



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

VALÉRIA MASTRANGE PUGIN

**A GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO NA
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE APOIO TÉCNICO À
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS
RESPONSÁVEIS PELA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA
E DOS ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

**Botucatu
2016**

VALÉRIA MASTRANGE PUGIN

**A GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO NA
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA:
A EXPERIÊNCIA DO PROGRAMA DE APOIO TÉCNICO À
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS
RESPONSÁVEIS PELA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA
E DOS ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Botucatu
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Pugin, Valéria Mastrange.

A gestão estadual de saúde de São Paulo na qualificação da atenção básica : a experiência do programa de apoio técnico à atenção básica em saúde na perspectiva dos responsáveis pela coordenação do programa e dos articuladores / Valéria Mastrange Pugin. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira
Capes: 40600009

1. Atenção primária à saúde. 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Saúde - Administração. 5. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Atenção básica à saúde; Gestão em saúde; Qualidade da assistência.

Dedico ao
Júlio Cesar Pugin
Por me apoiar incondicionalmente,
Por ser um grande companheiro,
Pelo seu amor

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi possível, graças à colaboração direta ou indireta de várias pessoas. A elas minha gratidão:

Ao meu marido Júlio e aos meus filhos Gabriel e Luiza, pelo amor que permeia nossas vidas e que é fundamental para a minha sobrevivência.

A Prof^ª. Dr^ª. Elen Rose Lodeiro Castanheira pelos grandes ensinamentos, indispensáveis à produção deste estudo.

Aos professores do Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva, pela atenção e disposição na contribuição dos conhecimentos.

Aos coordenadores da atenção básica da SES/SP, pelo empenho em realizar o programa “Articuladores da Atenção Básica”, pela condução, pelo conhecimento, por acreditar e persistir neste caminho.

Aos companheiros articuladores da atenção básica pelo valioso trabalho que desenvolvem, pelo desprendimento e coragem em enfrentar tantos desafios.

À Direção Regional de Saúde de São José do Rio Preto, pela consideração da importância deste estudo e pela atenção atribuída para a finalização deste trabalho.

Aos gestores municipais de saúde e profissionais da atenção básica, pelo trabalho contínuo e pela busca de possibilidades para o fortalecimento da atenção básica.

A Deus por estar presente em todos os momentos.

*“Na convivência, o tempo não importa.
Se for um minuto, uma hora, uma vida.
O que importa é o que ficou deste minuto, desta hora, desta vida.
Lembra que o que importa é tudo que semeares, colherás.
Por isso, marca a tua passagem. Deixa algo de ti, do teu minuto, da
tua hora, do teu dia, da tua vida.”*

(Mário Quintana)

RESUMO

PUGIN, V. M. **A gestão estadual de saúde de São Paulo na qualificação da atenção básica**: a experiência do programa de apoio técnico à atenção básica em saúde na perspectiva dos responsáveis pela coordenação do programa e dos articuladores da atenção básica. 2016. 158 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Introdução e Justificativa: O processo de municipalização deflagrado após a publicação SUS definiu um novo papel para o estado, particularmente no nível da atenção primária, colocando a necessidade de redefinição de funções e formas de integração entre os três entes governamentais. O presente trabalho apresenta um estudo sobre o Programa “Articuladores da Atenção Básica” da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP), procurando explorar suas potencialidades e limites. **Objetivos:** Analisar a experiência do Programa “Articuladores da Atenção Básica” da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, enquanto estratégia voltada à qualificação da Atenção Básica, na perspectiva dos seus profissionais e dos responsáveis pela coordenação da Atenção Básica da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de cunho qualitativo com uso de análise de conteúdo, realizado por meio da aplicação de dois instrumentos: um questionário semiestruturado, com perguntas abertas, aplicado aos profissionais que atuam como Articuladores da Atenção Básica (AAB) e de entrevistas semiestruturadas com os coordenadores do programa. O material foi analisado por meio da análise de conteúdo, segundo modelo proposto por Bardin. As respostas ao questionário foram reunidas em dois tópicos centrais: Potencialidades e Desafios. As entrevistas foram analisadas a partir dos temas comuns, realizando recortes representativos, organizados em subtemas, abordando-os segundo a análise de conteúdo. **Resultados:** Os AAB apontam problemas e determinantes que refletem suas possibilidades de intervenção. Em relação aos avanços observados na Atenção Básica e à influência do trabalho dos AAB, assim como, aos mecanismos que contribuíram para estes avanços, há uma repetição dos problemas e seus determinantes, agora reconhecidos como avanços. Na análise das entrevistas dos coordenadores da Atenção Básica, identificamos cinco temas: A construção de um novo papel da gestão estadual na Atenção Primária. Contribuições do Programa na Atenção Básica; As dificuldades para qualificar a Atenção Básica; Como ampliar o potencial de trabalho e dar prosseguimento ao Programa “Articuladores”; Desafios e possibilidades. Os coordenadores enfatizam a importância do resgate do papel do estado enquanto estruturante para o desenvolvimento de ações que compõem a APS colocando a elaboração e implantação do projeto “Articuladores da Atenção Básica” como uma iniciativa nessa direção. **Discussão:** A maioria dos AAB considera que seu trabalho tem cumprido as finalidades propostas, mas ao mesmo tempo mantém como problemas atuais muitos dos avanços descritos e atribuídos à seu próprio trabalho. Os gestores entrevistados identificam o apoio do Programa à gestão municipal e às equipes de Atenção Básica na organização dos processos de trabalho e reconhecem a sua capilaridade, porém enfatizam que não há avaliação formal que relacione estes avanços ao trabalho do Articulador. **Considerações Finais:** De um modo geral, o estudo aponta a importância e a potencialidade das mudanças que decorrem de ações que integrem estado e municípios num mesmo projeto de qualificação da Atenção Básica dentro das diretrizes do SUS e, ao mesmo tempo, o quanto essa integração ainda é incipiente.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde; Gestão em Saúde; Qualidade da Assistência.

ABSTRACT

PUGIN, V. M. **The state management of health of São Paulo in the qualification of primary care:** the experience of the technical support program for primary health care from the perspective of responsible for program coordination and of the primary health care articulators. 2016. 158 f. Thesis (Doctorate) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2016.

Introduction and Justification: The process of municipalization initiated after the promulgation of the Unified National Health (SUS) defined a new role for the state related to the direct provision of health assistance, particularly in level of primary care, making necessary the redefinition of roles and ways of integration among three governmental entities. This work presents a study about the Program “Primary Care Articulators” of Health Department of São Paulo State (SES/ SP) aiming to explore its potentialities and limits. **Objectives:** To analyze the experience of the "Primary Health Care Articulators Program" of the State Health Departments of São Paulo, while strategy aimed at qualification of primary care, from the perspective of their professional and responsible for coordinating the Primary Health of the State Health Departments São Paulo. **Method:** This is an exploratory, descriptive study of qualitative nature, using content analysis, and two tools: a semi-structured questionnaire, with opened questions, applied in professionals who act as Primary Care Articulators (PCA) and semi-structured interviews with the coordinators of the program. The material was analyzed through content analysis, according to what was proposed by Bardin. The answers were gathered in two central topics: Potentialities and Challenges. The interviews were analyzed later from common themes, making, this way, a representative profile, organized in sub-themes, discussing them according to content analysis. **Results:** PCA point out problems and determiners that reflect essentially their potentialities of intervention. Regarding the advances made in primary care and the influence of the work of PCA as well as the mechanisms that contributed to these advances, there is a repetition of the problems and their determinants, now recognized as advances. In the Primary Care Coordinators’ discourse analysis, we identified five themes: The role of SES/SP in the qualification of Primary Care of the cities and its aim when implementing the program “Primary Care Articulators”; Contributions or advances in the Primary Care assigned to the program; The difficulties to qualify Primary Care; Potential and necessary guidance to continue the program; challenges and possibilities. The coordinators emphasize the importance of rescuing the role of the state as structuring to the development of actions that compound the HPC (Health Primary Care) putting the elaboration and implementation of the project “Primary Care Articulators” as an initiative in this direction. **Discussion:** Most PCA believes that his work has complied with the proposed objectives, but at the same time as maintaining current problems many of the advances described and assigned to their own work. The managers interviewed identify the support program for municipal management and Care teams Basic in the organization of work processes and acknowledge their capillarity, however they emphasize that that there is no formal evaluation that relate these advances to the Articulator work. **Final Considerations:** In general, the study points out the importance and potentialities of changes that result from actions that integrate state and cities in a project of qualification of Primary Care in SUS guidelines, and, at the same time, how this integration is incipient.

Keywords: *Health Primary Care; Health Management; Assistance Quality.*

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos AAB pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo..... 38

TABELA 2 – Número de AAB pelas formações universitárias..... 39

TABELA 3 – Número de Articuladores da Atenção Básica Ativos no programa, presentes no encontro e que responderam o questionário..... 47

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Unidades de registro e unidades de significação dos problemas com maior possibilidade de intervenção..... 56

QUADRO 2 – Unidades de registro e unidades de significação dos problemas que são interdependentes de ações do AAB e de outras áreas. 57

QUADRO 3 – Unidades de registro e unidades de significação dos problemas com menor ou nenhuma possibilidade de intervenção. 58

QUADRO 4 – Unidades de registro e unidades de significação dos principais determinantes dos problemas apontados..... 61

QUADRO 5 – Unidades de registro e unidades de significação dos principais avanços da atenção básica em sua região pela frequência de citações..... 64

QUADRO 6 – Influência do trabalho dos AAB nas melhorias da ab da região, segundo mecanismos identificados e frequência de citações..... 67

QUADRO 7 – Unidades de registro e unidades de significação da situação problema em que o trabalho do AAB contribuiu para solução e a frequência de citações. 71

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Classificação das perspectivas dos AAB segundo as Fortalezas e Fragilidades identificadas na qualificação da Atenção Básica. 53

FIGURA 2 – Classificação dos problemas referidos segundo a possibilidade de intervenção..... 54

LISTA DE SIGLAS

AAB	Articulador da Atenção Básica
AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEFOR	Centro de Formação de Recursos Humanos do SUS
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CDQ	Centro de Desenvolvimento e Qualificação do SUS
CIR	Colegiado Intergestores Regional
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CS	Centro de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CRH	Centro de Recursos Humanos
CPS	Coordenadoria de Planejamento de Saúde
CRS	Coordenadoria de Regiões de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DFS	Delegacia Federal de Saúde
DIR	Direção Regional de Saúde
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAB	Equipe de Atenção Básica
ERSA	Escritório Regional de Saúde
e-SUS	Sistema de Informação da Atenção Básica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTAB	Grupo Técnico de Atenção Básica

IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensão
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MESP	Ministério de Educação e Saúde Pública
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAMS	Posto de Assistência Médico Sanitária
PREV- Saúde	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PIASS	Programa de Integração das Ações de Saúde e de Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRAS	Rede Regional de Assistência à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAU	Rede de Atenção às Urgências
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Estados e Municípios Diante da Descentralização e Regionalização do SUS.....	13
1.2 O Desenvolvimento Histórico dos Modelos de Intervenção em Saúde e a Atenção Primária.....	15
1.3 O Percurso da Saúde Pública no Brasil e a Emergência da Atenção Primária à Saúde.	19
1.4 A trajetória do Estado de São Paulo na Atenção Básica e o Programa “Articuladores da Atenção Básica”.	26
2 CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA “ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA”.....	37
3 OBJETIVOS.....	43
4 MÉTODO	44
4.1 Definindo o método e os instrumentos de investigação	44
4.2 Aspectos éticos.....	45
4.3 Contexto e Participantes	46
4.4 Procedimentos	47
4.5 Instrumentos	48
4.6 Procedimentos de Análise	48
5 RESULTADOS.....	53
5.1 Análise da Percepção dos Articuladores da Atenção Básica em relação a Atenção Básica e da Capacidade de Intervenção desses Profissionais nessa Realidade	53
5.2 Análise do Programa “Articuladores da Atenção Básica” a partir da percepção dos gestores	75
5.2.1 <i>A construção de um novo papel da gestão estadual na Atenção Primária.....</i>	76
5.2.2 <i>Contribuições do programa “Articuladores” para a Atenção Básica” ..</i>	82
5.2.3 <i>As Dificuldades para a Qualificação da Atenção Básica.....</i>	88
5.2.4 <i>Como ampliar o potencial de trabalho e dar prosseguimento ao Programa “Articuladores”</i>	94
5.2.5 <i>Desafios e Possibilidades</i>	100
6 DISCUSSÃO.....	106
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	116
APÊNDICES	124

APRESENTAÇÃO

A intenção de escrever esta apresentação é possibilitar ao leitor que percorra todo o seu processo de construção, começando pelo conhecimento da escolha do tema.

A pesquisa nasceu de uma busca que permeia minha experiência profissional como Articuladora da Atenção Básica, na lida com as equipes de saúde da Atenção Básica e gestores municipais de saúde, procurando discutir o quanto este trabalho apresenta de potencialidade para a qualificação da Atenção Básica e quais os seus diversos desafios.

No entanto esta inquietação teve origem há muito tempo atrás, desde a graduação, e de certa forma também está relacionada com a minha trajetória como profissional de saúde e como militante que acredita no potencial do nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

Graduei-me em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos em 1986, mesmo ano da VIII Conferência Nacional de Saúde, na efervescência do Movimento Sanitário.

Ingressei para trabalhar como Terapeuta Ocupacional em um hospital psiquiátrico estadual, no momento em que os meios de comunicação realizavam muitas denúncias de maus tratos aos doentes mentais e logo em seguida, ao conhecer a realidade dos hospitais psiquiátricos, iniciei a participação no Movimento da luta Antimanicomial.

Em 1989 deixei de trabalhar no hospital psiquiátrico e passei a atuar como Terapeuta Ocupacional do Centro de Saúde de São Carlos, referência para a população deste município, ainda como funcionária do nível estadual. Este serviço, além de realizar as clínicas básicas de atendimento, também apresentava algumas especialidades médicas (Cardiologia, Geriatria, dermatologia, Psiquiatria, Neuropediatria), como também outros profissionais de saúde: Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Nutricionista, Psicólogas, Fonoaudióloga e Assistente Social. Neste contexto de trabalho, o modelo de assistência era médico centrado. A população se organizava em longas filas pela madrugada afora para conseguir passar por consulta médica, as agendas sempre lotadas e muita demanda reprimida. O Centro de Saúde realizava as ações programáticas com a Saúde da Mulher, da Criança, Hanseníase, Tuberculose, Imunização, Hipertensão e Diabetes, sempre na lógica verticalizada.

Em 1998, ao me transferir para São José do Rio Preto, ainda como servidora pública estadual, me deparo com o período em que as Unidades Básicas de Saúde estavam deixando a gestão estadual e passando para a gestão municipal. Por essa razão, por ter realizado curso de especialização em Saúde Pública e mestrado nesta área, é solicitado a minha permanência na Divisão Regional de Saúde (DIR XXII) para compor a equipe de planejamento.

Na região estavam sendo inseridas as primeiras equipes do Programa Saúde da Família e junto com outros profissionais da equipe de planejamento e com a Faculdade de Medicina e de Enfermagem de São José do Rio Preto, elaboramos e realizamos os primeiros Treinamentos Introdutórios para as mesmas.

No ano de 2006, ao assumir a Diretoria Técnica da Atenção Básica, no Núcleo de Avaliação e Monitoramento de Resultados do Departamento Regional de Saúde (DRSXV) São José do Rio Preto foi possível observar as dificuldades que a maioria dos municípios apresentava para realizar as ações de atenção básica aos seus munícipes, principalmente os municípios pequenos, que não apresentavam apoio e profissionais capacitados e que nesta região representam mais de 95% dos 102 municípios que a compõem. As demandas eram muitas e a capacidade técnica de oferecer ajuda muito limitada, visto que no DRS havia poucos profissionais, cuja atuação privilegiava os serviços de média e alta complexidade, responsabilidade da gestão estadual.

As necessidades foram cada vez mais explicitadas quando refletiram nas demandas crescentes para os serviços especializados que ofertam procedimentos de maior densidade tecnológica (média e Alta). O momento político trazia o Pacto Pela Saúde, definia responsabilidades e delineava o trabalho em redes que só poderia se configurar de fato, se a Atenção Básica nos diversos territórios municipais, se apresentasse mais resolutiva, organizada e fortalecida.

Em 2009, ingresso no Projeto de apoio técnico, monitoramento e avaliação da Atenção Básica do SUS, como articuladora da Atenção Básica, o que vem de encontro às minhas expectativas de aproximação com os serviços de atenção básica dos municípios.

Era responsável, no início, por dez municípios da Região de Saúde Fernandópolis.

Atualmente acompanho sete municípios da região de Saúde Catanduva, composta por dezenove municípios, com outros dois Articuladores da Atenção Básica.

Durante o período de 2009 até aqui, observei muitos avanços na Atenção Básica e que estão relacionadas com o trabalho que desenvolvo junto aos municípios enquanto AAB, mas também observei muitas dificuldades.

A partir desta experiência de trabalho tornou-se fundamental a realização deste estudo, no sentido de expor esta realidade e de analisar a sua importância na qualificação da Atenção Básica.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estados e Municípios Diante da Descentralização e Regionalização do SUS.

A Constituição Brasileira, por meio do artigo 196 estabelece que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS), apresentado no artigo 198, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A descentralização e a regionalização se apresentam como princípios norteadores dos processos de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde (SUS) e iniciam a partir da criação do SUS, apoiado em legislações específicas, normas e outros documentos (VIANA et al, 2012).

A descentralização do sistema de saúde, para Paim et al (2011), foi a lógica subjacente da implementação do SUS; para isso, foram necessárias legislação complementar, novas regras e reforma administrativa em todos os níveis do governo.

Para Viana et al (2008), a descentralização foi a estratégia privilegiada para a implantação do Sistema, com a responsabilização dos municípios pela provisão dos serviços e organização de sistemas municipais de saúde. A regionalização, apesar de estar presente desde a promulgação da constituição, somente mais recentemente é que apresenta força nos documentos oficiais e tem início um processo mais efetivo de criação de instrumentos propícios à criação de regiões de saúde e de pactos intergovernamentais, visando o estabelecimento de relações mais cooperativas e solidárias.

Ribeiro (2009) refere que a descentralização redefine responsabilidades entre os entes governamentais e reforça a importância dos estados e municípios na condução da política de saúde, que envolve a transferência de poder decisório, da gestão de prestadores e de recursos financeiros, antes concentrados na esfera federal para estados e, principalmente, para os municípios.

No estado de São Paulo, a municipalização dos serviços de saúde estaduais antecede o SUS e teve início em 1987, com a transferência de Unidades Básicas de Saúde – UBS e de laboratórios locais existentes no interior do Estado; concomitantemente, as Secretarias de Estado da Saúde Estadual passaram a assumir os serviços hospitalares e ambulatoriais do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS. Essa etapa foi concluída em 2002, com a responsabilidade da atenção primária transferida para a gestão dos municípios (BARRETO JUNIOR & SILVA, 2004).

O Estado de São Paulo, especialmente a partir da publicação pelo Ministério da Saúde da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, em 2002, teve sua responsabilidade ampliada como condutor do processo de regionalização da assistência à saúde, passando a ser o grande articulador e gerente do processo. Assim assume a atuação em pelo menos duas frentes: como "articulador" do sistema e como prestador de serviços de saúde de média e alta complexidade (BARRETO JUNIOR & SILVA, 2004).

Viana et al (2012), refere que a regionalização na saúde é um processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico, admitindo múltiplos partícipes, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território.

O gestor estadual foi aquele que sofreu o maior impacto no processo de descentralização e regionalização, ao ter seu papel original de executor de ações e de contratante de serviços privados e filantrópicos substituído por uma função de coordenação, apoio e regulamentação do sistema estadual de saúde, além da manutenção das funções anteriores em relação aos serviços de média e alta complexidade (COSTA, 2001).

Como os municípios devem garantir o primeiro nível de atenção à saúde dos cidadãos e a universalidade de acesso ao SUS, cabe ao gestor estadual o papel de avaliar e acompanhar essas atividades, visando à melhoria da qualidade e resolubilidade da atenção primária desenvolvida pela esfera municipal, apresentando importante papel na busca pela garantia de equidade entre os municípios, no acesso aos serviços de maior complexidade, de forma a garantir a integralidade na atenção à saúde para todos os usuários do SUS no Estado (BARATA, TANAKA & MENDES, 2003).

Este autor ainda refere que, assume relevância o papel da Secretaria Estadual de Saúde no que diz respeito à coordenação do processo de planejamento regional e de desenvolvimento de mecanismos de regulação tanto para a assistência hospitalar e ambulatorial como para o atendimento de urgência/emergência.

O papel do estado nessa última dimensão vem sendo realizado, nos limites e dentro das oscilações das políticas de saúde implementadas nos últimos anos, não só na regulação de acesso, mas inclusive como contratante de instituições que ofertam serviços considerados de média e alta complexidade, apresentando a necessidade de uma atenção básica mais resolutiva. Nesse sentido, a proposição do programa Articuladores da Atenção Básica, ganha destaque como investimento orgânico do estado na busca por um papel mais definido junto a esse nível de atenção.

Como forma de construção do estudo desse programa, optou-se por resgatar, ainda que sumariamente, o percurso histórico da atenção primária e seu significado nos modelos de atenção à saúde, com destaque para o papel assumido pelos estados nacionais e, em seguida, como se expressa no Brasil por meio dos entes federados.

1.2 O Desenvolvimento Histórico dos Modelos de Intervenção em Saúde e a Atenção Primária

Nas sociedades ocidentais capitalistas sempre houve uma relação estreita entre pobreza, doenças, centros urbanos e modelos assistenciais, proteção social e prestação de serviços de saúde. Assim, é possível dizer que as políticas de saúde sempre estiveram relacionadas com os aspectos da economia, da produtividade, da mão de obra e do acúmulo de riquezas das nações (Viana & Levcovitz, 2005; Fleury & Ouverney, 2012; Manzini-Covre, 1995).

Aguiar (2003) refere que com o advento da industrialização e o êxodo rural, é premente a necessidade de organizar as cidades para sanear as doenças. Surge neste contexto a Medicina Social, vinculada ao cumprimento de objetivos nacionais, tais como a legitimação do modelo econômico emergente (capitalismo), a manutenção da estrutura social recém acomodada e a acumulação de capital necessária para o sustento e expansão do Estado.

Foucault (1995) apresenta a seguinte análise:

Com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 1995, p. 80).

Segundo Rosen (1994) os principais modelos de intervenção de Estado na Saúde Pública, que visavam estabelecer a ordem social nas suas formas de organização, são representados na Alemanha pela Polícia Médica (Johann Peter Frank); medicina urbana e higienista na França; e Aritmética Política (William Petty) na Inglaterra.

A Polícia Médica da Alemanha coloca o médico como administrador da saúde e oferece orientações de saúde para a população, que incluía educação médica, vigilância de farmácias, hospitais, prevenção de epidemias, combate ao charlatanismo e orientações para o público e se consolidou no século XVIII, com a regulação de um sistema de observação da morbidade, com a regulação do saber e regramento de práticas médicas, a subordinação dos médicos a uma administração central e a integração de médicos em organização médica estatal e subordinada ao poder de Estado, assim refere Bastos de Paula (2015).

Na segunda metade do século XVIII, na França a “medicina urbana” se fundamentava em decorrência do urbanismo das cidades, principalmente de Paris, que gerou um fenômeno denominado pânico urbano relacionado à aglomeração da população e às modificações dos espaços, com as novas e precárias construções, a falta de esgotos e as epidemias urbanas. A crescente inquietude político-sanitária, da população em geral, mas principalmente entre os membros da burguesia local, determinou medidas sanitárias por parte do governo, como a mudança de hospitais e cemitérios para a periferia, a individualização dos ataúdes e das tumbas, o surgimento de grandes avenidas e planos de organização das margens do Rio Sena, conforme referem Aguiar (2003) e Bastos de Paula (2015).

Aguiar (2003) e Bastos de Paula (2015) discutem que também foi nesse contexto que a Inglaterra com o intuito de formular políticas para manter a ordem social cria a ‘Lei dos Pobres’, em 1834. No seu escopo, esta lei favoreceu a locomoção de populações rurais para a periferia da zona urbana, proporcionava ações e controle sobre o corpo e sobre a saúde dos pobres e constituía-se em intervenções médicas sobre suas vidas, oferecendo vacina contra varíola e registro de epidemias, com intervenções sobre os espaços insalubres.

Logo no início do século XX emerge o paradigma Flexneriano, a Medicina Científica, com base nas especialidades médicas, no cuidado individual e na exclusão de práticas alternativas de saúde, que se tornará o modelo hegemônico, perdurando até nos dias atuais. Esse modelo, apesar de contestado, produziu dicotomias entre o cuidado com o corpo do indivíduo e o cuidado com o corpo social. Está associado ao Relatório feito por Abraham Flexner (1866-1959), que buscava melhorar a qualidade do ensino nas escolas médicas americanas e superar o empirismo, criando padrões para formação, os quais recomendou à Associação de Escolas Médicas e Hospitais, para intensificar a prática clínica, tornar a prática

de laboratório e o estágio em hospital uma exigência, além de estimular a docência em tempo completo e a aprendizagem ativa por parte do aluno (NUNES, 2010, PINZÓN, 2008).

Contrapondo-se ao modelo flexineriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, a APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920 no Reino Unido, propondo a reestruturação dos serviços num sistema com base no território, formado por serviços de atenção básica, com hierarquia de serviços de complexidade crescente, antecipando uma rede regional de referência de prevenção e terapêutica (SOCIALIST HEALTH ASSOCIATION, 1920).

Conill (2008) refere que a difusão da noção de atenção primária é atribuída ao *Relatório Dawson*, que a associou com a ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados.

Segundo Dawson:

A medicina preventiva e a curativa não podem separar-se em virtude de nenhum princípio sólido, e em qualquer plano de serviços médicos devem estar estreitamente coordenadas e colocadas no âmbito de ação do médico generalista cujas funções devem abarcar tanto a medicina para os indivíduos quanto para a comunidade (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1964, p. 3).

A Medicina Preventiva nasce após a segunda guerra mundial, com hegemonia dos Estados Unidos, diante de profundas questões de saúde e a desestruturação social e familiar. Neste contexto se apresentou forte discussão sobre as ciências sociais na saúde e culminou na criação da Organização Mundial de Saúde, órgão que tinha por propósito liderar agendas de pesquisa e parcerias para resolver questões críticas de saúde (BASTOS DE PAULA, 2015).

Arouca (1976) considera que ela emerge em um campo formado por três vertentes: a primeira que faz o seu aparecimento no século XIX, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal, focada na Higiene; a segunda focaliza a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 1930 e 1940, como reação da Associação Americana de Saúde Pública à possibilidade de intervenção estatal na política de saúde para a organização social da assistência, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor; e a terceira, abrange a redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica.

Já se percebia uma crise em relação à cobertura de assistência de populações mais pobres e de idosos e assim a Medicina Comunitária surgiu na década de 1960 nos Estados Unidos, segundo Conill (2008), com duas vertentes principais, de um lado os Departamentos

de Medicina Social e Preventiva de centros universitários, e de outro, o contexto da “guerra à pobreza” desencadeada pelo Governo Federal.

O modelo da Medicina Comunitária e sua aplicabilidade consistiram na execução de programas de extensão da cobertura dos serviços de saúde, cuidados primários de saúde, integração entre docência e assistência, regionalismo e participação da comunidade, com amplos contingentes de agentes da comunidade mobilizados para o provimento de cuidados básicos de saúde, contribuindo para reorganização das práticas de assistência (BASTOS DE PAULA, 2015).

Starfield (2004) apresenta que em 1977 a Assembleia Mundial de Saúde define a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. Os princípios desta declaração foram enunciados em conferência realizada em 12 de setembro de 1978 em Alma Ata, antiga capital de Cazaquistão, e trataram do tópico da Atenção Primária à Saúde, assim definido:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da 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 dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978)

No entanto, por trás desse relativo consenso, existem distintas concepções a respeito de seu efetivo significado. Em alguns países, a atenção primária é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, conforme apontado por Conill (2008), com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema. Em outros, particularmente em vários países europeus e no Canadá, a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema. Estas reformas foram estimuladas pelo movimento de promoção de saúde, oriundo da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, que ocorreu em novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá.

Vale ressaltar que ao se observar o atual desenvolvimento de sistemas nacionais de saúde em vários países do mundo, detecta-se um conjunto diversificado de iniciativas assentadas ora em uma concepção seletiva, ora em uma concepção mais abrangente.

1.3 O Percurso da Saúde Pública no Brasil e a Emergência da Atenção Primária à Saúde.

O Brasil teve diversos modelos de saúde desenvolvidos em diferentes momentos de sua história, considerando os contextos políticos de cada época e para se entender as experiências em APS no Brasil e sua evolução global, torna-se necessário percorrê-los. Tais contextos caracterizam-se, predominantemente, pelo caráter conservador e centralizador das ações de saúde pública e da administração dos serviços de assistência médica, presente no país desde o começo do século XX (AGUIAR, 2003).

No início do Século XX as campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil (febre amarela, varíola e peste) se consistiram em alvo dos sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos e se transformaram em política de saúde pública importante para atender os interesses da economia agroexportadora daquela época, salientando que se mantém como modalidade de intervenção até os nossos dias no combate às endemias e epidemias, como referem Silva Júnior e Alves (2007).

A previdência Social no Brasil surgiu em 1923 com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), produtos das reivindicações dos trabalhadores urbanos, decorrente do processo de industrialização no país, na década de 1920 (AGUIAR, 2003; SILVA JUNIOR E ALVES, 2007; MERHY E QUEIROZ, 1993).

Estes autores referem ainda que a partir da década de 1930 foram implantados os primeiros centros e postos de saúde para atender de modo rotineiro a alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros e se destinavam aos segmentos mais pobres da população, enquanto os segmentos mais abastados se reportavam aos consultórios médicos privados e que também neste período, as CAPS criadas nas décadas de 1920, transformaram-se em Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAPS), durante o chamado período Vargas, onde cada instituto dispunha de uma rede de ambulatórios e hospitais para assistência à doença e recuperação da força de trabalho.

Porém Campos (2003) apresenta que a implantação dos primeiros Centros de Saúde ocorreu na capital paulista, no ano de 1925, e inicialmente era a proposta de uma rede básica permanente que deveria estar próxima às comunidades, com foco na higiene, procurando resolver os novos desafios colocados pela urbanização e industrialização do país.

O paradigma flexneriano que fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá, também estruturou a assistência médica previdenciária no Brasil, na década de 1940, expandindo-se na década de 1950, orientando também a organização dos hospitais estaduais e universitários. A política de saúde pública reforçou o investimento em centros e postos de saúde com seus programas verticalizados, assim apresenta Silva Júnior e Alves (2007).

Com o advento da Revolução de 1964 e a centralização do período autoritário do regime militar, em 1966 ocorre a fusão dos Institutos de Aposentadoria e Pensão em uma única instituição, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mantém-se o foco na assistência à saúde individual e a expansão do modelo biomédico de atendimento por meio do financiamento e compra de serviços aos hospitais privados, fortalecendo o setor privado de clínicas e hospitais, assim como o consumo de equipamentos e medicamentos. Foi, portanto, vertiginosa a escalada dos custos dos Sistemas de Saúde, evidenciando, mais uma vez, os limites da biomedicina (SILVA JÚNIOR E ALVES, 2007; AGUIAR, 2003; POLIGNANO, 2010).

Conforme referem Fausto e Matta (2007), no contexto dos anos 70, estabeleceu-se, internacionalmente, um debate sobre modelos de assistência e prevaleceram as propostas que enfatizavam a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente, sendo a mais difundida a de atenção primária à saúde ou medicina comunitária. A medicina comunitária foi amplamente divulgada pelos departamentos das escolas de medicina envolvidos neste movimento e trouxe consigo uma série de ideias e propostas relativas à APS, disseminadas em vários países, tendo grande repercussão nos países mais pobres, uma vez que correspondiam às estratégias dos governos no sentido de fortalecer as políticas de desenvolvimento econômico e social.

Aguiar (2003) comenta que no Brasil o movimento da Medicina Comunitária teve início, oficialmente, nos anos setenta, década seguinte ao seu surgimento nos Estados Unidos e segundo Merhy e Queiroz (1993), a sua manifestação como um paradigma de atenção primária, está vinculada ao esgotamento do modelo previdenciário devido ao acúmulo de gastos, em parte para a ampliação da cobertura através de serviços e programas

fundamentados nos princípios flexnerianos, com ênfase à hospitalização e ao uso intensivo de altas tecnologias.

Ao final dos anos setenta com a crise previdenciária instalada, Merhy e Queiroz (1993) entendem que o modelo vigente, médico-assistencial privatista, analisado sob a ótica das questões da assistência médica previdenciária, foi amplamente criticado, permitindo um novo repensar sobre o sistema. Neste período inicia-se um movimento intelectual e político de crítica ao sistema, sendo fundado em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) que marca o início da mobilização social do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Este movimento vai se inserir na luta contra a ditadura militar e preconizar um novo modelo assistencial com destaque à assistência primária de saúde. O movimento sanitário, constituindo um campo de saber, criando espaços para uma política alternativa e um trabalho de difusão ideológica, teve um importante papel para a reforma sanitária que, adequada aos limites financeiros impostos pela crise econômica, efetivamente pudesse oferecer melhores condições de saúde à maioria da população.

Ainda neste período há iniciativas desenvolvidas em vários municípios brasileiros, em que a crise da saúde foi substituída por atenção integral à família, humanizada, contínua, e que impacta favoravelmente os níveis de saúde, como em Itapiúna, Quixadá e Iguatu, no Ceará; Campina Grande, na Paraíba; Camarajibe e Olinda, em Pernambuco; Niterói, no Rio de Janeiro; Curitiba, no Paraná; Joinville, em Santa Catarina; o programa de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Campinas, em São Paulo e muitas outras.

Diante da insatisfação popular e da crise do sistema de saúde surgiu, neste período no Brasil, a saúde pública focada em uma rede básica de serviços e colocada em prática através de programa de baixo custo voltados para a população marginalizada e promovido por profissionais pouco qualificados. Baseado na Medicina Comunitária, em 1976 foi criado no Brasil o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que a partir de 1979 se estendeu a todo território nacional. O PIASS é considerado um marco do movimento contra-hegemônico que viria a consolidar a reforma sanitária durante os anos 80 (AGUIAR, 2003; MENDES, 1994).

