não foram fruto de “quebra-galho” ou improvisadas, mas consideram a responsabilidade institucional e o apoio intersetorial. Nestes casos, é importante sublinhar a conciliação, na legitimação institucional das práticas pela ciência e pela experiência, como atenção produzida a partir de uma realidade local ou centrada no usuário. Como exemplos, o planejamento conjunto em constantes reuniões de equipe para “adaptação” dos protocolos a realidade local, relatado por um dos médicos do Rio de Janeiro e o uso de ferramentas de “gestão clínica” para apoiar o “trabalho interdisciplinar e colaborativo” a partir de “evidências científicas” para propor as ações de cuidado na experiência de Belo Horizonte. Mostraram soluções com referências aos padrões e a produção de planos singulares, tanto para os processos de trabalho quanto nos planos terapêuticos.

O enfrentamento mediado pelo associativismo no trabalho dos ACS e ACE mostra modos de interação marcados pela não aceitação de condições impróprias de trabalho, bem diferentes dos exemplos nas práticas de médicos e enfermeiros, episódios de interação interprofissional de conflito direto entre ACS, ACE e gestores, a judicialização e as negociações com os entes municipais sublinham embates nas disputas de poder nestes dispositivos interacionais. Os trabalhadores são incentivados a parar suas atividades como forma de pressão para que sejam produzidas negociações, caso as normativas e os acordos firmados a partir delas não sejam efetivos. A “força” nas falas do ACE de Salvador é relacionada à desobediência, reforçando, neste caso, os vínculos identificatórios entre os ACE e ACS, sua “categoria”, como sociabilidades, e não a identificação com a APS ou ao SUS.

Apesar de algumas proximidades, inclusive vinculadas a tentativa das unidades de saúde cumprirem protocolos estabelecidos para as práticas de APS durante a pandemia de Covid-19, a diversidade de episódios analisados sublinha a realidade diversa dos municípios brasileiros e dos serviços e equipes da APS, confirmando a análise de Cecílio & Reis (2018) de que a construção da imagem de “uma” APS brasileira seria reducionismo, assim como uma resposta unívoca da APS brasileira à pandemia de Covid-19.

Mesmo que não seja meu propósito apontar a veracidade das situações apresentadas nas narrativas, entendidas como posicionamentos e não como 'pontos de vistas' neutros, foi interessante destacar o vínculo dos produtos com as práticas sociais. Em nossa pesquisa, estas e outras temáticas apresentadas foram relacionadas aos dispositivos interacionais da APS e suas matrizes, e também aos contextos e circunstâncias em que foram produzidas as narrativas e

interações. Foi possível, no entanto, perceber que muitas das temáticas abordadas em nosso trabalho também estão presentes em importantes estudos realizados sobre as respostas da APS durante os primeiros meses da pandemia de Covid-19, com outros focos e métodos.

Nas emergências sanitárias, a associação entre atenção individual e cuidado centrado na comunidade, presente em sistemas fortemente baseados na APS, se mostra ainda mais importante. No Brasil, contudo, o modelo tem sido descaracterizado, e por isso “a centralidade no cuidado individual a casos graves descuroou a abordagem populacional comunitária necessária ao enfrentamento da pandemia de Covid-19 no Sistema Único de Saúde (SUS)”(GIOVANELLA et all., 2020, p.2). A importância da abordagem comunitária durante a pandemia é apontada na pesquisa *Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS*⁷⁰, realizada entre os meses de maio e junho de 2020. Dentre as ações desenvolvidas na APS, foi ressaltado o incentivo ao isolamento social nos territórios, além das ações de manejo clínico e epidemiológico (a notificação, identificação de contatos e acompanhamento de quarentena). As ações exigiram a adaptação de rotinas para as interações remotas, realizadas majoritariamente por telefone ou mensagem do WhatsApp. A pesquisa também sublinhou condições precárias nas unidades para a realização das ações destinadas à APS durante a pandemia. Os profissionais avaliaram como insuficiente o acesso à internet das unidades em que trabalham, afirmaram usar geralmente o próprio celular para contato com o usuário, a unidade e os profissionais, e que a disponibilidade de EPIs ainda era insuficiente na APS depois de três meses de pandemia. Outro ponto de similitude foi a denúncia da falta de capacitação para os profissionais da APS, sobre o uso de EPIs e sobre a Covid-19. No que se refere a priorização de atividades e organização das unidades para atender os casos de Covid-19, a pesquisa também indicou mudanças a partir da separação de fluxo de atendimento e com variação nas respostas sobre a criação de espaços exclusivos para sintomáticos respiratórios dentro ou fora das unidades de saúde (BOUSQUAT et. all., 2020).

De modo complementar, em pesquisa direcionada para o trabalho do ACS, intitulada *Monitoramento das condições de saúde dos ACS em tempos de Covid-19*⁷¹, os resultados revelaram insuficiência em quantidade e qualidade de EPIs e desigual distribuição entre os trabalhadores das equipes, sendo os agentes comunitários preteridos. Apontam também o não fornecimento de aparelhos telefônicos e de internet, além da falta de formação ou treinamento

⁷⁰ A pesquisa foi conduzida pela USP, Fiocruz, UFBA e UFPEL, com apoio da OPAS e como iniciativa da Rede APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

⁷¹ Pesquisa coordenada por Mariana Lima Nogueira (EPSJV/Fiocruz) e Camila Furlanetti Borges (EPSJV/Fiocruz), com a participação de diversos pesquisadores de outros setores da instituição.

sobre a Covid-19 nos meses de abril e maio, sendo que muitos aspectos permaneceram semelhantes nos meses de junho e julho de 2020. Destacam a dificuldade de acesso aos testes para detecção de Covid-19, a dificuldade de garantir o direito ao afastamento do serviço nos casos de agentes pertencentes a grupos considerados de risco, e até mesmo no caso de adoecimento. A falta de coordenação nacional no enfrentamento à pandemia no SUS foi percebida como uma dificuldade pelos ACS, inclusive pelas diversas, desiguais e divergentes respostas institucionais.

A coordenação nacional, numa situação de pandemia, poderia garantir maior equidade de condições para o funcionamento das unidades da APS, sendo esta mais desejável do que a imposição de um padrão de respostas. Nas atuais circunstâncias, inclusive, foi possível analisar que a construção dos protocolos do Ministério da Saúde brasileiro foi fortemente mediada por interesses políticos, desvinculados das evidências científicas. Foi, portanto, bastante desejável que cada unidade e mesmo cada profissional pudessem exercer uma força contrária, sendo suas práticas apoiadas por entidades legitimadas no exercício do controle social, como o CNS.

b) Segunda etapa do mapa:

Os circuitos comunicativos na segunda etapa do mapa ligam-se à primeira etapa a partir das institucionalidades, tecnicidades, ritualidades e sociabilidades que mediaram a produção dos canais investigados, especialmente nas narrativas apresentadas e nas demais interações propiciadas pelos canais.

A investigação destes veículos teve sua representatividade comunicacional aumentada na pandemia, considerando o número de visualizações, likes, dislikes e comentários dos internautas, especialmente em determinados produtos. No caso do canal Portal da Inovação o aumento foi atribuído à produção de lives, no canal do CNS às lives e vídeos contendo posicionamentos críticos do presidente do conselho e outras personalidades às estratégias do governo federal. No caso do canal Ivanildo Agente de Saúde, já existia uma representatividade antes da pandemia, analisada como possível consequência da intensa interação com os internautas. Uma análise complementar sobre este aspecto deve considerar o aumento da busca por informação em saúde de modo geral no período investigado. Pesquisas em buscadores na internet registraram um aumento do interesse sobre o tema “coronavírus” e temas associados, especialmente no que se refere às medidas para sua contenção como o uso de máscaras e isolamento social (GARCIA FILHO et al., 2020). O tempo de disponibilidade de um vídeo no YouTube também favorece o aumento de representatividade comunicacional de um canal

ocasionado por algum fator ou conjunto de fatores, às vezes em um período determinado. As notificações da plataforma aos membros inscritos nos canais também mobilizam o interesse deste grupo específico sobre os produtos postados no período. Os conteúdos mais visualizados no período de março a agosto de 2020, considerando as temáticas da APS e da Covid-19 em nossa busca inicial, foram produzidos e divulgados por meio do Ministério da Saúde em parceria com instituições hospitalares, como pode ser visto na tabela em anexo.

Além da grande importância do tema da saúde no período investigado, é possível inferir que o aumento de representatividade dos canais se relaciona à grande participação em fóruns entre pares na pandemia, mediada pelas institucionalidades legitimadas por usuários, profissionais e gestores da área de saúde. No caso dos canais Portal da Inovação e do CNS, os participantes dos chats nas lives dos canais analisados eram profissionais de saúde, gestores de unidades municipais e estaduais, professores e estudantes da área da saúde de todo o Brasil. No canal de Ivando predominantemente se apresentavam como ACE e ACS das regiões nordeste e sudeste. O registro do chat indica que o público das lives nos três canais se constituiu pelos próprios atores já envolvidos com as práticas da APS.

Os posicionamentos políticos na comunicação midiaticizada foram analisados especialmente a partir das institucionalidades dos canais. Eles os produziram em uma seletividade no uso de palavras e expressões, na escolha de formatos e na consideração das interações para a produção de conteúdo. O canal Portal da Inovação adotou uma gramática educativa mais diretiva, para que a cooperação técnica, objetivo institucional manifesto, ocorresse do mesmo modo que é pensado para as interações presenciais, também através de um dispositivo de comunicação institucional remoto. O canal do CNS adotou uma gramática crítica e mais pessoal, buscando convocar as bases das entidades, e também de outros cidadãos, a exercer a participação e o controle social. Atribui importância às vozes de entidades dos conselhos nacional e regionais através das pessoas de seus representantes. Os dois canais adotam o uso de hashtags como gramáticas das mídias digitais, mas o canal do CNS utiliza a repetição da mesma expressão e cards com músicas na apresentação dos materiais, em proposições de campanhas que agregam vários produtos, se apropriando melhor das tecnicidades da plataforma. As gramáticas reforçam possíveis “elementos de saída”, já que podem facilmente ser compartilhados capilarizando seus circuitos comunicativos midiaticizados (BRAGA et al., 2017, p. 81). O canal Ivando Agente de Saúde adota esta e outras gramáticas, ora com característica informativa, que difere do caráter educativo do canal Portal da Inovação

especialmente por utilizar uma linguagem mais pessoal e testemunhal, ora mais conflitiva, de denúncia e enfrentamento.

Cumprir as regras de isolamento social na pandemia nos impossibilitou a experiência de muitos tipos de interações ao vivo sem a mediação tecnológica. Incluíram-se as interações que ocorriam em grupo, nos ambientes de lazer, trabalho e ensino: shows, reuniões, aulas e congressos. As lives já permitiam anteriormente que este tipo de interação ocorresse com mediação das tecnologias comunicacionais, de modo a ampliar a possibilidade de participação em eventos, considerando a distância física entre participantes e seu número. Só que as instituições e pessoas comuns ainda não tinham vivenciado a necessidade ou o desejo de realizá-las em tantos contextos de atuação como na pandemia.

A produção de lives nos canais analisados incluiu o aprendizado de técnicas comunicacionais, desde o compartilhamento de apresentações até a mediação do chat, por parte de instituições e profissionais atuantes em contextos associados à saúde. Devido a características deste formato (“imediatismo”, “aparente autenticidade”, sensação de “espontaneidade”, “familiaridade”, “intimidade” e “transparência”) (LUPINACCI, 2020, p.2), as lives produziram uma estética rapidamente desejada também pelos canais investigados, ao menos durante os sete primeiros meses da pandemia. Dentro de suas casas, nos serviços de saúde e em escritórios, com livros ao fundo, ou sem demonstrar preocupação com o ambiente; utilizando celulares ou computadores pessoais; mostrando dificuldades com as técnicas de modo espontâneo; trabalhadores de saúde foram os principais atores (GOFFMAN, 1975) que produziram narrativas que escolhemos analisar, sobre as formas como os serviços da APS estavam respondendo à pandemia nas lives realizadas no “palco” do YouTube. E motivaram interações por parte de quem os acompanhava “ao vivo”.

Antes da pandemia, os canais Portal da Inovação e do CNS, embora buscassem dar visibilidade aos diferentes produtos através de estratégias de impulsionamento como o uso de hashtags nos títulos, foram analisados como produtores de uma baixa representatividade comunicativa. Não se registraram muitas visualizações ou interações nos produtos, e não houve estímulo no canal para que o internauta interagisse com os produtores utilizando a plataforma. O canal Ivando Agente de Saúde, no entanto, mesmo antes da pandemia, registrava um número menor de produtos, mas um número significativo de visualizações e interações comparado aos dois primeiros canais, mantendo assim sua representatividade durante a pandemia. A primeira live do canal no período analisado teve o maior número de visualizações dentre todos os

produtos postados pelos três canais, sendo que outros vídeos posteriores do canal tiveram alcance semelhante.