Os debates do movimento sanitário promoveram influência em alguns setores governamentais que levou à convocação da VII Conferência Nacional de Saúde em 1980, pelo Ministério da Saúde, que trazia como tema os *Serviços Básicos de Saúde* e a criação do *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* (PREV-SAÚDE). Esse programa, inspirado nas experiências anteriores de medicina comunitária e nos preceitos da Conferência

realizada em Alma-Ata dois anos antes, preconizou a integração efetiva entre os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, a regionalização e a hierarquização dos serviços de Saúde, a participação comunitária, a integração dos serviços e a extensão da cobertura. (CUNHA & CUNHA, 1996).

Em março de 1986 é que vem a ocorrer o evento político-sanitário de maior importância para a Saúde Pública, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que de acordo com Mendes (1995) essa conferência difere das demais por ter como características o seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados e a sua dinâmica processual, que se iniciou de forma ascendente, por conferências municipais, depois estaduais, até chegar ao âmbito nacional. A VIII Conferência Nacional de Saúde se constituiu em dois processos que se iniciaram, concomitantemente, em 1987: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS; e a elaboração da nova Constituição Federal.

O SUDS, que pode ser considerado uma estratégia de transição em direção ao Sistema Único de Saúde (SUS), é o começo da descentralização administrativa das ações de saúde, com deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, mas é com a implementação do SUS, através da nova Constituição Federal, que ocorre a descentralização da gestão dos serviços públicos de saúde para o nível municipal. (MERHY E QUEIROZ, 1993; AGUIAR, 2003).

Mendes (1995) assim refere ao se tratar da constituição de 1988:

De fato, a Constituição de 1988 incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretivas extraídos da prática corrente e hegemônica, mas reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da reforma sanitária. A saúde na Constituição é definida como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 consagra a liberdade da iniciativa privada (MENDES, 1995, p.41)

As leis 8.080 e 8.142 de 1990 vieram a regulamentar o SUS e expressaram as conquistas contidas na Constituição Federal de 1988, refere Mendes (1995), mantendo e aprofundando as suas ambiguidades, mas também, reiterando, de forma operativa, os princípios da reforma sanitária incorporados no SUS.

Para Carvalho (1993, p.12) a constituição de 1988 trouxe várias conquistas no campo da saúde e destaca três princípios essenciais do seu texto:

A autonomia dos Estados e Municípios ainda que pertencentes a um Estado federado; o princípio consequente da descentralização que rompe com toda a tradição ditatorial militar que enfrentamos durante 25 anos; a valorização da cidadania puxando pela participação popular como mecanismo de controle da sociedade como um todo, tanto do público como do privado (CARVALHO, 1993, p.12)

Os Centros e Postos de Saúde, durante este período, foram os estabelecimentos privilegiados para prestar serviços básicos à população, passando também a realizar assistência nas áreas básicas: clínica, pediatria e ginecologia e obstetrícia, além das ações de prevenção e realização de exames periódicos, que outrora eram realizadas. Vários Programas de Saúde, através de ações realizadas nas unidades básicas, buscavam combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas baseadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas, realizando progressos e favorecendo a melhoria de determinados indicadores sanitários (CAMPOS, 2006).

Campos (2006) refere, porém, que o sistema como um todo não sofreu as transformações esperadas, como também não correspondeu aos anseios da população, uma vez que muitos problemas ainda persistiram. Destaca que os Programas de Saúde, uma vez que sua operacionalização era baseada em especialidades de cada área técnica, fortaleceu a fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas, reproduzindo um atendimento especializado, muito próximo do ambiente hospitalar, comprometendo as propostas da Atenção Primária à Saúde, do vínculo entre usuários, famílias e profissionais e acrescenta, ainda, a falta de qualificação dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da Atenção Primária à Saúde e a baixa remuneração. Como resultado, ao invés de se conquistar a integração das ações assistenciais e curativas, assim como de promoção e prevenção à saúde, a população enfrentava grandes filas para concorrer ao atendimento com um especialista, fortalecendo os atendimentos por demanda espontânea, com prejuízo da formação de vínculo e continuidade do cuidado.

Apesar da publicação da lei Orgânica 8080 em 1990, houve poucos avanços nesta década e o que se observa é um cenário contraditório a implantação efetiva do SUS, onde o governo federal, apesar de apoiar o processo, não se esforçou para promover a participação social, a mudança de modelo de gestão, o financiamento do sistema e a organização do modelo de assistência à saúde. Levcovitz, Lima e Machado (2001) entendem que a agenda da reforma sanitária brasileira passa por inúmeras dificuldades uma vez que é elaborada

contrariando as tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se dá em um contexto bastante desfavorável. Face ao novo cenário político nacional, a construção do SUS expressa essas tensões, sendo observados tanto progressos, como impasses para a sua implantação.

Levcovitz, Lima, e Machado (2001), assim referem quanto às dificuldades para a efetivação do SUS nos anos 90:

Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído. Acrescente-se, ainda, a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das ideias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais (LEVCOVITZ, LIMA, E MACHADO, 2001, p.275).

A inexistência de mudanças significativas no modelo assistencial promovia à descontinuidade do processo de descentralização e do desenho de um novo modelo (Brasil, 1998), sendo esse um dos argumentos utilizado pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento do Programa de Saúde da Família (AGUIAR, 2003).

A reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil apresentou novas perspectivas, inicialmente com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991 (nos estados do Paraná, Mato Grosso do Sul e Ceará) e posteriormente com o Programa de Saúde da Família (PSF) iniciado em 1994 e que vem se estendendo à grande maioria dos municípios do país. Esta redefinição do modelo assistencial foi importante por buscar corrigir os problemas anteriormente apontados, assim refere Campos, (2006).

Viana & Dal Poz (2005) referem que com os bons resultados do PACS, particularmente na redução dos índices de mortalidade infantil, se buscou uma ampliação e uma maior resolubilidade das ações e, a partir de janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família. Foi então, a partir destes programas, que o enfoque passou a ser na família e não no indivíduo, como unidade de ação programática de saúde e foi inserida neste contexto, a noção de área de cobertura (por família). O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, procurando agir preventivamente e não só nas demandas que chegam à unidade, em vistas da reorganização desta demanda, buscando a integração com a comunidade e um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica.

Referem Sala e Mendes (2011) que a municipalização da APS veio a ocorrer em São Paulo nesse cenário de existência de uma rede de Centros de Saúde transferida para a gestão municipal, que se soma a uma rede municipal de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em processo de expansão, sobretudo nas grandes cidades e que a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo, em 1998, e a expansão de sua cobertura nos anos seguintes encontram, assim, uma rede de unidades de APS já instalada e operando segundo um modelo diferente do proposto pelo PSF.

Apesar dos grandes desafios, nos anos noventa, registra-se a evolução contínua sua expansão do PSF, o crescimento de sua aceitação pelos usuários e de sua importância nas esferas governamentais fatores que respaldam o seu objetivo de consolidar a reorientação do modelo assistencial nos moldes preconizados pelo SUS e pela Carta de Alma-Ata (VIANA, 2005).

Teixeira (2006) entende que principalmente no período de 1998-2002, a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política centrada na atenção básica para populações mais pobres, para ser uma tática de transformação do modelo de atenção de saúde no SUS, pensada como instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível. A autora complementa que, a Saúde da Família, mais do que isso, vem sendo concebida como parte de uma estratégia maior de mudança do modelo de atenção, na medida em que se conjuga com mudanças na organização da atenção de média e alta complexidade induzidas por políticas de regulação e controle.

Castro e Machado (2012) apresentam que a atenção Básica, através do modelo da Estratégia de Saúde da Família permaneceu na agenda do Ministério da Saúde durante os anos 2000, com expressivo destaque no período de 2003 a 2010, como tema presente nos principais documentos oficiais, que enfatizam a importância da atenção básica para a mudança do modelo de atenção e a efetivação do acesso universal e integral no SUS. A valorização dessa política na agenda federal, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, culminou na publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, e da inclusão da atenção básica como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida.

A portaria nº 648/GM foi revogada através da publicação da portaria nº 2488/GM de 21/10/2011, que a substituiu. A PNAB define que a atenção básica deva realizar uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, dirigidas às populações de territórios definidos,

pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Compreende que a Atenção Básica é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, responsável pela provisão do primeiro contato, focado no indivíduo e continuado ao longo do tempo, que corresponda às necessidades de saúde das pessoas e tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica (BRASIL,2011).

1.4 A trajetória do Estado de São Paulo na Atenção Básica e o Programa “Articuladores da Atenção Básica”.

Em São Paulo, no final do século XIX, Emílio Ribas iniciou várias ações, introduzindo a microbiologia, a organização do Serviço Sanitário, realizando as campanhas de vacinação e, através do modelo campanhista de combate a certas epidemias em todo o Estado, procurou alcançar o controle sanitário, sendo considerado o primeiro grande modelo tecnológico de Saúde Pública (NEMES, 1990).

Mota e Schraiber (2011) referem que a chegada da Fundação Rockefeller no Brasil, no início do século XX, instituição de caráter filantrópico e de cunho científico, criada em 1913 nos Estados Unidos, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais, promove a rearticulação da Faculdade de Medicina de São Paulo e a partir de 1916 um novo paradigma tecnológico na área da saúde paulista, com a criação do Instituto de Higiene desvinculado da Faculdade de Medicina, atrelado ao Estado, trazendo como modelo o Centro de Saúde Distrital.

Ao estudar sobre as mudanças administrativas da saúde pública paulista, neste período da história, Castanheira (1996) assim refere:

O Estado, enquanto organismo social que expressa as contradições sociais e a hegemonia de uma classe, reorganiza-se em busca de um novo padrão de relacionamento com a sociedade que responda às necessidades sociais emergentes. Em 1922, assume a direção do serviço sanitário do Estado o médico Geraldo de Paula Souza, recém chegado dos Estados Unidos, onde esteve como bolsista da Fundação Rockefeller entre 1918 e 1920, participando da primeira turma da universidade John Hopkins (CASTANHEIRA, 1996, p, 103).

Após o retorno de Geraldo de Paula Souza e Francisco Borges Vieira do doutorado em John Hopkins a São Paulo, a implantação dos CSs chegou de forma definitiva no Brasil, com o intento de compor uma rede regionalizada, com responsabilidade pela saúde da população adstrita em cada região. Ele se resumiu, no caso paulistano, a três Centros de Saúde, sendo o

primeiro no próprio Instituto de Higiene, o segundo no bairro do Brás e o terceiro no Bom Retiro, como referem Mota e Schraiber (2011).

Para Merhy (1992) houve, neste período, a construção dos serviços ambulatoriais gerais e permanentes, que representavam a organização de uma “rede básica” de saúde pública, mas com ênfase nos serviços especializados e que buscava construir estruturas organizacionais a partir da identificação de problemas específicos do campo da saúde pública.

Para se referir a esta reforma administrativa do Serviço Sanitário do Estado em 1925, sob a liderança de Geraldo de Paula Souza, Nemes (1990), apresenta que este é o segundo grande modelo tecnológico da Saúde Pública, que trás como característica peculiar a mudança na concepção do seu objeto de trabalho, o qual correspondeu a adoção da Educação Sanitária como instrumento privilegiado de atuação, porém afirma que o modelo anterior não foi abandonado, persistindo até os dias atuais através de técnicas de ação com outro significado tecnológico do qual o modelo se originou.

Em 1930 Getulio Vargas chega ao poder e retira a autonomia das instituições médicas e científicas, centralizando as políticas de Saúde pública no governo federal que será fortalecida com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP). Gustavo Capanema (1934-45) é nomeado para este ministério e na sua gestão, com o principal objetivo de ter domínio nacional, dividiu o território brasileiro em oito regiões, cada qual com uma Delegacia Federal de Saúde (DFS), sendo capaz de coordenar, executar e fiscalizar as ações de saúde nos estados, por meio de uma centralização política e administrativa (HOCHMAN, 2005).

Diante deste cenário, conforme refere Castanheira (1996), o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, entre 1930 a 1931, passa por reforma, contrariando as concepções presentes no paradigma tecnológico deflagrado por Paula Souza e fortalecem a constituição de serviços, conforme o modelo de administração estabelecido pelas Políticas de Saúde centralizadas no governo federal.

Mota e Schraiber (2011) discutem que a ocorrência da guerra civil em 1932, promove direcionamentos às instituições médicas e de saúde, inesperados, e este impacto pode ser constatado na cidade de São Paulo, como a invasão da Faculdade de Medicina e a proposta de transformar o Instituto de Higiene em quartel militar, o que traduziu em retrocesso de ações implementadas por Paula Souza, enfraquecendo as instituições médicas-sanitárias diante do novo governo, afastando a Fundação Rockefeller a partir da década de 1930 e finalmente desmantelando o projeto sanitário estadual paulista.

Mascarenhas (1973, p.433) assim descreve:

O Serviço Sanitário do Estado teve sua organização profundamente modificada em dezembro de 1931, quando por um decreto do regime ditatorial foram extintos os centros de saúde e reinstalada a polícia sanitária. Paula Souza não esmoreceu, instalando, numa situação “de fato” e não “de direito”, no Instituto de Higiene, em 1933, um centro de saúde que agora leva seu nome (MASCARENHAS, 1973, p.433)

Apesar do novo contexto, foram criados no Estado de São Paulo 82 Centros de Saúde, pelo Inspetor Geral do Interior (cargo criado em 1931) Dr. Humberto Pascale, através de convênios com as Prefeituras do Interior, obtendo para tanto o apoio do então Chefe do Poder Executivo de São Paulo, Dr. Armando de Salles Oliveira, sendo possível a organização de uma rede de órgãos locais de saúde pública, polivalentes, que posteriormente foram absorvidos totalmente pelo Estado (MASCARENHAS, 1973).

A gestão de Capanema teve a seguinte configuração, conforme descreve Hochman (2005):

Portanto, serão essas duas reformas empreendidas por Capanema: uma mais geral da estrutura do MESP e outra mais específica nas ações de saúde que definirão e consolidarão a estrutura administrativa e institucional da saúde pública, que permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953, e de certo modo até o final dos anos 80 (HOCHMAN, 2005, p.131).

Além das Delegacias Federais de Saúde, foram criados os Serviços Nacionais e instituído as Conferências Nacionais de Saúde. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em 1942 é outro marco importante que, segundo Mello e Viana (2011), nasceu como um serviço temporário de guerra, mas perduraria por meio século e a sua permanência se relacionou ao desbravamento das fronteiras de desenvolvimento do país, iniciando com as atividades de saneamento no vale amazônico, em 1942, estendendo a sua atuação nos anos seguintes para outras regiões. O SESP com sua autonomia administrativa e financeira, efetivamente deu sentido ao planejamento regional de uma rede de serviços básicos coordenados e integrados, sendo considerado o principal responsável pelo aprimoramento teórico e significado prático do que viria a ser reconhecido como atenção básica no Brasil.

O decreto de 1938 classificou os Centros de Saúde, considerando o porte populacional do município: Primeira Classe, para aqueles com população com 50.000 habitantes ou mais; Segunda Classe para os que atingiam população de até 50.000 habitantes e Terceira Classe para os que possuíam até 20.000 habitantes, sendo possível a criação de subcentros quando a

população atingisse mais de 100.000 habitantes ou a área fosse superior a 2000 Km². Posteriormente, em 1942, o decreto-lei 12.784, fazia uma nova reorganização do Serviço do Interior, que o transformou em Divisão e também uma reclassificação para os Centros de Saúde: os de primeira categoria para municípios com 20.000 habitantes ou mais e os de segunda para os de 7.000 até 20.000 habitantes. Para os municípios abaixo de 7.000 habitantes seriam implantados os Postos de Assistência Médico-Sanitária (PAMS). O decreto previa que todos os municípios tivessem tais equipamentos de saúde, mas na ausência do mesmo, os municípios pequenos teriam a cobertura pela unidade mais próxima, constituindo desta forma um Distrito Sanitário (CASTANHEIRA, 1996).

O marco institucional inicial do terceiro grande modelo tecnológico de Saúde Pública de São Paulo foi a reforma administrativa da Secretaria Estadual de Saúde e Assistência Social, nos anos de 1967 a 1969. Neste novo contexto, assume esta secretaria, em 10 de fevereiro de 1967, o médico e sanitarista Walter S. P. Leser, sendo que a sua gestão perdura nos anos de 1964-1968 e 1975-1979.

No contexto federal o que havia naquele momento era uma grande reforma política: a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Diante do contexto político-institucional, Mascarenhas (1973, p.433) assim descreve:

A situação era propícia para uma ampla reestruturação da Secretaria de Estado: longa permanência na Pasta, dando continuidade a sua ação; notável apoio administrativo e técnico do Governador do Estado; implantação do plano do Governo para descentralização das atividades dos Secretários de Estado em 10 Regiões; possibilidade do chefe do Poder Executivo legislar por decreto-lei, durante o prolongado recesso da Assembleia Legislativa; assessoramento de um grupo de técnicos que já tinham tido experiência na formulação de planos anteriores de estruturação da Secretaria de Estado; relatório anterior apresentado pelos Professores Hilleboe e Schaeffer; idealismo, capacidade de trabalho e tenacidade do Secretário de Estado (MASCARENHAS, 1973. P.433).

A reforma administrativa de Leser promoveu uma descentralização tecno-administrativa e reorganizou todos os equipamentos da Secretaria da Saúde, em uma unidade local, o Centro de Saúde, reunindo em um só local, todas as ações realizadas de forma vertical, 25 serviços especializados.

Nemes (1990) refere que este modelo tecnológico apresenta algumas características que devem ser salientadas, sendo elas: a eleição do Centro de Saúde como unidade responsável pelos problemas de saúde da comunidade a que serve; a centralização normativa, com padronização das atividades, mesmo com respeito às especificidades locais e; a criação

dos sistemas de informação, que possibilita a avaliação e planejamento global, sobre o conjunto das ações.

Conforme referem Mota e Schraiber (2011), o paradigma deste momento apresentou como reestruturação proposta, decretos que assim procedeu a organização administrativa da Secretaria: transferência da área de assistência social para a recém-criada Secretaria da Promoção Social, dois colegiados passaram a assessorar o Secretário: o Conselho Estadual de Saúde, formado por líderes sociais ligados ao campo da saúde, e o Conselho Técnico, por diretores dos principais órgãos; criação das Coordenadorias de Saúde e da Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados; descentralização técnico-administrativa em 10 Divisões Regionais, as unidades locais de saúde seriam os centros de saúde escalonados segundo sua complexidade; foi estudada a criação de carreiras ou de grupos de cargos para atender à demanda de sanitaristas.

Nemes (1990) assim apresenta:

Entretanto, a reforma constitui-se em um grande esforço de “modernização” administrativa da Secretaria da Saúde, ao implantar um novo formato organizacional para os equipamentos existentes e ao criar novos mecanismos legais de gerência (NEMES, 1990, p.74).

Marsiglia (2006) refere que a reforma iniciada em 1968 aprofundou-se nos anos 70, procurando reunir todas as ações, programas e órgãos da SES/SP em quatro coordenadorias: de Saúde de Comunidade, de Assistência Hospitalar, de Saúde Mental e de Serviços Técnicos Especializados. Segundo esta autora essa reforma delineou para a SES/SP uma “organização altamente burocratizada e centralizada”, com mais de 800 cargos de coordenação e administração, elegendo como critério para a ocupação de cargos e ascensão hierárquica e o conhecimento técnico-científico e enfatizou a formação de recursos humanos, especialmente dos médicos sanitaristas, estabelecendo convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP e o Ministério da Saúde para curso de formação de sanitaristas.

A Coordenadoria de Saúde da Comunidade englobava todos os postos, centros de saúde e dispensários do Estado de São Paulo, subdividida em 10 Departamentos Regionais e 67 Distritos Sanitários. Os médicos sanitaristas contratados passaram a ser os diretores técnicos e administrativos dos Centros de Saúde e Distritos Sanitários, cuja formação seria realizada pela Faculdade de Saúde Pública da USP através de um curso que tinha a duração de 12 meses, por meio de um convênio da SES/SP.

Na década de oitenta esse modelo já se apresentava em crise, tensionado pela necessidade de responder à crescente pressão de demanda por atenção médica individual e em

1986 ocorre uma nova reforma da SES/SP, quando então foram criados os Escritórios Regionais de Saúde (ERSAS), sendo suprimida a exigência de especialização em Saúde Pública para os cargos de direção das unidades de saúde (São Paulo, 1986).

Referem Melo, Ibanez & Viana (2011) que na década de 80 as políticas de saúde estiveram contextualizadas pela crise do modelo previdenciário e, por conseguinte das tentativas de reorganização do setor público, federais e estaduais, que buscavam novas formas de relação tanto no financiamento e convênios quanto na direção colegiada dessas esferas, o que podemos observar nas tentativas frustradas de programas como o Prevsáude desembocam nas Ações Integradas de Saúde (AIS) e no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), embriões da proposta de construção do SUS no país.

Estes mesmos autores entendem que nesta dimensão, os estados deixam a posição de receptores das políticas federais para se tornarem interlocutores do processo, onde a definição de atribuições do estado passou então a envolver planejamento, coordenação e direção das atividades de prestação de serviços de assistência à saúde no âmbito de determinada área geográfica. Aponta-se para uma articulação mais sistêmica entre a rede serviços de atenção básica, hospitalar e das ações tradicionais da saúde pública em geral.

Desta forma, o que ocorre é uma descentralização radical da estrutura da SES/SP, que é responsável pela gerência da provisão de serviços, da direção colegiada regional envolvendo as demais esferas de governo e prestadores da assistência médica hospitalar; a criação de instâncias reguladoras regionais de avaliação; o controle de prestadores de serviço; o processo de transferência da rede básica estadual para os municípios e início da incorporação dos municípios na gestão regional. O contexto dos anos 1980 redefine o discurso sanitário, cujas políticas de saúde traziam como necessário: integralidade; atenção básica; prioridade do setor público sobre o privado; e organização dos serviços com a ótica da descentralização, regionalização e hierarquização (MELO, IBANEZ & VIANA, 2011).

A instituição do SUS corrobora a continuidade das reformas que vinham ocorrendo nos estados, com destaque para a regulamentação do processo de descentralização da gestão para a esfera municipal, promovida pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) da década de 1990. No contexto do Estado de São Paulo, em 1995, os ERSAs são substituídos pelo modelo das Direções Regionais (DIRs) demarcando a reorientação do papel das regionais, tendo em vista a municipalização da rede básica e a necessidade de uma coordenação mais técnica do processo de gestão estadual.

A participação dos estados claramente se viu enfraquecida nesse processo, passando a concentrar suas ações na provisão de serviços na área hospitalar e no apoio e produção e distribuição de medicamentos. Como descreve Yunes (1999, p. 68).

Ao transferir para os municípios a sua rede ambulatorial e parte da rede hospitalar, alguns estados abandonaram seu papel de prestador de serviços, mas não se capacitaram para assumir suas novas atribuições. O processo de descentralização instaurado pelo SUS, centrado na relação União-municípios, deixou à margem os estados como instâncias de planejamento, financiamento, avaliação e controle. Com isso, permaneceram na disputa pelo papel de prestador, com o SUS deixando de dispor de uma instância articuladora e otimizadora dos recursos disponíveis em cada município, atravancando assim a possibilidade de se programar e de operar redes de serviços de âmbito regional (YUNES, 1999, p. 68).

Concordando com Melo, Ibanez & Viana (2011) este atual contexto apresentado através da estrutura administrativa proposta e a regulamentação das atribuições regionais traz a necessidade de repensar o papel estadual na gestão do SUS na direção do planejamento regional, apoio aos municípios e regulação do sistema.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 (Brasil, 2001) é apresentada e é a responsável por atrelar e fornecer um contexto de maior consistência aos parâmetros de avaliação da AP, papel das esferas estaduais e a regionalização, mas excessivamente normativa, desconsidera a heterogeneidade regional e promove uma regionalização autárquica, porém, na realidade, ela define um novo patamar discursivo à organização sanitária brasileira, no qual as ações da AP ganham contornos mínimos aceitáveis e sem dúvida, a descentralização desacompanhada do debate regional perde grande parte do sentido (MELO, IBANEZ & VIANA, 2011).

É neste contexto que em 2006 ocorre nova reformulação da administração regional da SES/SP com a transformação das DIRs em dezessete Departamentos Regionais de Saúde, em nova tentativa de arranjos institucionais apropriados à ação regional da SES: planejamento regional; coordenação e articulação dos sistemas municipais; além de apoio aos municípios na organização de sua rede básica.

Referem Lima, Queiroz, Machado e Viana (2012) que o Pacto pela Saúde em 2006, vem enfatizar a necessidade de articulação de ações e cooperação intergovernamental em vários âmbitos da política de saúde procurando ampliar as funções dos entes subnacionais na condução do processo de descentralização e regionalização no SUS. Mantidos o poder regulatório e de indução de políticas nacionais por meio das transferências federais, que os distintos ritmos e graus de implantação do Pacto pela Saúde refletem, em última instância, o

modo de condução da política de saúde em âmbito estadual, bem como a diversidade de amadurecimento das relações federativas em cada um dos estados brasileiros.

Em 2010, as políticas públicas de saúde, em busca de fortalecer a regionalização do SUS, estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde e fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização desta rede, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação (BRASIL, 2010) e neste processo cabe às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) assumirem o papel de coordenadores na organização da Comissão Intergestores Regional, visando à implantação da RAS.

O Ministério da Saúde (SAS/MS) apresenta como prioridade para o período de 2011 a 2014, a implantação das RAS, sendo seu gestor no âmbito federal. Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que um conjunto de atributos é essencial ao seu funcionamento, dentre eles destacam-se a Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Dentre as principais características das RAS destaca-se: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2014).

As redes temáticas são publicadas em 2011 e ao contrário do que se propõem a RAS, elas representam uma fragmentação desta lógica a partir áreas temáticas, na lógica da especialidade e são elas: a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências (RAU) e a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (RAPS). Em 2012 também é publicada a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e em 2014 a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

Viana (2005) entende que desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização, dentre estes a definição clara de funções para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal) e a resistência do antigo modelo assistencial baseado na doença e em ações curativas individuais, a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais.

As relações verticais foram priorizadas, tendo como foco a transferência de poder decisório, responsabilidades gestoras e recursos financeiros da União para os estados e, principalmente, os municípios (VIANA, 2012).

O movimento em prol do fortalecimento do papel do estado e da regionalização, como estratégia complementar à municipalização, além de revelar novos atores, colocou novos pactos e novos processos na agenda política. O atual momento de implementação do SUS apresenta novas demandas que exigem novas tecnologias e metodologias de gestão, integradoras e participativas: a construção de redes de serviços integrados; a qualificação dos serviços e a satisfação dos usuários; o código dos direitos dos usuários; a humanização das relações entre profissionais e usuários; a integralidade da atenção e do cuidado; a formação e educação permanente; a co-gestão entre estados e municípios para gerenciamento da programação pactuada e das centrais de regulação do acesso; um processo de avaliação permanente de serviços e de sistemas de saúde; entre outros (CONASS, 2007).

Há um esgotamento das normas operacionais como instrumentos e mecanismos para regular a descentralização e a organização dos sistemas e serviços de saúde. Evidencia-se a necessidade de novos modelos de gestão e pactuação para o enfrentamento dessas novas demandas e para a superação do paradigma normativo-instrumental. A constituição de modelos de gestão mais democráticos e flexíveis, sensíveis à diversidade e às diferentes realidades estaduais, regionais e municipais do país, é o desafio do momento (CONASS, 2007).

É possível afirmar que uma das maiores dificuldades do SUS refere-se à necessidade de consolidar a Atenção Básica como um nível de atenção dotado de resolubilidade e integrado aos demais níveis do sistema. Esse desafio aumenta em se tratando de municípios de pequeno porte, onde os gestores contam com poucos recursos técnicos e financeiros, e muitas vezes com pouca experiência na gestão de saúde (ANDRADE, 2010).

Andrade e Castanheira (2011) referem que procurando resgatar o apoio do estado aos municípios no sentido de promover este processo de regionalização e descentralização, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), realiza a 1ª Oficina com Coordenadores Estaduais de Atenção Básica, em Brasília, em 2003, sendo este um marco inicial deste movimento, cujo principal objetivo foi construir estratégias e propostas de atividades para a operacionalização das atribuições e responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Primária (Brasil, 2003).

Outras oficinas foram realizadas lideradas pelo CONASS na busca de construção de consensos a partir da eleição da Atenção Primária como área prioritária para o fortalecimento

do SUS e passaram a redefinir as funções específicas do Estado junto à Atenção Básica, não só por meio da participação nas reuniões tripartites como também nas discussões e investimentos em processos de resgate técnico dos profissionais dos Estados para atuação na atenção primária. Os estados definidos como cofinanciadores e indutores de políticas, além do papel de avaliação e monitoramento para qualificar a Atenção Básica junto aos municípios.

A SES-SP sempre teve uma importante atuação na atenção primária, tanto na multiplicidade de equipamentos e experiências, como também no acúmulo de expertise profissional, porém o processo de municipalização levou ao esvaziamento do papel do estado na APS. Houve uma migração desses profissionais para os municípios, especialmente os de maior porte, ou redefiniram suas áreas de atuação no interior da própria SES, migrando para áreas como a vigilância epidemiológica e sanitária, as áreas de avaliação e controle, entre outras e consideram que esse capital humano foi em parte resgatado pelo Programa “Articuladores da Atenção Básica” (ANDRADE, CASTANHEIRA, 2011).

Diante deste cenário, neste contexto de regionalização que é enfatizado pelas políticas públicas de saúde, a SES/SP apresenta o “Programa Estadual de Avaliação e Apoio à Atenção Básica Municipal no SUS/SP” como forma de sistematizar as ações estaduais na busca do aperfeiçoamento da atenção básica, esclarecendo as principais diretrizes que orientarão a ação estadual neste campo, aproveitando as experiências estaduais anteriormente desenvolvidas e criando novos espaços para entendimento com os parceiros municipais, visando atender melhor às necessidades de saúde da população paulista (SES/SP, 2010).

Andrade (2010) refere que a iniciativa de criar o Programa “Articuladores da Atenção Básica” surge como estratégia de melhoria da qualidade de saúde ofertada na rede de atenção primária, e de integração desta ao sistema loco regional dentro da perspectiva de fortalecimento de Redes Regionais de Saúde, definidas no Pacto de Saúde se caracterizando como uma política de apoio do estado junto aos municípios. Inicialmente o apoio era para municípios com menos de 100 mil habitantes, com a finalidade de auxiliar o gestor municipal na identificação de problemas e formulação de propostas de atuação para o fortalecimento da Atenção Básica.

Ainda segundo Andrade (2010) a experiência histórica da SES São Paulo no desenvolvimento de ações de Atenção Primária, principalmente nas décadas de 70 e 80, as ações de coordenação regional, durante os 20 últimos anos, somado a sua articulação dos sistemas regionalizados e de educação permanente em saúde, foram determinantes na proposição dos Articuladores, inovando a atuação do Estado de São Paulo na Atenção Básica.

Nesse contexto é que se desenvolve a proposição de um programa de atuação direta do estado junto aos municípios relativo à atenção primária.

O programa “Articuladores da Atenção Básica” completou em 2015 seis anos de atuação junto aos gestores e profissionais das equipes da atenção básica dos municípios do estado de São Paulo como parte de um programa de apoio para a qualificação da atenção básica. Em que pese seu potencial inovador e mesmo os impasses e obstáculos que tem enfrentado, praticamente não existem estudos publicados a respeito dessa experiência. Nesse sentido, o presente trabalho foi desenvolvido a partir das seguintes questões:

Quais foram as contribuições deste programa para a efetivação da qualificação da Atenção Primária junto aos municípios do Estado de São Paulo?

Quais as dificuldades e potencialidades que foram observadas durante este percurso?

Quais as novas perspectivas para a sua atuação frente às atuais demandas?

Muitos dos profissionais que atuam no programa se mantêm desde seu início e têm muitos questionamentos sobre as potencialidades de impacto de suas práticas junto aos serviços e junto à gestão municipal.

Conhecer mais sobre a importância desse programa para a qualificação da Atenção Básica pode trazer subsídios não só para melhoria do próprio programa como para o aprimoramento de relações interfederativas capazes de atuar na promoção de um sistema de saúde universal, equânime e integral para todos.

2 CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA "ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA"

O Programa "Articuladores da Atenção Básica" foi inicialmente regulamentado pela Resolução SS-187, de 05 de dezembro 2008 (São Paulo, 2008) que dispõe sobre o apoio técnico de Saúde do SUS/SP, monitoramento e avaliação da Atenção Básica, junto aos municípios. Essa resolução foi posteriormente revogada e substituída pela Resolução SS - 61, de 14 de junho de 2011, que institui o Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde que tem por finalidade:

Apoiar o desenvolvimento da capacidade de gestão municipal e da rede de Atenção Básica, consolidando suas noções de promoção, prevenção e proteção da saúde no âmbito individual e coletivo, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento e a reabilitação da saúde, mediante:

I - promover o monitoramento e avaliação do desempenho e evolução da Atenção Básica no estado de São Paulo.

II – propostas de ações de intervenção e de capacitação em Atenção Básica, pactuadas junto aos Municípios, Colegiados de Gestão Regional e Departamentos Regionais de Saúde (São Paulo, 2011).

Este Programa tem como propósito estabelecer parcerias com os municípios, através da colaboração técnica e neste sentido somar conhecimentos, elucidar problemas, integrar equipes, reconhecer prioridades de saúde locais e estabelecer prioridades, conhecer os obstáculos existentes para a melhoria das condições de saúde e articular propostas de intervenção organizadas junto aos gestores locais, com apoio dos DRS e Universidades (SES/SP, 2010).

Seu campo de atuação situa-se nas Secretarias Municipais de Saúde e nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios selecionados, com vínculo institucional nos Departamentos Regionais de Saúde – DRS/Secretarias do Estado da Saúde de São Paulo- SES/SP, para auxílio na organização da rede de Atenção Básica e nas inter-relações desta rede com os outros serviços do SUS.

Aos articuladores cabe a aplicação de um conjunto sintético de indicadores de acompanhamento da atenção básica, com base nos sistemas de informação do SUS, que abordem itens de "processo" e de "resultados" das ações de saúde deste nível de atenção e que possa detectar de forma ágil, municípios e regiões com maiores problemas, apontando prioridades para a atuação das equipes estaduais de acompanhamento (SES-SP, 2010).

O Programa "Articuladores da Atenção Básica" tem início em março de 2009, com a realização de processo seletivo para os profissionais da própria SES/SP, que apresentavam em

seu currículo uma trajetória de formação e experiência em Atenção Básica, com domínio de conceitos e noções pertinentes ao trabalho a ser desenvolvido e que atendia as especificações do comunicado CRH N° 001/200, sobre a implantação do serviço de apoio técnico aos municípios, denominado de ARTICULADOR DE ATENÇÃO BÁSICA (AAB). Este comunicado também apresenta que este serviço de apoio técnico envolve avaliação, monitoramento e apoio ao desenvolvimento da gestão municipal da atenção básica, sendo que esta atividade seria desenvolvida conforme orientação e instrumentos técnico-normativos definidos pela Área Técnica de Atenção Básica em Saúde da Coordenadoria de Planejamento de Saúde – CPS, em conjunto com a Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS, conforme a Resolução SS n° 187 de 05, publicada no DOE de 09/12/2008.

A princípio foram selecionados 85 profissionais para as 63 regiões de saúde, com vistas a apoiar 572 municípios com menos de 100 mil habitantes. Os Articuladores seriam responsáveis pelo apoio de até 10 municípios, em cada região de saúde, nos dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS).

No entanto, atualmente, o programa incluiu municípios com população acima de 100 mil habitantes e está composto por 94 Articuladores da Atenção Básica, sendo que no Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto há 16 Articuladores da Atenção Básica, uma vez que é a maior região do estado de São Paulo em número de municípios (102 municípios), com uma população de 1.515.268 habitantes (Seade/2014). São distribuídos entre os 17 Departamentos Regionais de Saúde, conforme consta na tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos AAB pelos 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo.

DRS	Araçatuba	Araraquara	B. Santista	Barretos	Bauru	Campinas	Franca	Gde S. Paulo	Marília	Piracicaba	Pres. Prudente	Registro	Rib. Preto	S. João B. Vista	S. J. Rio Preto	Sorocaba	Taubaté	Total
N.	7	5	2	2	8	5	3	6	9	4	9	2	3	3	16	5	5	94

Fonte: SES/SP

Os AAB são servidores do quadro da Secretaria Estadual da Saúde, com nível universitário e com experiência mínima comprovada, de três anos nas áreas de Atenção Básica em Saúde ou Saúde Coletiva e se apresentam com formações diversas (Tabela2).

Tabela 2 – Número de AAB pelas formações universitárias.

FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA																		
Enfermagem	48																	
Odontologia	4																	
Biologia	2																	
Serviço Social	9																	
Educação Saúde Pública	7																	
Psicologia	11																	
Pedagogia	2																	
Fisioterapia	1																	
Terapia Ocupacional	1																	
Nutrição	1																	
Ciências	2																	
Administração Empresa	2																	
Farmácia	1																	
Sociologia	1																	
Magistério	1																	
Fonoaudiologia	1																	
Total	94																	

Fonte: SES/SP

O programa apresenta os seguintes objetivos (SES/SP, 2009):

- Apoiar o Plano de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito local e regional;
- Assessorar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da AB junto aos municípios;
- Desenvolver ações de monitoramento e avaliação da AB em colaboração com os municípios.
- Apoiar o desenvolvimento da capacidade de gestão municipal.

Em relação as suas atribuições e responsabilidades, este profissional, segundo a SES/SP (2009), se apresenta como “Consultor” e desta forma realiza a análise de contexto e proposição de soluções; planejamento; foco em Resultados e disponibilização da informação sobre Atenção Básica; e como “Comunicador/Interlocutor”, realizando o trabalho em equipe; articulação de relacionamentos e parcerias e negociação. Assim é descrito pela SES (2009):

“Como consultor ele deve: entender o contexto e propor soluções adequadas, para ajudar os municípios a optar pelos modelos mais eficazes e pelos investimentos corretos; Ao analisar o contexto de cada município, não perder a perspectiva da região como um todo (olhar para além de um único município); Desenvolver o Plano de Atuação conforme o "diagnóstico" da região e o Plano de Atuação Regional; Auxiliar os municípios na compreensão do seu papel na Atenção Básica; Apoiar o desenvolvimento da capacidade de gestão da rede de Atenção Básica; Participar ativamente dos processos de organização da Atenção Básica nos municípios, atuando como orientador das diretrizes e normas estabelecidas; Realizar acompanhamento "qualitativo" dos municípios, repassando as questões que fogem ao seu escopo de atuação às instâncias adequadas, atuando de forma integrada e sinérgica com o DRS; Acompanhar a situação da Atenção Básica nos municípios, por meio de indicadores, monitorando e avaliando o alcance das estratégias, metas e objetivos traçados.

Como comunicador ele precisa: conhecer a região e estar sempre em contato com os municípios, fortalecendo a integração e sinergia entre eles; Ser um dos elos entre os municípios e o Nível Central no que se refere à

Atenção Básica; Atuar em equipe com os demais Articuladores; Passar boa parte do tempo em contato direto com os Municípios (sendo que o desejado seria quatro dias em campo e apenas um no DRS); Saber ouvir, propor e negociar soluções; Participação nas reuniões específicas na Sede do DRS e nos Colegiados de Gestão Regional, quando necessário.” (SES/S, folder de Apresentação do Programa Articuladores da Atenção Básica, 2009).

Dentre os Articuladores de Atenção Básica há o facilitador do grupo. Este profissional, geralmente é designado pelo Diretor do DRS a um Articulador da Região sob a sua responsabilidade, podendo ser mudado quando achar necessário. Assim se caracteriza como função do facilitador:

Ser o elo entre os demais Articuladores e o Diretor de Planejamento do DRS; Alinhar a atuação dos Articuladores e equilibrar atividades entre os Articuladores (interfere no planejamento das atividades); Realizar algumas atividades burocráticas/ administrativas ligadas às atividades dos Articuladores do DRS em que atua; Diferentemente dos demais Articuladores, o Facilitador permanecerá mais tempo na sede do DRS, mas mesmo assim ainda terão atividades de articulação junto aos Municípios; Nem todas as Regionais terão Facilitadores, apenas aquelas em que o alto número de Articuladores impacte na relação do Diretor de Planejamento com os demais Articuladores e na realização das atividades administrativas relacionadas (SES, 2009)”.

O documento também salienta o que não é Papel do Articulador:

*“Não terão papel de "Executores", ou seja, não devem operacionalizar as demandas (o tempo deve ser dedicado à articulação);
Não terão papel de "auditores" (devem atuar como consultores);
Não devem realizar ações que caberiam ao Diretor e as demais equipes do DRS (devem atuar em equipe);
Não devem realizar ações que caberiam ao Secretário de Saúde Municipal (devem orientá-lo);
Não devem atuar de forma isolada (atuar em equipe com o DRS);
Não devem atuar de forma política partidária (responsabilidade ética) (SES, 2009)”.*

Estes profissionais iniciam as atividades, com objetivos e metas definidos previamente pelos gestores que respondem pela Coordenação da Atenção Básica da Secretaria do Estado da Saúde de São Paulo, desde então várias ações foram realizadas.

A primeira destas ações consistiu em realizar o diagnóstico situacional de cada município, em cada Região de Saúde a que pertence, sendo posteriormente elaborada planilhas com diagnóstico de saúde, definindo prioridades e ações, com os prazos que o articulador se propunha executar junto ao seu conjunto de municípios.

Outras ações foram desencadeadas no decorrer do ano de 2009, como orientações para os Planos Municipais de Saúde; Avaliação da Estrutura física e de equipamentos das

Unidades Básicas de Saúde; Definição de ações para a saúde do idoso e hipertensão e diabetes; Aplicação de questionário sobre saúde da mulher; Levantamento de resultados alcançados por município e Região de Saúde; Implantação da Linha do Cuidado da Gestante e Puérpera.

Já no ano de 2010, ações em cada município foram desencadeadas, relacionadas à Vigilância em Saúde, dando continuidade às atividades, sendo elas: discussão e acompanhamento dos casos de tuberculose; Agravos de maior prevalência; Ações nos municípios sobre a Influenza A (H1N1); Análise das vacinas contra a Poliomielite e das vacinas Tetravalente em menores de 1 ano e ações em relação ao pró-água.

Com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de atenção básica e de fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas de apoio, monitoramento e incremento da Atenção Básica para gestores municipais e estaduais avaliarem a qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde de cada unidade básica de saúde, os AAB estimularam gestores e equipes municipais das UBS, para aderirem e responderem ao questionário: Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – QualiAB, também em 2010.

Em outubro deste ano, os articuladores fizeram descrição e apresentação das experiências exitosas que realizaram em cada município e região de saúde.

Realizaram a devolutiva para as equipes das unidades básicas de saúde e gestores de saúde, em 2011, avaliando os problemas detectados e planejando em conjunto com as equipes, ações para desencadear soluções à esses problemas apresentados pelo QualiAB.

O selo de qualidade lançado pela SES é apresentado neste ano pelos Articuladores da Atenção Básica aos municípios que atingiram um alto padrão de qualidade na atenção Básica.

A Implantação da Linha do Cuidado da Gestante e Puérpera foi uma das atividades realizadas pelo Articulador da Atenção Básica, amplamente discutida com os profissionais de saúde das unidades básicas dos municípios acompanhados; e com a publicação da Rede Cegonha observa-se a importância de acompanhar os seus avanços frente à assistência às mulheres nesta fase de vida.

Em 2011 o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os AAB estimularam a adesão para que as equipes participassem deste processo avaliativo e conforme os padrões de qualidade esperados por esse instrumento orientou o planejamento das atividades, durante as visitas aos municípios e oficinas regionais com as equipes de saúde, onde era discutido o processo de trabalho da equipe, associando com o Quali AB.

O Qualis UBS I foi desenvolvido pela SES em 2012 com o objetivo de financiar equipamentos, mobiliários e instrumentais para estruturar as Unidades Básicas de Saúde. Este trabalho foi desenvolvido pelos AAB desde a realização das oficinas para adesão ao Projeto até a elaboração final dos processos administrativos junto ao setor de compras e finanças do DRS, conferindo listagem de materiais. Após a aquisição dos mesmos, foi realizado um monitoramento "in loco" para acompanhar as adequações solicitadas no projeto inicial.

Neste ano de 2012 foi elaborado o Mapa da Saúde que consistiu em um amplo movimento regional, de uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema; dos municípios, das regiões de saúde e da Rede Regional de Assistência a Saúde (RRAS), com a participação dos AAB.

A participação na elaboração regional das redes temáticas: Cegonha, Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e Atenção à Pessoa com Deficiência ocorre em 2013 e 2014, onde os AAB participaram ativamente, compondo os grupos condutores das mesmas e em alguns momentos coordenando esta atividade.

Em 2014 a SES/SP apresenta o Qualis UBS 2, com financiamento para reforma e/ou ampliação das Unidades Básicas de Saúde. Neste programa o Articulador da Atenção Básica atua junto aos municípios para identificar os principais problemas e orientar quanto às necessidades de melhorias da estrutura física os projetos para adequação, acompanhando as fases de execução e orientando quanto aos documentos solicitados.

O AAB tem as suas atividades de ação contínua frente aos municípios, realizando visitas periódicas, reunindo as equipes, discutindo com o gestor de saúde, levando informações, acompanhando indicadores de saúde, ajudando na elaboração de projetos e na implantação de serviços e equipes, discutindo processo de trabalho, apoiando a equipe e o gestor para realizar ações para promover a Atenção Básica e proporcionando a integração entre município e DRS.

3 OBJETIVOS

O propósito do presente estudo é o de fornecer elementos que contribuam para a compreensão do trabalho do Articulador da Atenção Básica como operador de um programa estratégico da SES-SP, voltado à qualificação da Atenção Básica dos municípios deste estado.

Ele pretende analisar as contribuições e apresentar os limites das intervenções desses profissionais junto à Atenção Básica no Estado de São Paulo

Esse propósito se insere na discussão mais ampla do próprio papel do estado na melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Básica.

Dessa forma pode-se sintetizar como **objetivo geral**:

- Analisar a experiência do Programa “Articuladores da Atenção Básica” da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, enquanto estratégia voltada à qualificação da Atenção Básica, na perspectiva dos seus profissionais e dos responsáveis pela coordenação da Atenção Básica da SES-SP.

Quanto aos **objetivos específicos** pretende-se:

1. Identificar a percepção dos Articuladores da Atenção Básica em relação às fortalezas e fragilidades relacionadas à Atenção Básica nos municípios onde atuam, bem como em relação à sua capacidade de intervenção nessa realidade.
2. Identificar o entendimento dos gestores do programa em relação aos desafios presentes na atenção Básica do Estado de São Paulo, bem como nas possibilidades de enfrentamento desses desafios pelo Programa.

4 MÉTODO

4.1 Definindo o método e os instrumentos de investigação

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de cunho qualitativo, uma vez que este delineamento se apresenta adequado ao objetivo de analisar a experiência do Programa “Articuladores da Atenção Básica” enquanto estratégia voltada à qualificação da Atenção Básica, na perspectiva dos seus profissionais e dos responsáveis pela coordenação da Atenção Básica da SES-SP. Minayo (1992) assim descreve:

As Metodologias de Pesquisa Qualitativa são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 1992, p.10).

Utilizamos a análise de conteúdo como uma técnica para realizar a análise dos dados considerando que possibilita compreender o que é comunicado para além dos significados imediatos. Conforme refere Bardin (2011), a sutileza desta técnica corresponde aos seguintes objetivos:

A ultrapassagem da incerteza: o que eu julgo ver na mensagem estará lá efetivamente contido, podendo esta “visão” muito pessoal, ser partilhada por outros?

Por outras palavras, será a minha leitura válida e generalizável?

E o enriquecimento da leitura: se um olhar imediato, espontâneo, é já fecundo, não poderá uma leitura atenta, aumentar a produtividade e a pertinência?

Pela descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmam (ou infirmam) o que se procura demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significação susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que a *priori* não detínhamos a compreensão (BARDIN, 2011, p, 29).

A partir dessa perspectiva, a análise de conteúdo é constituída por um conjunto de técnicas de análises das comunicações, marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto e em última análise qualquer comunicação, isto é, qualquer transporte de significações de um emissor para um receptor controlado ou não por este, deveria poder ser escrito, decifrado pelas técnicas de análise de conteúdo (Bardin, 2011).

A descrição analítica é o tratamento descritivo e se constitui como o primeiro tempo do procedimento analítico, apesar de não ser exclusivo deste método, ele se apresenta segundo

procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento), porém isto não é o suficiente para definir a especificidade da análise de conteúdo. O interesse não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes poderão nos ensinar após serem tratados. Assim a intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não). A Inferência é considerada o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem explícita e controlada para a última etapa que é a interpretação (a significação concedida a estas características). Bardin, (2011) assim considera:

O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: os “documentos” que pode descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são a manifestação de estados, de dados e de fenômenos. Há qualquer coisa pra descobrir por e graças a eles. Tal como a etnografia necessita da etnologia, para interpretar as suas descrições minuciosas, o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula, para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor da mensagem, ou sobre o seu meio (BARDIN, 2011, P 39).

4.2 Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, FMB/UNESP, seguindo a Resolução nº 466/2012 que estabelece preceitos éticos para o desenvolvimento de pesquisa com seres humanos.

Durante o desenvolvimento do trabalho de campo atendemos à resolução 466/2012. No encontro periódico dos Articuladores da Atenção Básica realizado em Junho de 2015, todos os AAB presentes foram convidados a participar do estudo. Neste encontro informamos a todos os participantes quanto aos objetivos do projeto, formato da realização e aspectos éticos relacionados (ausência de danos previstos, garantia de anonimato, disponibilidade da pesquisadora para esclarecimentos ao longo do processo e possibilidade para desistência em qualquer etapa do estudo, sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou retaliação). Após todos os esclarecimentos foram assinados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Também são participantes deste estudo o Coordenador da Atenção Básica da SES/SP do início deste Programa e o que atualmente responde por este trabalho. Foi marcado um encontro com cada um deles, realizados no segundo semestre de 2015, sendo-lhes também informado os objetivos do projeto, formato da realização e aspectos éticos relacionados

(ausência de danos previstos, garantia de anonimato, disponibilidade da pesquisadora para esclarecimentos ao longo do processo e possibilidade para desistência em qualquer etapa do estudo, sem que isso acarretasse qualquer prejuízo ou retaliação). Com estes esclarecimentos realizados, ambos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

4.3 Contexto e Participantes

O Programa “Articuladores da Atenção Básica” é composto por 94 profissionais do quadro da SES-SP, que atuam nos 17 Departamentos Regionais de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, cobrindo 63 Regiões de Saúde.

Além dos profissionais que atuam como AAB, participaram como participantes desta pesquisa dois Coordenadores da Atenção Básica da SES-SP, sendo um deles o responsável pela implantação do Programa Articuladores da Atenção Básica, atuando de 2009 até 2013, e o seu sucessor, que se mantém na coordenação de 2013 até o presente momento.

Embora o universo de profissionais que atuam como articuladores da Atenção Básica (AAB) seja composto por 94 AAB, foi considerado um total de 93 profissionais, uma vez que foi excluída a autora do presente trabalho.

No encontro em que foi realizada a coleta de dados, estavam presentes 76 AAB (81,72%) dos 93 profissionais considerados. Do total de presentes, 68 AAB (89,47%) responderam ao questionário (Apêndice C).

Os questionários respondidos correspondem às áreas de atuação dos AAB em todos os DRS do estado, sendo que em dez dos dezessete DRS a participação se constituiu por 100% dos articuladores em exercício nessas regiões. Apresentamos abaixo o quadro de AAB presentes por DRS e que responderam o questionário.

Tabela 3 – Número de Articuladores da Atenção Básica Ativos no programa, presentes no encontro e que responderam o questionário.

DRS	A. A. B. Ativos no Programa	A. A. B. Presentes no Encontro	Responderam ao questionário		
			N	% AAB presentes	% AAB ativos
Araçatuba	7	7	7	100,00	100,00
Araraquara	5	4	4	100,00	80,00
B. Santista	2	2	1	50,00	50,00
Barretos	2	2	2	100,00	100,00
Bauru	8	8	8	100,00	100,00
Campinas	5	2	1	50,00	20,00
Franca	3	3	3	100,00	100,00
Gde São Paulo	6	5	4	80,00	66,66
Marília	9	6	6	100,00	66,66
Piracicaba	4	2	1	50,00	25,00
Pres. Prudente	9	7	6	86,00	66,66
Registro	2	1	1	100,00	50,00
Rib. Preto	3	2	2	100,00	66,66
S. João B. Vista	3	2	2	100,00	66,66
S. José R. Preto	15	15	15	100,00	100,00
Sorocaba	5	4	3	75,00	60,00
Taubaté	5	4	2	50,00	40,00
Total Geral	93	76	68	89,47	73,11

Fonte: SES/SP 2015

4.4 Procedimentos

Inicialmente entramos em contato com o Coordenador da Atenção Básica da SES-SP a quem solicitamos apoio para a realização da pesquisa e o agendamento para a realização da coleta de dados durante um dos encontros que ocorre a cada dois meses em São Paulo nos quais todos os articuladores são convocados a participar.

A coleta foi autorizada e realizada em um destes encontros. Como os encontros ocorriam em dois dias consecutivos de trabalho, a aplicação dos questionários se deu ao final do primeiro dia, por volta das 17h30min, no mesmo local do evento. Havendo uma agenda de trabalho com muitas discussões, com articuladores de regiões distantes da capital, cujo trajeto para chegar ao evento é realizado por transporte rodoviário (ônibus ou viatura) e que muitos

deles viajam durante toda a madrugada, no horário que foi aplicado o instrumento alguns participantes haviam saído, o que pode ter contribuído para a redução no número de adesões.

As respostas foram realizadas logo após a entrega do questionário, sem identificação, manuscritas, e entregues no mesmo dia e no mesmo local, de modo a garantir o anonimato e para que cada participante pudesse expressar suas percepções com maior liberdade. O tempo de duração para o preenchimento do questionário foi em média 30 minutos.

Para os Coordenadores da Atenção Básica da SES, o momento presencial para a realização das entrevistas foi agendado em local e datas escolhidos por eles. As entrevistas foram gravadas e tiveram em média 40 minutos de duração.

4.5 Instrumentos

O primeiro instrumento utilizado foi um questionário semiestruturado com perguntas abertas (Apêndice C), contendo 5 questões que abordavam as *Fortalezas e Fragilidades* identificadas no trabalho como AAB para a qualificação da Atenção Básica. Procurou-se assim apreender a percepção desses profissionais sobre seu trabalho de modo a visualizar como as proposições do programa vêm sendo atingidas.

O segundo instrumento utilizado corresponde a uma entrevista semiestruturada (Apêndice B), realizada com o Coordenador atual da Atenção Básica da SES/SP e com a Coordenadora da Atenção Básica do início deste programa. A finalidade foi conhecer como estes participantes identificam o Programa AAB como instrumento de gestão do Estado de São Paulo, na direção do favorecimento da qualidade da Atenção Primária em Saúde, assim como, quais as Fortalezas e Fragilidades observadas durante o período de trabalho realizado, além de conhecer a visão sobre os encaminhamentos necessários para este programa, frente às demandas atuais da Atenção Primária e da SES/SP.

4.6 Procedimentos de Análise

Com a finalidade de conhecer a percepção dos Articuladores da Atenção Básica e dos coordenadores do programa sobre as *Fortalezas e Fragilidades* deste trabalho, iniciou-se a descrição analítica com procedimentos e objetivos de descrição de conteúdo, constituindo o tratamento descritivo, o primeiro tempo do procedimento, onde delimitamos as unidades de codificação, ou as de registro, através de repetidas leituras das respostas, e definimos as unidades de contexto, ou as de significação (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo dos questionários e das entrevistas foi realizada em três etapas, considerando Bardin (2011):

Pré-análise:

Nesta etapa realizamos a organização do trabalho propriamente dita e serviu para operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais deste estudo, onde foram escolhidos os documentos, os objetivos e as hipóteses considerados para o estudo.

Em relação aos documentos, buscando alcançar os nossos objetivos, nesta pesquisa utilizamos dois: um questionário com perguntas abertas para o grupo de Articuladores da Atenção Básica e entrevistas semiestruturadas para os coordenadores da Atenção Básica.

Neste contexto da pré-análise, o material reunido foi devidamente preparado antes de ser analisado. No caso das entrevistas as mesmas foram gravadas e depois transcritas na íntegra e os questionários anotados em fichas, posteriormente se fez a leitura flutuante de todos os questionários, a escuta reiterada das entrevistas e repetidas leituras das mesmas.

Exploração do material ou codificação:

Esta fase se constituiu em realizar as operações de codificação do material resultante da aplicação dos documentos (questionários e entrevistas).

No caso do questionário, a primeira etapa deste processo, A organização da codificação, compreendeu três ações, para realizar uma **análise quantitativa e categorial**.

O **recorte** onde se fez a escolha das unidades considerando nas respostas a questão evidenciada, a **enumeração** sendo construído um quadro síntese contabilizando-se as frequências simples das respostas de mesmo sentido e a **classificação e a agregação**, que a partir deste primeiro quadro, se procedeu a elaboração de outro quadro sistematizado, agregando-se unidades de sentido que permitiram uma classificação dos conteúdos principais expressos no texto.

No caso das entrevistas a análise é essencialmente temática e o **estudo qualitativo**, apresenta recortes de discursos, que expressam os núcleos do sentido, os temas que se configuram em unidades de registro. Por conseguinte a unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar as unidades de registro e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores as unidades de registro) são importantes para se compreender a significação da unidade de registro.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação:

O tratamento das análises dos questionários foi realizado, evidenciando os elementos de significação, das unidades de referência correlacionando as mesmas com o tema central do

trabalho que está discutindo o papel do articulador na qualificação dos serviços de Atenção Básica, quanto as suas potencialidades e desafios.

No caso das entrevistas, os resultados obtidos a partir da codificação dos núcleos de sentido foram discutidos e realizados as correlações ao redor dos eixos temáticos que discutem o programa “Articulador da Atenção Básica” como ferramenta de gestão do estado de São Paulo na direção do favorecimento da qualidade da Assistência Primária em Saúde.

Assim realizamos os procedimentos da análise considerando os instrumentos utilizados e as suas diversas etapas, no processo de análise de conteúdo:

Questionários

Elaboração das fichas

A primeira etapa na análise dos questionários foi realizada por meio da digitação das respostas manuscritas, organizando as mesmas em fichas.

Cada ficha estava relacionada com um participante, correspondendo a um total de 68 fichas. Realizamos a leitura flutuante e reiterada das mesmas, compreendendo também que estas leituras permitem uma aproximação do pesquisador com os temas mais relevantes da análise de conteúdo deste material.

Agregação e Enumeração

Iniciando o tratamento descritivo, conforme refere Bardin (2011), considerando os dois temas do estudo: Potencialidades e Desafios que os Articuladores da Atenção Básica relacionam na sua área de atuação para a qualificação da Atenção Básica e os seus cinco subtemas, as 68 fichas foram submetidas a uma primeira síntese onde procuramos agrupar as respostas que consideramos semelhantes. Para melhor organizar este trabalho criamos quadros (Apêndice D, E, F, G, H, I e J), sistematizando os conteúdos das respostas com o número de vezes que a mesma era citada e apresentando-as em ordem decrescente de frequência.

Categorização

Esta etapa se constituiu também de leituras reiteradas dos quadros sínteses procurando agregar as unidades de referências em grupos que discutiam os mesmos temas. Estas unidades de referência eram categorizadas em Unidades de Significação, com a frequência em que foram apresentadas nas respostas, considerando os temas abordados no estudo (Quadros 2 à 8).

Discutindo os resultados

O tratamento das análises dos questionários foi realizado, evidenciando os elementos de significação, das unidades de referência correlacionando as mesmas com o tema central do trabalho que está discutindo o papel do articulador na qualificação dos serviços de Atenção Básica, quanto as suas fortalezas e fragilidades, utilizando o referencial teórico do estudo para interpretar as questões de maior sentido para o estudo.

Entrevistas

Transcrições

As entrevistas foram transcritas integralmente e compreendemos ser este o primeiro passo da análise e que envolve o tratamento descritivo, conforme refere Bardin, (2011). Isto Significa que ao transcrever, ao realizar a audição do discurso e perceber as suas ênfases, os apontamentos que apresentavam maior emoção, as pontuações relativas às falas, inicia-se então o processo de interpretação, próprio da análise de conteúdo. Este primeiro momento da análise compreendeu o desencadeamento das seguintes ações:

Cada entrevista foi transcrita individualmente, sendo digitada e correspondendo à um arquivo Word;

Após o texto digitado para facilitar e localizar os recortes das falas, numeramos as páginas e as linhas;

A contagem de linhas era reiniciada a cada nova página e ao fazer a citação, a linha sempre está acompanhada da página;

Para referir as falas do entrevistado, utilizamos a letra E, seguida de um número 1 ou 2, para identificar o participante.

Leitura das transcrições e organização dos sentidos

Realizamos repetidas leituras das transcrições, compreendendo ser este o segundo momento, mas ainda realizando o tratamento descritivo da análise de conteúdo, para reconhecer os núcleos do sentido e para destacar os assuntos mais significativos que estão relacionados com as questões abordadas na pesquisa.

Embora as entrevistas tenham sido construídas de forma dialogada, apresentando a pergunta aberta e procurando deixar o entrevistado expressar livremente as suas reflexões, conduzindo as mesmas conforme as respostas iam se apresentando, houve a existência de um roteiro semiestruturado norteador da elaboração dos discursos.

Sendo assim, este levantamento temático inicial decorreu do roteiro da entrevista.

A partir dos temas elaborados procedeu-se o recorte dos discursos, sendo respeitado a sua distribuição na ordem em se fizeram as falas.

Bardin (2011) apresenta que o tema é uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura, procurando os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação e cuja presença pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido.

Para melhor organizar este trabalho criamos quadros (Apêndice K ao Apêndice O), conforme os principais assuntos dialogados (Temas) e dos sentidos produzidos (Unidades de Significação) por cada recorte destacado do discurso (Unidade de Referência). Consideramos ser esta uma forma de sistematizar a variedade de informações presentes nas entrevistas e de ajudar na descrição da análise.

Após realizarmos o levantamento inicial sobre os temas, pudemos perceber que alguns deles estavam relacionados e então reorganizamos em temas mais amplos, o que chamo aqui de temas compostos. Estes resultados serão apresentados posteriormente na seção referente aos Resultados e discussões.

Discutindo os resultados

Após todo tratamento descritivo realizado, partimos para analisar, através dos temas, das unidades de sentido reconhecidas, o que os entrevistados identificam neste programa como estratégia de gestão do Estado de São Paulo na direção do favorecimento da qualidade da Assistência Primária em Saúde, assim como suas fortalezas e fragilidades observadas durante o período de trabalho realizado. Outro tema a ser relacionado se refere a conhecer a sua visão sobre os encaminhamentos necessários para este programa, frente às demandas atuais da Atenção Primária e da SES-SP. Para isso consideramos para realizar essas discussões todo referencial teórico estudado, realizando as correlações ao redor dos eixos temáticos que discutem o programa “Articulador da Atenção Básica” como estratégia de gestão do estado de São Paulo na direção do favorecimento da qualidade da Assistência Primária em Saúde.

5 RESULTADOS

5.1 Análise da Percepção dos Articuladores da Atenção Básica em relação a Atenção Básica e da Capacidade de Intervenção desses Profissionais nessa Realidade

As respostas obtidas nas questões dos 68 questionários foram submetidas a uma primeira síntese, agrupando-se as semelhantes.

A partir deste quadro de respostas desenvolveu-se o procedimento analítico, sendo realizado o agrupamento, através de leituras das respostas dos participantes e posteriormente ordenadas por subtemas que emergiram a partir do próprio instrumento utilizado para a coleta de dados.

Construímos a análise das perspectivas dos AAB na Qualificação da Atenção Básica considerando dois tópicos centrais: Fortalezas e Fragilidades. No tópico *Fortalezas* as discussões abarcam os principais avanços, as influências do trabalho nas melhorias apresentadas na Atenção Básica e as situações problemas onde o trabalho do AAB contribuiu para solução. No tópico *Fragilidades* serão discutidos os principais problemas identificados, como também os seus determinantes. Assim se apresenta a análise no diagrama abaixo:

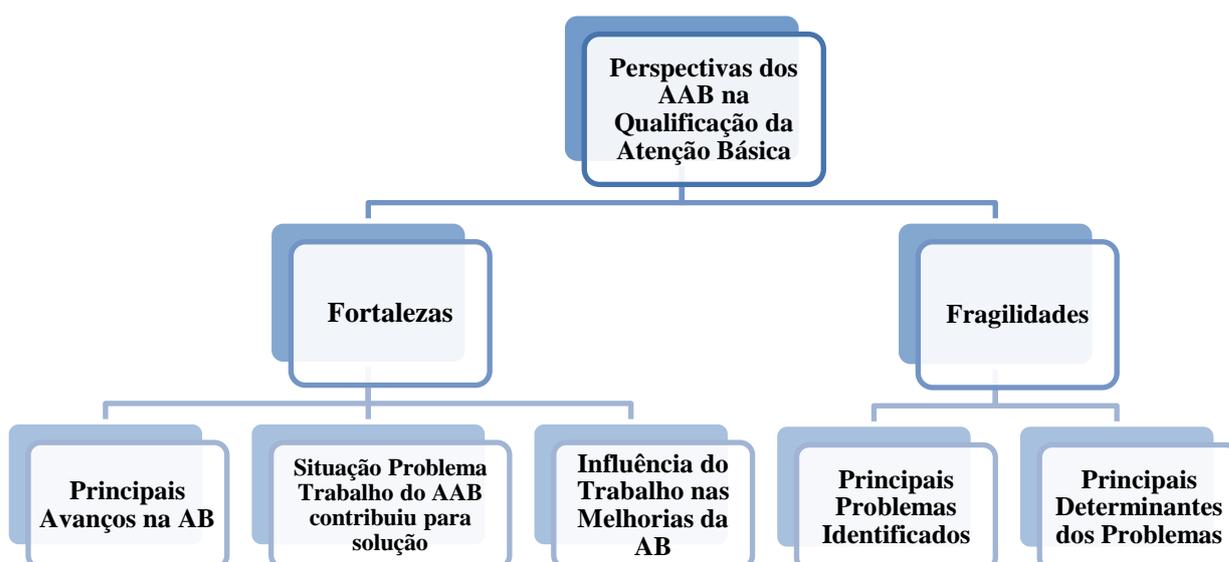


Figura 1 – Classificação das perspectivas dos AAB segundo as Fortalezas e Fragilidades identificadas na qualificação da Atenção Básica.