As ritualidades das lives investigadas nos canais da OPAS e do CNS se assemelham às práticas de formação profissional ou participação e controle social já realizadas pelas instituições. Buscaram repeti-las em seus respectivos canais, aproximando-se das lives instrutivas caracterizadas por Lupinacci (2020). Para a autora, as lives instrutivas têm como objetivo “simular uma aula presencial, agora mediada por tecnologias digitais” (LUPINACCI, 2020, p.8). As socialidades que os participantes assumem nos dispositivos midiáticos, como moderadores, debatedores ou apresentadores, se alinham aos papéis vivenciados nas práticas nos contextos mencionados. As ritualidades das lives do canal Ivando Agente de Saúde analisadas, no entanto, foram um híbrido entre as lives instrucionais e conversacionais caracterizadas por Lupinacci (2020), em que as últimas se assemelham a entrevistas informais, ou cujo foco “encontra-se em uma interação dialógica entre dois ou mais participantes” (LUPINACCI, 2020, p.8). Ivando também utilizou o que Muzi (2020) denomina de uma “linguagem youtuber” (MUZI, 2020, p.68), o que não esteve presente nas lives dos outros canais. O público que se manifestou no chat das lives, nos três canais, constituiu-se em sua maioria de trabalhadores de saúde, tendo cada canal algumas especificidades relacionadas a sua institucionalidade. Os comentários dos internautas no chat reforçaram as características das ritualidades propiciadas, em interações que buscam registrar sua presença e em expressões com função fática, presentes também nas lives de característica mais instrucional. Estas diferentes ritualidades são efeitos da midiaticização, que trazem maior abrangência, heterogeneidade, dinamismo e multiplicidade para as práticas sociais, geradas a partir dos dispositivos interacionais, na interface entre campos sociais e pelo atravessamento do campo comunicacional.

Martín Barbero (2009) fala com entusiasmo das transformações motivadas pelas tecnologias na comunicação, entendendo que criam formas mestiças entre o afetivo e o racional, entre o popular e o erudito, o compreensivo, o expressivo e o racional. As formas culturais populares como “a cultura oral, sonora e gestual”, e a cultura massiva, que foram desprezadas “pelos intelectuais da cultura letrada”, agora “entram como cultura pela internet e se juntam no hipertexto” (MARTÍN-BARBERO, 1997/2009, p.15). Mesmo em ritualidades com uma maior rigidez, vinculada à institucionalidade do canal, os comentários no chat das lives analisadas criaram um clima de parceria e cordialidade, com *emojis* e mensagens carinhosas e pessoais, carreando, de modo geral, muito mais o sentido de apoio mútuo, identidade e pertencimento,

do que concordância ou crítica aos sentidos apreendidos nos relatos de experiência. No período investigado as lives propiciaram encontros entre trabalhadores que atuaram juntos em algum projeto em saúde, compartilhamento de conteúdo e/ou conhecimento adquirido, produzindo um outro tipo de legitimidade para a “cooperação técnica”. Certamente estão presentes em encontros presenciais propiciados para tal fim, mas no momento do lanche ou “cafezinho”, em que as interações são conduzidas por interesses mais específicos. Reforçaram a possibilidade do uso do chat como “um momento do cafezinho ampliado”, já que a interação ocorre simultaneamente com as apresentações. Propiciou interações interprofissionais do tipo ida-e-volta, para a troca de experiências, materiais e até de contatos telefônicos. Neste sentido, diferem das análises de Braga et al. (2017) quando os autores argumentam que interações ida-e-volta não seriam mais relevantes nos circuitos mediatizados. Tão importante quanto os sentidos que se pretende carrear a partir da instância de produção é intervir de alguma forma no reconhecimento, quando os destinatários entram em contato com os diferentes materiais.

De modo semelhante, entendo que o objetivo declarado de formação ou cooperação através de relatos e da premiação de experiências exitosas nas lives do Canal da Inovação se mostrou insatisfatório, sendo, no entanto, efetivamente ampliado em sua realização. Relatos de dificuldades, adoecimento e pessimismo nas lives permitiram interações sobre modos de lidar com as privações e a busca de alternativas. Foi possível inferir o sentido de apoio mútuo nas interações no chat tanto quando foram apontadas fragilidades quanto nas oportunidades de ação relatadas. Se as soluções criativas precisam ter visibilidade, as condições em que são produzidas também devem ser problematizadas, para que não se reforcem processos identificatórios vinculados a condições precárias, desumanas ou “quebra-galhos”. E ainda, as lives podem, inclusive, ser uma oportunidade para dar maior visibilidade a determinados problemas, mobilizando atores e somar esforços para a concretização de soluções em parceria.

No hipertexto, notas técnicas de instituições tradicionais e legitimadas na produção de saberes sobre a saúde agregam valor a uma gramática coloquial, ágil, e de enfrentamento, utilizada por Ivando, agente de endemias na cidade de Salvador. Ao desmistificar termos do campo da saúde e do campo jurídico, Ivando é legitimado como alguém “bem informado” por seus pares. Neste caso, o uso das mídias digitais não se associa ao declínio da autoridade e legitimidade da ciência ou das instituições tradicionais de autoridade e modelos sociais (COULDRY, 2014), mas as atualiza. Ao responder nominalmente à maioria dos comentários e perguntas, estabelece um diálogo com os internautas - os que se manifestaram no chat, no caso de seu canal, eram em sua maioria de sua localidade, mas também de outras regiões brasileiras.

A partir deste elemento destaco a capilarização dos circuitos comunicativos do canal para além de sua realidade local. O canal incrementa o “capital” vindo dos campos de pertencimento de Ivando, através do campo comunicacional e da “linguagem youtuber”, no que Martín Barbero denomina de “reconfigurações configurativas do saber e do narrar” (MARTÍN-BARBERO, 2014, p.77/78). Neste caso, é possível afirmar que não há uma direcionalidade do poder econômico ou político como fator determinante da representatividade do canal de Ivando. Tal questão pode ser atribuída a uma complexidade de mediações, que produzem interações interprofissionais midiáticas articulando conhecimento, sensibilidade e criatividade.

Estabelecer vínculos com o público-alvo é um dos desafios que temos para promover processos de mudança em nível individual e comunitário a partir das práticas de saúde. Para isso, as mídias digitais também compreendidas como redes sociais online (YouTube, Facebook, Instagram, Twitter, etc.) tornaram-se um espaço interessante para as instituições de saúde, movimentos sociais, associações e pessoas comuns a atingirem públicos, geralmente segmentados por interesses, e ter a sua participação e envolvimento ativo em determinados projetos. Se os sistemas de comunicação tradicionais buscam atuar como uma única fonte produtora de padrões de saúde, devemos ser capazes de produzir outros sistemas de comunicação, capilarizados e complementares, que nos permitam alcançar diferentes grupos, mas discutindo as mensagens em seu momento de apropriação à luz dos códigos dos próprios grupos que as recebem. A partir deste ponto é possível confrontar os códigos dos sistemas que tradicionalmente produzem sentidos e padrões de saúde.

Junto-me a Martín Barbero (2014) especialmente em seu entusiasmo com os novos contextos de práticas que surgem a partir da educação, na “reorganização de saberes, dos fluxos de informação, e das redes de intercâmbio criativo e lúdico; pelas hibridizações da ciência e da arte, do trabalho e do ócio” (MARTÍN-BARBERO, 2014, p. 53). Para o autor, processos de educação continuada são “exigidos pelos novos modos de relação entre conhecimento e produção social, as novas formas de trabalho e reconfiguração dos ofícios e profissões”, mas o “saber escolar” muitas vezes desconsidera os “saberes do ambiente”; embora, atualmente, tenha que conviver com “saberes-sem-lugar-próprio” produzidos com a mediação de TICs (MARTÍN-BARBERO, 2014, p.83). Considero o trabalho realizado por Ivando em seu canal como um exemplo de educação continuada informal de agentes de saúde entrelaçada a mobilização no associativismo, em um movimento de democratização da comunicação ‘que vem “de baixo”, com um uso “quente” das mídias digitais que é mobilizado pelo produtor de conteúdo (FREIRE & GUIMARÃES, 1984). Nestes movimentos, novos atores podem

realmente reinventar a comunicação comunitária e local, com diferentes objetivos, no encontro entre tecnologias de produção (câmeras nos celulares, computadores para edição), de armazenamento e difusão (o YouTube, a internet,) e de recepção (computadores e celulares). Trazem esperança de que uma comunicação mais participativa das práticas possa produzir uma apropriação crítica de suas mediações e matrizes, além de soluções melhores para problemas locais e mudanças coletivamente legitimadas.

5. Conclusões

Narrar é também sofrer quando aquele que registra a narrativa não opera a ruptura entre sujeito e objeto.

João Alexandre Barbosa, no prefácio do livro Memória e Sociedade - Lembranças de Velhos de Ecléa Bosi.

Nesta tese procurei lançar luz sobre os processos comunicativos da Atenção Primária em Saúde, entendendo que a comunicação pode ser estratégica para a legitimação das práticas de saúde. Se minha pretensão inicial era compreender a cultura de uma unidade de APS, buscando tendências em favor da mudança do modelo de atenção, a pandemia de Covid-19 me desafiou a criar um modelo, um recorte e um método para analisar os processos comunicativos, incluindo os produzidos em resposta a este momento ímpar, especialmente para as práticas de saúde.

Motivada pela observação de que muitas das interações entre indivíduos e organizações passavam mediadas por mídias digitais, buscando obedecer medidas sanitárias de isolamento social, escolhi investigar narrativas sobre as práticas de APS e interações em audiovisuais produzidos ao vivo através do YouTube. Estes materiais fazem parte de um acervo de produtos postados em canais na plataforma; configuram estratégias comunicacionais na interface entre o campo comunicacional e outros campos, produzindo contextos de atuação institucional (no caso dos canais Portal da Inovação e do canal do CNS) e hibridizações entre um contexto de atuação pessoal e institucional (no caso do canal Ivando Agente de Saúde). O YouTube tem sido uma referência para atores sociais que, muitas vezes, não têm espaço nas mídias tradicionais, sendo palco para estratégias de comunicação que produzem narrativas diversas, e ampliando seu foco mais recentemente para agregar produtos de empresas, instituições governamentais e não-governamentais, movimentos sociais e sociedade civil.

Por meio da combinação de teorias das ciências sociais e comunicacionais, sustento o princípio de que as práticas sociais são construídas através e a partir de processos comunicativos mediados. Este princípio aponta a importância de considerar, na atualidade, a centralidade da mediação de instituições da “mídia” nas práticas, incluindo as mídias digitais. Trago estas premissas para a compreensão da comunicação das práticas de saúde. Propus um modelo de análise que nomeei como Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde que se fundamenta especialmente nas noções da comunicação como interação e de mediações culturais, traçando circuitos entre a comunicação nas práticas de saúde, no contexto da atenção, e a comunicação das práticas, na interface entre os contextos da educação profissional, do controle e participação social e do associativismo no trabalho em saúde. Nesta pesquisa utilizei

o modelo para atender o objetivo geral de analisar mediações culturais e sentidos sobre saúde, doença e cuidado das práticas da Atenção Primária em Saúde (APS).

O Mapa de Interações Comunicativas das Práticas de Saúde se mostrou um modelo útil para relacionar as interações mediatizadas em produtos de comunicação e as interações que ocorrem no âmbito das práticas de atenção. Os objetivos específicos da pesquisa foram contemplados, sendo possível destacar nos produtos narrativas sobre episódios interacionais da comunicação institucional de processos de trabalho em APS e na rede de saúde, da comunicação interprofissional em atividades planejadas e não planejadas motivadas pela pandemia e problematizar a comunicação entre profissionais de saúde e usuários do serviço em sua importância na assistência, prevenção e promoção da saúde, relacionando-a aos dispositivos das práticas de APS acionados, mesmo em um momento atípico destas práticas. Também foi possível fazer uma correspondência dos sentidos produzidos, nos episódios narrados e nas interações mediatizadas, com os atributos de Starfield (2002), relacioná-los a suas matrizes da APS, observando também as referências ao modelo biomédico, como era proposto no Modelo.

No entanto, para além destes objetivos, a análise dos canais trouxe um ganho para compreender o contexto de interface em que a produção dos materiais sobre a APS e a pandemia foram realizados. Para a análise dos canais, a combinação das análises qualitativa e quantitativa foi um acerto metodológico. A abordagem qualitativa permitiu a investigação de processos interpessoais e grupais nas interações e narrativas, como a seletividade de palavras e expressões, além da construção de "códigos expressivos comuns" e "gramáticas afetivas" de grupo (COELHO, 2013, p.34). Já as métricas disponibilizadas pelo próprio YouTube foram importantes para a análise das tecnicidades como contraponto às outras mediações, a partir do que chamamos de representatividade comunicativa, desde a escolha dos canais até a comparação entre eles. No mapeamento inicial de canais vi que desprezar estas métricas seria um equívoco, já que elas mostram o funcionamento da plataforma, sendo um dos elementos utilizados pelos algoritmos para oferecer os produtos aos internautas. Mas, como o foco era nas mediações e na produção de sentidos, essa pesquisa não priorizou métricas que pudessem trazer outros elementos na análise da circulação dos audiovisuais, como um limite do estudo, podendo ser complementares na compreensão da construção da representatividade dos canais e produtos em outras investigações. Acrescento a esta avaliação dos limites deste recorte que outros meios e outros canais na própria plataforma YouTube poderiam ter sido escolhidos para apreender a comunicação das práticas da APS durante a pandemia de Covid-19. Do mesmo modo, o período analisado compreendeu o momento inicial deste tempo que infelizmente está se estendendo.

As diferentes estratégias comunicativas dos três canais analisados, embora não tenham se mostrado suficientemente competitivas para conquistar novos atores “em larga escala” no YouTube, fizeram emergir modos de narrar as práticas de APS, em processos de continuidade e em processos experimentais nas lives. De modo geral, foram narrativas com sentidos contra-hegemônicos, considerando hegemônicas as narrativas vinculadas ao cuidado hospitalar, dentre outros temas relacionados a Covid-19 divulgados na imprensa de forma massiva na pandemia (FERRAZ, 2020).

As narrativas e interações nos materiais em que me debrucei não se mostraram como uma imagem uniforme das práticas da APS, ou como uma construção social de práticas dos dominados e vencidos. Ao contrário, se mostraram entremeadas de sentidos relacionados à multiplicidade de mediações diversas no cotidiano dos serviços e equipes da APS dos municípios brasileiros.

O sentido da resiliência como luta pelos valores da APS e do SUS, associada ao heroísmo, marcou a sociabilidade de muitos trabalhadores da APS na pandemia, despolitizando a luta por melhores condições de trabalho em alguns contextos. Entretanto, dispositivos do trabalho em equipe nas unidades da APS, dispositivos intersetoriais e comunitários revelaram-se como modos de atuação instituídos, e que se diferenciam das práticas individuais, estas baseadas em procedimentos e na responsabilização centralizada, típicos do modelo biomédico. Uma análise um tanto simples neste ponto, para aqueles que já estiveram em contato direto com as práticas de saúde, mas não tanto para muitos responsáveis pela produção de protocolos e políticas, é que os trabalhadores têm muito a contribuir. Uma organização do trabalho participativa contextualiza os “fluxos”, normalmente pensados de modo generalizante. Ressalto, também, nestes casos, algo não tão simples: que é possível a produção de sociabilidades que conciliem a ciência e a singularidade em benefício da produção de cuidado centrado no usuário.

Também foi possível avaliar que, de acordo com o conjunto de mediações que os orienta, mesmo os dispositivos de comunicação mais característicos da APS, constituídos dentro de um modelo de saúde democrático, podem privilegiar tanto uma lógica mais verticalizada quanto uma lógica mais participativa e democrática. Os dispositivos mediatizados puderam ser acionados de modos mais diretivos, preocupados em veicular conteúdos, buscando neutralidade; mas também de modos mais críticos, assumindo posicionamentos políticos, evidenciando contradições e conflitos com outros atores. Puderam, ainda, levar em conta a interação com os internautas para mobilizar novas pautas.

Defendo que a legitimidade das práticas de APS não será produzida pela transmissão de um ideário uniforme, seja nas práticas da atenção, nas práticas formativas, de controle social, no associativismo, ou em outras práticas sociais, sejam elas presenciais ou midiaticizadas. Enquanto pesquisadora implicada e esperançosa, posso desejar que ela seja produzida como consequência de trocas menos verticalizadas, mais democráticas e participativas entre os próprios grupos sociais envolvidos nas práticas, em estratégias de comunicação complementares e capilarizadas. No entanto, não posso desconsiderar que os processos comunicativos que mostram a confluência de interesses e negociações entre as lógicas da APS, do SUS e da lógica neoliberal, acabam por pressionar as práticas de APS no sentido de uma APS seletiva, ou 'neo seletiva'. Uma APS que privilegia o acesso e/ou a urgência ou multiplica suas atividades, mesmo em condições de trabalho precarizadas.

Neste tempo de concluir a tese, há mais de um ano desde que a pandemia foi decretada, um novo tempo de isolamento social rígido se fez necessário. Novo tempo de restrições, angústia e desesperança. Acabo de ler uma matéria do jornal *Folha de São Paulo*, assinada pelo médico Carlos Magno Fortaleza, professor da faculdade de medicina de Botucatu, e já no título ele diz: “É preciso continuar, não consigo continuar, eu vou continuar”⁷². Lembro-me imediatamente da narrativa do médico de família do Distrito Federal na live do canal Portal da Inovação. Como ele e sua unidade estarão agora? Continuar “na luta” é o que muitos trabalhadores têm feito desde o início da pandemia. E aliás, é o que fazem muitos dos trabalhadores da saúde que legitimam suas práticas nos valores do SUS: continuar, mesmo quando não se acredita mais, mesmo quando as forças se esgotam, mesmo se sentindo devastado.

É claro que há profissionais exaustos e chorando em desespero em meio ao caos, mas também há os que usam suas redes sociais para incentivar seus seguidores a desafiar o vírus, como comentou a médica de família Júlia Rocha⁷³, em sua coluna no jornal UOL em 19/01/2021. A própria ciência e os profissionais de saúde muitas vezes potencializam narrativas de risco cientificamente validadas e até narrativas que enaltecem curas milagrosas ou com base no pensamento fantástico (VASCONCELLOS & CASTIEL, 2020). A possibilidade atuar de forma mais autônoma, sem se “prender” às normatizações da “boa” ciência ou ao trabalho em

⁷²Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2021/03/e-preciso-continuar-nao-consigo-continuar-eu-vou-continuar.shtml>>.

⁷³Disponível em: <<https://www.uol.com.br/ecoa/colunas/julia-rocha/2021/01/19/o-que-sera-dos-profissionais-de-saude-que-distorcem-a-ciencia.htm/>>.

equipe, pode ser vista como um ganho para alguns trabalhadores. Nestas práticas, o valor da autonomia e da experiência pessoal não se conciliam com o regime de verdade da evidência científica, prejudicando, enfraquecendo, exaurindo e matando os próprios colegas, que “lutam” e “remam contra esta maré”. De acordo com o memorial no site do Conselho Federal de Medicina (CFM), em abril de 2021, no Brasil foram 810 médico/as mortos por Covid-19⁷⁴. Em matéria no site UOL Notícias⁷⁵, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em março de 2021, registrava a marca de 699 enfermeiro/as mortos, e um aumento naquele mês, considerando o mesmo mês no ano passado, mesmo tendo este grupo já recebido vacina. Este dado aponta para a necessidade da continuidade do uso de EPIs adequados e outros modos de proteger os trabalhadores de saúde.

Indico na tese de caminhos que vislumbrei, na interface entre comunicação e saúde, que são incentivos para acreditar na potência dialógica das interações comunicativas das práticas de saúde. Novamente faço eco às palavras de M. Barbeiro (2009), que diz que “é preciso pesquisar não só o que permite denunciar, mas o que permite transformar, mesmo que seja numa medida muito pequena” (MARTÍN-BARBERO, 1997/2009, p.15). Aqui meu apoio às lutas da APS, dos profissionais de saúde, dos profissionais de comunicação e saúde, das instituições e pessoas que atuam em diferentes contextos em interface com a saúde e que se dispõem a interagir tentativamente, buscando melhores estratégias para suas práticas. Mas acreditar nesta potência não afasta as marcas do trágico nas lutas que testemunhei. Nas memórias que registro nesta tese, elas se somam a outras tantas dores destes tempos, tantas lutas da saúde, de seus trabalhadores; lutas glórias e inglórias deste e de outros tempos.

Espero que estas marcas estejam evidentes neste texto, que também tive de continuar, apesar de também achar que não conseguiria. Que os esforços das práticas, na esperança ou desesperança, de quem continuou, de quem teve que parar, de quem buscou outro caminho, que todos estes esforços possam, de diferentes modos, ser comunicados. Espero que especialmente os esforços das práticas de saúde da APS deste tempo se registrem como narrativas privilegiadas, dentre tantas outras, para que apoiem a construção de práticas coordenadas e políticas de saúde orientadas por elas. E que contribuam para que todos possamos elaborar coletivamente o que vivemos.

⁷⁴Disponível em: <<https://memorial.cfm.org.br/>>.

⁷⁵Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/31/mortes-de-enfermeiros-voltam-a-subir-e-batem-recorde-em-marco.htm?fbclid=IwAR3RQwSGPC0HaLJrcbNkD-SN_Qnl8T9Dso5SgM79heuAO2mEjV-7ay0yrB8>.

ANEXO

Tabela de buscas temáticas no YouTube, em agosto de 2020.

	PRODUTO AUDIOVISUAL	MÊS	INSTITUIÇÕES PRODUTORAS	VISUALIZAÇÕES	TIPO
1	Ministério da Saúde - COVID-19 - APS - HSM	Março	MS/SANTA MARCELINA/Secretaria de APS(Brasília)	904 mil	vídeo
2	Ministério da Saúde - COVID - 19 - HOSPITALAR	Março	MS/SANTA MARCELINA	525 mil	vídeo
3	Atualizações decorrentes da versão 6 - Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na APS	Abril	MS/SANTA MARCELINA/Secretaria de APS(Brasília)	317 mil	vídeo
4	Atualizações decorrentes da versão 7 - Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na APS	Abril	MS/SANTA MARCELINA/Secretaria de APS(Brasília)	313 mil	vídeo
5	Fases Epidemiológicas da COVID-19	Maio	UNA-SUS / UFMA	69 mil	vídeo
6	Protocolo da Atenção Primária à Saúde para ACS e ACE sobre COVID-19	Março	MS/SANTA MARCELINA/Secretaria de APS(Brasília)	47 mil	vídeo
7	Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 6	Abril	Prof. Rômulo Passos	18 mil	vídeo
8	Evento inaugural do PROFSAUDE Nacional /Dr. Estevão Portela Nunes - Covid-19 e Atenção Primária/Aula inaugural do Profsaúde Nacional com o tema "Covid-19 e Atenção Primária"	Abril	Fiocruz/mestrado profissional em saúde da família	18 mil	live
9	Seminário "Desafios da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19"	Abril	Rede de pesquisa em atenção primária à saúde(Abrasco)	13 mil	live
10	[Com libras] - Protocolo da Atenção Primária à Saúde para ACS e ACE sobre COVID-19	Maio	MS/SANTA MARCELINA/Secretaria de APS(Brasília)	7 mil	vídeo
11	Mensagem de boas vindas - Curso Identificação e Cuidados Precocees na COVID-19	Maio	Escola de Saúde Pública da Bahia	6,5 mil	vídeo
13	#ParaSaberMais - CNES: Cadastro de equipes da Atenção Primária na nova versão do Sistema	Julho	CONASEMS	4,7 mil	vídeo
14	Aula 03 do Curso COVID-19: Fluxo de Manejo Clínico na Atenção Primária (VERSÃO 6)	Março	Prof. Rômulo Passos	4,2 mil	vídeo
15	Webpalestra: Covid-19 - Atenção Primária e os cuidados com seu território	Março	Telessaúde ES	4,2 mil	vídeo
16	REDE UNIDA - Atenção Básica, Participação Comunitária, Covid-19	Abril	TV Rede Unida	4,1 mil	live
17	Primer Seminario Web APS y COVID 19	Abril	Dep de atenção primária e saúde familiar da faculdade de medicina- Univesidade do Chile	3,1 mil	live
18	Aula 09 do Curso COVID-19: FAST - TRACK de Teletendimento para a Atenção Primária à Saúde	Abril	Prof. Rômulo Passos	3,3 mil	vídeo
19	Telessaúde Goiás: Covid-19 na Atenção Primária	Março	Telessaúde Goiás	3,3 mil	vídeo
20	APS no enfrentamento COVID19: O papel do ACS na atenção primaria junto ao enfrentamento da pandemia	Maio	NUTEL (núcleo de telessaúde), CETES, faculdade de Medicina, UFMG	3 mil	live
21	Jornadas 30 Anos APS - Gastón de Sousa Campos, Leonardo Caruana	Maio	Secretaria de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.	2,9 mil	live
22	COVID-19 - Preparando o Atendimento na Atenção Primária à Saúde/Estratégia de Saúde da Família	Março	Centro de Telessaúde HC-UFGM	2,9 mil	vídeo
23	34% dos agentes de saúde receberam capacitação sobre a covid-19 e EPIs	Agosto	Band Jornalismo	2,8 mil	programa de tv
24	Jornada APS al Dia. Ciclo seminarios Salud Mental en Pandemia (várias partes)	Julho	Dep de atenção primária e saúde familiar da faculdade de medicina- Univesidade do Chile	2,7 mil	live
25	Biossegurança na Assistência de Enfermagem ao Covid-19 na Atenção Básica	Março	Coren SP	2,7 mil	vídeo
26	E Tem Mais: Atenção básica é chave para Covid-19 - 05/06	Junho	CNN BRASIL	2,7 mil	podcast
27	A APS no ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID19: Situação atual, desafios e diretrizes adotadas(várias partes)	Maio	NUTEL(núcleo de telessaúde), CETES, faculdade de Medicina, UFMG	2,6 mil	vídeo
28	O trabalho das ACS em tempo de Coronavírus – Primeiro de cinco edições	Maio	Série SUS (coletivo)	2,6 mil	vídeo
29	Manejo Clínico da Covid-19 na APS	Julho	conassoficial	2,5 mil	live
30	Como a APS está enfrentando a pandemia de Covid-19 no Brasil? Resultados da pesquisa nacional	Agosto	Rede de pesquisa em atenção primária à saúde(Abrasco)	2,5 mil	live
31	Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde	Junho	conassoficial	2,4 mil	live
32	Plantão Coronavírus: Fluxo para Monitoramento COVID-19 na AB	Junho	Telessaúde Bahia	2,2 mil	vídeo
33	Atenção Primária à Saúde em Tempos de Covid-19	Junho	Fiocruz	2,2 mil	live
34	SEMINÁRIO - A APS NO ENFRENTAMENTO À COVID-19	Junho	Fiocruz	2,1 mil	live
35	Segundo Seminario Web APS y Covid19(várias partes)	Maio	Dep de atenção primária e saúde familiar da faculdade de medicina- Univesidade do Chile	2,1 mil	live
36	Atendimento ao paciente com suspeita de COVID 19 na APS - duas partes	Maio	Sanar Medicina	2 mil	live
37	A APS não pode parar! Formas de organização para continuidade do cuidado na APS	Junho	OPAS	1,9 mil	vídeo
38	Exemplos de casos clínicos e manejo do coronavírus na atenção primária à saúde	Maio	SGTES MS	1,8 mil	vídeo
39	COVID-19 e Atenção Primária à Saúde: Contexto Epidemiológico e as exp. do Profsaúde nos territórios	Agosto	Fiocruz	1,8 mil	live
40	Semana do ACS time-dia 2: atuação do ACS na pandemia(várias partes)	Junho	ACS time(curso)	1,7 mil	vídeo
41	Qual o papel dos agentes comunitários de saúde no enfrentamento do COVID-19	Abril	SBMFC(Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade)	1,7 mil	vídeo
42	WebAula Inaugural - Curso Identificação e Cuidados Precocees na COVID-19	Junho	Escola de Saúde Pública da Bahia	1,7 mil	live
43	Entenda as recomendações da Fiocruz sobre as atividades do ACE	Maio	Ivando Agente de Saúde	1,6 mil	live
44	A atenção primária à saúde no enfrentamento da COVID-19: a importância do trabalho nos territórios	Maio	Congresso virtual UFBA	1,5 mil	live
45	COVID-19 - Síndrome Gripal na Atenção Primária à Saúde no Contexto de Pandemia do Novo Coronavírus	Março	Centro de Telessaúde HC-UFGM	1,5 mil	vídeo