Na perspectiva das fragilidades, os Articuladores da Atenção Básica, inicialmente, destacaram 264 principais problemas na Atenção Básica, sendo os mesmos organizados em frequência decrescente de respostas ao questionário (Apêndice D). A partir dos problemas referidos, considerando as atribuições destes profissionais, definimos uma primeira categorização três subgrupos:

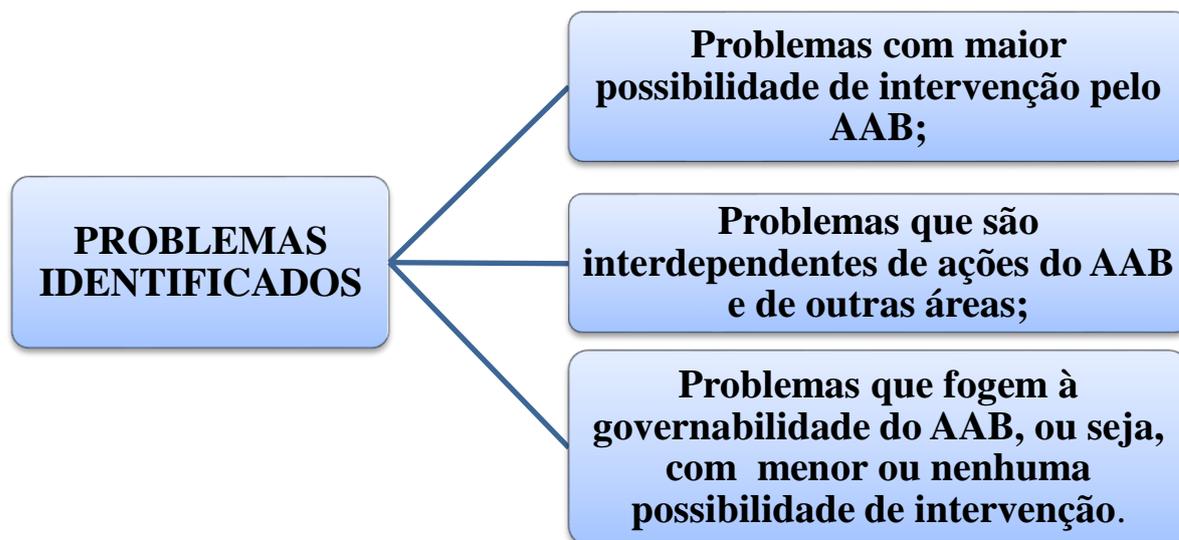


Figura 2 – Classificação dos problemas referidos segundo a possibilidade de intervenção

Ao realizar a primeira leitura dos 264 problemas apresentados pelos AAB, identificando as frequências dos mesmos, foram agrupados e identificados 14 problemas com maior possibilidade de intervenção, como também 14 problemas com menor ou nenhuma possibilidade de intervenção, diferindo na frequência de citações, com 73 e 128 vezes, respectivamente (Apêndice E).

Em relação aos problemas que apresentam menor ou nenhuma possibilidade de intervenção, considera-se que os contextos de resolução dos mesmos abrangem decisões de políticas de saúde das três esferas governamentais e de políticas de outros setores, além da saúde, como é o caso dos problemas “Dificuldade para contratação de RH, devido a Lei de Responsabilidade Fiscal” e “Entidades formadoras não qualificam profissionais para o SUS/AB”, porém os mesmos devem ser considerados porque obstaculizam e dificultam que o AAB consiga atingir os seus objetivos no sentido da qualificação da Atenção Básica.

Se considerarmos conjuntamente os problemas que são interdependentes de ações do AAB e de outras áreas com os de maior possibilidade de intervenção, teremos um total de 24 problemas identificados e citados numa frequência de 136 vezes (Apêndice E).

Nos quadros que se seguem, 2, 3 e 4, cada problema foi considerado como uma Unidade de Registro (UR), agrupando-os em Unidades de Significação.

Dentre os problemas citados pelo AAB e que possuem maiores possibilidades de intervenção, quase a sua totalidade se relacionam a duas unidades de significação: os relacionados aos modelos assistenciais da Atenção Básica (52,05%) e os relacionados à precariedade da organização do processo de trabalho na Atenção Básica (41,09%).

QUADRO 1 – Unidades de registro e unidades de significação dos problemas com maior possibilidade de intervenção.

Unidades de Registro	N	%	Unidades de significação
Predomínio do atendimento à demanda espontânea em grande parte dos municípios.	15		Modelos assistenciais na Atenção Básica não seguem as diretrizes da PNAB: não realizam a territorialização, são centrados no trabalho médico e na atenção à demanda espontânea, desenvolvendo-se modelos sem um projeto bem definido de atenção à saúde.
Baixa cobertura de ESF e AB, com ausência de processo de territorialização.	14		
Modelo de atenção indefinido e difuso nas equipes AB.	09		
Sub total	38	52,05	
Equipes de SF não atuam conforme o preconizado.	8		Precariedade da organização do processo de trabalho na AB. Ausência de planejamento, supervisão e matriciamento. Baixa adesão a programas e protocolos. Ausência de reuniões de equipe e de Educação Permanente em Saúde. Não seguimento das diretrizes propostas pela ESF.
Processo de trabalho pouco organizado, com pouco ou ausência completa de acompanhamento e monitoramento das estratégias implantadas.	7		
Fragilidade nas ações de planejamento, de promoção, apoio matricial, poucas ações intersetoriais, Institucional e de Educação Permanente em Saúde, com pouca resolubilidade na AB.	5		
Baixa adesão aos programas e protocolos clínicos.	5		
Dificuldade de reuniões de equipe nos municípios com modelo de atenção tradicional.	3		
Muitos exames solicitados e realizados sem parâmetro e critério, encaminhamento à consulta especializada sem parâmetro.	2		
Sub total	30	41,09	
Falta de envolvimento e compreensão nas redes; municípios investindo mais individualmente, o que enfraquece o desenvolvimento e efetivação das redes. Incapacidade da AB em ser a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.	1		Dificuldade da gestão para construção do trabalho em rede, tanto em nível local como regional.
Pouco posicionamento do gestor de saúde de pequeno porte em reuniões de CIR.	1		
Participação do gestor e de profissionais em muitas reuniões e não socialização com equipe	1		
Sub total	3	4,11	
Sub total	71	97,26	
Total	73	100,00	

Em relação aos problemas que são interdependentes de Ações do AAB e de outras áreas, quase sua totalidade (92,06%) diz respeito a apenas uma Unidade de Significação: Equipes de Saúde com o mínimo de profissionais atuando, frente à complexidade da atenção primária e com qualificação insuficiente para as mudanças das práticas, o que reflete também no cuidado ofertado e nos resultados obtidos.

QUADRO 2 – Unidades de registro e unidades de significação dos problemas que são interdependentes de ações do AAB e de outras áreas.

Unidades de Registro	N	%	Unidades de Significação
Profissionais contratados com pouco perfil (aptidão) para a Atenção Básica e com qualificação insuficiente principalmente médicos e dentistas	19		Gestores e Equipes de Saúde com baixa qualificação , frente à complexidade da atenção primária e com disponibilidade insuficiente de recursos humanos para as mudanças das práticas, o que reflete também no cuidado ofertado e nos resultados obtidos.
Baixa qualificação dos gestores.	14		
Não responsabilização e motivação dos profissionais.	12		
Falta de técnicos capacitados para alimentar os sistemas e dificuldade para implantação do e-SUS.	13		
Sub total	58	92,06	
Total	63	100,00	

Quanto aos problemas que apresentam menor ou nenhuma possibilidade de intervenção, as frequências se concentram com 42,18% das citações na Unidade de Significação que diz respeito aos recursos humanos que compõem as equipes de saúde: Os municípios apresentam a atenção básica com equipes e profissionais insuficientes para dar conta da complexidade das demandas do território, com uma política de recursos humanos sem estabilidade para o profissional e remuneração adequada. Desta forma os profissionais, principalmente os médicos, não se fixam em suas atividades. Também não possuem profissionais que podem potencializar as atividades dos demais trabalhadores, como o coordenador da atenção básica. Outras três Unidades de Significação também são representativas.

Outra Unidade de Significação com 28,90% de citações refere-se aos Gestores de saúde dos municípios que se apresentam com pouco domínio das técnicas de gestão, com muito envolvimento na política partidária local, sem autonomia para resolver os problemas de saúde da população e substituídos com frequência.

As políticas de saúde dos governos Federal e Estadual para a qualificação da atenção básica são omissas e não atendem as necessidades dos territórios e de suas populações, assim a terceira Unidade de Significação está representada com 13,28% dos apontamentos.

Também representada com 13,28% das citações, A Lei de Responsabilidade Fiscal se apresenta como um problema para contratação de profissionais necessários na área da Saúde, uma vez que tem o limite dos municípios destinar até 54% da receita líquida para isso. Ao mesmo tempo é obrigatório investir no mínimo 15% do orçamento em Saúde, o que

geralmente é superado e acaba impactando significativamente nos gastos dos municípios. Por outro lado os recursos do governo federal e estadual são insuficientes. O quadro 3 apresenta as UR e as US conforme discutimos.

QUADRO 3 – Unidades de registro e unidades de significação dos problemas com menor ou nenhuma possibilidade de intervenção.

Unidades de Registro	N	%	Unidade de Significação
Rotatividade de profissionais e equipes com descontinuidade das ações.	27		Os municípios apresentam a atenção básica com equipes e profissionais insuficientes para dar conta da complexidade das demandas do território, com uma política de recursos humanos sem estabilidade para o profissional e remuneração adequada. Desta forma os profissionais, principalmente os médicos não se fixam em suas atividades. Também não possuem profissionais que podem potencializar as atividades dos demais trabalhadores, como o coordenador da atenção básica.
Insuficiência de profissionais.	16		
Ausência profissional médico	06		
Ausência de Coordenador da AB municipal, gerentes técnicos nas unidades.	05		
Sub total	54	42,18	
Gestores muito envolvidos com a política, pouco comprometidos com a AB e com interferência da política local. Perfil do gestor municipal de saúde. Falta de autonomia dos gestores.	23		Gestores de saúde dos municípios com pouco domínio das técnicas de gestão, e com muito envolvimento na política partidária local, sem autonomia para resolver os problemas de saúde da população e substituídos com frequência.
Rotatividade de gestores.	14		
Sub total	37	28,90	
Falta de planejamento da SES, falta de apoio, financiamento e de uma política de Estado definida e facilitadora na condução da AB. Falta de foco no trabalho do AAB. Desvalorização da AB em relação aos demais níveis de atenção.	13		As políticas de saúde dos governos Federal e estadual para a qualificação da atenção básica se apresentam omissas e não atendem as necessidades dos territórios e de suas populações.
Região de saúde com deficiência nos serviços de referência de média e alta complexidade e de difícil acesso (Longas distâncias).	4		
Sub total	17	13,28	
Dificuldade para contratação de RH, devido a Lei de Responsabilidade Fiscal.	3		A LRF se apresenta como um problema para contratação de profissionais atendendo as necessidades de Recursos Humanos na área da Saúde, uma vez que tem o limite dos municípios destinar até 54% da receita líquida para isso. Ao mesmo tempo é obrigatório investir no mínimo 15% do orçamento em Saúde, o que geralmente é superado e acaba impactando significativamente nos gastos dos municípios. Por outro lado os recursos do governo federal e estadual são insuficientes.
Financiamento insuficiente na AB para manutenção de alguns serviços e readequação de equipe.	14		
Sub total	17	13,28	
Sub total	125	97,65	
Total	128	100,00	

Ainda na perspectiva das fragilidades, os Articuladores da Atenção Básica, apresentaram quais os principais determinantes destes problemas (Apêndice F) através de 176 citações e ao realizarmos uma leitura mais aprofundada, são ressaltados os primeiros seis determinantes por serem mais frequentes e que representam 105 das 176 citações totais, 60 % de todas as citações. Tais determinantes referem-se à interferência da política partidária local; ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários para os profissionais de Saúde; formação dos profissionais de saúde com ênfase na especialidade, sem conhecimento do SUS; gestores pouco qualificados, com baixa autonomia e alta rotatividade; insuficiência de financiamento para a Atenção Básica; e fragilidade na gestão de atenção básica para desenvolver os princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Através das Unidades de Registro (quadro 4) foram identificadas 06 Unidades de Significação que apresentaram distribuição mais homogênea quanto às frequências de citações.

A primeira em número de citações com 23,86 % refere-se a **“A política local interfere nas políticas públicas de saúde, fortalecendo os interesses diversos, descomprometida com as necessidades da gestão de saúde, promovendo desvios e má utilização dos recursos financeiros e humanos”**.

“Modelos assistenciais na Atenção Básica que não seguem as diretrizes da PNAB: não realizam a territorialização, são centrados no trabalho médico e na atenção à demanda espontânea, desenvolvendo-se modelos sem um projeto bem definido de atenção à saúde. Há dificuldades para a mudança do modelo Tradicional para a **Estratégia Saúde da Família**. Não promovem Educação Permanente em Saúde” é a segunda com 20,45 %.

Outra Unidade de Significação com 18,18% de citações refere como determinantes a **“fragilidade nas contratações:** Ausência de PCCS, contratos ou consenso público que favoreça a fixação do profissional na Atenção Básica”.

Há outros determinantes, também mencionados com muita frequência (15,34%) e que a US está relacionada aos **“cursos de graduação e seus currículos** que não preparam o futuro profissional para atuarem na Atenção Básica/SUS com maior qualidade”.

Também com 17,61% de frequência de citações apresenta a US sobre o financiamento: **“os municípios apresentam dificuldades relacionadas ao financiamento das ações de saúde,** geralmente utilizam mais que 15% de recursos próprios, porém não conseguem atender as demandas de saúde da população. A LRF determina que os municípios possam destinar até 54% da receita líquida para esses gastos. Por outro lado os recursos do governo federal e estadual são insuficientes, o que reflete na contratação e fixação de

profissionais, nas estruturas físicas inadequadas das unidades de saúde e na qualidade da assistência”.

Os AAB também consideram determinantes dos problemas, com 4,45% das citações, o que veio a definir uma Unidade de Significação referente “**as políticas de saúde do Estado de São Paulo** que não apresentam um projeto de intervenção que valorize a atuação na Atenção Básica”.

Destaca-se que quatro dos seis determinantes apontados também foram referidos anteriormente como problema (Apêndice G), sendo dois deles diferentes, o que nos permite fazer a seguinte inferência: O AAB ao responder o questionário individualmente, relacionava sua primeira resposta com a segunda, ou seja, cada determinante referido estava relacionado com o problema referido. O que ocorre realmente é que enquanto para alguns participantes eles se configuram em problemas, para outros se configuram em determinantes e vice e versa. Desta forma, ao fazer a análise quantitativa dos dados apresentados, perde-se o caráter individualizado e relacionado da resposta e, problemas e determinantes, passam a ser igualmente repetidos. No quadro 4 abaixo estão representadas as Unidades de Registro e as Unidades de Significação conforme foram discutidas anteriormente.

QUADRO 4 – Unidades de registro e unidades de significação dos principais determinantes dos problemas apontados.

Unidade de Registro	N	%	Unidade de Significação
Influência política na gestão de saúde, interesses diversos dentro do município;	20		A política local interfere nas políticas públicas de saúde, fortalecendo os interesses diversos, descomprometida com as necessidades da gestão de saúde, promovendo desvios e má utilização dos recursos financeiros e humanos.
Gestores sem Perfil, sem qualificação quando assumem a gestão, sem autonomia e com alta rotatividade.	18		
Desconhecimento de gestão financeira. Desvios e má gestão dos mesmos.	4		
Sub total	42	23,86	
Financiamento do SUS insuficiente, principalmente na AB.	14		Os municípios apresentam dificuldades relacionadas ao financiamento das ações de saúde . Geralmente utilizam mais que 15% de recursos próprios, porém não conseguem atender as demandas de saúde da população. A LRF determina que os municípios possam destinar até 54% da receita líquida para esses gastos. Por outro lado os recursos do governo federal e estadual são insuficientes. A insuficiência de recursos financeiros reflete na contratação e fixação de profissionais, nas estruturas físicas inadequadas das unidades de saúde e na qualidade da assistência.
Falta de RH no SUS desde a sua formação, sendo agravado pela lei da responsabilidade fiscal.	5		
Dificuldade para operacionalizar o que se prevê na gestão de pessoas;	2		
Estruturas físicas das UBS com necessidades de adequações	1		
Municípios com baixo nível sócio-econômico e com baixa participação social	2		
Fragilidade na estrutura e organização das SMS dos municípios de pequeno porte	1		
Desconhecimento de gestão financeira. Desvios e má gestão dos mesmos.	4		
Devido aos custos gerado, resistência dos gestores para implantar as ESF.	2		
Sub total	31	17,61	
Ausência de PCCS nos municípios. Salários pouco atrativos. Precarização dos vínculos empregatícios dos trabalhadores. Ausência de concursos públicos, ocasionando falta de motivação e de comprometimento dos profissionais.	26		
Rotatividade de profissionais médico e de outros da equipe, com descontinuidade ao trabalho iniciado.	6		
Sub total	32	18,18	

Fragilidade na gestão de atenção básica e de ações articuladas de fortalecimento da AB. Ex. EPS, apoio institucional, formação de pessoal, interesse público-privado. Desconhecimento dos princípios e diretrizes do PNAB;	14		Modelos assistenciais na Atenção Básica não seguem as diretrizes da PNAB: não realizam a territorialização, são centrados no trabalho médico e na atenção à demanda espontânea, desenvolvendo-se modelos sem um projeto bem definido de atenção à saúde. Há dificuldades para a mudança do modelo Tradicional para a Estratégia Saúde da Família , sendo que o impacto financeiro com recursos humanos é considerado para tomada de decisão. Não promovem Educação Permanente em Saúde.
Resistência na mudança de modelo assistencial na AB, valorizando o Pronto Atendimento, a Média e Alta Complexidade. Médico centrado, com pouca atuação da equipe multidisciplinar	6		
Ausência de acompanhamento contínuo do processo de trabalho e de gerência nas Unidades de saúde.	5		
Desconhecimento das necessidades da população;	4		
Transição de modelos constituídos no Estado e decisão do MS de privilegiar ESF	1		
Sub total	36	20,45	
Formação dos profissionais com ênfase na especialidade, com conhecimento insuficiente sobre Saúde Pública, dificuldade de assumirem ações da Atenção Básica;	19		Os cursos de graduação para as profissões da saúde apresentam currículos que não preparam o futuro profissional para atuar na Atenção Básica/SUS com maior qualidade. Há um distanciamento grande entre a formação e a realidade dos serviços.
Profissionais de saúde não formados na lógica das dimensões social e psicológica (somente na lógica da dimensão biológica e flexneriana	5		
Ausência de trabalho articulado entre as instituições de ensino e os serviços de saúde do SUS.	3		
Sub total	27	15,34	
Estado tende a considerar AB da gestão municipal, não reconhecendo a importância de seu apoio, valorizando a média e a alta complexidade.	5		A política de saúde do Estado de São Paulo não apresenta um projeto de intervenção que valorize a atuação na Atenção Básica.
Setores do DRS com profissionais pouco atuantes e qualificados ocasionando grandes demandas de todas as áreas para o AAB em todos os trabalhos, o que desvia o foco do trabalho do AAB. Falta de apoio do DRS nas questões relativas à AB.	5		
A ajuda de custo para os AAB viajar para os municípios não é reajustado desde 2009.	1		
Sub total	8	6,25	
Total	176	100,00	

Na perspectiva das fortalezas, em relação aos principais avanços da AB observados na sua região (Apêndice H), 39 foram relatados, sendo que a maior concentração das citações encontra-se nos primeiros seis do quadro, que acumula 128 (55 %) das 233 citações totais, sendo eles: Ampliação da ESF nos municípios; equipes mais qualificadas para organizar o processo de trabalho; organização das linhas de cuidado da gestante e puérpera, e da Hipertensão e diabetes; apoio às equipes da Atenção Básica e implantação do NASF; discussão da atenção básica em espaços formais; e implantação dos Grupos técnicos da Atenção Básica - GTAB.

A primeira Unidade de Significação com o maior número de citações de avanços na Atenção Básica, com 29,18%, apresenta que “O AAB trabalhou durante este período para aumentar a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, de equipes de atenção Básica e de NASF, o que ocorreu em alguns municípios. Também trabalhou para ampliar a implantação de CAPS, CEO e de Atenção Domiciliar. Estimulou e orientou os gestores dos municípios para a solicitação do Programa Mais Médicos para compor suas ESF e EAB, como também o AAB estimulou e orientou os gestores e equipes a participar dos processos de avaliação da qualidade dos serviços ofertados no território, pelo MS e SES/SP, auxiliando os mesmos para atender aos padrões de qualidade estabelecidos”.

A Segunda US que se destacou em frequência de citações (24,89%) se refere aos avanços relacionados com os processos de trabalho das equipes de Atenção Básica, com aproximação das diretrizes da PNAB: “o AAB conseguiu realizar com algumas equipes da atenção básica melhoria nos processos de trabalho, com aproximação das diretrizes da PNAB, com atividades de Educação Permanente para conhecer e utilizar os instrumentos da Clínica Ampliada, para implantar protocolos, linhas de cuidado, ações intersetoriais, com integralidade do cuidado sendo observado em algumas regiões do estado, melhores resultados em alguns indicadores de saúde”.

O assunto Atenção Básica passou a estar presente em todas as rodas formais de discussões, sendo criado pelo AAB o GTAB – Grupo Técnico da Atenção Básica. Este avanço foi observado por 16,30 % das citações.

O trabalho que o Articulador da Atenção Básica desenvolve com os municípios também é considerado por 7,29 % das citações como um avanço da Atenção Básica, através de visitas frequentes nos territórios, do diagnóstico situacional, houve uma aproximação da gestão estadual com as realidades municipais, o que promoveu integração e formação de vínculos.

Também com uma frequência de 7,29% as citações referem que houve melhores condições na área de recursos humanos, estrutura física, de equipamentos e mobiliários, como também mais recursos financeiros destinados a Atenção Básica, do MS e do Estado e melhor utilização dos mesmos.

Há avanços observados do trabalho do AAB com o gestor municipal de saúde (3,89%): “O AAB proporcionou orientações aos gestores de saúde para realizar os seus processos de trabalho”.

No quadro 5 abaixo apresentamos os avanços, organizados em grupos por Unidades de Significação.

QUADRO 5 – Unidades de registro e unidades de significação dos principais avanços da atenção básica em sua região pela frequência de citações.

Principais Avanços da Atenção Básica	N	%	Unidade de Significação
Qualificação das equipes de ESF para organização do processo de trabalho, com profissionais mais comprometidos no seu papel e entendendo a importância da AB na rede, através de discussões permanentes sobre o processo de trabalho, reuniões técnicas, ações intersetoriais, educação permanente, utilizando a implantação da Escala de Coelho, PTS, Genograma e Ecomapa nas unidades, como instrumento de classificação de risco e de vulnerabilidades.	18		Durante este período de trabalho, o AAB conseguiu realizar com algumas equipes da atenção básica melhoria nos processos de trabalho, com aproximação das diretrizes da PNAB, com atividades de Educação Permanente para a utilização dos instrumentos da Clínica Ampliada, implantação de protocolos, linhas de cuidado, ações intersetoriais, com integralidade do cuidado sendo observado em algumas regiões do estado, melhores resultados em alguns indicadores de saúde.
Organização das LC da Gestante e Puérpera, Hipertensão e Diabetes, mas principalmente a Implementação da Linha de Cuidados a Gestante e Puérpera em todas as regiões de saúde, com realização dos testes rápidos. Em alguns locais, criação de equipes de planejamento familiar, implantação e melhor atuação de comitês de investigação de óbitos maternos e infantis.	17		
Melhora na qualidade de alguns serviços ofertados, organizando fluxo interno e de referência, com melhoria do acesso, implantação de protocolos e descentralização de serviços antes centralizados, como vacinação e farmácia.	8		
Impacto nos indicadores de Saúde em virtude da reorganização do processo de trabalho	7		
Diminuição ou redução da mortalidade infantil	4		
Realização do processo de territorialização com a responsabilização da equipe pelos seus usuários e integralidade do cuidado.	2		
Redução das Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica	2		
	58	24,89	

Aumento da cobertura de ESF e ampliação da cobertura da Atenção Básica.	43		O AAB trabalhou durante este período para aumentar a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, de equipes de atenção Básica e de NASF, o que ocorreu em alguns municípios. Também trabalhou para ampliar a implantação de CAPS, CEO e de Atenção Domiciliar. Estimulou e orientou os gestores dos municípios para a solicitação do Programa Mais Médicos para compor suas ESF e EAB, como também O AAB estimulou e orientou os gestores e equipes a participar dos processos de avaliação da qualidade dos serviços ofertados no território, pelo MS e SES/SP, auxiliando os mesmos para atender aos padrões de qualidade estabelecidos.
Implantação de equipes de NASF para Apoio às equipes de AB.	12		
Com o Programa Mais Médico, conseguiu ter um médico na ESF para desenvolver a estratégia como deveria ser.	8		
Credenciamento, Implantação e adequação de CAPS, CEO e Atenção Domiciliar e de outros programas e serviços segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, como o ESUS.	3		
Estímulo á adesão ao QUALI AB e PMAQ e orientação quanto à organização dos processos de trabalho considerando o padrão de qualidade do estado e do MS respectivamente, promovendo qualificação dos serviços da AB e devolutivas quanto à certificação e padrões não alcançados.	2		
	68	29,18	
Participação da Atenção Básica nos espaços formais de discussão, nas CT e CIR, como pauta permanente do AAB, apresentando os assuntos referentes à AB, com discussão dos problemas e encaminhamentos necessários.	15		O assunto Atenção Básica passou a estar presente em todas as rodas formais de discussões. Aos AAB criaram o GTAB – Grupo Técnico da Atenção Básica, para trazer aos gestores e equipes assuntos específicos da Atenção Básica. Também passou a integrar outros grupos, contribuindo para refletir e abordar questões que se relacionam com a atenção básica.
Implantação do GTAB regional com discussão troca de experiência e com pactuações com as equipes.	12		
Participação nos grupos condutores para a elaboração das redes temáticas, Linha de Cuidado da Gestante, no NEPH e nos Centros Integrados de Humanização nas regiões. Sala Regional de Dengue. Trabalho integrado para melhorar o acolhimento na Atenção Básica	11		
	38	16,30	
Melhoria na ambiência e estrutura física das Unidades, com implantação de salas de vacinas, banheiros com acessibilidade, consultórios ginecológicos.	8		Durante o início do programa até os dias atuais houve melhorias na área de recursos humanos, estrutura física, de equipamentos e mobiliários. Apesar de ainda serem insuficientes houve mais recursos financeiros destinados a Atenção Básica, do MS e do Estado. O gestor foi orientado para utilização adequada dos mesmos.
Melhoria na utilização dos recursos financeiros	3		
Aquisição de equipamentos e mobiliários com recursos federais e estaduais	3		
Captação de recursos pelos programas do Ministério da Saúde e Estado	3		
	17	7,29	
Gestores mais empoderados do processo de trabalho na AB.	6		O AAB proporcionou orientações aos gestores de saúde para realizar os seus processos de trabalho.
Apoio aos gestores (Plano Municipal de Saúde, Conferências municipais, Programação Anual. RAG, SISPACTO, E-SUS, etc.) com o Gestor realizando minimamente os processos de planejamento.	3		
	9	3,86	

Há credibilidade nas orientações do Articulador da Atenção Básica e reconhecimento do seu papel pelos gestores e profissionais das equipes de saúde.	6		O trabalho que o Articulador da Atenção Básica desenvolve com os municípios tem apresentado notoriedade, tanto dos gestores de saúde como dos profissionais que atuam nas equipes da AB. Através das visitas frequentes do AAB nos territórios e do diagnóstico situacional realizado e atualizado periodicamente, houve uma aproximação da gestão estadual com as realidades municipais, o que promoveu integração e formação de vínculos.
Visitas contínuas e encontros com a equipe de Atenção Básica e gestores realizando discussões frequente sobre indicadores de saúde e necessidade de planejamento em saúde.	5		
Melhora na articulação entre outras áreas do DRS e os municípios.	3		
Diagnóstico situacional dos municípios e região, planejamento e propostas de ações.	3		
	17	7,29	
Discussão das redes – papel da AB dentro do contexto.	8		O processo de regionalização foi fortalecido com a discussão para a organização das redes de atenção à saúde, envolvendo a regulação, avaliação e controle das ações e serviços, em cada região de saúde, proporcionando o acesso e garantindo a integralidade do cuidado.
Melhoria da regulação, avaliação e controle.	3		
Implantação de serviços de Média e Alta complexidade em região com poucos serviços.	2		
Sub total	13	5,57	
Sub total	220	94,42	
	233	100,00	

Os AAB apresentaram 207 citações enquanto influência do seu trabalho nas melhorias da Atenção Básica e os mecanismos pelos quais foram realizados. Identificou-se 26 Unidades de Registro, estando concentrados nas cinco primeiras, mais de 70% de todas as citações, sendo elas: “Pela realização de visitas “in loco”; “criação do Grupo Técnico de Atenção Básica – GTAB”; “pelo apoio aos gestores”; “pela presença da AB nos espaços formais de discussão”; “pelo reconhecimento do trabalho do AAB pelos gestores e seus profissionais” (Apêndice I).

Os mecanismos identificados através dos quais houve a influência do trabalho do AAB nas melhorias da Atenção Básica, apresentam-se fortemente apresentados em duas Unidades de Significação e que atingem quase 80% de todas as citações, sendo elas: **O apoio** que o AAB realiza junto às **equipes e aos gestores**, através das visitas aos municípios, realizando discussões sobre o processo de trabalho dos serviços de atenção básica e das funções do gestor de saúde para a qualificação da atenção básica (**41,54%**); **Discussões sobre a Atenção Básica em espaços formais**, com pauta permanente em Câmara técnica e CIR, e outros espaços que **potencializam a relevância do trabalho na Atenção Básica e a Educação Permanente em Saúde (35,27%)**.

Com **11,59%** de frequência nos apontamentos o AAB também entende que o seu **trabalho é reconhecido** pelos gestores e profissionais das equipes de saúde, seja através das **visitas frequentes destes nos territórios**, do **diagnóstico situacional** realizado e atualizado

periodicamente, seja proporcionando **integração entre municípios e DRS, aproximando a gestão estadual das realidades municipais.**

A próxima Unidade de Significação apresenta as melhorias da Atenção Básica, em frequência de citações, 6,28%, em relação ao trabalho do AAB na perspectiva da **organização dos processos de trabalho de algumas equipes de saúde da atenção básica.** Com ações de **Educação Permanente**, apresentou as ferramentas de gestão do cuidado, da clínica ampliada compartilhando saberes para serem utilizados no cuidado com a população dos territórios da Atenção Básica.

Algumas citações do AAB também identificaram melhorias na Atenção Básica em resposta ao seu trabalho na **elaboração das redes de atenção e nas temáticas**, promovendo discussões no âmbito municipal e regional para a sua organização, com o intuito de proporcionar o acesso necessário para garantia da integralidade do cuidado (3,38%).

Também houve alguns apontamentos (1,45%) referentes às orientações do AAB junto ao gestor de saúde e equipe de saúde para as **adequações necessárias das estruturas físicas** das Unidades Básicas de Saúde, conforme os recursos financeiros eram disponibilizados pela SES e/ou MS, sendo que assim muitas Unidades Básicas de Saúde tiveram as estruturas físicas melhores adequadas, impactando na ambiência e na acessibilidade. Abaixo o quadro 6 apresenta as US sobre a influência do trabalho dos AAB nas melhorias da Atenção Básica da região, segundo mecanismos identificados e frequência de citações.

QUADRO 6 – Influência do trabalho dos AAB nas melhorias da ab da região, segundo mecanismos identificados e frequência de citações.

Mecanismos Identificados	N	%	Unidade de Significação
Pela realização de visitas "in loco" estimulando o trabalho em equipe e monitoramento mensal de marcadores para os principais problemas da saúde na região. Considerando que a atuação da AAB é diretamente ligada à equipe de saúde municipal, o que possibilita o planejamento e acompanhamento e do processo de trabalho.	46		O apoio que o AAB realiza junto às equipes e aos gestores, através das visitas aos municípios, realizando discussões sobre o processo de trabalho dos serviços de atenção básica e das funções do gestor de saúde para a qualificação da atenção básica.
Pelo apoio direto aos gestores, proporcionando qualificação na construção e utilização dos documentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, RAG e SISPACTO, Programação Anual, Mapas de Saúde, Qualis AB I e II, PMAQ e Requalifica UBS. No estímulo a adesão aos Programas instituídos pelo MS e SES; Pelo Incentivo a implantação do NASF para apoiar as equipes de ESF;	40		
	86	41,54	

Pela criação do GTAB através do qual tem sido possível instrumentalizar as equipes, com o intuito de fortalecê-las em assuntos de relevância na região como: dengue, mortalidade infantil, SAMU e Oficinas diversas: ACS/ESF, SISPACTO, UAC municipal, Seminários, cursos de qualificação aos profissionais.	38		Discussões sobre a Atenção Básica em espaços formais, com pauta permanente em Câmara técnica e CIR, e outros espaços que potencializam a relevância do trabalho na Atenção Básica e a Educação Permanente em Saúde.
Pela presença em reuniões de CIR e CT, com pauta permanente de AB	24		
Utilizando-se de ferramentas de EPS nos espaços dos Centros Integrados de Humanização/NEPS	6		
Pela presença dos articuladores em outros espaços (Grupo Condutor Rede Cegonha, Comitê de Mortalidade Materno e Infantil).	5		
	73	35,27	
O trabalho do articulador influencia na organização da Atenção Básica: gestão, educação continuada e permanente e processo de trabalho. Promove discussão de ferramentas de gestão do cuidado, estudos de casos, Projeto Terapêutico Singular junto com as equipes; Clínica Ampliada, Organização de Unidades/territórios, Organização de agendas de atividades coletivas.	14		O AAB promoveu a organização dos processos de trabalho de algumas equipes de atenção básica, com ações de Educação Permanente, apresentou as ferramentas de gestão do cuidado, da clínica ampliada compartilhando saberes para serem utilizados no cuidado com a população dos territórios.
	14	6,76	
Pelo reconhecimento do trabalho do AAB pela gestão e seus profissionais	12		O trabalho do AAB é reconhecido pelos gestores e profissionais das equipes de saúde, seja através das visitas frequentes destes nos territórios, do diagnóstico situacional realizado e atualizado periodicamente, seja proporcionando integração entre municípios e DRS, aproximando a gestão estadual das realidades municipais.
Pela articulação entre os municípios, a região e integração destes com as equipes do DRS.	9		
Por ser única referência presencial e que tem o diagnóstico dos municípios e que eles têm confiança, porque mesmo o problema não sendo da AB, o gestor e equipe recebem orientações.	3		
	24	11,59	
Pela participação nas construções de Redes Temáticas orientando os municípios	7		O AAB contribuiu na elaboração das redes de atenção e nas temáticas, promovendo discussões no âmbito municipal e regional para a sua organização, com o intuito de proporcionar o acesso necessário para garantia da integralidade do cuidado
	7	3,38	
Pelas melhorias da área física, na ambiência/acessibilidade.	3		O AAB orientou o gestor de saúde e equipe de saúde para as adequações necessárias das estruturas físicas das Unidades Básicas de Saúde, conforme os recursos financeiros eram disponibilizados pela SES e/ou MS, sendo que assim muitas Unidades Básicas de Saúde tiveram as estruturas físicas melhoradas, impactando na ambiência e na acessibilidade.
	3	1,45	
	207	100,00	

Ao se referir às situações problemas em que o seu trabalho contribuiu para solução dos mesmos, 106 foram apontadas e ao serem agrupadas pela frequência, totalizaram 41 citações, sendo que mais de 50% destas não foi possível o agrupamento, pois se trata de situações vivenciadas particularmente por um AAB apenas (Apêndice J). São histórias narradas brevemente, onde houve o enfrentamento do problema singular, com desfecho exitoso e com o investimento do trabalho do profissional AAB, o que demonstra o quanto este profissional precisa ter sagacidade para responder as diversidades dos problemas enfrentados na Atenção Básica pelos municípios, pelas regiões de saúde, mesmo pertencendo ao mesmo estado.