PRODUTO AUDIOVISUAL	MÊS	INSTITUIÇÕES PRODUTORAS	VISUALIZAÇÕES	TIPO	
46	Enfermagem na Atenção Básica no contexto do COVID-19: Fortalezas e desafios	Junho	Departamento de Enfermagem(DEAB) da Aben	1,4 mil	live
47	Atenção Primária à Saúde: desvelando os bastidores políticos e seu lugar na pandemia Covid-19	Junho	A Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia e a Revista JMPHC	1,4 mil	live
48	Atualização de Cuidados Cíelo Gravídico Puerperal COVID 19 - Equipe Atenção Básica	Maio	Secretaria Estadual de saúde de SP	1,4 mil	live
49	Recomendações aos ACEs frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19	Abril	Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado da Bahia - CODTV/DIVEP/SUVISA/SESAB	1,3 mil	vídeo
50	Webinário #3 Covid-19 e a pressão no Sistema Único de Saúde (SUS)	Maio	UNFPA Brasil(Fundo da população das Nações Unidas)	1,2 mil	live
51	Como organizar a APS para a resposta à Covid-19?	Maio	OPAS/MS	1 mil	live
52	Novas formas de trabalhar do ACS na pandemia do novo Coronavírus – Segundo de cinco episódios	Maio	Série SUS	1 mil	live
53	I Mostra Macrorregional online de experiências da Atenção Primária à Saúde relacionadas à COVID-19	Agosto	superintendências regionais de saúde de Alfenas, Passos, Pouso alegre e Varginha	1 mil	live
54	WebAula Complementar: Fluxo para monitoramento da COVID-19 na Atenção Básica	Julho	Secretaria de saúde do Governo do Estado da Bahia	989	vídeo
55	Plantão Coronavírus: Assistência primária da saúde e biossegurança relacionada com COVID-19	Abril	Telessaúde Bahia	976	vídeo
56	Live Serviço Social na Atenção Primária: Desafios do Enfrentamento a COVID-19 nos territórios	Julho	CRESS PE	953	vídeo
57	#5 A Atenção Primária Pós COVID-19: necessidades e desafios.	Maio	Teg Play(corporativo)	943	live
58	Ministério da Saúde vai fortalecer atenção básica contra o Covid-19	Março	TV BrasilGov	919	live
59	COVID-19: dilemas, desafios e possibilidades da (APS) no sistema de saúde espanhol	Abril	OPAS/MS	890	programa de TV
60	A atenção primária à saúde em tempos de COVID-19 e a participação social	Maio	TV UFBA	850	live
62	Atenção básica no SUS em tempos de COVID - a Saúde Mental em tempos de pandemia	Agosto	PSICOFMU(canal instituto de psicologia FMU)	798	live
63	Paramentação e Desparamentação na Atenção Básica - Enfrentamento ao Covid 19	Maio	Residentes 17 RS	797	live
64	Organização de Rede Municipal de Saúde na APS para enfrentamento da pandemia: A exp de Florianópolis	Julho	Observatório Covid- Fiocruz/COSEMS-RJ	795	live
65	COVID-19 na atenção primária: Estratégia de saúde da família (ESF)	Maio	Liga Acadêmica de Medicina Generalista (LAMEGE).	793	vídeo
66	APS digital: ferramentas tecnológicas para auxiliar o trabalho da atenção primária	Junho	OPAS/MS	783	vídeo
67	32º Fórum Permanente Estadual da Atenção Primária à Saúde (duas partes)	Agosto	Secretaria de Estado de Saúde RJ	750	live
68	LIVE: [Covid-19] TELEPSI - Teleconsulta psicológica para trabalhadores do SUS	Junho	CONASEMS	686	live
69	Atenção Primária à Saúde e Vigilância no Enfrentamento da Covid-19	Junho	Rede CoVida em parceria com a Ufba e o Cidades (Fiocruz)	667	live
70	MANEJO DO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19	Maio	Pós Enfermagem Unip	655	live
71	Diálogos sobre o Trabalho da Enfermeira na Atenção Primária	Agosto	Enfermagem UFBA SSA	652	live
72	Atenção Básica na Saúde Salva Vidas	Julho	CNS	642	live
73	Plantão Coronavírus: O fazer do coordenador da Atenção Básica no enfrentamento do COVID-19	Abril	Telessaúde Bahia	638	vídeo
74	ATENÇÃO PRIMÁRIA, SECUNDÁRIA E TERCIÁRIA NO ENFRENTAMENTO DO COVID	Junho	Enfermagem Fatene	635	vídeo
75	Vigilância em Saúde no contexto da pandemia: qual o papel da APS?	Julho	OPAS/MS	626	live
76	Equipe Nasf em tempos de COVID-19	Julho	EPSONline(Canal de Anderson Dias)	619	live
77	Videoaula: Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde	Maio	Escola de Saúde Pública da Bahia	613	vídeo
78	Covid Café - Episódio #5. Tratamento: Emergência e Atenção Primária	Junho	Julio Croda	605	vídeo
79	Centros de Atendimento atendem casos de COVID-19 e outras demandas da Atenção Primária	Agosto	Ministério da Saúde	574	vídeo
80	Fisioterapia respiratória para pacientes com COVID-19 na Atenção Primária	Junho	Telessaúde Maranhão HU-UFMA	553	vídeo
81	Teleassistência na atenção primária: possibilidades, desafios e experiências	Maio	Telessaude Unifesp	551	live
82	Webinar IESS 27/08: Protagonismo da Atenção Primária à Saúde	Agosto	IESS-Instituto de Estudos de Saúde Suplementar	550	live
83	Atenção Primária Forte (APS): estratégia central para enfrentar os desafios da pandemia	Agosto	OPAS/MS	535	live
84	Rui de Gouveia da Coordenadoria das Redes de Atenção Primária e Psicossocial COVID-19 #CORONAVIRUS	Março	Núcleo MD Educação Médica	534	live
85	Atenção Básica e a Covid 19 - Túlio Franco - TV REDE UNIDA	Abril	Rede Unida	515	vídeo
86	Webpalestra: Diabetes e COVID-19 - Manejo na Atenção Primária a Saúde	Julho	Telessaúde ES	507	vídeo
87	Debate: A aps que faz diferença em tempos de pandemia	Maio	Observatório Iberoamericano de P. P. em Saúde Bucal	505	live
88	Nota técnica de organização dos serviços de Atenção Primária para enfrentamento à COVID-19	Abril	Matriciamento SESDF	481	live
89	REALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA EM MEIO A PANDEMIA:EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NO RIO GRANDE DO SUL	Julho	Comissões de: Ensino, Promoção de Saúde e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (PNE) do Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Sul (CROS).	476	live
90	Reorganização da Rede de Atenção Primária para enfrentamento da #Covid-19	Julho	OPAS/MS	459	live

	PRODUTO AUDIOVISUAL	MÊS	INSTITUIÇÕES PRODUTORAS	VISUALIZAÇÕES	TIPO
91	Atenção Primária à Saúde no Cenário Covid-19	Maio	AMPE Associação Médica de Pernambuco	449	live
92	Covid-19 e o TERRITÓRIO VIVO: reflexões e possibilidades de atuação na Atenção Primária à Saúde.	Julho	ESPPE	445	live
93	Fluxograma para síndrome gripal e COVID-19 na Atenção Básica - Governador Valadares	Março	Atenção Primária à Saúde Governador Valadares	434	live
94	Fluxos de atendimento da Atenção Primária à Saúde em tempos de COVID-19	Abril	NEaD UFERSA	418	live
95	A APS conectada com a comunidade	Junho	OPAS/MS	404	vídeo
96	Recepção das pessoas na Portaria da Unidade de Saúde Simulações COVID-19 Fortaleza	Março	Núcleo MD Educação Médica	404	live
97	[Transmissão] I Oficina Loco-regional Mais Médicos 2020: Saúde mental e Atenção Primária/Covid-19	Abril	NEaD UFERSA	381	vídeo
98	Papel da APS contra o COVID 19	Maio	Douglas Mota Xavier de Lima	380	live
99	REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: IMPORTÂNCIA DAS RESIDÊNCIAS	Agosto	Residência saúde da família da Universidade de Feira de Santana	393	live
100	Covid-19: Ministério da Saúde tenta manter trabalho de atenção primária a comunidades carentes	Maio	Jovem Pan News	374	programa de TV
101	Vídeoaula: Fluxograma de manejo clínico na atenção primária em transmissão comunitária	Maio	Escola de Saúde Pública da Bahia	374	vídeo
102	COVID-19 na criança: como manejar?	Maio	Pediatra Maisa Talon	368	vídeo
103	Impactos primários e secundários da COVID-19 na atenção primária à saúde UNICEF Brasil	Agosto	UNICEF Brasil/Salvador	369	live
104	COVID-19: Hospital Municipal de Manhuaçu reforça medidas de atendimento	Maio	Tribuna do Leste	364	vídeo
105	#Medicina: 1º Simpósio On-line LAMFAC	Julho	UNIPAM	360	live
106	Atenção Primária à Saúde e COVID 19	Junho	ANS reguladora	356	vídeo
107	Cuidados para o isolamento domiciliar (COVID-19)	Junho	Ana Barbosa	340	vídeo
108	Plantão Coronavírus: Atenção Básica e cuidados intermediários em saúde, no contexto da COVID-19.	Julho	Telessaúde Bahia	339	vídeo
109	Aula 3 - Atuação Fisioterapêutica na Atenção Básica na pandemia Covid 19 - Profª Drª Milena Almeida	Julho	Universidade Federal da Bahia/Departamento de Fisioterapia (Pós-graduação Ciências da Reabilitação)	339	vídeo
110	Fisioterapia respiratória para pacientes com COVID-19 na Atenção Primária	Junho	Telessaúde Maranhão HU-UFMA	336	vídeo
111	O protagonismo da APS nos Comitês e Planos de enfrentamento da pandemia	Julho	OPAS/MS	311	live
112	"Impactos da Covid na APS"	Junho	EPSJV - Fiocruz	304	live
113	Abordagens da Atenção Primária à Saúde na Pandemia de COVID -19 com Robert Janett, M.D.	Julho	CCS UFRB	297	live
114	Fluxo de atendimento às gestantes com suspeita de Covid-19	Maio	Esp Ceará(Escola de saúde pública do Ceará)	279	vídeo
115	Vídeoaula: COVID-19 e atendimento odontológico no SUS	Junho	Escola de Saúde Pública da Bahia	275	vídeo
116	Conjuntura da Atenção à gestante e puérpera durante a pandemia de COVID-19 em Salvador.	Junho	Telessaúde Bahia	273	vídeo
117	Linha de Cuidado das Pessoas com Covid-19	Agosto	Cidaes Fiocruz	264	live
118	Atenção Primária à Saúde Pós-Pandemia: ampliando a discussão, com Dra. Mariana Nogueira Lima/FIOCRUZ	Agosto	PRMSaúde da Família e Comunidade	264	live
119	Interprofissionalidade como saída para a Pandemia COVID 19	Maio	PET Saúde - UFRGS	260	vídeo
120	Covid 19: um olhar para a singularidade dos territórios vivos e atuação dá atenção primária a saúde	Junho	Saúde para todos	258	vídeo
121	Oeiras ganha Unidade Covid-19 de Atenção Primária à Saúde	Junho	Prefeitura de OEIRAS	258	vídeo
122	Plantão Coronavírus : Assistência Pré-natal e hospitalar no contexto da COVID-19	Julho	Telessaúde Bahia	253	vídeo
123	Atenção Primária à Saúde e a classe trabalhadora no contexto de pandemia	Junho	Associação Paulista de Saúde Pública	242	live
124	LiveIBICT: Atenção primária de saúde e informação contra a pandemia, com a equipe da CoronaWiki	Agosto	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia - IBICT	241	live
125	O PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA DISCUTE A COVID-19 ENSP/FIOCRUZ	Maio	Ensp Fiocruz	242	live
126	Desafios do cuidado em saúde na APS na pandemia e pós pandemia de COVID-19	Agosto	Residência saúde da família da Universidade de Feira de Santana	236	live
127	Atuação Farmacêutica na Atenção Primária na Pandemia do Covid-19	Julho	UniSales Oficial	231	live
128	Integração entre Vigilância Epidemiológica e Atenção Primária à Saúde no enfrentamento da Covid-19	Agosto	Cidaes Fiocruz	217	live
129	Webinar IEPS - Como fortalecer a atenção primária no pós-pandemia?	Junho	IEPS	217	live
130	COVID19: 07 dicas para a organização da Atenção Primária no combate ao CORONAVÍUS	Junho	EPSONline(Canal de Anderson Dias)	217	vídeo
131	COVID-19: MEDIDAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA CONTER O CORONAVÍRUS MANUAL DO BRASIL	Maio	Manual do Brasil	213	vídeo
132	Covid-19 e o TERRITÓRIO VIVO: reflexões e possibilidades de atuação na Atenção Primária à Saúde.	Julho	ESPPE(Escola de Saúde Pública de Pernambuco)	208	vídeo
133	Aula - 30' na Atenção Primária à Saúde: Acolhimento e Classificação de risco da pessoa com Covid-19. (várias partes)	Agosto	ESPPE(Escola de Saúde Pública de Pernambuco)	207	vídeo
134	Plantão Unesp COVID-19 Alunos da FMB se unem para criar curso de capacitação online	Julho	Unesp	205	vídeo
135	Fluxo Caso Suspeito e Caso GRAVE Simulações COVID-19 Fortaleza	Julho	Núcleo MD Educação Médica	199	vídeo

	PRODUTO AUDIOVISUAL	MÊS	INSTITUIÇÕES PRODUTORAS	VISUALIZAÇÕES	TIPO
136	Live 010 - Projeto Studium - Manejo Clínico dos casos de Covid-19 na Atenção Primária à Saúde	Maio	AEMED-ES	181	live
137	Espiritualidade na APS: as pessoas, os profissionais e o trabalho em meio à pandemia	Maio	SBMFC(Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade)	179	live
138	Live do InformaSUS Experiências de APS na pandemia: Mossoró - RN	Agosto	UFSCar	170	live
139	Triagem Clínica Covid-19 com Clínicarx	Junho	Clínicarx	161	vídeo
140	O que pode a atenção primária à saúde em tempos de Covid - 19 - Eduardo Melo	Junho	Ensp Fiocruz	147	live
141	24/07 - 17h - S112 - O estágio dos estudantes de medicina e enfermagem na APS do Rio na pandemia	Julho	Festival do conhecimento UFRJ	146	live
142	O processo de trabalho na atenção primária em tempos de Covid-19.	Junho	GT Saúde bucal coletiva da Abrasco	146	live
143	UnB vai sediar plataforma de inteligência cooperativa para enfrentar a Covid-19	Junho	UNB	139	vídeo
144	Estratégias sanitárias contra a Covid-19 - Marcia Castro e Adriano Massuda	Junho	Webinário Ipea	137	live
145	Desafios da Enfermagem diante da COVID-19	Junho	Psicologia com Mônica	136	vídeo
146	Atenção Primária em tempos de Coronavírus - Odorico Monteiro	Abril	Odorico Monteiro	135	vídeo
147	Manejo do coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária	Abril	SBMFC(Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade)	133	vídeo
148	Novo Coronavírus - Medidas para evitar o contágio pelo Covid-19 na Atenção Básica.	Junho	Pós Enfermagem Unip	126	vídeo
149	Precisamos de mais Atenção Primária em Saúde para enfrentar a Pandemia de Covid19	Junho	Leonardo Araújo	120	vídeo
150	Revisão para gravidade e encaminhamento para SWAB Simulações COVID-19 Fortaleza	Maio	Núcleo MD Educação Médica	119	vídeo
151	1ª #TropicQuentes - Webinar: Manejo clínico da Covid-19 na Atenção Primária - 10/06 às 18:30h	Junho	SBMT(Sociedade Brasileira de medicina tropical)	118	live
152	Atuação da atenção primária no enfrentamento ao COVID-19 - Dra Evelyn Kuroki Anzai #FÓRUMIBEC	Maio	IBEC VIRTUAL	116	live
153	Web Aula - Medidas de Controle e Prevenção do Coronavírus COVID-19 para a PcD - 15/05/2020	Junho	Telessaúde Brasil Redes Mato Grosso do Sul	115	vídeo
154	Live: APS em tempos de COVID-19	Maio	Clínicas DOC(clínica saúde personalizada)	114	live
155	Covid-19 - O SUS e a resposta à pandemia	Maio	OPAS/MS	108	vídeo
156	COVID-19 - Quais os desafios para o gestor municipal, em especial, para a Atenção Primária à Saúde?	Maio	OPAS/MS	106	vídeo
157	Videoaula - Atenção Primária em Tempos de COVID-19 - pneumologista	Julho	Prefeitura de Betim	105	vídeo
158	MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DURANTE O DISTANCIAMENTO SOCIAL POR COVID-19	Junho	Viver Enfermagem Profa Andressa da Silveira	102	live
159	Será que estou de COVID-19?	Junho	Med Explica	100	vídeo
160	Médico de família e Atenção Primária em tempos de COVID-19	Julho	Tania Machado(Apoio ABRH, IBRAVS, INLAGS)	99	vídeo
161	SUS & COVID - 19 FISIOTERAPEUTA EM AÇÃO	Junho	Canal Neuroconexão	97	vídeo
162	Como saber se estou com COVID? O que eu faço agora?	Junho	Rinelle Martins	96	vídeo
163	Quais são as diferenças entre os exames para COVID-19?	Junho	Med Explica	96	vídeo
164	PREFEITURA DE PINHEIRO ADOTA O PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA COVID-19 NA ATENÇÃO BÁSICA	Maio	Wellington sergio Oliveira	96	vídeo
165	A contribuição da Atenção Primária para o combate do COVID-19	Junho	ASAP Saúde(Alínea para saúde populacional)	93	live
166	Creffito-3 vai capacitar fisioterapeutas da atenção básica da capital para atuarem em UTIs	Junho	CREFFITO 3(canal de comunicação do conselho regional de fisioterapia 3 região)	93	podcast
167	Manejo e acompanhamento do paciente com suspeita de coronavírus: orientações gerais	Abril	Lais Huo/Telessaúde/UFRN	84	vídeo
168	AS PANDEMIAS GRIPE ESPANHOLA E COVID-19 - CONHECIMENTO SOLIDÁRIO	Junho	CANAL UPE	84	vídeo
169	Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (covid-19) na Atenção Primária à Saúde	Maio	Liga Acadêmica de Segurança do Paciente LIASP(UNILAB)	78	vídeo
170	Covid 19 na Atenção Primária (Tele Aula 17/03/2020)	Julho	Alexandre Leite	78	vídeo
171	SMS Belo Horizonte - A expansão da Covid-19 na cidade	Julho	OPAS/MS	73	vídeo
172	Saúde Mental e Covid 19: Diálogos com a Atenção Primária à Saúde	Julho	Saúde Mental em Ação UFSCar	72	vídeo
173	Atenção primária ajuda no combate ao COVID-19	Junho	TV Paraná Turismo	71	programa de tv
174	Boletim UnBTV 16: Covid-19	Junho	UnBTV	70	vídeo
175	Atenção Primária Forte (APS): estratégia central para enfrentar os desafios da pandemia	agosto	OPAS/MS	70	vídeo
176	Demonstração Protocolo Telemedicina COVID19 na atenção básica	Abril	GetConnect	69	live
177	Diálogos CoronaCidades: Como organizar a atenção básica em tempos de Covid-19?	Abril	Corona Cidades	64	live
178	COVID19: CUIDANDO DE PESSOAS TRANS E TRAVESTIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	Junho	Telessaúde SESPE	62	programa de tv
179	20 UBS passam a fazer atendimentos exclusivo para Covid-19	Julho	TVCidadeVerde	62	vídeo
180	Abordagem dos casos suspeitos COVID-19 na Atenção Primária: diagnóstico diferencial. Crato - Estratificação de risco à Covid-19 para gerenciamento de ações em educação em saúde na UBS	Julho	Prefeitura de Betim	61	vídeo
181	#lapsmeet 2 - covid-19 e seus impactos nas vidas de trabalhadoras do sexo(várias partes)	Junho	Portal da Inovação	61	live
182	#AulaCoronavirus: Covid-19, um panorama geral Pt 01 Ligas (várias partes)	Agosto	Liga de Atenção Primária da USP - LAPS-USP	59	vídeo
183	#AulaCoronavirus: Covid-19, um panorama geral Pt 01 Ligas (várias partes)	Agosto	Sanar Medicina	55	vídeo
184	Videoaula - Atenção Primária em Tempos de COVID-19 - endocrinologista(várias partes)	Julho	Prefeitura de Betim	52	vídeo
185	ACÇÕES DE ENFRENTAMENTO À COVID-19 E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - MIN. DA SAÚDE - FAMES 06-04-2020	Maio	fames sergipe	51	live

PRODUTO AUDIOVISUAL	MÊS	INSTITUIÇÕES PRODUTORAS	VISUALIZAÇÕES	TIPO	
186	Seminário online para profissionais de saúde - doenças falciformes e COVID-19	Julho	Secretaria de Estado de Saúde RJ	51	video
187	Ministério da Saúde vai fortalecer atenção básica contra o Covid 19	Junho	TV BrasilGov	51	live
188	COVID-19: Manejo da anticoagulação oral integrado à atenção primária: ambulatório de INR	Julho	Telessaude SESPE	50	video
189	Treinamento sobre COVID 19 Prefeitura de Iupemirim	Julho	Rhollander Bonicenha Aride	49	live
190	PET LIVES: POPULAÇÃO NEGRA E COVID-19	Julho	PET-SAUDE UFMA PINHEIRO /MA	47	video
191	Covid-19 - Fila única para acesso a leitos de UTI é garantir o acesso com equidade	Junho	Portal da Inovação	46	live
192	PetLive- Atenção Primária a Saúde em tempos de Covid-19(Coronavirus) 28/05/20	Junho	Pet Saúde- UFPR Litoral	45	video
193	O Atendimento da Pessoa com suspeita de COVID-19 na APS - Liamfac Unisul	Maio	Liga academica de medicina de familia e comunidade	45	video
194	Testes para diagnóstico da COVID-19	Junho	MD Expert	41	live
195	A Atenção Básica em tempos de Covid-19 - Dra. Gladys Accioly	Julho	Carlos Alves Oficial	40	video
196	Saúde Mental em tempos de COVID-19	Maio	Da Loucura à Ciência	39	video
197	Capacitação Covid 19 - UBS(várias partes)	Maio	Prof. Carlos Eduardo Souza	35	live
198	Desafios da Enfermagem frente a pandemia do COVID-19 no contexto da atenção primária	Maio	Escola de Enfermagem da UFMG	33	video
199	Saúde Mental e Covid-19: videoaulas	Junho	Saúde Mental em Ação UFSCar	30	video
200	Como a APS da Itália está enfrentando a COVID-19?	Junho	Portal da Inovação	30	live
201	Manejo da COVID-19 na Atenção Primária	Maio	telessaúde Hospital Universitário Júlio Bandeira	29	live
202	Debate APS forte: práticas no combate à Covid-19 nas comunidades	Julho	Portal da Inovação	28	live
203	Superintendente de atenção primária à saúde chama atenção sobre a importância da atualização vacinal	Agosto	TV Costa Norte Parnaíba-PI	25	programa de tv
204	APS em Pandemia Dr Hernán Sandoval / 25 de Junio	Junho	AES Chile	25	video
205	Atenção primária à saúde e o enfrentamento do COVID-19.	Maio	Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Campus Anísio Teixeira	23	live
206	ATENÇÃO PRIMÁRIA E COVID-19 - a importância de qualificar o cuidado	Junho	Integrates Assessoria	23	video
207	Clínica Ampliada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Tempo de Distanciamento Social (várias partes)	Agosto	Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/ Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes Coordenação de Atenção à Saúde/ Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros - SES/ MG	21	live
208	Debate "Atenção Básica, Participação Comunitária e Covid-19"	Junho	Instituto de Saúde Coletiva UFF	21	live
209	Especial Covid-19 - Debate "O papel da OSS na resposta à pandemia"	Junho	OPAS/MS	20	video
210	LINHA DE FRENTE: IMPACTOS DA PANDEMIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	Junho	Sinmed-MG Oficial	19	video
211	COVID 19 manejo da Urgência na Atenção Primária à Saúde	Junho	PROF. FABRÍCIO BASTOS	16	live
212	Covid-19 - Reorganização da APS requer investimento	Junho	OPAS/MS	15	live
213	A importância da atenção primária no enfrentamento do Covid-19	Junho	Coren Paraná	14	video
214	Crianças cardiopatas em tempos de Covid-19	Junho	TV UFBA	11	video
215	PREFEITURA DE PINHEIRO ADOPTARÁ PROTOCOLO DE TRATAMENTO DA COVID-19 NA ATENÇÃO BÁSICA	Junho	O Municipalista Blog	11	video
216	Covid-19, Abordagem e Manejo na APS	Junho	MD Expert	11	video
217	APS Sesa - Agenda de resposta rápida APS no enfrentamento à Covid-19 (vídeo 01/09)	Agosto	Secretaria de Estado da Saúde SESA-ES	10	programa de tv
218	TESTES COVID-19: País distribui 3 milhões de testes; 1 milhão são analisados	Junho	TV Cultura Litoral	10	live
219	Live - Pandemia, Sus e Atenção Primária	Agosto	Professor Pedro Uczai	9	video
220	#4 CASO SUSPEITO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COVID 19 / CORONA VÍRUS Educação Médica	Julho	Daniel Coriolano	8	video
221	Desafios da Atenção Primária perante o COVID-19 Abordagem de Fluxo e Manejo de Serviço UBS/eSF	Junho	Enf. Mateus	6	video
222	ESPAP Recomenda: esclarecimentos quanto ao protocolo de atenção primária e as fake news.	Julho	ESP AP	5	live
223	Anapicini - Papo Inverso #003 COVID-19 Na linha de frente	Junho	Papo Inverso	2	video
224	EnF. Adriana Elias: Atuação da Atenção Primária de Saúde no Combate a Covid-19	Junho	Coren-AM	2	video
225	PREFEITURA EXPLICA - GRAVIDEZ E COVID-19	Junho	Prefeitura de Itajubá Oficial	2	video
226	COVID-19 Prevenção em Visita Domiciliar ACS	Julho	Assessoria de Comunicação da UFSJ	1	video
227	VÍDEO AIS- Papel da atenção primária à saúde no combate ao COVID-19	Julho	Mariana Marques	1	video

Fonte: Elaborada pela autora a partir de rastreamento no YouTube dos termos relacionados à Covid19 e da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. O que é saúde? Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

_____. **Reconhecer Flexner:** inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. v. 26 (12),. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, dez., 2010, p.2234-2249.