Porém há situações problemas que foram comuns a vários articuladores: as relacionadas à gestante, ao pré-natal, ao puerpério e à criança, com redução da mortalidade infantil, com 16 citações e as relacionadas ao enfrentamento da Dengue, qualificando e integrando as equipes, organizando os serviços e o processo de trabalho das equipes, também com 16 citações, representando 29,90 % de todas as citações. Observa-se que mais de 50% das citações se apresentam até a sétima posição e se referem à implantação de equipes de Saúde da Família (6 citações), Qualificação da referência e contra referência (5 citações), organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (4 citações), mudança do modelo de assistência (4 citações) e orientações para projetos e programas, com captação de recursos financeiros para o município (4 citações).

Os AAB apontam em suas respostas que a sua maior contribuição para resolução dos problemas da Atenção Básica, com **50,46%** de todas as citações, está na **organização dos processos de trabalho das equipes**, com descentralização de ações, integração entre equipes e gestores, com aproximação das diretrizes da PNAB, principalmente nas ações que envolvem a **assistência à gestante e à criança**, utilizando instrumentos da **Clínica Ampliada e matriciamento, implantação de protocolos e organização de fluxos**, impactando na qualidade da assistência e indicadores de saúde.

A segunda maior contribuição por número citações, **com 12,14%**, traz o entendimento que o seu trabalho contribuiu para **desenvolver a gestão municipal** de saúde na apropriação dos instrumentos de gestão, na gestão dos recursos humanos e na elaboração e implantação de programas e projetos que beneficiem à atenção básica, com maior qualidade de atenção e com a captação de recursos financeiros.

Quase na mesma proporção, este trabalho proporcionou, **com 11,21% das citações, o fortalecimento das redes regionais** de atenção, através de melhorias na regulação de procedimentos de média e alta complexidade, no estímulo e na implantação de serviços regionais, como CAPS e SAMU, na coordenação da elaboração e na articulação de redes

temáticas e na discussão para disponibilização e ampliação do número de vagas em serviços de referência.

Com **6,54 %** das citações, é apresentado que o AAB contribuiu para melhorar a rede municipal de assistência através da **ampliação da cobertura dos territórios pela Estratégia de Saúde da Família**. O AAB contribuiu para ampliar a cobertura dos territórios pela Estratégia de Saúde da Família, auxiliando na elaboração dos projetos, territorialização das áreas cobertas, orientação nos processos seletivos e na qualificação das equipes. Também contribuiu para implantar as equipes de NASF, orientando a composição de profissionais e o processo de trabalho conforme a situação de saúde e as especificidades do território.

A **mudança de modelo** de assistência na Atenção Básica, também foram situações onde o AAB reconheceu a sua contribuição, com **5,60%**, das citações, através da implantação de ESF e maior entendimento sobre as ações que devem ser realizadas na Atenção Básica.

Houve adequação de algumas Unidades Básicas de Saúde quanto às suas **estruturas**, com aquisição de equipamentos e transportes. Em alguns locais houve o entendimento quanto à necessidade de contratar profissionais para compor minimamente suas equipes, que foram organizadas, se apresentando mais completas e atuantes (**6,54%**).

O AAB considera, com **3,73%** das citações, ter contribuído para **aproximar a gestão municipal e a atenção básica das equipes do DRS** e de outros serviços regionais; e que também atende outras demandas do DRS, muitas vezes coordenando, outras articulando, por serem profissionais qualificados e por haver poucos profissionais no DRS.

Foi apontado também, com **2,80%** das citações, que o AAB, procurando qualificar as equipes e a gestão, **contribui com os processos de Educação Permanente em Saúde** dos profissionais das equipes da atenção básica e dos gestores, muitas vezes procurando **suprir a ausência de projetos e a execução dos mesmos**, pelo Ministério da Saúde e pelos setores responsáveis do Estado de São Paulo, como o CDQ SUS - Centro de Desenvolvimento e Qualificação para o SUS, que atua no âmbito dos Departamentos Regionais de Saúde e o CEFOR - Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS que atua no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde/SP. As discussões ora apresentadas se apresentam no quadro 7, a seguir.

QUADRO 7 – Unidades de registro e unidades de significação da situação problema em que o trabalho do AAB contribuiu para solução e a frequência de citações.

UNIDADE DE REGISTRO	N	%	UNIDADE DE SIGNIFICAÇÃO
<p>Organização do Processo de Trabalho da assistência ao Pré Natal e à Criança: com descentralização das ações de uma UBS para as demais equipes de SF. Orientação aos enfermeiros para o enfrentamento de situações na assistência à gestante.</p> <p>Orientação para a utilização de Protocolo da LC Gestante e Puérpera, inclusive na conduta a ser adotada frente aos resultados dos exames, para o início do pré natal precocemente com a implantação do Teste Rápido para a gravidez -TIG. Orientação para implantação dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite.</p> <p>Trabalho com os profissionais da AB e gestor para diminuir mortalidade infantil, envolvendo o planejamento do DRS.</p> <p>Mapeamento de todas as crianças e gestantes e fluxo para as maternidades de referência</p>	16		<p>Organização do Processo de trabalho das Equipes com implantação de protocolos, descentralização de ações, integração entre equipes e gestores, organização de fluxos, utilização de instrumentos da clínica ampliada e matriciamento, impactando na qualidade da assistência e indicadores de saúde.</p>
<p>Devido às epidemias de dengue nos municípios, discussão com os diversos setores: assistência, notificação, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Sucen, assistência hospitalar, integrando os serviços, ajudando o município a detectar os pontos de fragilidade, propondo ações para o enfrentamento dos problemas.</p> <p>Realização de Salas de Situação de Dengue. Orientação para a contratação de ACE em caráter de urgência, para o trabalho intersetorial. Estimulo às equipes para capacitação do manejo clínico da dengue. Integração entre os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate a Endemias, colaborando na remoção de criadouros.</p>	16		
<p>Dificuldade em desempenho dos papéis na Equipe de SF. Através de reuniões com todos os profissionais, gestor, e em algumas situações com o prefeito, para regularizar as situações pendentes, legalizar os problemas, implantar protocolos e programas, assim como organizar os fluxos. Organizar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família para assumir a assistência integral com acolhimento da gestante, da criança, do adulto, do idoso, independente da profissão. Ampliação da taxa de hipertensos e diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde; Monitoramento das ações da LC Obesidade.</p>	9		
<p>Reativando um grupo de AB e Humanização o qual está auxiliando o</p>	7		

<p>processo de atuação das equipes a partir da territorialização, Escala de Coelho e acolhimento. Um exemplo foi em um município o qual eles iniciaram a discussão de um caso complicado a partir da Escala de Coelho, genograma e Ecomapa. Conseguindo chegar na essência do problema familiar. Um município com aumento no caso de gestantes adolescentes me procurou para ver o que poderíamos fazer juntos. Reunimos outros setores da comunidade (educação, Polícia Civil e Militar, igrejas, CRAS) para sensibilizar a todos e ver o motivo que estava levando as adolescentes a engravidarem. O grupo todo está trabalhando e fazendo PTS de cada caso. As enfermeiras fizeram protocolo de atendimento para estas gestantes adolescentes e estão acompanhando estas mais de perto para que elas tenham uma gestação segura. Anterior à existência do Articulador no município a equipe do NASF funcionava de forma inadequada, não seguindo as diretrizes do Ministério e consequentemente com inúmeros problemas. Após iniciado o trabalho do AAB o apoio total do gestor foi possível, em parceria com os profissionais da equipe, adequação do serviço e redução significativa de alguns indicadores, tais como taxa de suicídio e mortalidade infantil. Partindo do caso de sífilis congênita, discutimos o processo de trabalho e conseguimos elaborar uma rotina de monitoramento da gestante inclusive com a participação do Instituto Adolfo Lutz .</p>			
<p>Dificuldade da cogestão – trabalhadores/gestão. A partir de várias reuniões com estas representatividades melhorou o vínculo e facilitou a organização do processo de trabalho. Os ACS de um município não queriam digitar os dados de e-SUS, o que mudou após reuniões realizadas, apresentando a necessidade do serviço.</p>	4		
<p>Discussão com os grupos técnicos sobre seus indicadores (AB);</p>	2		
	54	50,46	
<p>Avanço na implantação da ESF. O papel do AAB foi fundamental, pois envolveu desde escrever o projeto junto com o gestor, delimitação da área, processo seletivo público e contratação dos profissionais, bem como capacitação. Também ocorreu com a implantação de NASF. Houve todo apoio do articulador na implantação do serviço e funcionamento e desta forma houve aumento da cobertura</p>	7		<p>O AAB contribuiu para ampliar a cobertura dos territórios pela Estratégia de Saúde da Família, auxiliando na elaboração dos projetos, territorialização das áreas cobertas, orientação nos processos seletivos e na qualificação das equipes. Também contribuiu para implantar as equipes de NASF, orientando a composição de profissionais e o processo de trabalho conforme a</p>

de ESF. Implantação do NASF com objetivo de trabalhar com as gestantes, em um momento em que o município passava por uma alta taxa de mortalidade infantil.			situação de saúde e as especificidades do território.
	7	6,54	
Diversos conflitos foram trabalhados em reuniões de “Regulação” onde os AAB foram facilitadores do processo propondo os encontros, os desdobramentos, a discussão de protocolos nestes encontros e multiplicação das discussões junto às equipes. O grupo tem realinhado objetivos e sendo resolutivo em diversas questões referentes à oferta de vagas, contra referência; construção de protocolos, etc.	5		Em nível regional as redes de atenção foram fortalecidas, através de melhorias na Regulação, de implantação de serviços regionais, coordenação e articulação de outras redes de atenção, e na disponibilização de mais vagas em serviços de referência.
Articulação regional para implantação de CAPS, Leitos de Internação em Hospital Geral para Saúde Mental, SAMU e na organização das Redes Regionais. Articulação para implantar consórcio regional para serviços regionais como o CAPS e SAMU.	3		
Coordenação e articulação das Redes Cegonha, Linha de Cuidado de Sobre Peso e Obesidade, Rede de Paciente com Doença Renal Crônica, Rede de Oncologia.	2		
Referência de exames para o hospital para dois municípios que estavam com dificuldades em cotas desencadearam reuniões no DRS com os gestores envolvidos e revisão da PPI.	1		
Específico para a região grande ABC. Projeto Qualis SUS Rede o articulador contribuiu tanto na fase de Projeto na elaboração e execução do eixo atenção básica;	1		
	12	11,21	
Mudança no modelo assistencial/atenção. O município fazia assistência com foco no Pronto Atendimento, demanda espontânea não possuía clínico na UBS. Habilitou ESF e iniciou implantação. Contratou médico do PROVAB/Mais Médicos que iniciou atendimento diferenciado baseado no cuidado. Houve definição de território e estabelecimento de vínculo com a equipe.	4		Mudança do modelo de assistência na Atenção Básica através da implantação de ESF e maior entendimento sobre as ações que devem ser realizadas na Atenção Básica.
Resolução de conflitos em equipes, com reestruturação e implantação de ESF, principalmente em municípios de pequeno porte. Correção de processos de territorialização em município grande, errado há mais de 12 anos e foi toda refeita.	1		
Visão distorcida do papel da AB, ainda entendendo como um serviço para prevenção, consultas, etc. Hoje, apesar de muitas dificuldades, todos compreendem o	1		

papel da AB, como um lugar que deve resolver a maior parte dos problemas saúde.			
	6	5,60	
Articular para municípios recuperar recursos do Qualis UBS 1 que a gestão anterior havia devolvido. Maior acesso a recursos/financiamento com orientação nos projetos de implantação de equipes, incentivo a adesão a PMAQ, obras Requalifica UBS, Qualis UBS, NASF, PSE, dentre outros.	5		Melhor desenvolvimento da gestão municipal, através de adesão aos programas, com melhor captação de recursos financeiros para a qualidade da atenção. Apropriação dos gestores dos instrumentos de gestão, desde a elaboração, até a execução dos mesmos. Melhor gestão dos Recursos humanos.
Município estava há meses sem receber recurso de ESB e ESF e nem tinha notado. Quando fui mostrar o site do FNS para o novo gestor é que o problema foi descoberto. Ajudei identificar os erros. Para tanto foi preciso reunir digitador, responsável pelo CNES, enfermeiro, dentista, gestor. Todos tiveram noção do Processo de Informação (SIAB/CNES/Recurso Financeiro). Melhor utilização dos recursos da AB;	3		
Nos processos diários de trabalho da AB; em parcerias com os gestores municipais, auxiliando na condução de tarefas como a pactuação do SISPACTO; SARGSUS; realização das Conferências Municipais.	3		
Médicos atuando com carga horária integral em que a Unidade fica aberta e diminuição do absenteísmo dos profissionais.	2		
	13	12,14	
Transporte regional de amostras biológicas.	1		Algumas Unidades Básicas de Saúde tiveram as suas estruturas mais adequadas, com aquisição de equipamentos e transportes. Em alguns locais houve o entendimento pelo prefeito e gestor municipal de saúde quanto à necessidade de contratar profissionais para compor suas equipes que foram organizadas, se apresentando mais completas e atuantes.
Convencer o Prefeito a colocar a ESF, em um prédio novo de fácil acesso que ele havia construído para fazer Ambulatório de Especialidades e a ESF funcionava nos fundos (quase porão).	1		
Abertura de Salas de Reuniões com capacidade para treinamentos.	1		
Uma das Estratégias Saúde Família ocupava o mesmo espaço que o "Postão". O Prefeito, segundo o gestor, não concordava em separar, apesar dos inúmeros problemas que surgiam. Foram realizadas várias reuniões para discutir quais expectativas teríamos se a ESF funcionasse em outro espaço físico. Finalmente ele entendeu, alugou outro espaço físico, a equipe ficou mais satisfeita e empoderada, a população também reconheceu e aceitou a mudança. Creio que sem este papel do articulador, isto ainda não teria mudado e vários profissionais já não fariam mais parte da ESF.	1		
Ausência de equipes de Atenção Básica	1		

completas, inclusive municípios sem enfermeiros em todas as UBS – hoje todos têm este profissional atuando.			
Indicação de um responsável por município para AB, o que antes não existia.	1		
	7	6,54	
Integração Equipe DRS, Gestão, Equipes Municipais e Equipes do Consórcio.	2		
Integrar áreas no DRS para realizar oficinas de AB com regularidade, com objetivo de fortalecer a AB pelo partilhamento de conhecimentos técnicos e de contextos.	1		O trabalho do Articulador da Atenção Básica aproximou a gestão municipal e Atenção Básica às equipes do DRS e outros serviços regionais. O AAB realiza outras demandas de trabalho do DRS, muitas vezes coordenando, outras articulando, por serem profissionais qualificados e por haver poucos profissionais no DRS.
Todos os Planos de Ação até o momento aprovados foram articulados e algumas vezes coordenados pelo AAB. Não havia técnicos do DRS na região apenas o AAB que era responsável por todas as interlocuções com o Estado.	1		
	4	3,73	
Capacitação dos ACS e ESF, uma vez que o CEFOR e o CDQ não dão respostas para essa demanda.	1		Frente às necessidades das equipes de saúde e da gestão dos municípios, da ausência de projetos e da execução dos mesmos pelas áreas responsáveis do Estado, através do CDQ e CEFOR e do MS, o AAB realiza as atividades de Educação Permanente prioritárias para qualificar minimamente as equipes e a gestão.
Implantação do e-SUS, com oficinas no DRS como treinamento desencadeado por AAB e a participação do NAMR e setor de informática;	2		
	3	2,80	
	106	100,00	

5.2 Análise do Programa “Articuladores da Atenção Básica” a partir da percepção dos gestores

A análise do conteúdo das entrevistas dos dois coordenadores da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde do Programa Articuladores da atenção Básica está inserida na discussão mais ampla do próprio papel do estado na melhoria da qualidade dos serviços de Atenção Básica. Tem como objetivo agregar elementos que contribuam para a compreensão do trabalho do Articulador da Atenção Básica de modo a ampliar os elementos para análise já colocados pelos profissionais que atuam como articuladores. ,

Os coordenadores entrevistados para este estudo foram selecionados, considerando que foram os dois únicos profissionais que participaram deste trabalho, desde a sua implantação em 2009 até os dias atuais.

Para apresentar os relatos vamos utilizar a letra E seguida de um número (1 e 2).

As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas a partir dos temas comuns que se apresentaram nas falas. Esses temas foram identificados e organizados em subtemas, os quais serão objetos de nossas reflexões a seguir.

5.2.1 A construção de um novo papel da gestão estadual na Atenção Primária

O Resgate do Papel do Estado – proposição e tensões da proposta “Articuladores”

A participação do Estado de São Paulo na estruturação e no desenvolvimento de ações que compõem a APS, como foi referido no início deste estudo, já ocorria de longa data e com a municipalização da APS, uma rede de Centros de Saúde do estado é transferida para a gestão municipal, contribuindo com a rápida expansão das redes municipais, sobretudo nas grandes cidades.

O processo de descentralização promove um afastamento do estado enquanto executor direto de ações de atenção à saúde, passando a assumir uma função de coordenação, apoio e regulamentação do sistema público de saúde no estado, com especial foco nos serviços de média e alta complexidade (COSTA, 2001). Este distanciamento do estado e de sua antiga expertise na APS, somado ao despreparo da gestão municipal com ações de atenção primária, além da necessidade de construção de consensos e pactuações entre entes federados com autonomia de gestão, são elementos que colocam grandes desafios para a implementação de uma APS coerente com as diretrizes propostas pelo SUS, com repercussões para todos os níveis de atenção do sistema de saúde.

Os relatos dos dois entrevistados apontam para esta situação, como motivadores para elaboração e implantação do projeto “Articuladores da Atenção Básica”:

E1: A gente vinha de uma crise do papel do Estado, aliás, eu acho que a gente tem uma crise no processo de municipalização no papel do Estado dentro do SUS. Eu acho que isso (esse papel) ficou fragilizado e acho que pouco a gente fez no sentido de recuperar porque a gente acabou meio que dividindo com as discussões entre serviço de maior complexidade que acabou ficando com o Estado, (e) gerenciar, organizar os serviços de menor complexidade o município acabou assumindo quase que integralmente. Então a gente perdeu um pouco essa função e na minha época o que a gente tentava era reaproximar isso, pra tentar resgatar esse papel do Estado junto aos municípios... (L3-L11, P1).

E2...quando o Secretário fez a preposição inicial, quer dizer, ele tinha a percepção de que os municípios, principalmente os pequenos, tinham baixa capacidade pra estar organizando as suas próprias equipes de atenção básica, suas próprias ações dentro do sistema e etc... (L14-L17, P1).

Quando o programa “Articuladores da Atenção Básica”, foi implantado em 2009 como uma nova proposta de política de atuação da gestão estadual na Atenção Básica dos municípios, enfrentou, num primeiro momento algumas dificuldades dentro do próprio nível central da Secretaria Estadual de Saúde e nos Departamentos Regionais de Saúde, porque era visto como um programa privilegiado em relação aos outros, e colocava uma situação nova que causava estranhamento. Para seus propositores, representava de fato um resgate do reconhecimento da importância da Atenção Básica pelo gestor estadual e, mais do que isso, de que havia um papel a ser desempenhado.

E1: ... embora no primeiro momento a gente tivesse muita dificuldade, porque isso apareceu como um privilégio, que de uma certa forma foi um privilégio assumido pelo secretário da saúde, que disse: “olha a meu ver de alguma forma a Atenção Básica, tem que ser priorizada”, talvez não necessariamente com apoio financeiro tão grande como a gente esperava mas muito mais como apoio de gestão pra aqueles municípios que estão em pior condição (L1-L6, P4).

Além disso, um dos entrevistados considera que houve avanços na gestão da Secretaria Estadual da Saúde, no momento da criação do projeto, quando institucionalizou o trabalho dos articuladores com funcionários da própria secretaria. Apesar do apoio financeiro insatisfatório, a SES naquele momento demonstrou capacidade de apoio às gestões municipais.

E1:...E acho que o projeto deu muito certo também por uma sacada, acho que uma experiência que veio do Secretário Estadual (em 2009), que eu acho que é muito legal,...porque a gente, na época, quando a gente contratou os articuladores a gente tinha ideia de abrir um concurso e contratar pessoas ou até fazer uma parceria com as universidades e então o Secretário disse: “não, se você quiser que isso vá pra frente, isso tem que ser uma coisa institucionalizada”. Que é uma coisa que o Gestor

Wagner também diz dos projetos de apoio institucionalizado... e foi o próprio Secretário que disse: “vamos pegar funcionários do Estado e vamos criar um adicional que dê um significado pra esse projeto específico pra que a gente consiga ter esse profissional de forma específica pra exercer essa função junto aos municípios”. Então eu achei que essa foi uma grande sacada, então a gente valorizou os nossos profissionais da Secretaria de Saúde..., que tem muito profissional bom...(L31-L42, P3)

Diante do cenário de uma atenção básica cuja fragilidade repercute em todo o processo de regionalização e de implantação de redes, a elaboração e implantação, dos “Articuladores” é apresentado como uma política de atenção básica do estado de São Paulo. Denominado inicialmente como projeto e atualmente como Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde, é colocado como uma estratégia de apoio à gestão dos municípios em relação à Atenção Básica, pensando que a gestão estadual promoveria maior equidade especialmente para os municípios com menos de 100mil habitantes.

E1: A gente conseguiu montar um projeto político que é o projeto de articulação da Atenção Básica que eu acho que é um projeto que ficou historicamente, no sentido de aproximar uma função que a gente considerava essencial que era o que? Apoiar a capacidade de gestão dos municípios em relação a Atenção Básica, então a gente tem essa coisa da Atenção Básica sempre muito fragilizada com uma compreensão sobre quais os caminhos, quais são as funções, quais são os papéis da Atenção Básica, o gestor municipal, principalmente dos municípios de menor número de habitantes tem uma compreensão também fragilizada em relação a esse papel, então a gente achava que era o Estado que exercia uma função mais importante no sentido da equidade, inclusive na gestão, pra esses municípios com menos de 100 mil habitantes. E foi nesse sentido que a gente caminhou tentando apoiar mais município com menos de 100 mil habitantes no Estado. (L15-L27, P1).

E2: Olha, não é uma pergunta simples porque, assim, do ponto de vista formal a secretaria, ele é, assim, responsável como gestora estadual pelo espaço do Estado e obviamente isso é compartilhado com os municípios, então como gestão, ai teria basicamente dois tipos de preocupação, uma preocupação de financiamento e uma

preocupação de estar acompanhando, qualificando e apoiando as gestões dos municípios em relação à atenção básica. (L2-L5, P1)

Os dois entrevistados discorrem que a gestão estadual precisa de recursos financeiros para investir na Atenção Básica, no sentido de qualificar a mesma, principalmente nos municípios menores. Além do apoio técnico, há necessidade de financiamento, previsto desde o início do projeto e que se deu num primeiro momento, apesar de limitado, com investimentos no PAB variável e Fixo. Referem, no entanto, que no momento atual este financiamento está muito mais escasso, o que é justificado por conta da crise financeira. Assim os entrevistados comentam esta questão:

E1: A organização em uma política implica em projeto financeiro, que a gente tinha um projeto financeiro bastante limitado, vamos dizer, mesmo assim a gente conseguiu investir, a gente aumentou o investimento no PAB-Fixo, a gente aumentou... o PAB-Fixo veio depois, a gente aumentou o investimento no PAB-Variável...(L11-L15, P1).

E1: ...repases realizados tanto pelo Estado quanto pelo Ministério da Saúde que nos últimos anos aumentou de uma forma importante, então ao contrário do Estado os investimentos do Ministério da Saúde realmente foram investimentos que induziram modelos, induziram a melhoria na qualidade na Atenção Básica... (L29-L32, P2)

E2: Na prática a parte financeira fica meio aquém do desejado, no momento atual, mais aquém do desejado ainda por conta da crise financeira, mas de qualquer forma com perspectiva geral, independente da crise financeira há uma sinalização de que o Estado deveria contribuir também financeiramente, quer dizer além do apoio técnico à gestão municipal a parte financeira... (L6-L11, P1).

Assinalam que apesar do programa não ter um financiamento favorável, várias outras ações foram desencadeadas nesse período, voltadas para a melhoria da atenção básica no estado, como a aplicação do instrumento de avaliação de serviços QualiAB; o Selo “Boas Práticas em Atenção Básica” (SES/SP, 2011); e a publicação e distribuição anual de uma Agenda do Gestor destinada aos novos gestores municipais de saúde, e que trazia aspectos relevantes da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas relações com a gestão estadual e federal do sistema e sobre a organização dos serviços de Atenção Básica (SES/SP, 2009-2010).

E1: ... então acho que todas as coisas de alguma forma foram contribuindo pra que naquela época a gente tivesse um projeto voltado pra melhoria, mesmo, da Atenção Básica, pobreza financeira a gente sempre teve mas a gente tinha um projeto e a gente conseguia fazer outras coisas também porque a gente conseguiu ter, por exemplo, selo de qualidade de alguma forma, então a gente estava andando; tinha agenda do gestor que era uma coisa que também o gestor valorizava porque era passado. Também funcionava de uma certa forma como um tipo de desenvolvimento porque ali o gestor tinha acesso a informações que iam desde... a gente falava ‘gestor, você que está chegando, o que você precisa saber?’, e vocês iam lá e reforçavam a conversa. (L20-L29, P5)

Os Articuladores da Atenção Básica: papel e definição de um perfil profissional

Quanto ao papel dos Articuladores, os coordenadores entrevistados referem que inicialmente tinham como principal papel o apoio aos gestores e principalmente às equipes da atenção básica, para as próprias ações, no sentido do acompanhamento “in loco” e com frequência. Para isso os profissionais foram responsabilizados na proporção de um para cada 10 municípios com a intenção de dar esse apoio frequentemente. Podemos perceber nos trechos abaixo:

E1: ...era exatamente fortalecer esse apoio. Então a gente dividiu... acho que vocês tem toda essa informação, da maneira como a gente dividiu esses profissionais pelo Estado; a nossa ideia era poder ter um numero mínimo de profissionais pra cada 5 ou 6 municípios, era isso que a gente trabalhava, não era Valéria, na época? Eram 10 municípios, de tal forma que pudesse ter um apoio dos profissionais o tempo inteiro, e a gente pactuou na época a importância desses profissionais estarem no município, não ficarem dentro do DRS, isso pra gente era um princípio fundamental que se tinha que apoiar era apoiar pra ficar lá junto pra apoiar a gestão mesmo, pra ficar junto do gestor municipal, junto das unidades básicas, pra fazer esse tipo de discussão, era essa nossa proposta naquele momento, esse era o grande papel dos articuladores...(L31-L35, P1; L2-L8, P2).

E2: Olha, o programa de articuladores, ele entra nesse componente que vamos dizer assim apoio à gestão dos municípios, o programa, quando ele foi instituído ele já

tinha bem claro isso.então ele achou que tinha que ter articuladores pra estar trabalhando essa questão da organização dos municípios pra atenção básica.(L12-L19, P1).

Os profissionais foram selecionados entre quadros da própria secretaria, cujo perfil deveria contemplar um histórico de atuação na Atenção Básica antes do processo de municipalização. Procurou-se resgatar profissionais com esse perfil que estavam espalhados pelos municípios ou outras áreas da secretaria, e que estavam subutilizados em seu contexto de atuação. Outro critério foi selecionar profissionais que residiam na mesma região onde estariam atuando como AAB. Um dos entrevistados nos apresenta esta discussão em dois trechos da entrevista:

E1:e a gente conseguiu selecionar profissionais, na grande maioria deles, que tinha um histórico de ter trabalhado em Atenção Básica antes do processo de municipalização e que acabaram ficando meio perdidos, ou entre os municípios ou em outras áreas da própria secretaria do Estado; a gente conseguiu resgatar esse profissional com essa política e a gente conseguiu, acredito eu...(L8-L12, P1)

Ainda sobre o perfil deste profissional, encontramos:

E1:...então pra nós era importante que o articulador fosse da região que ele ia trabalhar, então eu acho que isso deu uma diferença de resultados de impacto no Estado.(L 23-L25, P2).

Os articuladores passaram por muitos processos de qualificação e de educação permanente, com um projeto de desenvolvimento constante e monitoramento mensal, onde todos os programas foram discutidos, trazendo suas prioridades, sendo amplamente desenvolvido o seu potencial. Assim refere o entrevistado.

E1: porque assim, eu acho que nós fizemos... durante três anos a gente acompanhou vocês num projeto de desenvolvimento constante, monitoramento mensal, não é isso? a gente tinha muita atividade, a gente chamou todos os programas, todos os programas da secretaria foram chamados pra conversar, pra dizer quais eram as suas prioridades, a gente trabalhou com epidemiologia pra gente desenvolver as

nossas habilidades na área dos bancos de dados pra gente poder fazer os nossos diagnósticos e investigações e avaliações.(L1-L9, P5)

O entrevistado apresenta que os articuladores receberam uma grande carga horária de educação permanente para o desenvolvimento de suas habilidades e que poderia ter feito uma certificação através de um título de especialização para estes profissionais. Lamenta que o mesmo não tenha sido realizado, o que considera um erro.

E1: ... Eu falo que eu errei porque eu achava que a gente podia ter trabalhado... como a gente ficou muito tempo no projeto de desenvolvimento, ele podia ter sido um curso de especialização pra vocês, como a gente trabalhou mais de 3 anos, muitas horas vocês podiam ter saído de lá formada numa especialização, com uma especificidade em saúde pública e mais em atenção primária porque vocês trabalharam muita coisa e a gente não pegou leve não, a gente pegou pesado.(L33-L38, P5)

5.2.2 Contribuições do programa “Articuladores” para a Atenção Básica”

Avanços Perceptíveis

Os dois coordenadores apresentam percepções semelhantes quanto às contribuições do programa para qualificação da atenção básica e assinalam que há regiões onde estas contribuições foram mais explícitas. Referem que houve mais avanços nas regiões com grupo de articuladores com maior capacidade técnica em atenção básica. Estes avanços vão desde a mudança da compreensão do que é atenção básica pelo gestor municipal, e maior domínio na ordenação de despesas com os recursos financeiros repassados pelo MS e pelo estado, até mesmo melhorias em indicadores como o da mortalidade infantil. Por exemplo, na região de São José do Rio Preto (Votuporanga e Fernandópolis) acreditam que o trabalho dos articuladores tenha contribuído com a redução da mortalidade infantil, com níveis altos em 2008 e 2009, por meio do apoio dado para implantação da linha de cuidado da gestante e de programas como prevenção de sífilis congênita.

E1:... nas regiões onde a gente conseguiu ter um grupo de profissionais mais... com mais experiência, com mais expertise na Atenção Básica eu acho que a gente teve impactos importantes, desde a mudança da compreensão do que é Atenção Básica

pelo gestor municipal, do investimento mais correto na Atenção Básica dos repasses realizados tanto pelo Estado quanto pelo Ministério da Saúde. (L25-L29, P2).

E1: ...no conceito da Atenção Básica, na maneira de utilizar o dinheiro e algumas experiências a gente teve uma melhoria de indicadores de forma concreta, Lá em São José do Rio Preto a gente teve um exemplo bastante importante em relação à queda da mortalidade infantil na região, em relação a implantação de programas como prevenção pra sífilis, que a gente tem sífilis congênita no Estado como uma questão importante.....(L35-L39, P2).

E2: ...em algumas regiões a gente claramente teve avanços e claramente esses avanços tiveram a participação dos articuladores, pega, por exemplo, a mortalidade infantil, lá na região de São José de Rio Preto mesmo, lá em Votuporanga, Fernandópolis que em 2008 e 2009 era muito alta. Eu não tenho dúvida que houve um trabalho dos articuladores que ajudou os municípios a resolverem pelo menos parte dessa mortalidade infantil muito acima do restante do estado, que a gente tinha, lá também, desde o componente Neonatal já era grande, e os articuladores trabalhavam especificamente nisso a propósito da implantação da linha de cuidado da gestante, e teve uma melhora nos anos seguintes. Em outras regiões isso não fica tão visível. (L7-L15, P3).

Segundo os entrevistados, o trabalho dos Articuladores proporcionou muitas contribuições à Atenção Básica, decorrente da sua presença no município, no apoio à gestão, na organização das ações, na articulação da rede e no apoio às equipes de saúde. Estes avanços são apresentados por estudos realizados, pela experiência do trabalho e por relatos dos próprios gestores. Assim referem os entrevistados:

E1: ...mas a gente sabe por relatos, a gente tem livros, a gente tem livros de experiências, a gente tem pelo menos dois estudos que apontam nessa direção, a melhoria do apoio, quer dizer, eu acho que se tivesse que dizer assim: realmente houve um apoio na gestão para os municípios... (L6-L10, P3).

E2: ...no entanto quando a gente conversa com os gestores municipais, a presença dos articuladores ela é bastante consistente, todos os municípios falam da presença e

apoio dos articuladores na organização das ações no município, seja em relação a essa articulação de rede seja em relação ao apoio às equipes, acho que varia um pouco de município pra município, acho que o talento do articulador mais por uma questão ou mais pra outra, mas, há uma unanimidade de que enfim, o articulador ajuda o município, então isso me parece que é significativo, porque se a figura do articulador fosse desconhecida pela maior parte dos gestores municipais eu com certeza diria: “não fizemos diferença”, mas não é o caso, então nesse sentido eu tenho certeza que faz a diferença...(L21-L30, P3).

É também referido pelos entrevistados que há situações específicas onde houve grande importância e visibilidade do trabalho do Articulador. Por exemplo no apoio ao enfrentamento das epidemias de Dengue, na redução da Mortalidade Infantil, aonde a atuação deste profissional foi fundamental, reconhecida e que proporcionou ajuda aos municípios para organizar a assistência, com impacto nos indicadores de saúde.

E2: No caso da Dengue eu posso dizer que os articuladores ajudaram e tenho eu relatos específicos disso, ajudaram nos municípios em que a dengue esteve numa situação epidemiológica mais grave, ajudaram os municípios a organizar a assistência, então, isso eu tenho bastante conforto nesse sentido, em dizer, que enfim, houve um trabalho explícito dos articuladores, reconhecido, de que a gente ajudou nessa organização. (L4-L9, P4).

A participação dos articuladores também é valorizada em relação ao apoio aos processos de avaliação da Atenção Básica ocorridos no estado com a utilização dos instrumentos (QualiAB e PMAQ), tanto para que houvesse a adesão dos gestores e equipes para a auto avaliação, quanto para o levantamento dos problemas e proposição de ações para alcançar avançar em direção à qualidade esperada, participando de discussões com as equipes como também nas devolutivas dos resultados alcançados, no caso do QualiAB.

E1: ...o QualiAB também foi muito legal por causa disso, porque aplicava o QualiAB, mesmo o PMAQ, aplicam e vocês apoiam, vê quais são as deficiências, faz proposta de desenvolvimento, discute com o RH, então esse projeto ele é um projeto que ele consegue caminhar bem nessa história.(L29- L33, P5)

O Reconhecimento do Programa por parte dos gestores estaduais e municipais

Ainda discorrendo sobre as contribuições do programa é relatado que há um reconhecimento deste trabalho quando estes profissionais são solicitados para atuarem no DRS em outras atividades, para organização das redes, para montar outros programas e quando a própria Secretaria, a exemplo deste modelo, reproduz outros programas que se valem de um profissional com o papel de articulador.

E1: Eu acho que todo mundo reconhece, gozado isso, porque quando a gente fala que o DRS ele quer contar com o trabalho das articuladoras,então quando ele fala que ele quer contar com os trabalho das articuladoras pra organização das redes ele está reconhecendo o trabalho e a capilaridade que tem esse trabalho, não é isso? Quando os programas... eles contam com as articuladoras e dizem assim: “ah, nos queremos contar com as articuladoras pra poder montar esse programa ou aquele programa”. Tá reconhecendo a importância destes profissionais também. Quando a própria Secretaria de Estado ela reproduz modelos parecidos pra dentro da gestão... então hoje a gente tem articulador de desenvolvimento, no RH tem alguns articuladores, não é isso? A saúde da mulher também criaram alguns articuladores... os Articuladores da Humanização. Então quando a gente também cria isso eu acho também que é uma forma de reconhecer que esse foi um projeto que deu certo! (L18-L31, p3).

É destacado que o programa dos AAB apresenta maior capilaridade do que outras formas de apoio à gestão municipal, como também apresenta grande reconhecimento por parte dos gestores. Este reconhecimento foi construído a partir da preocupação de deixar claro para o gestor a intencionalidade do programa, que propunha um trabalho de cunho técnico e de apoio, desvinculado de políticas partidárias. À medida que se criaram vínculos de confiança e clareza quanto ao objetivo deste trabalho, este reconhecimento se fortaleceu.

E1:... (outras formas de apoio) não têm a mesma capilaridade que os articuladores de Atenção Básica. Os gestores municipais têm uma maneira diferente de receber os articuladores da Atenção Básica, que foram chegando de uma forma também muito peculiar e a gente na época insistiu muito nisso, ... a questão era a gente não se envolver com questões partidárias locais e saber que a nossa função era de apoio pra aquilo que o gestor precisasse; no começo ele olhou pra gente de uma forma

estranha mas depois ele começou a reconhecer e chamar os AAB pro trabalho, Por onde a gente passou na época, a gente pelo menos ouvia de uma maneira muito positiva a concepção que os gestores tinham e alguns falavam: “pelo amor de Deus não me tira os articuladores de jeito nenhum, me ajuda muito, me ajuda muito”, então tem um reconhecimento grande também até onde eu acompanhei do próprio gestor municipal. (L13-L26, P4).

A Avaliação dos resultados do Programa

Referem que não se chegou a fazer uma avaliação formal do programa e que definir o quanto este apresentou de impacto sobre os indicadores de saúde é muito difícil, porque há muitas variáveis que interferem neste processo. Apesar de se verificar melhorias nos resultados de alguns indicadores relacionados com a atenção básica, não é possível determinar se as mesmas estão diretamente relacionadas com o trabalho do AAB.

E1:...então eu acho que tem vários aspectos aí, que a gente não chegou a ter uma avaliação, vamos dizer mais formal em relação a isso porque é muito difícil, na verdade você definir um impacto direto entre o apoio que é realizado pelo articulador da Atenção Básica que é do DRS e a ação que é desencadeada no município e todas as variáveis que estão no meio, então é muito distante você tentar aproximar essa relação em forma direta... (L1-L6, P3).

E2: A questão é a seguinte, o trabalho dos articuladores ele... é difícil a gente fazer uma avaliação do trabalho dos articuladores, por assim, se eu for pegar os indicadores relacionados à atenção básica eles são muito confusos em termos da gente verificar resultados nesses últimos 5, 6 anos...(L3-L6, P3).

E2: ...Você pega por exemplo, internações por condições sensíveis ela cai no estado de São Paulo inteiro, agora eu pergunto: ela cai porque? Por causa da atuação dos articuladores? Ou cai por que enfim os municípios aprendem a gerir a atenção básica? É difícil de dar essa resposta, né? Eu não tenho como separar o que é um avanço propiciado pelos articuladores ou o que é um avanço propiciado pela própria gestão municipal, então não tenho como dizer isso...(L15-L21, P3).

É assinalado que há situações em que os resultados de alguns indicadores pioraram nos últimos anos, não só no estado de São Paulo, mas no Brasil como um todo, como é o caso da sífilis congênita que apresenta vários fatores relacionados ao seu crescimento: mulheres que iniciam o pré-natal tardiamente, redução do uso de preservativos, a dificuldade de tratar o parceiro, situações de maior vulnerabilidade social, entre outros. Por outro lado, considera-se que houve aumento de casos notificados e maior facilidade de acesso ao diagnóstico. É certo, porém, que essa mudança epidemiológica não está sendo adequadamente enfrentada pela atenção básica, como também é certo que esta situação depende de ações multidisciplinares e de formulação de políticas de saúde e intersetoriais para dar conta de toda a sua complexidade.

E2: E tem algumas questões da atenção básica que a gente teve piora nos últimos anos e também eu não vou culpar os articuladores, eu acho que a gente tem, assim, certas situações epidemiológicas que independem do trabalho da gente, por exemplo, sífilis congênita, a gente tem um momento da sífilis congênita no estado de São Paulo mas isso vai em paralelo aumento da transmissão da sífilis como um todo, na população paulista, e na população do Brasil numa forma geral a gente tem observado esse aumento, então eu tenho uma piora do indicador mas isso não significa que houve uma piora da atuação do articulador, mas isso eu tenho uma mudança na situação epidemiológica que não foi adequadamente enfrentada, isso eu posso dizer, “bom a atenção básica não conseguiu enfrentar adequadamente essa onda de sífilis”. (L31-L40, P3; L1-L2, P4).

Apesar da ausência de avaliações formais e de comprovação através dos indicadores gerais da atenção básica que afirme especificamente que o resultado dos mesmos está relacionado diretamente com o trabalho dos articuladores, no geral acreditam que é possível perceber, a partir de todos esses conjuntos de relatos inclusive dos municípios, que este programa trouxe muitas contribuições.

E2: ... então se eu quisesse resumir o trabalho, quer dizer, fazer um balanço, eu poderia considerar esses elementos todos, pra dizer que apesar de que a gente não tem nos indicadores gerais da atenção básica nada que diga especificamente que é trabalho dos articuladores, mas eu acho que no sentido geral dá pra ter, a partir de todos esses conjuntos de relatos inclusive, dos municípios, dá pra ficar bastante confortável de que os articuladores, de que o programa faz diferença.(L9-L14, P4).

5.2.3 As Dificuldades para a Qualificação da Atenção Básica

A Estrutura da gestão e das equipes de Atenção Básica

Quanto às dificuldades relacionadas, uma delas diz respeito à situação dos municípios pequenos. A maioria dos municípios do estado tem pequeno porte populacional, possuem estrutura de equipes de atenção básica com pouca qualificação e com quantidade insuficiente de profissionais para atender as necessidades de saúde. É relacionado também como dificuldade o perfil dos gestores municipais de saúde, com preparo insuficiente para a gestão da atenção básica, sem conhecimentos na área da saúde, de gestão e do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim refere o texto abaixo.

E2: Eu acho que são várias questões. Primeiro lugar: dos nossos 645 municípios a grande maioria deles são municípios pequenos, e eu não estou falando só de município de 5 mil, tô falando tanto município de 20 mil habitantes ele ainda é pequeno do ponto de vista de ter uma equipe de atenção básica robusta A maior parte desses municípios nem secretário da saúde tem, tem diretor da saúde e coisa assim, e quando você vai, assim, ver o perfil desses gestores uma boa parte deles não entende nada de saúde,... nem de saúde e nem de gestão, e nem de saúde pública e muito menos de redes de serviços e de SUS. Isso significa que já é uma primeira dificuldade pra organização da atenção básica, ou seja, a baixa qualificação do... quer dizer... e o preparo insuficiente dos municípios pra enfrentar a questão da atenção básica, né? (L17-L30, P4; L1-L3, P5).

As concepções de saúde e de gestão do Sistema de Saúde

Embora os grandes municípios, na sua maioria, tenha equacionado a questão do perfil do gestor e da equipe, outras dificuldades são emergentes. Estas apontam para a própria concepção de saúde que privilegia a assistência hospitalar, na racionalidade da média e da alta complexidade, na lógica do pronto atendimento, da intervenção imediata, hospitalocêntrica e médico-centrada. Nesta concepção estes municípios caminham na contramão dos princípios da atenção básica que propõem atividades de promoção, seguimento longitudinal, a atenção básica como organizadora do cuidado e responsável pela saúde das pessoas que vivem no território.

E2: ...mas mesmo esses municípios maiores eu acho que a gente tem alguns problemas na atenção básica que ainda precisam ser equacionados. Em primeiro lugar a gente trabalha, mesmo nesses municípios que tem uma equipe técnica mais robusta, a gente ainda trabalha com a questão... com a racionalidade da média e alta complexidade, da internação, do hospital como locus privilegiado pra assistência ...as atividades de promoção à saúde são secundárias, o seguimento longitudinal das pessoas é uma bobagem, que no fim o que importa é atender e resolver, então a lógica do pronto atendimento, a lógica da intervenção imediata. Então, isso tudo atrapalha a organização da atenção básica que trabalha numa lógica diferente da lógica hospitalocêntrica, da lógica medico-centrada, ela exigiria uma equipe multiprofissional...(L3-L11, P5).

Em cada momento os interesses do gestor se apresentam com uma determinada característica e ficar sujeito às mudanças nas concepções da gestão das políticas públicas de saúde é também apontado no texto abaixo como outra dificuldade.

E1: Então eu acho que eu já falei um pouco disso, acho que a primeira dificuldade é essa variação nas políticas públicas, da gestão, a gente fica muito sujeita a essa mudança de gestão. Ai muda o gestor, muda a concepção que ele tem de tudo e ai ele deixa de investir aqui e passa a investir acolá, etc...(L3-L6, P7).

O Estado de São Paulo tem diferenças estruturais muito importantes, apresentando áreas muito heterogêneas e com concepções de gestão de saúde também muito heterogêneas, sendo também uma grande dificuldade.

E1: ...e as diferenças, eu acho que o Estado de São Paulo, ele tem diferenças estruturais importantes, eu acho que tem um mundo dentro de São Paulo, São Paulo é um Estado extremamente heterogêneo, com áreas extremamente heterogenias e com concepções de saúde e da gestão da saúde também muito, muito, muito, muito heterogenias. (L28- L32, P6).

A Formação dos profissionais e a lógica assistencialista

Apesar de décadas de experiência e elaboração dos princípios da atenção primária, no Brasil e no Estado de São Paulo, as políticas de saúde não conseguiram disseminar a proposta construída a partir dos princípios do SUS, comprometendo sua efetiva implantação. A mudança de modelo ainda não é hegemônica e apesar de haver alguns municípios que se estruturam melhor de acordo com a proposta atual, este fato também aponta para outra dificuldade, a de só conseguir encontrar, no mercado de trabalho, profissionais com formação e experiências profissionais no modelo tradicional. Do mesmo modo, também o gestor mantém as práticas assistencialistas, o que torna esta lógica perversa, reforçando o modelo assistencialista.

E2: ...então são todos os conceitos que estão colocados já há algumas décadas como, assim, princípios da atenção básica, mas a gente não tem, ou, não teve no Brasil e nem no Estado de São Paulo a possibilidade de tornar isso uma perspectiva mais hegemônica dentro dos municípios. É claro que a gente pode até identificar um ou outro município ou uma região em que isso emplacou, em que, então a perspectiva da equipe multiprofissional, da questão da unidade básica como a organizadora do cuidado, como a responsável pela saúde das pessoas que vive no território, etc, etc, em algumas regiões isso emplacou, mas isso não é o pensamento hegemônico e eu acho que isso atrapalha bastante, atrapalha por que na hora que você vai contratar os médicos eles trabalham nessa perspectiva médico-centrado que então é inadequada. O próprio gestor tá muito mais preocupado em atender prontamente o cidadão pra evitar que ele vá reclamar com o prefeito, então acaba tendo uma lógica perversa, assistencialista. Eu acho que isso atrapalha tanto a gestão estadual como atrapalha também a gestão dos municípios, que mesmo tendo uma perspectiva melhor acaba sendo obrigada a se render a essa lógica assistencialista. (L11- L29, P5).

Ausência de Políticas para Fixar o Profissional na Atenção Básica

É necessário fixar o profissional médico nas equipes de atenção básica, mas uma grande dificuldade que se encontra é a ausência de uma política de recursos humanos que proporcione a opção para este trabalho de forma atrativa, com esta finalidade, para os profissionais que tenham escolhido realizar este trabalho. Atualmente, trabalhar na atenção primária é uma opção transitória, se apresentando para os médicos como uma possibilidade

para atingir objetivos como melhorar a nota para quando prestar a residência para as demais especialidades. É citado o Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), do Ministério da Saúde, que foi implantado com o objetivo de ampliar o acesso à saúde à população carente, incentivando profissionais da saúde recém-formados a trabalhar em regiões marcadas pela escassez de médicos, uma vez que os médicos do PROVAB têm direito à pontuação adicional de 10% nas provas de residência médica (BRASIL, 2011).

A inserção provisória do médico na atenção primária tende a estimular a presença de profissionais sem compromisso e que não se responsabilizam pela saúde da população de sua área de trabalho. É apresentado pelo entrevistado exemplos de outros países onde essa realidade é diferente.

Enquanto a gente não tratar, por exemplo, os médicos de uma forma mais adequada, o que eu quero dizer com isso, ser médico da atenção primária não pode ser a última opção profissional dessas pessoas, ela tem que ser a primeira opção, pra quem tá trabalhando lá. O que a gente vê é exatamente ao contrário, os médicos trabalham na atenção básica por uma situação transitória por não ter conseguido nada melhor no mercado. Então tem desde a turminha que está no PROVAB juntando pontos pra fazer uma residência de dermatologia, radiologia e nunca mais pisar o pé numa unidade básica, até aqueles que, enfim, não conseguiram nada melhor e assim que conseguiram coisa melhor vão embora da atenção básica. Então essas pessoas não tem compromisso, são incapazes de se responsabilizar pela saúde de uma população, eles estão lá transitoriamente tentando se virar, então não dá certo. Eu preciso ter uma proposta de mercado, isso ainda não apareceu no horizonte visível aqui no Brasil ou em São Paulo, mas eu preciso ter uma opção que seja atraente pros médicos e não uma opção que seja exatamente a última opção. ... a gente tem exemplos disso em outros países, é possível fazer isso, então não estou falando de uma coisa impossível, estou falando de uma coisa que foi possível fazer por exemplo na Espanha, que foi possível fazer na Inglaterra, que tem sido possível fazer no Canadá, que tem sido possível fazer em vários países, mas aqui no Brasil a forma como se organizou o mercado de trabalho médico, principalmente, tornou isso muito difícil. A gente precisa ter uma política pra reverter essa situação, isso também não se faz em um ano...(L43-L50, P5; L1-L14, P6).

Políticas Inadequadas de Financiamento para a Atenção Básica

Apontam dificuldades relacionadas ao financiamento da atenção básica, tanto o Estado, como o município e o MS não apresentam uma política de financiamento suficiente para fazer uma atenção básica de qualidade e com maior capacidade resolutiva. Também os interesses de cada gestor refletem no direcionamento do financiamento das ações de saúde e esta é outra dificuldade que se observa.

Em se tratando da Secretaria Estadual, a mesma tem instituído uma tradição de maior investimento na alta complexidade, com pouco investimento na Atenção Básica. No entanto, na ocasião da implantação do programa dos AAB houve um momento de maior investimento na atenção básica. Apesar de ter sido relativamente pouco, a tendência tem sido de ampliação das restrições. Nesse sentido, realizam uma reflexão sobre a importância para o programa dos dois tipos de aporte financeiro para os municípios (PAB Fixo e PAB Variável). Sobre as possibilidades de financiamento da Secretaria Estadual para a Atenção Básica, um dos entrevistados aborda alternativas de investimento. Os relatos abaixo apresentam estas discussões:

E2: ... além disso, eu acho que a gente tem um problema financeiro e aí eu ponho a responsabilidade tanto no estado quanto no município, como no próprio ministério da saúde que a atenção básica não se faz com pouco dinheiro. Se eu juntar os recursos do PAB federal com os recursos estaduais, os recursos municipais isto ainda é pouco pra fazer uma atenção básica de qualidade, pra fazer assistencialismo talvez seja suficiente, até deve ser porque tá operando e não foi a falência, mas pra fazer uma coisa com maior qualidade e com melhor capacidade resolutiva eu preciso investir mais do que isso. Então não adiante só falar: “ah eu preciso organizar a gestão, a gestão tá ruim então eu preciso organizar a gestão”, bom pra organizar a gestão também precisa de dinheiro, pra organizar a gestão eu preciso, não só ter gestores mais qualificados mas eu preciso que esses gestores tenham bala na agulha pra qualificar as equipes de saúde e isso não se faz sem dinheiro também, então não é surpreendente que a nossa atenção básica ainda, de alguma forma, engatinhe.(L30-L43, P5).

E1: Muda os interesses e aí essa coisa eu acho que é muito ruim, a outra coisa eu acho que a gente foi perdendo... na época que a gente estava na secretaria já era difícil convencer o Estado a pôr um dinheiro significativo na Atenção Básica, sempre

foi, a gente vem de uma tradição como eu estava falando, onde o maior investimento não era na Atenção Básica, era na alta tecnologia, dura, mas Atenção Básica... mas teve, não podemos negar que teve investimento na Atenção Básica, mas não era um investimento muito grande. Depois disso a gente teve a proposta do PAB-Fixo que também foi uma coisa muito pressionada pelo COSEMS, eu particularmente acho que o PAB-Fixo tinha que ser transformado em PAB-Variável, eu não gosto muito do PAB-Fixo, acho que o PAB-Fixo ele serve pra grandes municípios, tudo bem, tem impacto pra grandes municípios, mas pra nossa política que era pra apoiar municípios com menos de 100 mil habitantes o PAB-Fixo não era muito interessante, o PAB-Variável eu acho que ele era mais interessante...(L8-L20, P6)

E1: ...e o investimento na Atenção Básica que... eu sempre defendi que se tivesse 5% do valor bruto que é destinado a Secretaria de Saúde, se fosse destinado a Atenção Básica a gente ia fazer uma revolução. (L6-L9, P7).

Ausência de Investimento em Recursos Humanos no Estado

Outra dificuldade apontada se refere ao fato do estado não investir mais na contratação de recursos humanos, não repondo os que se aposentam. Nesta perspectiva os profissionais mais qualificados como no caso dos AAB, ao passo que se aposentarem, não serão repostos, o que vai comprometer o próprio programa. O relato abaixo traz esta discussão:

E1: A outra dificuldade eu acho que é essa de profissionais. O Estado deixou de investir nos seus profissionais então a gente não tem mais gente, então por exemplo assim, vocês se aposentam, as articuladoras a medida que elas saem, elas não tem quem substitua, porque deixou de ter uma política de investimento no Estado e contratações no Estado muito grande, tem um encolhimento de pessoal muito grande, então a gente não tem como repor e como selecionar profissionais que possam ser qualificados de maneira a dar um suporte que tem que dar pra esse município, então isso é uma coisa que compromete muito o próprio projeto,(L20-L28, P6).

Ausência de planejamento e de Integração das diversas áreas da SES

A falta de um planejamento mais detalhado, também se coloca como uma dificuldade. O plano estadual tem diretrizes definidas, mas não há um detalhamento de sua

operacionalização e fica na dependência das diversas interpretações e interesses dos gestores, o que não favorece a ampliação do potencial do programa.

E2: Tem o plano novo, mas o plano estadual ele dá diretrizes muito gerais e não operacionaliza, porque as diretrizes gerais eu tenho certeza que todos os articuladores têm na cabeça, a dificuldade é operacionalizar isso no tête-a-tête com gestor municipal que ora entende do que você está falando, ora oferece resistência, ora tem recurso, ora não tem recurso, então é essa realidade concreta que é o problema. (L20-L25, P8).

A fragmentação na própria secretaria do estado, entre os programas, entre as coordenadorias, dificulta muito a qualificação da atenção primária. Aponta a necessidade de um trabalho mais integrado e complementa que uma população mais mobilizada poderia exigir mais qualidade.

E1: ...então eu acho que essa coisa é muito complicada; também diria que acho que a fragmentação da própria Secretaria do Estado também é uma coisa muito difícil, você trabalhar junto sempre foi muito complicado, por isso que a gente chamava o pessoal pra trabalhar com gente mais acho que tem uma fragmentação muito grande entre os programas, entre as coordenadorias, eu acho isso também muito complicado, acho que a gente tinha que mover mais a população pra que a gente sáisse das disputas tão partidárias locais. (L32-L33, P6; L1-L5, P7).

5.2.4 Como ampliar o potencial de trabalho e dar prosseguimento ao Programa “Articuladores”

Priorizar a Atenção Básica

Para ampliar o potencial do programa é necessário um projeto político do Estado, com o olhar voltado as necessidades da Atenção Básica. O estado precisa se posicionar e o que ocorre nos últimos anos é um recuo quanto ao desempenho deste importante papel do estado nas políticas de saúde.

E1: ... então eu acho que (a Atenção Básica) é o principal componente, é um dos principais... mas acho que isso tudo está vinculado à falta de política, eu acho que hoje a gente tem, cada vez mais um recuo de qual a percepção de qual a função do Estado, e do Estado enquanto uma política... enquanto responsável pela definição de um projeto político pra Secretaria, eu acho que faz tempo que a gente não tem alguém que tenha uma noção assim, na Secretaria do Estado de São Paulo, infelizmente, um Estado desse tamanho. (L14-L25, P7).

Como encaminhamentos necessários, para que o programa “Articuladores da Atenção Básica” tenha prosseguimento, um dos entrevistados entende a necessidade do mesmo ser fortalecido pela própria Secretaria Estadual de Saúde, considerando que o programa é estratégico na construção das redes de atenção à saúde, na implantação das linhas de cuidado, na regulação, na qualificação da Atenção Básica. Têm o entendimento de que é fundamental o resgate do papel do estado junto aos municípios e que é preciso investimento na Atenção Básica, melhorar o salário do articulador para atrair mais profissionais qualificados e continuar o seu processo de desenvolvimento. Assim refere o entrevistado abaixo.

E1: ...Então, primeiro eu acho que tem essa história de Recursos Humanos, ou a gente começa abrir possibilidades... eu acho que, na minha opinião, eu acho que os articuladores tinham que melhorar o salário... tinha que melhorar o salário pra gente atrair mais gente de qualidade pra fazer isso. Porque o articulador, cada vez mais ele tem assumido um papel estratégico na construção das redes de atenção à saúde. Se a gente reconhece que ele tem um papel estratégico na construção dessa rede, na implantação das linhas de cuidado, na regulação... porque se você fizer uma Atenção Básica bem feita você tem uma influência grande também na maneira como você encaminha os pacientes, pra que eles não fiquem perdidos dentro do sistema. Enfim, tem uma série de funções na Atenção Básica, uma Atenção Básica de qualidade, então vamos dizer que o município estava investindo na Atenção Básica com apoio do estado, mas esse programa ele precisa ser fortalecido, aumentar salário, chamar mais gente, continuar o processo de desenvolvimento, então eu acho isso fundamental pra manutenção do programa e acho que perder esse programa é perder uma possibilidade, uma potencialidade muito grande que a gente tem de resgatar o papel do Estado junto aos municípios. (L28-L38, P7; L1-L5, P8).

Investir na Educação Permanente e no Apoio Técnico para os AAB

Também é possível perceber que o programa está mais fragilizado atualmente em relação à proposição inicial quando outro entrevistado apresenta que para ampliar a potencialidade do programa é necessário ter um acompanhamento mais próximo dos Articuladores, das suas realidades regionais, o que hoje não está sendo feito. Como o grupo da coordenação é composto por poucos profissionais, há necessidade de contratação de tutores para um acompanhamento regional, como era feito no início do programa.

E2:...porque a gente tem uma coordenação que é pequena. Quando o programa iniciou a gente tinha o apoio de pessoas, que eram os tutores, que acompanhavam regionalmente grupo de articuladores. Eu acho que isso fez diferença no começo porque se acompanhava assim, mais de perto, o trabalho de cada grupo de articulares, a forma de como eles organizavam os planos de ação... discutiam melhor as dificuldades, eu acho que a gente fazia um acompanhamento mais de perto do trabalho desses articuladores. (L17-L23, P6).

E2: ...Quando o programa começou ele tinha um recurso adicional que então permitia contratar esses tutores, não existe mais esse recurso pra estar contratando esses tutores, então a gente ficou numa situação ruim nesse sentido e a gente não consegue nesse momento aumentar a equipe central.(L5-L9, P7),

O acompanhamento que é hoje é realizado nos momentos presenciais, a cada dois meses, é insuficiente para focar o trabalho mais regionalizado e é considerado como uma deficiência da coordenação do programa, mas que, diante do panorama que se apresenta ainda não há resposta a este problema. Assim refere o texto abaixo:

E2:...Hoje esse acompanhamento é mais nos momentos dos encontros presenciais, de dois em dois meses, mas eu acho que isso é pouco porque nesses momentos não dá pra ficar discutindo o que está acontecendo em cada uma das regiões, e não adianta falar de DRS, eu tenho que falar de região de saúde, quer dizer o trabalho específico de um grupo de 1, 2 ou 3, no máximo, de articuladores, eu não consigo... são 63 territórios, a gente não consegue discutir como se deve o trabalho e atuação desses articuladores nesses 63 territórios, então eu acho que este é uma coisa que a coordenação, aqui Estadual, tem essa deficiência aqui no momento, a gente está

preocupado com isso mas a gente ainda não encontrou uma fórmula pra resolver isso. (L23-L33, P6).

Refere também que nos encontros presenciais são utilizadas estratégias para melhorar a qualificação do AAB, realizar educação permanente em relação a alguns temas como condições crônicas, Dengue e outros, porém este trabalho não apresenta capilaridade para as especificidades de cada AAB com a sua região.

E2: A gente até consegue assim, fazer discussões, melhorar a qualificação dos articuladores é uma coisa, então a gente tem feito vários esforços no sentido de melhorar a qualificação. Então a gente põe todo mundo pra discutir, por exemplo, modelo de condições crônicas, bota todo mundo pra discutir, enfim, o que é que a gente precisa fazer em relação a Dengue ou a qualquer outro tema, isso eu acho que enriquece o trabalho das pessoas, mas eu não tenho fôlego por exemplo, pra saber o que é que o articulador está fazendo lá em Santa Fé, ou na região do litoral norte, ou seja em qualquer outra região...(L33-L40, P6).

A coordenação tem uma atuação mais próxima quando há situações específicas de algumas regiões com problemas mais urgentes ou quando há uma dificuldade maior de um determinado grupo de AAB, o que não é possível trabalhar da mesma forma com as demais regiões de saúde. O entrevistado apresenta este relato no trecho que se segue.

E2:...a gente consegue, assim, em algumas situações que a gente percebe que há um problema maior ou que há uma dificuldade maior do grupo de articuladores a gente foca uma região específica, então a gente tem focado algumas regiões, mas assim, é meia dúzia, não dá pra fazer... a gente não consegue fôlego pra fazer nos 63, então eu acho que essa é uma grande dificuldade que a gente tem no momento. (L1-L5, P7).

Articular com outros projetos da SES

Diante da ausência de financiamento da Secretaria, a curto e médio prazo, para contratar tutores, financiar projetos, procura-se planejar aproveitando as oportunidades de financiamento, financiadas por outras fontes de recursos. Como é o caso do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que financia o programa “Primeiríssima Infância” que abrange cinco regiões do estado de São Paulo e o projeto “Laboratório das condições

crônicas” na região de Avaré. Nesses dois projetos pretendem envolver além dos 10 ou 15 articuladores que atuam nas regiões contempladas, os demais articuladores. Este envolvimento se fará na formação e na capacitação das equipes destas regiões. A proposta é de que os AAB o atuem enquanto tutores na formação das equipes destas regiões, também estarão sendo capacitados para atuarem nas suas próprias regiões.

E2: ...mas como a gente tem o recurso do projeto do BID que pega cinco regiões e que a gente vai estar implantando o programa primeiríssima infância e a gente tem o projeto do laboratório de condições crônicas que a gente vai estar implantando na região de Avaré a gente está querendo aproveitar esses dois movimentos, que embora eles sejam pra apenas uma parte pequena, vamos dizer assim, dos municípios e envolveria teoricamente 10, 15 articuladores no máximo,.... a gente quer envolver os demais articuladores no projeto, porque como a gente tem um pedaço grande de formação e capacitação das equipes dessas regiões cobertas pelo BID a gente quer aproveitar os nossos articuladores, ...porque sempre quando você é docente você também aprende, então se a gente conseguir que esses articuladores eles sejam tutores da formação dos profissionais dessas cinco áreas do BID com certeza eles vão se enriquecer e com certeza a gente vai ter que fazer uma formação específica pra esses articuladores pra estar entendendo melhor o que é primeiríssima infância, o que que é o manejo de condições crônicas, etc., ...no primeiro momento eu posso imaginar: “não, mas ai vai dar certa desabastecida de horários disponível nas próprias regiões de cada um”, mas isso eu considero como investimento, né, e não como subtração de uma região em favor da outra. (L14- 30, P7; L1-L5, P8).

A forma que se vislumbra para dar prosseguimento ao programa se relaciona aos “laboratórios para as condições crônicas” e o da “primeiríssima infância”. O processo de implantação desse trabalho está previsto para um a dois anos, envolvendo mais algumas regiões e, na sequência, pretende expandir para as demais regiões do estado, porém é necessário que os gestores aceitem, pactuem e entendam a importância de reorganizar a atenção básica a partir desta lógica proposta e que é contra hegemônica em relação às que são atualmente praticadas.

E2: ... eu acho que já falei um pouco disso, eu acho que essa estratégia de utilizar os laboratórios tanto... Avaré, por exemplo, vai ter as duas coisas superpostas, vai ter o

laboratório de condições crônicas e vai também ter o primeiríssima infância, a gente vai ter que fazer um e depois o outro e não simultaneamente porque depois os municípios nem vai dar conta de absorver as duas coisas ao mesmo tempo, nas outras regiões do BID ou seja, Itapeva, Vale do Ribeira, região metropolitana de Campinas e litoral Norte, a gente vai trabalhar só o primeiríssima Infância no primeiro momento, e a ideia é que até, quer dizer, esse processo de implantação ele deve demorar 1 a 2 anos pra ser consolidado e na sequência a gente tem que pensar na expansão pro resto do estado, quer dizer, tanto no projeto do primeiríssima infância quanto o projeto de condições crônicas, e evidentemente a expansão dela depende também da vontade do município porque nenhum desses projetos ele pode ser imposto ao município, ele tem que ser negociado, ele tem que ser pactuado, o gestor tem que estar entendendo qual é a importância, qual é a vantagem de reorganizar a atenção básica a partir dessa lógica, porque essa é uma lógica que não é o pensamento habitual dos gestores, quer dizer, ela é uma lógica diferente, ela tem uma organização mais consistente, etc, ela tem mais chance de dar certo, ela tem mais chance de emplacar indicadores do que o jeito... não é tradicional, mas o jeito que a gente faz, medico centrado, hospital centrado, etc, etc, então a gente está implantando uma lógica diferente e provavelmente nem todos os gestores vão se encantar com isso. (L25-L32, P8; L1-L13, P9).

Nesta discussão apresenta como se deu as adesões dos gestores, exemplificando com uma região de saúde onde já ocorreu a implantação do projeto primeiríssima infância. Entende que para isso é preciso vontade política do gestor e que haja envolvimento, mas que isso se concretizou através de esforços conjuntos para mobilizar esses gestores, tanto por parte da fundação Maria Cecília, como por parte das duas Articuladoras da Atenção Básica desta região de saúde. Há necessidade de fazer o “Marketing” da Atenção Básica, conforme discute neste trecho do discurso:

E2: A gente tem até algumas regiões que já estão trabalhando com a primeiríssima infância, por exemplo, a região de Votuporanga, os gestores, eu não sei se todos os gestores lá da região estão encantados, mas alguns estão, né, e ai eles puxam o resto da região e não tem nenhum que embirrou e falou ‘não faço’, todos concordaram em fazer, mas evidentemente você pega o próprio município de Votuporanga, ele tá meio como carro chefe porque ele enfim entrou e ele tem vontade política de fazer isso

acontecer mesmo e evidentemente essa vontade política foi soprada no ouvido do gestor, ele não descobriu isso sozinho, que então teve o esforço lá na Fundação Maria Cecília, teve esforço das nossas duas articuladores lá na região, quer dizer, então teve um esforço conjunto pra mobilizar esses gestores em torno do projeto. A gente vai tentar fazer isso no resto do estado, e eu acho que aí a presença dos articuladores ela é fundamental, porque se não tiver ninguém fazendo o marketing da atenção básica a gente tá roubado, porque a gente tem evidentemente uma proposta que ela contra hegemônica, digamos assim, ao pensamento habitual de como é que se organiza a assistência a saúde, então e se a gente não tiver gente fazendo... agitando isso, agitando essa ideia e tal a gente não consegue emplacar mesmo.(L14-L30, P9).