ALLSOP, J. Medical dominance in a changing world: the UK case. **Health Sociology Review.** v. 15, 2006, p. 444-457.

ÁLVARO, J.L. & GARRIDO, A. **Psicologia Social - Perspectivas Psicológicas e Sociológicas.** Ed. Mc Graw Hill. São Paulo, 2006.

ARAÚJO, I. S. DE. O mapa da comunicação e a rede de sentidos da saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A.(Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde.** Ed. CEPESC - IMS/UERJ – ABRASCO. RJ, 2006, p. 427-444.

ARAÚJO, I.S. DE; CARDOSO, J.M. **Comunicação e saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

_____. Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (Org.). **Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações em saúde.** Ed. CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO. RJ, 2008, p. 61-78.

ARAÚJO, I. S DE; OLIVEIRA, V.C. Comunicação e Mediações em Saúde: um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz). **RECIIS (Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde).** Rio de Janeiro, v.6, n.3, set., 2012.

ARAÚJO, I. S DE; SILVA, W.M. Estratégias discursivas e (des)colonização da enunciação: as conferências de saúde como campos de batalha. In: **Mediações Comunicativas da saúde.** Multifoco: Rio de Janeiro, 2017.

ARCARO, P. et al. Marketing sociale e sanità pubblica (social marketing and public health). **Ann Ig.** 2013 may-jun; 25(3): 247-62. Italian. doi: 10.7416/ai.2013.1927. PMID:23598808.

AHMAD, T, et al. Medical professionalism videos on YouTube: content exploration and appraisal of user engagement. **Saudi J Biol Sci.** 2020 sep; 27(9): 2287-2292. PMID: 32884409; PMCID: PMC7451591.

ASSUNÇÃO PAIVA, C. H. A OPAS em foco: uma história das relações internacionais em saúde na América. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos,** vol. 13, núm. 1, jan-mar, 2006, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 177-182.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** RJ, CEPEC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2004.

AZEVEDO, C. S. A sociedade contemporânea e as possibilidades de construção de projetos coletivos e de produção do cuidado em serviços de saúde. In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (Orgs). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde - abordagens da psicossociologia.** Ed. Fiocruz, 2013.

AZEVEDO, C.S. SÁ, M. C.; CUNHA, M.; MATTA, G.C.; MIRANDA, L.; GRABOIS, V. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. In: **Ciência & Saúde Coletiva.** v.22 (6):1991-2002. Rio de Janeiro, 2017.

BAUMAN, Z. **Globalização.** Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

_____. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001

BARALE, R. O.; & SANTOS, B.R. Cultura organizacional Organizacional: Revisão revisão sistemática da literatura. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 17(2), pp. 129-136. Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF. Abr-jun 2017, p. 129-136..

BARCELOS, P. E. L. **Mudanças no ensino médico e suas repercussões na identidade profissional do professor de medicina: um estudo de caso**. Dissertação (mestrado em Psicossociologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro, 2011. 177f. Disponível em: <pos.eicos.psicologia.ufrj.br/wp-content/uploads/patriciaestrella.pdf>.

BARCELOS, P. E. L; LIMA, T. V. AGUIAR, A. C. Blogs e redes sociais na atenção à saúde da família: o que a comunicação online traz de novo? **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**. v.14, p.126 - 149, 2020.

BARCELOS, P. E. L; NEVES, T. AGUIAR, A. C. O que sabemos sobre comunicação nas práticas de saúde do Sistema único de Saúde - SUS? **Anais do 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**. RJ, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/tag/anais/>>.

BARCELOS, P. E. L; AGUIAR, A. C. A comunicação sobre HIV nas práticas de saúde no Sistema Único de Saúde - Brasil. **Revista Española de Comunicación en Salud (RECS)** v.sup 2, 2019, p.100-111.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

BIRMAN, J. A Physis da Saúde Coletiva. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. 15(Suplemento). Rio de Janeiro, 2005, p.11-16..

_____. Criatividade e Sublimação em Psicanálise. **Rev. Psic. Clin.** v.20, n.1, Rio de Janeiro, 2008, p.11-26.

_____. Escrita, trauma e violência em psicanálise. **Cadernos de Psicanálise/ Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro** - v. 1, nº 1 (1982). v. 30, nº 33, 2014.

BORA, K, et. al. Are internet videos useful sources of information during global public health emergencies? A case study of YouTube videos during the 2015-16 Zika virus pandemic. **Pathog Glob Health**. 2018, sep; 112(6):320-328.

BORGES, C.F & BATISTA, T, W, F. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 nº 1, mar-jun, 2010, p. 27-53.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

_____. Da regra às estratégias. In: **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 1990.

BOUSQUAT, A. et al. Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco**. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS. Abrasco. Agosto, 2020. Disponível em: <<https://redeaps.org.br/>>.

BRAGA, J. L. Comunicação é aquilo que transforma linguagens. In: **ALCEU**. v. 10. nº 20, jan-jun. 2010, p. 41-54.

_____. Dispositivos interacionais. Trabalho apresentado no XX Encontro da Compós, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<https://www.compos.org.br/>>.

_____. Circuitos versus campos sociais. In: **Mediação & Mediatização**. Compós, Salvador; EDUFBA, 2012, p. 31–52.

BRAGA, J. L; CALAZANS, M. R. Comunicação e Educação – Questões Delicadas na Interface. São Paulo: Hacker Editores, 2001.

BRAGA, J. L.et. al. **Matrizes interacionais: a comunicação constrói a sociedade**. Paradigmas da Comunicação collection. Campina Grande: EDUEPB, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.7476/9788578795726/>>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Para entender o controle social na saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf/>.

_____. **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 da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html/>. Acesso em: 23 mai. 2012.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Ed. 183. Seção 1, p.68. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031/>. Acesso em: 3 jan. 2021.

_____. Orientações do Ministério da Saúde para manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico da COVID-19. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096794/orientacoes-manuseio-medicamentoso-covid19.pdf/>>.

BRASIL. **Lei nº 11.350**. Regulamenta os § 4º e 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. Brasília: Congresso Nacional, 05/10/2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm/>.

_____. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União. Ed. 74. Seção 1, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018, p. 3.

_____. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASÍLIA. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf/>.

_____. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020**. Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de Covid-19. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BULCÃO, L. G.; SAYD, J. As razões da escola médica: sobre professores e seus valores. Os valores dos médicos e os impasses da escola médica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 13(1):11-38, 2003.

CAMARGO JR., K.R. A Biomedicina. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2005, v.15 (suplemento), p.177-201.

_____. As armadilhas da "concepção positiva de saúde". **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2007., v.17. (1) p. 63-76.

CAMPOS, COHN & BRANDÃO. Trajetória histórica da organização sanitária da cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem anos de inovações e conquistas. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2016, v. 21(5), p.1351-1364.

CAMPOS, C. V. A; MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. **Rev. Adm. Pública**. V, Rio de Janeiro, v. 42, nº 2, abr. 2008.

CANCLINI, G.N. **Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1997.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

_____. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária, 2005.

CARDOSO, J. M. **Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de Aids veiculadas pela TV (1987-1999)**. Dissertação (mestrado em Comunicação e Cultura) – Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

CARDOSO, J. M.; SACRAMENTO, I; MACHADO, I.B. A emergência das epidemias de dengue e Zika em O Globo. In: **Mediações Comunicativas da Saúde**. Multifoco: Rio de Janeiro, 2017.

CARRIERI, A. P. & LEITE-DA-SILVA, A.R. C. Cultura organizacional *versus* culturas nas organizações: conceitos contraditórios entre o controle e a compreensão. In: **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. V. 1. Ed. Difusão. São Caetano do Sul, São Paulo, 2008.

_____. O entendimento das organizações como culturas: uma alternativa metodológica. In: **Faces da cultura e da comunicação organizacional**. V. 2. Ed. Difusão. São Caetano do Sul, São Paulo, 2010.

CARVALHO, M.A.R. & LIMA, N.T. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde Coletiva? Questionando a onipotência do social**. FLEURY, S. (Org.). Ed. Relumé Dumará. Rio de Janeiro, 1992.

CASTELLAR, G. Mortes de enfermeiros por Covid voltam a subir e batem recorde em março. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimasnoticias/redacao/2021/03/31/mortes-de-enfermeiros-voltam-a-subir-e-batem-recorde-em-marco/>.

CASTELLS, M. Communication, Power and counter-power in the network society. In: **International Journal of Communication**. V. 1, jun. 2006, p. 238–266.

_____. **Redes de indignação e de esperança**. Editora: Zahar. Rio de Janeiro, 2013.

CASTELLS, M. **O poder da comunicação**. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

CASTIEL, L. D & PÓVOA, E. C. Medicina baseada em evidências: “novo paradigma assistencial e pedagógico”? **Rev. Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. V.6, nº 11, ago. 2002, , p.117-32.

CASTIEL, L.D; GUILAM, M.C.R.; FERREIRA, M. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015.

CASTRO, A. L.B & MACHADO, C.V.M. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012, 22 [2]: 477-506.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Ed. Paz e Terra. São Paulo, 1991.

CAXADA, A.G; SOUSA, M. F.; MENDONÇA, A.V.M. Conteúdos promotores de saúde em campanhas de Aids no Facebook dos ministérios da saúde do Brasil e do Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, 2015, 38(6), p. 457–463.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1997, 13(3). p. 469-78.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: **Os sentidos da integralidade**. Rio de Janeiro, 2009.

CECÍLIO, L.C.O et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012, 17(11), p.2893-2902

CECÍLIO, L. C. O.& REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2018., 34(8).

COELHO, M. C. **Estudos sobre interação: textos escolhidos**. Apresentação. Ed. UERJ, Rio de Janeiro, 2013.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL(CETIC.BR). **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos domicílios brasileiros: TIC domicílios 2018**. Comitê Gestor da Internet no Brasil, São Paulo, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Memorial aos médicos que se foram durante o combate à COVID-19. Disponível em: <<https://memorial.cfm.org.br/>>.

CORCUFF, P. **As Novas sociologias: construções da realidade social**. Ed. EDUSC, São Paulo: Bauru, 2001.

CORIOLOANO-MARINUS MW de L, et al. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde e Sociedade**. 2014, 23. P. 1356–1369.

COULDRY, N. Mediatization or mediation? Alternative understandings of the emergent space of digital storytelling. **New Media & Society**, v. 10, n. 3, 2008, p. 373–391.

_____. Mediatization and the future of field theory. In: LUNDBY, K. (Org.). **Mediatization of communication**. Handbooks of Communication Science. Ed. De Gruyter. Berlin/Boston, 2014.p. 227–245.

COULDRY, N & HEPP. **The mediated construction of reality**. Cambridge: Polity Press, 2017.

CONRAD, P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. **The Johns Hopkins University Press**. Baltimore, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). CIT: aprovada portaria que institui indicadores para pagamento do desempenho da AB. 2019. Disponível em: <conasems.org.br/cit-aprovada-portaria-que-institui-indicadores-para-pagamento-do-desempenho-da-ab/>. Acesso em: 03 dez. 2019.

CORTES, S.V. et al. Conselho Nacional de Saúde: histórico, papel institucional e atores estatais e societais, In: CORTES, S. V. (Org.) **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

CUNHA, M.S.C. & SÁ, M.C. A cooperação prescrita e a cooperação possível: vicissitudes do trabalho em equipe em uma unidade de saúde da família. In: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (Orgs). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde- abordagens da psicossociologia**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

CZERESNIA, D. et al. **Os sentidos da saúde e da doença**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2013.

DE BENEDICTS, A, et al. WhatsApp in hospital? An empirical investigation of individual and organizational determinants to use. **PLoS One**. 2019 Jan 11;14(1).

DIAS, B. C. S. A comunicação da sociedade civil do setor saúde – entre assimetrias institucionais e capacidades intrínsecas na produção de informação alternativa / Bruno Cesar Santos Dias. -- 2020. 203 f. : il. color. ; tab. Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

_____. Movimentos sociais da saúde na rede: comunicação e participação do movimento social da saúde na internet. Projeto de pesquisa para a obtenção do título de especialização em Comunicação e Saúde no Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/29810/>. Acesso em: 14 de mar. 2019.

DONNANGELO, M. C. F. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DONATO, A. F. & GOMES, A. L. Z. O estudo da comunicação na formação dos profissionais de saúde: algumas questões e aproximações. **Bis – Boletim do Instituto de Saúde**. V. 12, nº 1, São Paulo, 2010, p. 37.

DYTZ, J., L., G. Right of access to health information. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 57(2); 139-142; 2004-04.

EDLER, F. C. & ALVES, F.A.P. A educação médica: do aprendiz ao especialista. In: **História da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec., 2018.

EHRENBERG, A. **O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa**. Ed. Ideias & Letras. São Paulo: Aparecida, 2010.

ENGEL, G. Need for a new medical model - A challenge for biomedicine. **Science**. 1977, p.129-136, v.196, nº 4286.

ESCOTEGUY, A.C. Uma introdução aos Estudos Culturais. In: **Revista FAMECOS**. . Porto Alegre, 1998, p.87-97, nº 9.

ESCOTEGUY, A.C. & SIFUENTES, L. O mapa das mediações comunicativas da cultura: cartografando a pesquisa. In: SACRAMENTO, I.(Org.) **Mediações Comunicativas da saúde**. Multifoco: Rio de Janeiro, 2017.

ESCOTEGUY, A.C. & FELLIPE, A. Jornalismo e estudos culturais: a contribuição de Jesús Martín-Barbero. **Rev. Rumores**. 201, v.7, n.14, jul-dez..

FALAVIGNA, M. et al. Diretrizes para o tratamento farmacológico da COVID-19. Consenso da Associação de Medicina Intensiva Brasileira, da Sociedade Brasileira de Infectologia e da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2020, 2020;32(2):166-196, mai.