5.2.5 Desafios e Possibilidades

No intuito de complementar as questões já apontadas os entrevistados apontam algumas reflexões sobre a gestão ao longo do tempo de criação do SUS, as influências sofridas da medicina liberal, a importância do processo de regionalização como uma forma para que se proceda ao resgate do SUS.

E1: Não sei, eu acho que se for falar alguma coisa vai ser um pouco no sentido da lamentação, então essas lamentações, eu acho ruim. Não sei, eu acho que na verdade assim, tem muita coisa que poderia ser feita, mas acho que nós pecamos na maneira como a gente incorporou a gestão, a gente perdeu o controle da gestão, acho que a gente entregou a gestão pra medicina liberal e acho que aí os nossos gestores perderam essa perspectiva, acho que o processo de regionalização seria uma forma de resgate importante pro SUS ... (L9-L15, P8).

Reforça ainda a importância de investimentos em Política de Recursos Humanos para qualificação da Atenção Básica e que é necessário que o estado invista 5% dos recursos na Atenção Básica, o que reduziria os gastos com a alta complexidade, uma vez que seria potencializada a atenção primária, a prevenção.

E1: Acho que uma política de recursos humanos, de gestão de pessoas, de desenvolvimento de pessoal pra Atenção Básica poderia ser uma coisa bacana pra gente investir que mudaria alguns aspectos, continuo achando que 5% do valor

financeiro daquilo que se gasta no custeio com a saúde, traria pro sistema de saúde uma perspectiva super melhor e com certeza a gente deixaria de ter gastos que hoje a gente tem com alta complexidade, eu acho que a gente teria condição de investir mais na prevenção. (L15-L21, P8).

Também entende que se avançou muito pouco no sentido da promoção de saúde e no sentido da mobilização da população, o que potencializa os caminhos difíceis que estão sendo percorridos e os riscos que o SUS riscos está correndo.

E1: Acho que a promoção de saúde é um capítulo que a gente esqueceu, porque a gente não envolve mais população e não tem mais população mobilizada, sem população mobilizada, pra mim, não existe promoção de saúde, então acho que a gente hoje está percorrendo caminhos muito difíceis, muito árduos, e acho que o SUS está correndo riscos muito complicados.(L21-L26, P8).

No entanto considera que há movimentos importantes para o fortalecimento da atenção básica, como o Programa “Mais Médicos” do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) que tem apresentado melhoria na qualidade da assistência, facilitando o acesso da população e que vai além de alocar o médico na UBS. Ele também interfere nas residências médicas e na graduação destes profissionais, resgatando o cuidado. Compreende desta forma, que então é possível fazer um SUS com mais qualidade e que é necessário repensar novos caminhos, onde ocorra o fortalecimento do SUS, em detrimento da iniciativa privada da medicina liberal.

E1: Não sei, talvez, por exemplo, as políticas do ministério como os “Mais Médicos” são políticas interessantes, com toda crítica que o pessoal fez... eu tenho feito supervisão do “Mais Médicos” eu tenho visto o que isso significa pra população mais pobre...Os caras são muito... o fato de você ter conseguido ter assistência de qualidade na ponta, você consegue realmente dar acesso a população.Mas que o pessoal fala ‘ah não, ficou lá sozinho largado’... do que eu vi aqui em São Paulo, no município de São Paulo eu vi uma melhoria importante da qualidade, das condições de vida das pessoas, do acesso do pessoal, então assim eu acho que dá pra coisas dá pra gente ter... dá pra gente fazer um SUS legal pra todo mundo, não e isso?Mas eu acho que a gente, pra isso temos que repensar os novos caminhos e rezar pra que a

gente resgate ou se desvencilhe da iniciativa privada da medicina liberal porque não é isso que é gestão.

E ai vai inclusive na formação médica, a proposta do Mais Médicos não é só de colocar o pessoal lá como o pessoal estava dizendo, eles vão mexer na residência médica e na formação médica, então isso pode ser uma esperança pra gente, porque ai a gente começa a ter os profissionais de saúde resgatando o cuidado, hoje... acho que hoje ou ontem, saiu na Folha de São Paulo um artigo falando sobre isso, que o médico daqui a pouco não teria mais porquê ele existir, e que ele não faria mais nada sem exames, por que ele deixou de cuidar, ele deixou de fazer exame físico, ele deixou de fazer uma série de coisas, então a gente precisava resgatar um pouco esse profissional, resgatar o que que é saúde, o que tem que fazer, e o papel da saúde e colocar os exames laboratoriais, exames de equipamentos, em tecnologia dura no lugar deles, que não é o cuidado, que é outra coisa, enfim, acho que temos, hoje, nos temos que esperar um pouco...(L26-L29, P8; L33-L34, P8; P1-P19, P9).

Entende que o programa “Articuladores da Atenção Básica” tem uma capilaridade junto ao município que possibilita tais ações, mas que para isso é necessário uma política que fortaleça e que mantenha este trabalho.

E1: Talvez essa capilaridade do próprio articulador da Atenção Básica consiga fazer isso junto com o município mas pra isso é importante ter uma política de apoio que faça com que esse programa não termine, faça com que ele se fortaleça. (L20-L22, P9).

Também entende que sendo o articulador mais qualificado do que os demais profissionais do DRS, os mesmos acabam sendo solicitados para fazer outras coisas, mas que não é possível fazer tudo. É necessário antes de tudo acreditar e investir no projeto.

E1: Vocês acabam sendo profissionais desejáveis pra fazer todas as coisas, as mesmas coisas que você quer da atenção primária, você quer que a atenção primária seja também tudo, não dá pra ser tudo, se quiser tudo tem que investir nisso, tem que acreditar no projeto e investir no projeto. Tem que querer. Então nós estamos numa crise de querer, eu acho.(L5-L9, P10).

Por fim refere que há experiências muito interessantes em outros estados que estão impactando nos indicadores de saúde e considera que São Paulo, por ser um estado tão importante no contexto do Brasil tem a obrigação de apresentar uma política que proporcione esta atenção primária de qualidade.

E1: ... tinha uma coisa que eu estava pensando dos processos de regionalização, enfim, eu acho que tinha muita coisa legal pra fazer mas eu acho, que se você tem um política, tem uma clareza do que a gente vai querer eu acho que é uma pena a gente jogar isso fora. Tem experiências boas por ai, no Rio de Janeiro, não sei se é por causa da Atenção Básica, mas no Rio de Janeiro tá tendo resultados interessantes inclusive em queda de taxa de cesárea, um monte de coisas, por quê? Porque investi. Acho que era isso também. E São Paulo tinha uma obrigação de ser um Estado diferente e fazer alguma coisa diferente. (L17-L24, P10).

Um dos entrevistados apresenta como uma preocupação, a necessidade deste programa acompanhar também o município de São Paulo, além dos municípios do interior. Argumenta que São Paulo representa um quarto da população do estado e apresenta muitas dificuldades que precisam ser enfrentadas, como as questões das Organizações Sociais de Saúde (OSS) que operam a Atenção Básica e a alocação de profissional para as regiões mais periféricas, onde há grande concentração de população, muita violência e os piores indicadores.

E2: Então, enfim, eu tenho no momento a preocupação, além desse conjunto de Estado, a preocupação com o município de São Paulo, que enfim, é um quarto da população do Estado e é muita situação muito complexa porque não adianta... quer dizer, a gente tem hoje divergências partidárias entre governo do Estado e governo do município de São Paulo, então a gente tem várias ordens de problemas pra fazer efetivamente uma parceria, é, mas eu não acho que vale a pena desistir não, a gente precisa, o município deve ter uma percepção de problemas, ele tem uma dificuldade grande de lidar com as OSS que operam a atenção básica porque cada um faz de um jeito um pouquinho diferente, e não é a toa que deu essa crise na região sul da cidade, porque enfim, nós temos grandes dificuldades e às vezes não é só a dificuldade de falta de técnica ou de falta de sabedoria, né? Mas a dificuldade, por exemplo, objetiva de alocar profissional num bairro que fica a 30km do centro do centro da cidade. É fácil fazer o cara andar 50, 60 km numa estrada novinha em

folha pra ir de um município e trabalhar num outro município, mas pra andar 30 km no transito de São Paulo é muito complicado, então há uma dificuldade de deslocar as pessoas pra essas regiões e a atenção básica... os piores indicadores a gente sabe, são exatamente das regiões periféricas então isso preocupa e preocupa muito porque é uma população grande que tá.... Assim, submetida a essa situação, de ser periferia de uma região metropolitana, porque é muito mais complexo, por exemplo, morar em Santa Fé ou num município da região de Santa Fé, que aparentemente é ermo, mas é fácil o acesso, as pessoas não relutam tanto em ir pra lá, não tem uma questão de violência, você vai na região do Boi Mirim, Jardim Angela, os médicos são assaltados, os enfermeiros são assaltados, todo mundo tem medo de ir pra lá, até os Cubanos que estão indo pra lá tem medo ali da região porque eles já foram assaltados também. [risos] Eles também estão querendo não ir, eles já perceberam a questão da violência na região metropolitana, então tudo isso é um problema e a gente não tem uma formula pronta pra isso, mas a gente vai precisar enfrentar e a gente vai precisar de alguma forma se aproximar da gestão municipal, a gente vai ter que fazer em algum momento uma parceria ou uma combinação de esforços, etc.(L1-L30, P10).

Um dos entrevistados entende que a atual gestão do estado está priorizando a atenção de média e de alta complexidade e as gestões dos hospitais, se referindo ao programa Hospitais Sustentáveis. Refere que apesar de ser necessário, os recursos financeiros são limitados e não priorizados na atenção básica. A priorização se apresenta apenas em alguns projetos como os descritos anteriormente, que são financiados pelo BID. Finaliza dizendo que é necessário aporte financeiro para a atenção básica e isto é que define se há prioridade ou não com determinadas ações.

Quando você vai conversar com o Secretário, por exemplo, ele fala essencialmente, ele está preocupado essencialmente com a atenção de média e alta complexidade e com a gestão dos hospitais, no estado de São Paulo, não é à toa que foi montado lá o programa dos sustentáveis, enfim, é uma preocupação de organizar a assistência hospitalar, de melhorar o financiamento, e melhorar o acompanhamento do desempenho desses hospitais, melhorar a gestão financeira dos hospitais, melhorar o aproveitamento dos leitos, isso é sempre uma preocupação justa e necessária porque de fato eu tenho uma assistência hospitalar mal organizada, com alguma ociosidade

que precisaria ser recomposta, etc, etc. Só que aí ao fazer isso, e os meus recursos financeiros limitados seja em momento de crise ou seja em momento sem crise eu sempre tenho recurso limitado, esses recursos caindo a maior parte deles direcionados pra assistência hospitalar, então a gente tem uma dificuldade de tornar a atenção básica como uma prioridade, ela entra as vezes como prioridade mas num projeto restrito como por exemplo, o projeto do BID, o projeto do BID é uma sinalização de uma preocupação com atenção básica e com a gestão da rede de serviço, com certeza isso tem um impacto na atenção básica naquela região. Agora isso não se estende pro resto do estado automaticamente, eu vou precisar ter uma aporte de recursos, porque quem dá prioridade é o financeiro, quer dizer, uma prioridade sincera tem dinheiro, eu só falar que eu me importo com isso e eu não disponibilizar recurso financeiro significa que eu não deu de fato a prioridade, ela ficou apenas num desejo, mas ela não se transformou efetivamente em prioridade. Então a gente tem essa dificuldade. E nesse ano, 2015, 2016 e que então a gente tem corte de orçamentos em todas as áreas, tanto na área hospitalar quanto na área da atenção básica a gente vai ter dificuldade, vai ter dificuldade de incrementar coisas, etc, o único dinheiro que já está garantido é o dinheiro do BID, por enfim, isso já um compromisso anterior então não tem como se furtar ele, mas o resto fica sujeito a disponibilidade do Estado, então, assim, são poucos as preocupações atuais da gente em relação ao município de São Paulo, as regiões metropolitanas, e a questão da dificuldade que a gente vai ter de transformar isso em prioridade efetiva. (L3-L33, P11).

6 DISCUSSÃO

Procuramos abordar elementos que contribuam para a compreensão do trabalho do Articulador da Atenção Básica como um importante ator na gestão de saúde do Estado de São Paulo que se propõe a contribuir na qualificação da Atenção Primária em Saúde, procurando também trazer subsídios para a discussão sobre as práticas deste profissional no enfrentamento de demandas atuais da atenção Básica do SUS.

Os AAB elegem dois principais desafios a serem enfrentados: inadequação dos **modelos assistenciais da atenção Básica**, e precariedade na **organização dos processos de trabalho** na Atenção Básica. Estes problemas foram considerados como os que apresentam maior possibilidade de intervenção, entendendo que o Articulador da Atenção Básica está preparado, qualificado tecnicamente para promover mudanças junto aos municípios, como também compreendendo que o este profissional traz como sendo sua atribuição, o conhecimento do contexto de cada município para propor soluções adequadas e modelos de atenção mais eficazes, procurando auxiliar a gestão e as equipes de saúde no conhecimento do seu papel na Atenção Básica. Também é sua atribuição participar ativamente dos processos de organização da Atenção Básica nos municípios, atuando como orientador das diretrizes e normas estabelecidas.

É necessário problematizar as tensões entre desafios e competências dos AAB.

Desde a Conferência Internacional de 1978, que a declaração de Alma Ata aponta que os cuidados primários de saúde são essenciais e devem ser baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e da comunidade, mediante sua plena participação, considerando a promoção e proteção da saúde dos povos como essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial. (OMS, 1978).

O que sabemos, no entanto, é que no Brasil o caminho para estruturar este nível de atenção esbarrou em diversos fatores de ordem social, político e econômico, com interesses conflitantes, que interferem nos seus rumos e que incluem uma luta constante, onde o modelo médico assistencial hegemônico tende a se sobrepor sobre o modelo proposto no SUS e pela PNAB.

Conforme destaca Campos (2006), o sistema como um todo não sofreu as transformações esperadas, como também não correspondeu aos anseios da população, uma vez que muitos problemas ainda persistiram. Destaca que os Programas de Saúde, uma vez

que sua operacionalização era baseada em especialidades de cada área técnica, fortaleceu a fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas, reproduzindo um atendimento especializado, muito próximo do ambiente hospitalar, comprometendo as propostas da Atenção Primária à Saúde, do vínculo entre usuários, famílias e profissionais e acrescenta, ainda, a falta de qualificação dos profissionais para trabalhar segundo os princípios da Atenção Primária à Saúde e a baixa remuneração.

Os AAB elegeram como outro problema, que também consideramos interdependentes de ações dos AAB e de outras áreas, a **falta de estrutura das equipes de saúde, que atuam com o mínimo de profissionais e com qualificação insuficiente**, e que se reflete na qualidade do cuidado ofertado e nos resultados obtidos. Os AAB demonstram um grande empenho em orientar a gestão para estruturação de suas equipes em relação ao provimento de recursos humanos necessários, e estimulam e se envolvem diretamente em atividades de educação permanente, mas o enfrentamento desse problema requer claramente outras estratégias simultâneas a essa. As necessidades de qualificação das equipes dependem de uma Política de Educação Permanente apropriada às realidades da Atenção Básica nas diferentes regiões, o que também precisa de financiamento adequado pelas três esferas de governo.

Pode-se afirmar assim que mesmo os desafios considerados como sendo passíveis de intervenção e atribuíveis como tarefas dos AAB, apresentam limites para seu enfrentamento em função da interdependência com ações e medidas de integração loco regionais.

Porém, os problemas que apresentam pouca ou nenhuma possibilidade de intervenção, considera-se que os contextos de resolução abrangem decisões de macro políticas, não só da área da saúde como também de outras áreas, como é o caso dos problemas **“Dificuldade para contratação de RH, devido a Lei de Responsabilidade Fiscal”** e **“Entidades formadoras não qualificam profissionais para o SUS/AB”**. Apesar do articulador, não conseguir trabalhar para resolver o problema de uma forma direta, o seu trabalho de apoio constante junto aos gestores equipes de saúde e nos colegiados de gestão regional, permite incluir as discussões referidas nas diversas rodas onde participa o que proporciona debates frequentes e maior elucidação do problema. Neste campo também está relacionado o grande desafio que consiste as políticas de saúde para a qualificação da atenção básica, que se manifestam omissas e que não atendem as necessidades dos territórios e de suas populações, tanto por parte do governo Federal, como pelos governos estadual e municipal.

Podemos entender melhor quando Levcovitz, Lima, e Machado (2001), fazem o seguinte apontamento quanto às dificuldades para a efetivação do SUS:

Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído. Acrescente-se, ainda, a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das ideias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais (LEVCOVITZ, LIMA, E MACHADO, 2001, p.275).

Ainda percorrendo os caminhos dos desafios, ao referir sobre os principais determinantes dos problemas apontados, os mesmos são identificados com frequências semelhantes e dizem respeito: **aos modelos assistenciais** na Atenção Básica que não seguem as diretrizes da PNAB; **aos gestores de saúde dos municípios com pouco domínio das técnicas de gestão e com muito envolvimento político partidário, com pouca autonomia e substituídos com frequência**; **aos cursos de graduação e seus currículos que não preparam o profissional** para atuação na Atenção Básica/SUS; **aos profissionais de saúde que não se fixam** na atenção básica devido à ausência de uma política de Cargos, Carreiras e Salários; **ao financiamento insuficiente** do SUS; **às políticas de saúde do Estado de São Paulo não apresentarem um projeto** de intervenção que valorize a atuação na Atenção Básica.

No entanto, nos chama a atenção, o fato de que alguns dos determinantes apontados também foram referidos como principais problemas, o que pode representar uma limitação deste estudo, uma vez que, ao responder o questionário individualmente, o AAB relacionou os seus determinantes referidos na segunda resposta com os problemas que referiu na primeira resposta, ou seja, cada determinante referido estava relacionado com o problema referido. Desta forma, ao fazer a o tratamento descritivo para realizar a análise quantitativa e categorial dos dados apresentados, perde-se o caráter individualizado e relacionado da resposta, o que talvez nos daria a possibilidade de outra análise, porém diante deste contexto, o que nos permite analisar é que enquanto para alguns participantes eles se configuram em problemas, para outros se configuram em determinantes e vice e versa.

Partindo agora para as potencialidades deste programa, neste período de trabalho do AAB, apesar dos muitos problemas apontados, considerando que alguns problemas citados anteriormente, são agora observados como principais avanços nesta questão analisada, os AAB relataram que no período de trabalho deste programa houve aumento da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, de equipes de atenção Básica e de NASF, o que ocorreu em vários municípios. Da mesma forma também houve maior cobertura de

CAPS, CEO e de Atenção Domiciliar. O Programa “Mais Médicos” também foi um avanço observado, assim como os processos de avaliação da qualidade dos serviços ofertados no território, pelo MS e SES/SP (PMAQ e QualiAB). Nestes contextos o AAB estimulou e orientou os gestores dos municípios para participarem dos programas, oferecendo apoio nas diversas etapas realizadas.

Para entender esta situação apresentada, que ora é problema, ora é avanço, é necessário considerar que desde a implantação do programa, os Articuladores desenvolvem junto à gestão e às equipes, um trabalho contínuo de apoio, de sensibilização e de orientação para a implantação das políticas de saúde. Houve de fato avanços em vários municípios, no entanto estes são pontuais, não hegemônicos e principalmente porque os avanços ainda não estão consolidados, uma vez que em muitas situações dependem de determinadas políticas de saúde, como por exemplo, ter o médico na ESF através do programa “Mais Médicos”.

É importante ressaltar considerando o que Castro e Machado (2012) referem sobre a atenção Básica, através do modelo da Estratégia de Saúde da Família permaneceu na agenda do Ministério da Saúde durante os anos 2000, com expressivo destaque no período de 2003 a 2010, como tema presente nos principais documentos oficiais, que enfatizam a importância da atenção básica para a mudança do modelo de atenção e a efetivação do acesso universal e integral no SUS. A valorização dessa política na agenda federal, durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, culminou na publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, e da inclusão da atenção básica como um dos eixos prioritários do Pacto pela Vida.

Viana (2005) também considera que apesar dos grandes desafios há uma evolução contínua da expansão do PSF, assim como o crescimento de sua aceitação pelos usuários e de sua importância nas esferas governamentais fatores que respaldam o seu objetivo de consolidar a reorientação do modelo assistencial nos moldes preconizados pelo SUS e pela Carta de Alma-Ata.

Ainda versando no campo das potencialidades, dois principais mecanismos foram identificados através dos quais houve a influência do trabalho dos articuladores nas melhorias da Atenção Básica, sendo eles, o **apoio que realiza junto às equipes e aos gestores** e as **discussões realizadas sobre a Atenção Básica em espaços formais de discussão**. A primeira vem fortalecer o seu papel enquanto consultor, sendo uma das suas principais atribuições, apoiar o desenvolvimento da capacidade de gestão da Atenção Básica e participar ativamente dos processos de organização da Atenção Básica nos municípios, atuando como orientador das diretrizes e normas estabelecidas. A segunda reforça o seu papel de

comunicador: saber ouvir, propor, negociar soluções e participar nas reuniões específicas na Sede do DRS e nas Comissões Intergestores Regional (CIR).

No tópico de potencialidades, temos as situações problemas em que o trabalho do articulador contribuiu para a solução dos mesmos, onde os AAB apontam com preponderância em suas respostas que a sua maior contribuição está na organização dos processos de trabalho das equipes, com aproximação das diretrizes da PNAB, apresentando destaque principalmente nas ações que envolvem a assistência à gestante e à criança, com impacto positivo em alguns indicadores, principalmente o da mortalidade infantil em regiões onde estava com altos coeficientes.

É pertinente afirmar que os articuladores são conhecedores das dificuldades que encontram para qualificar a atenção básica, sendo elas de maior possibilidade de intervenção ou não, porém reconhecem que houve consideráveis avanços na atenção básica desde que iniciou o seu percurso no programa, muitos deles atribuíveis ao trabalho que realiza, apresentando situações específicas em que o impacto foi observado.

O que é oportuno destacar a diversidade das regiões e municípios do estado de São Paulo que se apresentam com maiores desafios, como dificuldades socioeconômicas, epidemiológicas, demográficas, de estrutura de gestão e de equipes.

O que parece revelar é que a maioria dos AAB considera que seu trabalho tem cumprido as finalidades propostas, mas ao mesmo tempo definem como problemas atuais muitos dos avanços descritos e atribuídos a seu trabalho, ou seja, apesar de alguns avanços os problemas permanecem.

Principalmente a partir do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), um maior investimento no processo de regionalização vem sendo reconhecido como necessário para a superação das dificuldades encontradas para o fortalecimento da Atenção Básica. Viana et al (2012) apontam que a construção da regionalização na saúde é um processo político, condicionado pelas relações estabelecidas entre diferentes atores sociais (governos, organizações, cidadãos) no espaço geográfico, admitindo múltiplos partícipes, e requer o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território. Nesse sentido, pode-se esperar tensões, inclusive no interior do próprio estado.

A implantação do programa “Articuladores da Atenção Básica” se apresenta como uma política de saúde e traz a intencionalidade de resgatar o papel do estado enquanto estruturante para o desenvolvimento de ações que compõem a Atenção Primária em Saúde, por entender que a APS se fundamenta em muitas fragilidades e que estabelece adversidades

para o SUS, o que vem a repercutir também nos demais serviços de média e alta complexidade, o que diante do processo de regionalização que se configura, o fortalecimento da atenção básica é fundamental.

Conforme Mendes (2011) apresenta.

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS. (MENDES, 2011, p.83)

Considera-se, para isso que o principal papel do Articulador é o de apoio aos gestores e às equipes da atenção básica, com acompanhamento frequente, através de visitas aos municípios, realizando as intervenções “in loco”. Estes profissionais selecionados para o trabalho são provenientes da mesma secretaria e com experiência acumulada na Atenção Básica.

Os entrevistados entendem que houve contribuições para qualificação da atenção básica, mais evidenciadas em determinadas regiões, onde há grupos de profissionais com maior capacidade técnica, porém, o trabalho do Articulador, em geral, proporcionou várias contribuições no apoio à gestão, na organização das suas ações, na articulação da rede e no apoio às equipes de saúde. Destaca grande visibilidade e reconhecimento deste trabalho em situações epidemiológicas específicas, como no enfrentamento das epidemias de dengue, na redução da Mortalidade Infantil, com efetiva ajuda aos municípios para organizar a sua assistência, com impacto nos indicadores de saúde.

Outro aspecto a ser considerado é que há um reconhecimento da competência do trabalho do articulador tanto no DRS, quando sua presença é solicitada em várias demandas, quanto na própria secretaria, que a exemplo deste, reproduz outros programas de gestão, como Articulador da Saúde da Mulher e Articulador da Humanização.

Um dos pontos fortes do programa é a capilaridade que apresenta junto à gestão de saúde e às equipes de saúde dos municípios, pelo seu caráter de aproximação constante, através das visitas “in loco”, o que também proporcionou a formação de vínculos de confiança

e reconhecimento, ao passo que o gestor municipal ia compreendendo os objetivos do trabalho.

Apesar da ausência de avaliações formais e de comprovação através dos indicadores de saúde, a partir de todos os relatos apresentados, no sentido geral, é possível perceber que houve muitas contribuições e que faz a diferença para a qualificação da atenção básica, no entanto há muitas dificuldades que se apontam para o seu desenvolvimento. Assim também apresenta Doricci (2014):

Apesar de compreendermos a prática do articulador como potencial gerador de novos entendimentos e de novas práticas, reconhecemos aspectos negativos contextuais que os impedem de atingir esse ideal. Aspectos, muitas vezes, determinados por questões macrocontextuais e macropolíticas, como a cultura, os discursos amplamente compartilhados, a formação profissional, o contexto sócio-histórico, as contradições políticas, dentre outros (DORICCI, 2014, p. 131).

A estrutura dos municípios pequenos, com equipes de atenção básica pouco qualificadas, com quantidade insuficiente de profissionais e com gestores municipais de saúde, com preparo insuficiente para a gestão da atenção básica, assim como os municípios maiores, que apesar de já terem equacionado os problemas decorrentes da estrutura e apresentarem profissionais em quantidade suficiente e gestores qualificados, ainda apresentam concepção de saúde pública na lógica do modelo biomédico e médico-centrado, privilegiando os serviços especializados de maior densidade tecnológica, são situações que dificultam a qualificação da atenção básica. Soma a estas dificuldades a formação dos profissionais e a cultura arraigada no modelo médico centrado e que ainda se mantém hegemônico.

Diante das potencialidades deste programa é considerado pelos coordenadores como o mesmo se encontra frente à priorização das políticas de saúde da SES, em relação à atenção básica, observando que houve mudanças neste projeto político, de quando o mesmo foi concebido e de como atualmente está sendo conduzido.

Entende-se a necessidade do estado se posicionar firmemente na direção do fortalecimento do programa, considerando que tem se apresentado estratégico na construção das redes de atenção à saúde, na implantação das linhas de cuidado, na regulação, na qualificação da Atenção Básica, sendo fundamental o resgate deste papel junto aos municípios o que implica também em financiamento para a atenção primária, com processos de educação permanente e apoio técnico aos seus profissionais, além de uma política de reposição de recursos humanos.

Há uma preocupação da coordenação em proporcionar a continuidade do programa, que mesmo na ausência de financiamento e de políticas que o priorizem, reconhece a sua necessidade junto à atenção básica dos municípios e em vista ao panorama que se desenhou procura outras possibilidades, como trabalhar com alguns projetos que envolvem a atenção básica em algumas regiões de saúde, com financiamento do BID, e desta forma envolver todos os profissionais do programa.

Tanto nas respostas dos articuladores, como nos discursos dos coordenadores é de entendimento de todos que o programa “Articuladores da Atenção Básica” tem grande potencial de estruturação para a qualificação da atenção básica e mesmo diante de todas as adversidades, realizou avanços e contribuições importantes, porém os interesses pela qualificação da atenção básica esbarram nos contextos sociopolíticos que se configuram, tanto na gestão federal, como na estadual que ora avançam, ora se distanciam da Política Nacional da Atenção Básica.

Estes movimentos macrocontextuais, macropolíticos, somados a falta da cultura da cidadania, da baixa participação social, possibilita estes movimentos de vai e vem que fragilizam a atenção básica, o SUS, potencializando a lógica da medicina curativista, médico centrado e dificultam que os avanços deste trabalho sejam de fato consistentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante ressaltar as limitações decorrentes deste recorte metodológico, entendendo que a produção de sentidos é contextual e relacional, onde aquele que a produz dialoga com discursos compartilhados com suas vivências pessoais, teorias de aporte, dentre outros aspectos. Dentre as várias construções possíveis, optamos por destacar alguns aspectos do programa “Articuladores da Atenção Básica”, focando as suas fortalezas, suas fragilidades e as necessidades para ampliar o seu potencial.

Há um entendimento final, através das análises realizadas de que o programa “Articuladores da Atenção Básica” apresenta grande potencial de estruturação para a qualificação da atenção básica e apesar de não ter sido realizada uma avaliação formal, das diversidades, realizou avanços e contribuições importantes. Por outro lado também há um entendimento de que os problemas a que se propõe enfrentar ainda se constituem como grandes obstáculos e que muitas vezes a superação dos mesmos não se encontra no nível de possibilidades da atuação deste profissional. É necessário que haja integração entre estados e municípios, onde ocorra o esforço de diálogo e de cooperação na construção de um processo de gestão que consolide as necessidades da Atenção Primária à Saúde, atenta ao processo contínuo de construção do SUS.

O trabalho que o AAB realiza, apresenta maior influência nas micropolíticas dos serviços de atenção básica, com capilaridade junto às equipes de saúde, nas organizações dos processos de trabalho, promovendo a coerência das ações propostas pelo SUS, mas este trabalho que se visualiza e que ocorre mais pontualmente em alguns municípios, é contra hegemônico, atuando num campo minado, uma vez que o contexto das macropolíticas geralmente segue em direções contrárias.

Há um projeto comum que tem se empenhado para desenvolver o que está descrito pelo SUS, na lei 8080 e na PNAB, o que além deste ideário, apresenta um arcabouço jurídico que também é técnico político, mas estruturar o SUS e este nível de atenção esbarra em diversos fatores, com interesses conflitantes de projetos em disputa que contrapõem a esse ideário e que se expressam em questões, muitas vezes de ordem político partidária.

Estes contextos das macropolíticas, onde o modelo médico assistencial hegemônico tende a se sobrepor ao modelo proposto pelo SUS e pela PNAB, incluem uma luta constante, constituindo-se assim não apenas num grande desafio, mas numa grande ambição do Programa Articuladores da Atenção Básica. É um trabalho que requer enfrentamento diário em relação a ações muito estruturadas no cotidiano dos serviços, que não pode ser isolado e

sim somar-se a outras ações que corroborem no mesmo sentido, tanto no nível das micropolíticas dos serviços como em relação às articulações necessárias entre o gestor estadual e municípios, para que se possa avançar na direção de uma atenção primária mais resolutiva e de maior qualidade.

O que sabemos é que o SUS existe na prática, no cotidiano da vida das pessoas e que precisa ser constantemente construído, mas baseado em muitas discussões.

O programa “Articuladores da Atenção Básica” está próximo desta realidade, é fato que apresentou várias contribuições, é fato que encontra vários desafios, mas para qualificar a atenção básica precisa ser fortalecido enquanto uma estratégia de gestão que venha resgatar o papel do gestor estadual no desenvolvimento de ações que compõem a Atenção Primária em Saúde, para que diante do processo de regionalização que se configura, a atenção básica esteja estruturada e fortalecida, através do diálogo e da cooperação entre estado e municípios.

Desta forma é necessário que o estado se posicione mais firmemente nesta direção, considerando que tem se apresentado estratégico na construção das redes de atenção à saúde, na implantação das linhas de cuidado, na regulação, na qualificação da Atenção Básica, o que implica também em financiamento para a atenção primária, com processos de educação permanente e apoio técnico aos seus profissionais, além de uma política de reposição de recursos humanos.

Diante das fortalezas e fragilidades que se configuram também se apresenta necessário que o controle social aconteça na prática, no entanto, o que se observa é que a participação e o controle social não estão efetivados em plenitude. Contribui para isso a falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população continue pouco participativa, sem conhecer os seus direitos e sem exigí-los. Esta realidade potencializa a lógica do modelo médico-assistencial privatista, dificulta que os avanços sejam de fato consistentes, com vistas a perpetuar a fragilidade do SUS, da Atenção Primária à Saúde.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. C. & CASTANHEIRA, E. R. L. Cooperação e Apoio Técnico entre Estados e Municípios: a experiência do programa Articuladores da Atenção Básica de São Paulo. **Saúde e Sociedade**. Vol. 20, nº 4, São Paulo. Out/Dez. 2011.
- AROUCA, A. S. S. O Dilema Preventivista. **Tese de Doutorado**. Universidade Estadual de Campinas, 1976.
- AXELSSON, R. & AXELSSON, S. – **Integration and collaboration in public health**. Int. J. Health Plann. Manage, 21: 75-88, 2006.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2004; 13(1):15-24. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3177084&pid=S0034-8910201100010002300003&lng=es .Acesso em 18/07/2016.
- BARRETO JÚNIOR I. F.; SILVA Z. P. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva** 2004 julho; 18(3):47-56., disponível em <http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24778.pdf>>. Acesso em 18/07/2016.
- BARRETO, M.L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.9- no.2, Rio de Janeiro Apr./June, 2004.
- BASTOS, P. S. H. Memórias e histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo. Temas em Saúde Coletiva, **Instituto de Saúde**, São Paulo. 2015. 272 p.
- BODSTEIN, R. et al. Estudos de linha de base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (ELB/PROESF): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, jul./set. 2006.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988. Recuperado em 15/07/2016, de: file:///C:/Users/Administrador/Downloads/constituicao_federal_35ed.pdf
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Distrito Federal** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. 262 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 04/07/2016.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis>. Acesso em: 28 jun. 2013.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002**. Brasília, DF: 2002.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 2.087. Institui o **Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)**. Brasília, DF: Dez. 2011. Recuperado em 09/07/2016, de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 1996**. Brasília, DF: jan. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Fundação Nacional da Saúde, 1994. Recuperado em 09/07/2016, de: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> >

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / **Ministério da Saúde**, Brasília: 76 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2006. Recuperado em 09/07/2016, de: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BASTOS DE PAULA, S. H. Memórias e histórias da Atenção Básica do Estado de São Paulo. São Paulo: Instituto de Saúde. **Temas em Saúde Coletiva** 17, 2015. 272 p.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Bras Med Fam e Com** 2006; 2(6):131-147. Disponível em: <file:///C:/Users/Administrador/Documents/doutorado/Campos%202006%2036-32-1-PB.pdf>. Acesso em 05/04/2016.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 n. 2, mar./abr. 2007.