FAUSTO NETO, A. As bordas da circulação. **Alceu**, v. 10, n. 20, 2010, , p. 55–69.

FAUSTO, M. C. R et al. O futuro da atenção primária à saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, 2018, p. 12-17, v. 42, especial 1, set.

FERRAZ, L.M.R. Saúde e política na crise da Covid-19: apontamentos sobre a pandemia na imprensa brasileira. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2020 abr.-jun.;14(2):273-8

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde (Cepedes) **A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês: relatório técnico e sumário executivo**. Rio de Janeiro: CEPEDS/ENSP/Fiocruz, 2020. 78 p.

FINKELMAN, J (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. Apresentação.

FLECK, L. **Gênese e desenvolvimento de um fato científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento**. Ed. Fabrefactum, 2010 [1979].

FONSECA, C. A história da política de saúde no Brasil (1889-1945): interpretações e trajetórias. In: **História da saúde no Brasil**. Ed. Hucitec. Rio de Janeiro, 2018.

FORTALEZA, C. M. É preciso continuar, não consigo continuar, eu vou continuar: entre a fé e o desconsolo, somos movidos pelo inescapável senso de dever. **Folha Online/UOL**. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/opinia0/2021/03/e-preciso-continuar-nao-consigo-continuar-eu-vou-continuar.shtml/>>.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do poder**. Ed.Graal. 5ª ed. Rio de Janeiro, 1985.

_____.O nascimento do hospital. In: **Microfísica do poder**. Ed.Graal. 5ª ed. Rio de Janeiro, 1985.

- _____. O nascimento da clínica. 1ª ed. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 1977.
- _____. Política da saúde no séc. XVIII. In: **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 2011.
- _____. Crise da medicina ou anti-medicina. In: **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 2011.
- _____. A incorporação do hospital na tecnologia moderna. In: **Arte, epistemologia, filosofia e história da medicina**. Ed. Forense Universitária. Rio de Janeiro, 2011.
- FRAGOSO, S; RECUERO, R; AMARAL, A. **Métodos de pesquisa para internet**. Porto Alegre: Sulina, 2011.
- FRANÇA, V. Comunicação e cultura: relações reflexivas em segundo grau. Cultura organizacional *versus* culturas nas organizações: conceitos contraditórios entre o controle e a compreensão. In: **Faces da cultura e da Comunicação Organizacional**. V. 2. Ed. Difusão. São Caetano do Sul, São Paulo, 2010.
- _____. Interações comunicativas: a matriz conceitual de G.H. Mead. In: **Comunicação e Interações**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2008.
- FREIDSON, E. The Reorganization of the Medical Profession. In: **Medical Care Review**, 1985, p.11-35, v.42.
- FREIRE, P & GUIMARÃES, S. Educar com a mídia: novos diálogos sobre educação. 1ª ed. Paz e Terra. Rio de Janeiro, 2013.
- FREELON, D. On the interpretation of digital trace data in communication and social computing research. *J. Broadcast Electron Media*. p.59-75. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08838151.2013.875018/>.
- FREUD, S. Totem e tabu (1912). Obras completas. Ed. Imago. 1ª edição. Rio de Janeiro, 1976.
- _____. Psicologia de grupos e análise do Ego (1921). Obras completas. Ed. Imago. 1. ed. Rio de Janeiro, 1976.
- FUREDÌ, F. The end of professional dominance. **Society**, sep/oct, 2006. p. 14-18
- GARBIN, H.B.R. et al. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.12, nº26, p.579-88, jul./set. 2008.
- GARCIA, A. C. et al. O perfil e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde. In: **Revista Cuidado é Fundamental**. 11(n. esp) p.339-344, 2019.
- GARCIA FILHO, C. et al. Buscas na internet sobre medidas de enfrentamento à COVID-19 no Brasil: descrição de pesquisas realizadas nos primeiros 100 dias de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, 2020V. 29, nº 3
- GATWOOD J, et al. Beyond the reminder: the next steps in pharmacist-driven, health patient engagement. **J Am Pharm Assoc** (2003). 2019 Mar-Apr;59(2S):S21-S24. doi: 10.1016/j.japh.2018.10.003. Epub 2018 Nov 15.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Rev. Cad. Saúde Pública**; V.34(8), 2018.

_____. et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Revista Saúde em Debate**. v. 44 no especial 4. dez 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1286/2009/>>.

_____. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **In: Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, Rio de Janeiro, 2019.

_____ & MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária à saúde. In: Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

GOOD, B. The transformation of health care in modern iranian history. In: **Modern iran: the dialectics of the continuity and change**. p. 59-82. SUNY Albany Press. Albany, Georgia.1981.

_____. **Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective**. Cambridge University Press. United Kingdom, 1994.

GODIM, R.O & MENDES JR., V.G.W. (orgs). **Qualificação de gestores do SUS**. EAD ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009.

GADELHA, C.A.G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, V.8(2). p.521-535. Rio de Janeiro, 2003.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Ed.LTC. Rio de Janeiro, 2008[1973].

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. Ed. Vozes. Petrópolis, Rio de Janeiro, 1985.

_____. The Interaction Order. In: *American Sociological Review*. P. 1-17, 1983.

GOMES, I. Raymond Williams e a hipótese cultural da estrutura de sentimento. **In: Comunicação e estudos culturais**. Ed. Ufba. Salvador, 2011.

GOMES, T.B & VECHINA, T.L. Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(7):2327-2338, 2018

GUNARATNE, S.A. Habermas public sphere and communicative-action theory: eurocentrism or universalism? ANZCA03. July 2003. **Conference, Brisbane**, Minnesota State University, USA.

GUIMARÃES, M. C. S.et al. El acceso a la información como determinante social de la salud. In: **Salud Colectiva**, v. 7, n.º. 1, p. S9–S18, 2011.

GUIMARÃES, C.; FRANÇA, V. Experimentando as narrativas no cotidiano. In: **Na mídia na rua: narrativas do cotidiano**. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2006.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Rev. Educação e Realidade**. 1997. p. 15-46, v.22, jul./dez.

HELMAN, C. **Cultura, saúde & doença**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2003.

HEPP, A & HASEBRINK,U. Human interaction and communicative figurations. The transformation of mediatized cultures and societies. **Mediatization of communication**. In: *Handbooks of Communication Science*. Ed. De Gruyter. Berlim/Boston, 2014.p.249-273.

HOSS, L & FELIPPE, A. Mediações na comunicação hospitalar em uma região de saúde do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. de Desenvolvimento Regional**. V.5 (3), p. 163-188. Blumenal, 2017.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD COVID-19 Trabalho: Desocupação, renda, afastamentos, trabalho remoto e outros efeitos da pandemia no trabalho**. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php/>>.

JAKOBSON, R. **Linguística e comunicação**. São Paulo: Editora Cultrix, 2008.

KALIL, I. R. **De silêncio e som: a produção de sentidos nos discursos oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno brasileiros**. 2015. 244 f. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2015.

KARPF, D. Social science research methods in internet time. In: **Inf. Commun. Soc.** 2012: p.639–61.

KELLY J, FEALY, G.M, WATSON, R. The image of you: constructing nursing identities on YouTube. In: **Journal Adv Nurs**. Aug;68(8):1804-13, 2012.

KROTZ, F. Mediatization as a mover in modernity: social and cultural change in the context of media change. In: LUNDBY, K. (Org.). **Mediatization of communication**. Handbooks of Communication Science. Ed. De Gruyter. Berlim/Boston, 2014, p. 131-163.

LANGIL, D. Selling health lifestyles: using social marketing to promote change and prevent disease. Issue Brief (**Grantmakers Health**). Nov;(20):1-30. PMID: 15551499, 2004.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2011, p.867-874, v.20, n.4.

L'ABATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. V.8 (1). p. 265-274. Rio de Janeiro, 2003.

LEVY, I. Práticas de Comunicação e Saúde no Ciberespaço: uma análise a partir da Campanha Nacional de Combate à Dengue 2011/2012. (Dissertação de mestrado). **Fundação Oswaldo Cruz, Brasil**, 2013.

_____. Comunicação e saúde: mundos semióticos em disputa em tempos de midiatização. **VII Colóquio Semiótica das Mídias – ISSN 2317-9147**, 2018.

LOWY, I. Ludwick Fleck e a presente história das ciências. In: **História, Ciência e Saúde - Manguinhos**. I(1), p. 7-18. jul-out., 1994.

LUPTON, D. M-health and health promotion: the digital cyborg and surveillance society. In: **Social Theory & Health**. 2010. p. 229-244, v.10.

_____. **Medicine as Culture. Illness, disease and the body**. SAGE Publications Inc. London, 2012.

LIMA, J.G. et. al. Atributos essenciais da atenção primária à saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Rev. Saúde em debate**. V. 42 (n. especial) 1, P. 52-66, setembro, Rio de Janeiro, 2018.

LIMA, N.T. O Brasil e a organização pan-americana da saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2002.

LIMA, T.V.; BARCELOS, P.E.L.; LAGUARDIA, J. Identidades institucionais nas redes sociais online: a comunicação do Ministério da Saúde brasileiro no Facebook durante a epidemia da Zika. In: **ANAIS DO XIV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación (ALAIIC)** Comunicación en sociedades diversas: Horizontes de inclusión, equidad y democracia, San José, 2018.

LORENZO, S.M. La pandemia COVID-19: lo que hemos aprendido hasta ahora desde España. **APS em Revista**. 2020, p. 28-32, v.2, n.1, jan./abr.

LUNDBY, K. Mediatization of Communication. In: LUNDBY, K. (Org.). **Mediatization of communication**. In: **Handbooks of Communication Science**. Ed. De Gruyter. Berlim/Boston, 2014.p.3-51

LUPINACCI, L. “Da minha sala pra sua: teorizando o fenômeno das lives em mídias sociais”. **Galáxia**, PUC-SP. ISSN 1982-2553, São Paulo.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira**. Graal, Rio de Janeiro, 1982.

_____. Biomedicina e racionalidade científica no ensino contemporâneo da área de saúde. In: **Saúde, Corpo e sociedade**. Ed.UFRJ, Rio de Janeiro, 2006, p.196-203.

_____. Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde. **Rev. Saúde Sociedade**. São Paulo, 2011, p.22-31, v.20, n.1.

MALINOWSKI, B. (verbete). In: Enciclopédia Britânica, 13 ed., suppl., p. 133. Disponível em: < <https://www.britannica.com/biography/Bronislaw-Malinowski/>>.

MACHADO, J. & MILSKOLCI, R. Das jornadas de junho à cruzada moral: o papel das redes sociais na polarização política brasileira. **Rev.Sociol. Antropol**. Rio de Janeiro, 2019, v.09.03: 945 – 970, set. – dez.

MADATHIL, K.C, et al. Healthcare information on YouTube: A systematic review. **Health Informatics J**. 2015, sep;21(3):173-94.

MARTÍN-BARBERO, J. **Ofício de cartógrafo: travessias latino-americanas da comunicação na cultura**. Edições Loyola. São Paulo, 2004.

_____. **Dos Meios às mediações. Comunicação, cultura e hegemonia**. Ed. UFRJ. Ed. Bras. 1997. 6 ed. 2009.

_____. **A Comunicação na educação**. Ed Contexto, São Paulo, 2014.

MARQUI, T. B. A. et al.Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. In: **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, dez. 2010, p.956-961, v. 44, n. 4.

MATTELART, A.& M. **História das teorias da Comunicação**. São Paulo: Ed. Loyola. 2014.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade**. UERJ, IMS, ABRASCO, Rio de Janeiro, 2001.

MATTOS, M.A et. al. Interações comunicacionais e/ou midiaticizadas nos estudos de recepção. **Questões Transversais – Revista de Epistemologias da Comunicação**. 2016, v. 4, nº 8, jul-dez.

MAYNARD, D. W. Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. **In: American Journal of Sociology**, Vol. 97, No. 2. (Sep., 1991), p. 448-495. Published by: The University of Chicago Press.

MEAD, G. H. **Mind, self and society**. University of Chicago Press. Chicago, 1972 [1934].

MELO, D.S et al. Avaliação da responsividade de um serviço de saúde público sob a perspectiva do usuário idoso. **Revista de Saúde Pública**; jun.2017, v. 51;p. 1-11.

MERHY, E.E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. Hucitec. São Paulo, 2002.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E, MAGUALHÃES JR. H.M; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B, BUENO, W.S. **In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec; p. 15-36. São Paulo, 2003.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2012.

MENDONÇA, C.S. et al. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia do COVID-19. **APS em Revista**. 2020, p. 33-37, v. 2, n. 1, jan.abr.

MURTINHO, R. & STEVANIM, L.F. Políticas de comunicação, Cidadania e saúde no Brasil contemporâneo. In: **Mediações Comunicativas da saúde**. Multifoco: Rio de Janeiro, 2017, p.135-164.

MUZI, D. **YOUTUBE-SE: rastreando as mediações sociotécnicas na circulação de documentários sobre violência obstétrica**. Tese (Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde). Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Rio de Janeiro, 2020.

NOGUEIRA, M. L et al. **2o. Boletim da Pesquisa “Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19”**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSV/ICICT/Presidência, 2020b. 41 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44597> Acesso em: 08 jan. 2021.

O'DWYER, G. et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**, 24(12):4555-4567, 2019

OIKAWA, E. A prática do monitoramento em busca da “qualidade de vida”: reflexões sobre vigilância, biopoder e tecnologias digitais. In: RIBEIRO, J. C; BRAGA, V. e SOUZA, P.V (Orgs.) **Performances interacionais e mediações sociotécnicas**. Edufba, 2015.

OLIVEIRA, I. L.et al. Comunicação Organizacional no Brasil: Campo de conhecimento em construção a partir de autores brasileiros. In: LOPES, V.S.C ; FARIAS, L.A; SCROFERNEKER, C.M.A(Orgs.) **Anais do IX Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de relações públicas**. ABRAPCORP. Porto Alegre: Ed. PUC-RS, 2015.

OLIVEIRA, M. A. & CAMARGO JR., K. R. Complexo médico-industrial/financeiro: os lados epistemológico e axiológico da balança. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2012, v.22.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). **Surveillance protocol for SARS- CoV-2 infection among health workers**. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332203>. Acesso em: 17 dez. 2020.

_____. **Pneumonia of unknow cause- CHINA**. WHO, Geneva, 05 de jan. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>. Acesso em: 06 de abr. 2020a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)/UNICEF. **Declaração de Alma-Ata**, 1978. Disponível em: <www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS) **Renovação da atenção primária nas américas. Documento de posicionamento da organização Pan-americana de saúde**”. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/sala5575.pdf>> Acesso em: 02 ago. 2007.

ORTIZ, R. **Mundialização e Cultura**. São Paulo. Brasiliense, 1988.

PALACIOS M. Ruptura, continuidade e potencialização no jornalismo online: o lugar da memória. In: Machado E., Palacios M., (orgs). **Modelos do jornalismo digital**. Salvador: Editora Calandra; 2003, p.1–17.

PAIM, J. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2012a.

_____. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, 2012b, p. 343-347, v. 36 , n. 94, , jul./set.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. de C ; DIAS, A. M. I ; CABRAL, L. A. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde - **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. 2012 , p. 301-314, v.16(41); 301-314.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, Mar./Abr. 2009, p. 23-34, v.62, n.2;

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. 2001; 35(1). p.103-109.

_____. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. Tese de livre docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M & SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. (org). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p. 199-207.

PEREIRA NETO, A. F. Identidades profissionais médicas em disputa: Congresso Nacional dos Práticos, Brasil (1922). **Cadernos de Saúde Pública**. Abril/Jun, 2000, p. 399-409, v.16(2).

PEREZ, L. G. et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy - **Revista de Saúde Pública**. 2013, p.403-413, v.47(2).

PERUZZO, CMK. Comunicação nos movimentos sociais: o exercício de uma nova perspectiva de direitos humanos. **Contemporânea - comunicação e cultura**. 2013, v.11, n.1.

_____, Revisitando os conceitos de comunicação popular, alternativa e comunitária, **Anais do XXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação, Intercom, 2006**.

PETERS, G. **Percursos na teoria das práticas Sociais: Anthony Giddens e Pierre Bourdieu**. (Dissertação de mestrado). Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Sociais. Departamento de Sociologia. Brasília, 2006.

PINTO, L.F & ROCHA, C.M.F. Inovações na atenção primária em saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.21(5), p.1433-1448.

PINTO, L.F & GIOVANELLA, L. Do Programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018.

QUINN, T.D et al. Creating a Pathway for Multidisciplinary Shared Decision-Making to Improve Communication During Preoperative Assessment. **Anesthesiol Clin**. 2018, dec;36(4):653-662.

REGO, A.R.& BARBOSA, M. **A construção Intencional da Ignorância. O Mercado das Informações Falsas**. Ed. Mauad. 2020.

REIS, D. S. d. M. (2005). **Comunicação pública dos serviços de saúde para o idoso: Análise da produção e percepção da cartilha '\Viver Mais e Melhor\'**. Tese de doutorado em Ciências da Comunicação. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

REZENDE, E.J.C et al. Ética e telessaúde: reflexões para uma prática segura. **Revista Panamericana de Salud Pública**; 28(1); 58-65; 2010-07.

RIBEIRO, A.P.G et al. Linguagem, sentido e contexto: considerações sobre comunicação e história. **Rev. FAMECOS**, Porto Alegre, 2017, , v. 24, n. 3.

RIBEIRO, S. P. & CAVALCANTI, M. de L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciência & Saúde Coletiva** Mai 2020, p. 1799 – 1808, v. 25 Nº 5.

RIVERA, F.J.U.& ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. In: RIVERA F.J.U.(Org.) **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 17-35.

ROCHA, J. O que será dos profissionais de saúde que distorcem a ciência? **UOL/ECO**A. Disponível em: <<https://www.uol.com.br/ecoa/colunas/julia-rocha/2021/01/19/o-que-sera-dos-profissionais-de-saude-que-distorcem-a-ciencia/>>.

RONSONI, V. M. A perspectiva das Mediações de Jesús Martín-Barbero (ou como sujar as mãos na cozinha da Pesquisa empírica de recepção). In: JANNOTI JR. & GOMES I.M.M. **Comunicação e estudos culturais**. Salvador: Ed.Ufba , 2011.

RONZANI, M. T.; SILVA, M de C. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008, p. 23-34.

ROSE, N. Beyond medicalisation. **Lancet**. Feb. 2007, p.700-702, v.369.

SÁ, M. C. & AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. IN: AZEVEDO, C. S. & SÁ, M. C. (Orgs). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde- abordagens da psicossociologia**. Ed. Fiocruz, 2013.

SACRAMENTO, I. O estudo das mediações e a pesquisa em comunicação e saúde. In: **Mediações Comunicativas da saúde**. Multifoco: Rio de Janeiro, 2017.

_____. A saúde numa sociedade de verdades. **Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**. 2018, jan.-mar.;12(1):4-8, e-ISSN 1981-6278. Disponível em: www.reciis.icict.fiocruz.br/.

SACRAMENTO, I.; SANTOS, A; ABIB, R. A saúde na era da testemunha: experiência e evidência na defesa da hidroxiquina. In: **Rev.Comunicação, Cultura e Sociedade**. Dossiê Comunicação, cultura e seus desafios. 2020, v.7.

SACRAMENTO, I. & VIEIRA, W.W. mHealth and Digital cyborg body: the running apps in a society of control. In: MARTSON, H. R; MUSSELWHITE, C; FREEMAN, S. (Orgs). In: **Mobile EHealth**. Londres: Springer, 2017.

SALADRIGAS, H.M. Comunicación organizacional: Matrices teóricas y enfoques comunicativos. In: **Revista Latina de Comunicación Social**. Laboratorio de Tecnologías de la Información y Nuevos Análisis de Comunicación Social. Canarias, España. Jan-Dez, 2005, p.0, v.8, nº60.

SALES, C. et al. Desafios para a Informação Científica e Tecnológica na Pesquisa em Saúde: da Divulgação ao Engajamento. In: **XIV Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação (ENANCIB 2013)**, Florianópolis. Anais. Florianópolis: UFSC, 2013.

SANCHIS, I. de P. Simmel e Goffman: uma comparação possível. **Rev. Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, dez. 2011, p. 856-872, v. 11, n. 3.

SANTORO, E. I. Social media, le apps e la trasformazione della comunicazione, della formazione e dell'assistenza in sanità [Social media and medical apps: how they can change health communication, education and care]. **Recenti Prog Med**. 2013 May;104(5):179-80. Italian. doi: 10.1701/1291.14273. PMID: 23748682.

SANTOS, M.L.M et al. Barreiras arquitetônicas e de comunicação no acesso à atenção básica em saúde no Brasil: uma análise a partir do primeiro Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Mai. 2020, v. 29, nº 2.

SANTOS, A.de F., et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil **Cadernos de Saúde Pública** 2017, v.33, nº 5.

SCHRAIBER, L.B. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. **Interface Comunic Saúde Educ**. 1997, 1(1):123-38.

SCHRAIBER, L.B.& PEDUZZI M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. In: **Educ Med Salud**. 1993; 27(3):295-313.

SCROFERNEKER, C. M A. Trajetórias teórico-conceituais da comunicação organizacional. In: **Revista FAMECOS**, 2006, p. 47-53, v. 31.

_____. Diálogo e vínculo-Contribuições para a lugarização de perspectivas complexas nas organizações. In: **Anais do IX Congresso Brasileiro Científico de Comunicação Organizacional e de relações públicas**. ABRAPCORP. Porto Alegre: Ed. PUC-RS, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA. **Novas possibilidades de organizar o Acesso e a Agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba, 2014. Disponível em: http://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/acesso_a_atencao_primaria_em_curitiba_pr.docx.

SEVERO, B. S. & SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2010.

SENNETT, R. **A Corrosão do Caráter. Conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. Rio de Janeiro, Record, 2005.

SIBILIA, P. **O show do eu: a intimidade como espetáculo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016.

SIGNATES, L. Estudo sobre o conceito de mediação e sua validade como categoria de análise para os estudos de Comunicação. In: **Revista Novos Olhares**. 2003, n. 12.

SILVA, L.A et al. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2013; 18:221-32.

SILVA JÚNIOR, A G da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Ed. Hucitec. 1998, p.19-70.

SILVA, LMV. **O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018.

SILVA, B.T & LIMA, I. M.S O. Análise política da composição do Conselho Nacional de Saúde (2015/2018). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2019, v. 29(1), e290113.

SILVA, J.F.M et al. A pejetização em saúde na macrorregião norte do Paraná e suas implicações com a COVID-19. **Rev. Gestão e Saúde**. Brasília . Setembro - dezembro 2020, v. 11 n. 3.

SILVERSTONE, R. Complicity and Collusion in the Mediation of Everyday Life. **New Literary History**. 2002, 33(4):761-780.

SIMMEL, G. A Tríade. In: COELHO, M.C. **Estudos sobre Interação: Textos Escolhidos**. Apresentação. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2013, p.45-75.

SYNNOT, A. et al. Research priorities in health communication and participation: international survey of consumers and other stakeholders. **New Literary History**. 2018, 33(4):761-780.

SODRÉ, M. Eticidade, campo comunicacional e midiaticização. In: MORAES, D. (Org.). **Sociedade midiaticizada**. Rio de Janeiro: Ed. Mauad X, 2006, p. 19-31.

_____. **Antropológica do espelho: por uma teoria da comunicação linear e em rede**. Ed. Vozes. Petrópolis, Rj, 2011.

_____. **Ciência do Comum**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes. 2014.

SORANZ, D. et al. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev.Ciência & Saúde Coletiva**. **450 anos da cidade do Rio de Janeiro: Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde**. 2016, v.21(5)

SCHIMITH, M.D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde - **Trabalho, Educação e Saúde**. 2011, p. 479-503, v. 9(3).

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

TAMBA-MECZ, I. **A semântica**. São Paulo: Parábola, 2006.

TEAL, C.& STEET, R. Critical elements of culturally competent communication in the medical encounter: A review and model. **Social Science and Medicine**. 2009, p.533-543, v. 68(3).

TEIXEIRA, L., PAIVA, C.H.A. Saúde e reforma sanitária entre o autoritarismo e a democracia. In: TEIXEIRA, L.A.; PIMENTA, T. S.; HOCHMAN, G. **História da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 2018.

TELLES, YURI; COSTA, RAPHAEL e SEVERIANO, M. A indústria cultural e a indústria da saúde: um olhar frankfurtiano sobre a saúde coletiva, no âmbito da lógica do consumo. In: **XV Encontro Nacional da Associação brasileira de Psicologia Social (ABRAPS)**, 2009.

TELESSAÚDE/UFRGS. **Mudanças necessárias na atenção primária (APS) para ampliação do acesso**. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, RS, 2016.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992.

THIEDE, M.& MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cadernos de Saúde Pública**; 2008, p. 1168-1173, v. 24(5).

TIMMERMANS, S. & OH, H. The Continued Social Transformation of the Medical Profession. **Journal of Health and Social Behavior**, Extra Issue: What Do We Know? Key Findings from 50 Years of Medical Sociology.. Published by: American Sociological Association. 2010, p. 94-106, v. 51.

TOMPSON, A. G. H. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: A taxonomy. **Social Science & Medicine**. 2007, p.1297–1310, v.64.

TURCI, M. A.et al. A Vigilância Epidemiológica diante do Sars-Cov-2: desafios para o SUS e a Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, 2020, p. 44-55, v. 2, n. 1, p. 44-55, jan.abr

VASCONCELOS-SILVA, P.R & CASTIEL, L.D. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. 36(7). In: **Rev. Cad. Saúde Pública**, 2020.

VEIGA, J. et al. Aplicações móveis com interação médico-paciente para um estilo de vida saudável: uma revisão sistemática. Jan-mar.; 11(1). In: **RECIIS – Rev. Eletron.Comum. Inf. Inov. Saúde**, 2017.

VIANA,A.L.D.& DALPOZ,M.R. (Coord.). Reforma em saúde no Brasil: Programa Saúde da Família. Informe Final. **Série Estudos em Saúde Coletiva**, out. 1998, p.166.

VIEIRA, N.A et al. Best Practices in Historical Studies of Nursing and Health (1999-2017). **Rev Bras Enferm**. 2019; 72(4):973-8.

YOUTUBE. **YouTube: Our Brand Mission** YouTube [s.d.]. Disponível em: <<https://youtu.be/kwmFPKQAX4g/>>.

YOUTUBER. In: Oxford English Dictionary, Oxford University Press. 2021. Disponível em: <<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/youtuber/>>.

WAITZKIN H. & BRITT T. Changing the Structure of Medical Discourse: Implications of Cross-National Comparisons. **Journal of Health and Social Behavior**. V. 30, N °. 4. Published by: American Sociological Association, 1989, p. 436-449.

WILLIAMS, R. **Cultura**. Ed. Paz e terra. Rio de Janeiro, 1992.

YIANNAKOULIAS, N, et al. Celebrity over science? An analysis of Lyme disease video content on Youtube. **Soc. Oct; 191. Sci. Med.**, 2017, p.57-60.

ZOLA, I. Medicine as an institution of social control. **Sociological Review**. V.20, p.487-504. November, 1971.