CAPOZOLLO, A. A. **No olho do furacão**: Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família. 2003. 299 f. Tese (doutorado) - UNICAMP, Campinas, 2003.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 1986. Disponível em: www.opas.org.br. Acesso em: 25. Fev.2016.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 477-506, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/05.pdf> . Acesso em: 09 de abril de 2016.

CASTANHEIRA, E. R. L. **Gerência do Trabalho em Saúde**: Desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

COELHO, I. B. **Formas de pensar e organizar os sistemas de saúde**: os modelos assistenciais em saúde. In: CAMPOS, G. W. S; GUERREIRO, A. V. P. Manual de práticas de atenção primária: saúde compartilhada e ampliada. São Paulo: Hucitec, 2008. 96 p.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento): 191-202, 2002.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (Suplemento): S7-S27, 2008.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: Unicamp, 2001.

COSTA, N. R. Inovação Política, Distributivismo e Crise: A Política de Saúde nos Anos 80 e 90. *DADOS – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 479-511, 1996.

CUNHA, J. P. P; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: CAMPOS, F.E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L.M. (ORG.). **Cadernos de Saúde: Planejamento e gestão em saúde**. v. 1. Belo Horizonte: COOPMED, 1998. p. 12-26.

DAWSON, LORD OF PENN. Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services 1920 [Lord Dawson of Penn]. SOCIALIST HEALTH ASSOCIATION, Manchester, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/resources/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson--of-penn/> Acesso em 12/05/2016.

LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V. e VIANA, A. L. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 7. 2012.

DORICCI, G. C. **A Prática dos Articuladores da Atenção Básica**. Comunicação e mudança do modelo de atenção em saúde. Dissertação de Mestrado apresentado à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/ USP. Ribeirão Preto, SP, 2014. 155p.

ELIAS, P. E.; FERREIRA, C.W.; ALVES, M. C. G.; COHN, A.; KISHIMA, V.; Escrivão Júnior, A., et al. Atenção básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por extrato de exclusão social no Município de São Paulo. **Ciência e saúde Coletiva**, 2006; 11: 633-41.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Education Today**, 2004; 24: 105-112.

GUEDES, J.S. SUS: projeto político de mais de uma geração, processo social em permanente construção. **BIS. Bol. Inst. Saúde**, ed.esp., p.30-32, 2008. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151818122008000400010&lng=pt>. Acesso em 15/05/2016.

HOCHMAN, G. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. In Educar, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Editora UFPR. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>>. Acesso em 21/06/2016.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de Saúde: Uma Política Social. In: GIOVANELLA, L. ET AL. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª Edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 23-64, 2012. 1110 p.

LAURELL, A. C., NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário**. São Paulo: Hucitec, 1989. 333 p.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D. & MACHADO, C.V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva** 6 (2): 269-291. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>>. Acesso em 13/06/2016.

MANZINI-COVRE, M. L. **O que é cidadania**. Brasiliense. Coleção Primeiros passos. São Paulo. 2006.

MASCARENHAS, R. S. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, S. P., 7: 433-46, 1973. Recuperado em 25/04/2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v7n4/12.pdf>>. Acesso em 12/04/2016.

MARSIGLIA, R. M. G. Comentário: Curso de Saúde Pública em um semestre. **Revista de Saúde Pública**, S.P. 2006; 40 (5): 778-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000600005>. Acesso em 02/07/2016.

MATTA, G. C., FAUSTO, M. C. **Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas**. In: Morosoni, M. V., Corbo, A. D. organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. p. 107-50

MELO, R. J. **Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde: Os Discursos Ideo-Políticos do Ministério da Saúde**. Dissertação (Mestrado) em Política Social. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória. Espírito Santo. 2009. 209 p.

MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J.; DEMARZO, M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: Origens e Diferenças Conceituais. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MELLO, G. A.; IBÁÑEZ, N.; VIANA, A. L. D. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p. 853-866. 2011.

MELLO, G. A. Pensamento Clássico da Saúde Pública Paulista na Era dos Centros de Saúde e Educação Sanitária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. 46(4): p. 751-58, 2012. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n4/rv3506.pdf>>. Acesso em 18 de abril de 2016.

MENDES, E.V. - **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. (org.) 1993. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. Hucitec - Abrasco, São Paulo - Rio de Janeiro.

MENDES, E. V. Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, 9(2): 177-184, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n2/09.pdf>>. Acesso em 29 de fevereiro de 2016.

MINAYO, M. C. S., “**O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde**”, S.P.- R.J., Hucitec- Abrasco, 1992.

MOTA, A.; SCHRAIBER, L. B. Primary Care in the Health System: debates from São Paulo in a historical perspective. **Saúde e Sociedade**. 2011; 20(4): 837-52. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/03.pdf>>. Acesso em 10 de abril de 2016.

NUNES, E. D. Cem anos do relatório Flexner. **Ciênc. Saúde Col.** ,v.15, supl.1, p. 956-956, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/001.pdf>>. Acesso em 22/04/2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: **CONFERÊNCIA Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978. Disponível em:<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 09. Fev.2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**. Washington, D.C., 1964. Disponível em: <<http://hist.library.paho.org/English/SPUB/42178.pdf>>. Acesso em 18/04/2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. In: **Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde**, 2005. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf. Acesso em: 09 de fevereiro de 2016.

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L. & MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet Série Saúde no Brasil** (1), 11–31. 2011.

PAULUS, JR. A., CORDONI, JR. L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev Espac Saúde**. 2006; 8(1):13–9. Recuperado em 29 de fevereiro de 2016. Disponível em: <http://www.professores.uff.br/jorge/v8n1_artigo_3.pdf>. Acesso em 22 de março de 2016.

PEIXOTO, S. G. D. P.; ROCHA, F. F. Impactos da política de atenção básica de saúde: uma análise a partir dos municípios da Região Sudeste. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.sebh.ecn.br/seminario_6/sebh_artigo_Fabiana.pdf>. Acesso em 26 fevereiro de 2016.

PINZÓN, C.E. Paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. **Acta Méd. Colombiana**, v.33, n.1, ener./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v33n1/v33n1a7>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2016.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>. Acesso em 26 de fevereiro de 2016.

PRETI, D. F. Análise de textos orais (4º Ed), **Série projetos paralelos**, v1. São Paulo: Humanitas, 1999.

RIBEIRO, P. T. A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009; 13 (3): 819-828.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Tradução, Marcos Fernandes da Silva Moreira e José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SALA, A.; LUPPI, C.G.; SIMÕES, O.; MARSIGLIA, R.G. **Integralidade e Atenção Primária à Saúde**: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* São Paulo, v.20, n.4, p.948-960, 2011.

SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 912-926, jan. 2011. ISSN 1984-0470. Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29727>>. Acesso em: 03 de julho de 2016.

STARFIELD, B. - Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, **UNESCO/Ministério da Saúde**, 2004.

SÃO PAULO (Estado). Decreto n. 24.923, de 17 de março de 1986. Altera a estrutura dos Departamentos Regionais de Saúde, adequando-os às Regiões de Governo criadas pelo Decreto nº 22. 970, de 29 de novembro de 1984. Diário Oficial (Poder Executivo) do Estado de São Paulo. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 03 de julho de 2016.

SÃO PAULO (estado). Resolução SS n. 61, de 14 de junho de 2011. (2011). Dispões sobre o Programa de Apoio Técnico à Atenção Básica em Saúde (ABS) do Sistema Único de Saúde-SUS no estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá outras providências correlatas. **Diário Oficial (Poder Executivo) do Estado de São Paulo**, n. 112 DOE de 15/06/2011, seção 1, p. 115. Disponível em

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.jun.11/Iels112/E_R-SS-61_140611.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2015.

SÃO PAULO (estado). Resolução SS n. 187, de 05 de dezembro de 2008. (2008). Dispões sobre o Projeto de Apoio Técnico de Saúde (ABS) do /SPSUS no estado de São Paulo, monitoramento e avaliação da Atenção Básica e dá outras providências correlatas. **Diário Oficial (Poder Executivo) do Estado de São Paulo**, n.7 DOE de 13/01/2009, seção 1, p. 28. de

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.dez.08/iels233/E_RS-187_051208.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2015.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS. **Comunicado 001/2009**. Disponível em:

<http://sistema.saude.sp.gov.br/sde/documentos/atencao_basica_edital.pdf>. Acesso em 22 de novembro de 2015.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS, 2009. Articuladores da Atenção Básica. Folder.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS. Articuladores da Atenção Básica. Papéis e atribuições. Disponível em:

<<http://www.saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-recursos-humanos/arquivo-morto/articuladores-de-atencao-basica-papeis-e-atribuicoes>> acesso em 03 de setembro de 2016.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. Agenda do Gestor Municipal de Saúde no Estado de São Paulo. Organizando o sistema a partir da atenção básica. 2009. Disponível em: <

<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/material-tecnico-de-suporte/agendas-do-gestor-municipal-de-saude/>>. Acesso em 09 de julho de 2016.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica do Estado de São Paulo – **QualiAB 2010**. Disponível em: <<http://sistema.saude.sp.gov.br/atenbasica/apresenta.php>>. Acesso em 09/07/2016.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. Agenda do Gestor Municipal de Saúde no Estado de São Paulo. Organizando o sistema a partir da atenção básica. 1ª edição revisada 2010: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/material-tecnico-de-apoio/agendas-do-gestor-municipal-de-saude/>>. Acesso em 09/07/2016.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE. **Selo Boas Práticas em Atenção Básica**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/acontecendo-na-atencao-basica/selo-boas-praticas>>. Acesso em 09/07/2016

SILVA JÚNIOR, A. G., ALVES C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C., CORBO, A. D. A., **organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ; 2007. p. 27-41.

SUMAR, N., FAUSTO, M. C. R. F. **Atenção Primária à Saúde**: a construção de um conceito ampliado. *J Management Primary Health Care*. 2014;5(2).

TEIXEIRA, CF e SOLLA, J. (orgs). Modelo de atenção à saúde: Promoção, Vigilância Saúde da Família, **CEPS-ISC - EDUFBA**, Salvador, Bahia, 2006. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/f7/pdf/teixeira-8523204008.pdf>. Acesso em 09 de abril de 2016.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225-264, 2005.

VIANA, A. L. D.; IBANEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; LIMA, L.D.; ALBUQUERQUE, M. V.; IOZZI, F. L. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, A. L. D. & LEVCOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In A. L.Viana, P. Elias, & N. Ibañez. (Orgs.), **Proteção social: dilemas e desafios**. Hucitec. São Paulo, 15-57, 2005.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; QUEIROZ, L.F.N. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Ciência & Saúde Coletiva, 17(7): 1903-1914, 2012

APÊNDICES**APÊNDICE A**
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 466/12-
CNS-MS)

O sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa chamada “**Potencialidades e desafios da gestão estadual na qualificação da Atenção Básica: a experiência do Programa “Articuladores da Atenção Básica” no estado de São Paulo**”, que pretende estudar o papel da gestão estadual na qualificação da Atenção Básica. Tem por objetivo específico caracterizar o trabalho dos articuladores da Atenção Básica e trazer subsídios para a discussão sobre as práticas deste profissional como importante instrumento de gestão da SES/SP, apontando diretrizes para o enfrentamento de demandas atuais.

O sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa por participar ou ter participado da gestão estadual do Programa Articuladores da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ou ainda, por ser um dos profissionais que compõe a equipe de articuladores.

A pesquisa consta de perguntas sobre contribuições deste programa para a qualificação da Atenção Primária dos municípios do Estado de São Paulo; dificuldades identificadas para que proporcione mudanças efetivas; potencialidades deste trabalho; perspectivas frente às atuais demandas e necessidades de qualificação da Atenção Primária. As entrevistas com os gestores estaduais serão gravadas e transcritas. Os profissionais que atuam como articuladores responderam a questionário anônimo por escrito e farão parte de um grupo focal que será gravado e transcrito.

O conhecimento dessas questões contribuirá para discussão do novo papel assumido pelos entes estaduais na qualificação da atenção básica e na articulação regional com os municípios.

Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não trará interferências trabalhistas de nenhum modo. Você poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo.

É garantido total sigilo do seu nome em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos.

Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608 / 1609.

CONCORDO EM PARTICIPAR DA PESQUISA

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: Valéria Mastrange Pugin Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Orientador: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Departamento de Saúde Pública Faculdade de Medicina da Unesp Campus de Botucatu
Anexo Verde, 2º and. Fone: (14) 3880 1347/1337. Email: elen@fmb.unesp.brPesquisador(a): Valéria Mastrange Pugin. End: Avenida José Munia, 7470, apto. 23, bl. G.
Jd. Vivendas, CEP: 15090-500 – São José do Rio Preto (SP). Email: vamastrange@hotmail.com
Telefones: (17) 3216 1231 (17) 9744 1231

APÊNDICE B**ROTEIRO PARA A ENTREVISTA****Coordenador da Atenção Básica da SES/SP.**

- 1) Qual o papel na SES/SP na qualificação da Atenção Básica do Estado?
- 2) Qual o objetivo da SES/SP ao implantar o programa Articuladores da Atenção Básica nos municípios menores de 100 mil habitantes do estado de São Paulo?
- 3) Quais as contribuições ou “avanços” da Atenção Básica que você identifica como sendo atribuíveis ao programa desde sua implantação até hoje?
- 4) Quais as dificuldades encontradas durante este período, para atingir maior qualificação da Atenção Primária?
- 5) Quais são as potencialidades que visualiza neste programa? Ou que seria necessário para ampliar seu potencial?
- 6) Quais os encaminhamentos necessários para prosseguimento do programa, frente as demandas atuais da Atenção Primária e da SES/SP.?
- 7) Deseja falar algo que não foi questionado?

APÊNDICE C**Questionário****Articuladores da Atenção Básica**

1. Enumere os principais problemas de AB que você identifica em sua área de atuação?
2. A partir de sua experiência de trabalho, discuta os principais determinantes dos problemas apontados?
3. Enumere os principais avanços da AB em sua região?
4. Você acredita que seu trabalho tem influenciado nas melhorias da AB da região? Por quais mecanismos?
5. Relate uma situação problema na qual o trabalho do articulador contribuiu para a solução?

APÊNDICE D

Principais problemas identificados pelos Articuladores da Atenção Básica, segundo frequência de citações. São Paulo, junho de 2015.

Principais Problemas	Frequência
Rotatividade de profissionais e equipes com descontinuidade das ações.	27
Gestores muitos envolvidos com a política, pouco comprometidos com a AB e sofrendo interferência da política local.	19
Profissionais contratados com pouco perfil (aptidão) para a Atenção Básica e com qualificação insuficiente, principalmente médicos e dentistas	19
Insuficiência de profissionais.	16
Predomínio na demanda espontânea em grande parte dos municípios.	15
Rotatividade de gestores.	14
Baixa qualificação dos gestores.	14
Financiamento insuficiente na AB para manutenção de alguns serviços e readequação de equipe.	14
Fragilidade nas ações de planejamento, de promoção, apoio matricial, poucas ações intersetoriais, Institucional e EPS, com pouca resolubilidade na AB.	14
Falta de planejamento da SES, falta de apoio, de financiamento e de uma política de Estado definida e facilitadora na condução da AB. Falta de foco no trabalho do AAB. Desvalorização da AB em relação aos demais níveis de atenção.	13
Não responsabilização e motivação dos profissionais.	12
Fragmentação do cuidado e dos serviços ofertados no território.	11
Processo de trabalho pouco organizado, com pouco ou ausência completa de acompanhamento e monitoramento das estratégias implantadas.	09
Baixa cobertura de ESF e AB, com ausência do processo de territorialização.	08
Modelo de atenção indefinido e difuso nas equipes AB.	07
Ausência do profissional médico.	06
Equipes de SF não atuam conforme o preconizado.	05
Baixa adesão aos programas e protocolos clínicos.	05
Região de saúde com deficiência nos serviços de referência de média e alta complexidade e de difícil acesso (Longas distâncias).	04
Perfil do gestor municipal de saúde.	03
Má utilização dos recursos financeiros.	03
Ausência de Coordenador da AB municipal e gerentes técnicos nas unidades.	03
Dificuldade para contratação de RH, devido a Lei de Responsabilidade Fiscal.	03
Dificuldade de implantação do e-SUS e integração dos vários sistemas de saúde.	02
Envolvimento em várias demandas de trabalho do DRS, que muitas vezes interrompem as ações do AAB.	02
Entidades formadoras não qualificam profissionais para o SUS/AB.	02
Falta de envolvimento e compreensão das redes; municípios investindo mais individualmente, o que enfraquece o desenvolvimento e efetivação das redes. Incapacidade da AB em ser a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.	02
Resistências de alguns municípios com relação às ações do DRS.	01
Falta de técnicos capacitados para alimentar os sistemas.	01
Dúvidas sobre os resultados do trabalho do AAB.	01
Falta de autonomia dos gestores.	01
Legislação atuando como estrangulamento para qualificação do SUS.	01
Conselhos de saúde pouco atuantes.	01
Alto índice de mortalidade infantil.	01
Muitos exames solicitados e realizados sem parâmetro e critério, encaminhamento à consulta especializada sem parâmetro.	01
Pouco posicionamento do gestor de saúde de pequeno porte em reuniões de CIR.	01

Participação do gestor e de profissionais em muitas reuniões e não socialização com equipe.	01
Ausência de um diretor clínico nos municípios menores.	01
Dificuldade de reuniões de equipe nos municípios com modelo de atenção tradicional.	01
	264

Fonte: Questionário dos AAB respondidos para a pesquisa.

APÊNDICE E

Frequência dos problemas identificados pelos AAB segundo três níveis de possibilidade de intervenção.

Problemas com maior possibilidade de intervenção	Freq.	Problemas que são interdependentes de ações do AAB e de outras áreas.	Freq.	Problemas que apresentam pouca ou nenhuma possibilidade de intervenção.	Freq.
Predomínio da demanda espontânea em grande parte dos municípios.	15	Profissionais contratados com pouco perfil (aptidão) para a Atenção Básica e com qualificação insuficiente principalmente médicos e dentistas	19	Rotatividade de profissionais e equipes com descontinuidade das ações.	27
Fragilidade nas ações de planejamento, de promoção, apoio matricial, poucas ações intersetoriais, Institucional e EPS, com pouca resolubilidade na AB.	14	Baixa qualificação dos gestores.	14	Gestores muito envolvidos com a política, pouco comprometidos com a AB e com interferência da política local. Perfil do gestor municipal de saúde. Falta de autonomia dos gestores.	23
Processo de trabalho pouco organizado, com pouco ou ausência completa de acompanhamento e monitoramento das estratégias implantadas.	09	Não responsabilização e motivação dos profissionais.	12	Insuficiência de profissionais.	16

Baixa cobertura de ESF e AB, com ausência de processo de territorialização.	08	Fragmentação do cuidado e dos serviços ofertados na Região de Saúde.	11	Rotatividade de gestores.	14
Modelo de atenção indefinido e difuso nas equipes AB.	07	Dificuldade de implantação do e-SUS	01	Financiamento insuficiente na AB para manutenção de alguns serviços e readequação de equipe.	14
Equipes de SF não atuam conforme o preconizado.	05	Envolvimento em várias demandas de trabalho do DRS, que muitas vezes interrompem as ações do AAB.	02	Falta de planejamento da SES, falta de apoio, financiamento e de uma política de Estado definida e facilitadora na condução da AB. Falta de foco no trabalho do AAB. Desvalorização da AB em relação aos demais níveis de atenção.	13
Baixa adesão aos programas e protocolos clínicos.	05	Resistências de alguns municípios com relação às ações do DRS.	01	Ausência profissional médico.	06
Má utilização dos recursos financeiros.	03	Falta de técnicos capacitados para alimentar os sistemas.	01	Região de saúde com deficiência nos serviços de referência de média e alta complexidade e de difícil acesso (Longas distâncias).	04
Falta de envolvimento e compreensão nas redes; municípios investindo mais individualmente, o que enfraquece o desenvolvimento e efetivação das redes. Incapacidade da AB	02	Conselhos de saúde pouco atuantes.	01	Ausência de Coordenador da AB municipal e gerentes técnicos nas unidades.	03

em ser a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde.					
Dúvidas sobre os resultados do trabalho do AAB.	01	Alto índice de mortalidade infantil.	01	Dificuldade para contratação de RH, devido a Lei de Responsabilidade Fiscal.	03
Muitos exames solicitados e realizados sem parâmetro e critério, encaminhamento à consulta especializada sem parâmetro.	01			Entidades formadoras não qualificam profissionais para o SUS/AB.	02
Pouco posicionamento do gestor de saúde de pequeno porte em reuniões de CIR.	01			Legislação atuando como estrangulamento para qualificação do SUS.	01
Participação do gestor e de profissionais em muitas reuniões e não socialização com equipe.	01			Ausência de um diretor clínico nos municípios menores.	01
Dificuldade de reuniões de equipe nos municípios com modelo de atenção tradicional.	01			Dificuldade de integração dos vários sistemas de saúde.	01
14	73	10	63	14	128

Fonte: Questionário dos AAB respondidos para a pesquisa.

APÊNDICE F

Principais determinantes dos problemas apontados pela frequência de citações

Determinantes	Freq.
Influência política na gestão de saúde, interesses diversos dentro do município;	20
Ausência de PCCS nos municípios. Salários pouco atrativos. Precarização dos vínculos empregatícios dos trabalhadores. Ausência de concursos públicos.	20
Formação dos profissionais com ênfase na especialidade, com conhecimento insuficiente sobre Saúde Pública, dificuldade de assumirem ações da Atenção Básica;	19
Gestores sem Perfil, sem qualificação quando assumem a gestão, com alta rotatividade e com pouca Autonomia	18
Financiamento do SUS insuficiente, principalmente na AB.	14
Fragilidade na gestão de atenção básica e de ações articuladas de fortalecimento da AB. Ex. EPS, apoio institucional, formação de pessoal, interesse público-privado. Desconhecimento dos princípios e diretrizes do PNAB;	14
Falta de motivação e comprometimento dos profissionais;	6
Rotatividade dos profissionais médico e de outros da equipe, com descontinuidade ao trabalho iniciado.	6
Resistência na mudança de modelo assistencial na AB, valorizando o Pronto Atendimento, a Média e Alta Complexidade. Médico centrado, com pouca atuação da equipe multidisciplinar	6
Estado tende a considerar AB da gestão municipal, não reconhecendo a importância de seu apoio, valorizando a média e alta complexidade	5
Setores do DRS com profissionais pouco atuantes e qualificados ocasionando grandes demandas de todas as áreas para o AAB em todos os trabalhos, o que desvia o foco do trabalho do AAB. Falta de apoio do DRS nas questões relativas à AB.	5
Falta de RH no SUS desde a sua formação, sendo agravado pela lei da responsabilidade fiscal.	5
Profissionais de saúde não formados na lógica das dimensões social e psicológica (somente na lógica da dimensão biológica e flexneriana	5
Ausência de acompanhamento contínuo do processo de trabalho e de gerência nas Unidades de saúde.	5
Desconhecimento das necessidades da população;	4
Desconhecimento de gestão financeira. Desvios e má gestão dos mesmos.	4
Ausência de trabalho articulado entre as instituições de ensino e os serviços de saúde do SUS.	3
Ausência de integração intra e entre os Serviços de Saúde (Rede), assim como entre os Sistemas de Informação.	3
Redes de atenção não saem do papel;	2
Região de saúde com poucos equipamentos de média e ausência de alta complexidade	2
Pouca força para operacionalizar o que se prevê na gestão de pessoas;	2
Baixa Cobertura de ESF com resistência dos municípios devido ao custo gerado.	2
Municípios com baixo nível sócio-econômico e com baixa participação social	2
Fragilidade na estrutura e organização das SMS dos municípios de pequeno porte.	1
Ajuda de custo para AAB viajar para os municípios não reajustado desde 2009.	1
Transição de modelos constituídos no Estado e decisão do MS de privilegiar ESF.	1
Estruturas Físicas das UBS com necessidades de adequações.	1
Total	176

Fonte: Questionário dos AAB respondidos para a pesquisa.

APÊNDICE G

SÍNTESE DAS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS COM AS UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO DOS DETERMINANTES.

US Problemas	US Determinantes
Modelos assistenciais na Atenção Básica não seguem as diretrizes da PNAB: não realizam a territorialização, são centrados no trabalho médico e na atenção à demanda espontânea, desenvolvendo-se modelos sem um projeto bem definido de atenção à saúde.	Modelos assistenciais na Atenção Básica não seguem as diretrizes da PNAB: não realizam a territorialização, são centrados no trabalho médico e na atenção à demanda espontânea, desenvolvendo-se modelos sem um projeto bem definido de atenção à saúde.
Precariedade da organização do processo de trabalho na AB. Ausência de planejamento, supervisão e matriciamento. Baixa adesão a programas e protocolos. Ausência de reuniões de equipe e de Educação Permanente em Saúde. Não seguimento das diretrizes propostas pela ESF.	Há dificuldades para a mudança do modelo Tradicional para a Estratégia Saúde da Família , sendo que o impacto financeiro com recursos humanos é considerado para tomada de decisão. Não promovem Educação Permanente em Saúde.
Dificuldade da gestão para construção do trabalho em rede, tanto em nível local como regional	
Gestores e Equipes de Saúde com baixa qualificação , frente à complexidade da atenção primária e com disponibilidade insuficiente de recursos humanos para as mudanças das práticas, o que reflete também no cuidado ofertado e nos resultados obtidos.	
Os municípios apresentam a atenção básica com equipes e profissionais insuficientes para dar conta da complexidade das demandas do território, com uma política de recursos humanos sem estabilidade para o profissional e remuneração adequada. Desta forma os profissionais, principalmente os médicos não se fixam em suas atividades. Também não possuem profissionais que podem potencializar as atividades dos demais trabalhadores, como o coordenador da atenção básica.	
Gestores de saúde dos municípios com pouco domínio das técnicas de gestão, e com muito envolvimento na política partidária local, sem autonomia para resolver os problemas de saúde da população e substituídos com frequência.	A política local interfere nas políticas públicas de saúde, fortalecendo os interesses diversos, descomprometida com as necessidades da gestão de saúde, promovendo desvios e má utilização dos recursos financeiros e humanos.
As políticas de saúde dos governos Federal e estadual para a qualificação da atenção básica se apresentam omissas e não atendem as necessidades dos territórios e de suas populações.	A política de saúde do Estado de São Paulo não apresenta um projeto de intervenção que valorize a atuação na Atenção Básica
A LRF se apresenta como um problema para contratação de profissionais atendendo as necessidades de Recursos Humanos na área da Saúde, uma vez que tem o limite dos municípios destinar até 54% da receita líquida para isso. Ao mesmo tempo é obrigatório investir no mínimo 15% do orçamento em Saúde, o que geralmente é superado e acaba impactando significativamente nos gastos dos municípios. Por outro lado os recursos do governo federal e estadual são insuficientes.	Os municípios apresentam dificuldades relacionadas ao financiamento das ações de saúde . Geralmente utilizam mais que 15% de recursos próprios, porém não consegue atender as demandas de saúde da população. A LRF determina que os municípios possam destinar até 54% da receita líquida para esses gastos. Por outro lado os recursos do governo federal e estadual são insuficientes. A insuficiência de recursos financeiros reflete na contratação e fixação de profissionais, nas estruturas físicas inadequadas das unidades de saúde e na qualidade da assistência.
	Fragilidade nas contratações. Ausência de PCCS,

	contratos ou consenso público.
	Os cursos de graduação para as profissões da saúde apresentam currículos que não preparam o futuro profissional para atuar na Atenção Básica/SUS com maior qualidade. Há um distanciamento grande entre a formação e a realidade dos serviços.

APÊNDICE H

PRINCIPAIS AVANÇOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SUA REGIÃO PELA FREQUÊNCIA DE CITAÇÕES

Principais Avanços	Freq.
Aumento da cobertura de ESF e ampliação da cobertura da Atenção Básica.	43
Qualificação das equipes de ESF para organização do processo de trabalho, com profissionais mais comprometidos no seu papel e entendendo a importância da AB na rede, através de discussões permanentes sobre o processo de trabalho, reuniões técnicas, educação permanente, com agendamento das consultas, implantação de instrumentos: Escala de Coelho, PTS, Genograma e Ecomapa nas unidades, como instrumento de classificação de risco e de vulnerabilidades. Promovendo a intersetorialidade.	18
Organização das LC da Gestante e Puérpera, Hipertensão e Diabetes, mas principalmente a Implementação da Linha de Cuidados a Gestante e Puérpera em todas as regiões de saúde, com realização dos testes rápidos. Em alguns locais, criação de equipes de planejamento familiar.	17
Participação da Atenção Básica nos espaços formais de discussão, nas CT e CIR, como pauta permanente do AAB, apresentando os assuntos referentes à AB, com discussão dos problemas e encaminhamentos necessários.	15
Apoio às equipes de AB – aumento NASF	12
Implantação do GTAB regional com discussão, troca de experiências e com pactuações com as equipes.	12
Participação nos grupos condutores para a elaboração das redes temáticas, Linha de Cuidado da Gestante, no NEPH e nos Centros Integrados de Humanização nas regiões. Trabalho integrado para melhorar o acolhimento na Atenção Básica	11
Com o Programa + Médicos, conseguiu ter um médico na ESF para desenvolver a estratégia como deveria ser.	8
Discussão das redes – papel da AB dentro do contexto	8
Melhoria na ambiência e estrutura física das Unidades, com implantação de salas de vacinas, Banheiros com acessibilidade, consultórios ginecológicos.	8
Melhora na qualidade de alguns serviços ofertados, organizando fluxo interno e de referência, com melhoria do acesso, implantação de protocolos e descentralização de serviços antes centralizados, como vacinação e assistência farmacêutica.	8
Impacto nos indicadores de Saúde em virtude da reorganização do processo de trabalho	7
Há credibilidade nas orientações do Articulador da Atenção Básica e reconhecimento do seu papel pelos gestores e profissionais das equipes de saúde.	6
Gestores com maior empoderamento do processo de trabalho na Atenção Básica.	6
Visitas contínuas e encontros com a equipe de Atenção Básica e gestores realizando discussões frequente sobre indicadores de saúde e necessidade de planejamento em saúde.	5
Diminuição ou redução da mortalidade infantil	4
Credenciamento, Implantação e adequação de CAPS, CEO e Atenção Domiciliar e de outros programas e serviços segundo as Diretrizes do Ministério da Saúde, como o ESUS.	3
Melhora na articulação entre outras áreas do DRS e os municípios	3
Melhoria da regulação, avaliação e controle.	3
Melhoria na utilização dos recursos financeiros	3

Apoio aos gestores (Plano Municipal de Saúde, Conferências municipais, Programação Anual, RAG, SISPACTO, E-SUS, etc.) com o Gestor realizando minimamente os processos de planejamento.	3
Aquisição de equipamentos e mobiliários com recursos federais e estaduais	3
Captação de recursos pelos programas do Ministério da Saúde e Estado	3
Diagnóstico situacional dos municípios e região, planejamento e propostas de ações.	3
Fortalecimento do vínculo dos profissionais (concurso).	2
Realização do processo de territorialização com a responsabilização da equipe pelos seus usuários e integralidade do cuidado.	2
Organização dos Conselhos Municipais	2
Redução das Internações por Causas Sensíveis a Atenção Básica	2
Implantação de serviços de Média e Alta complexidade em região com poucos serviços.	2
Estímulo á adesão ao QUALI AB e PMAQ e orientação quanto à organização dos processos de trabalho considerando o padrão de qualidade do estado e do MS respectivamente, promovendo qualificação dos serviços da AB e devolutivas quanto à certificação e padrões não alcançados.	2
Articulação do processo de implantação do Consórcio Intermunicipal de Saúde na região – Hoje em fase de implantação	1
Retomada do vínculo/aproximação com gestão municipal	1
Conferências Municipais de Saúde teve aumento dos municípios que executaram	1
Amostra Regional de Atenção Básica	1
Apoio à regionalização	1
Implantação de profissional coordenador da Atenção Básica	1
Fortalecimento do apoio do Estado aos municípios	1
Melhoria do acesso dos usuários	1
Região com alta taxa de Parto Normal	1
	233

Fonte: Questionário dos AAB respondidos para a pesquisa.

APÊNDICE I

INFLUÊNCIA DO TRABALHO DOS AAB NAS MELHORIAS DA AB DA REGIÃO, SEGUNDO MECANISMOS IDENTIFICADOS E FREQUÊNCIA DE CITAÇÕES.

MECANISMOS IDENTIFICADOS	Freq
Pela realização de visitas "in loco" estimulando o trabalho em equipe e monitoramento mensal de marcadores para os principais problemas da saúde na região. Considerando que a atuação da AAB é diretamente ligada à equipe de saúde municipal, o que possibilita o planejamento e acompanhamento e do processo de trabalho.	44
Pela criação do GTAB através do qual tem sido possível instrumentalizar as equipes, com o intuito de fortalecê-las em assuntos de relevância na região como: dengue, mortalidade infantil, SAMU e Oficinas diversas: ACS/ESF, SISPACTO, UAC municipal, Seminários, cursos de qualificação aos profissionais.	36
Pelo apoio direto aos gestores, proporcionando qualificação na construção e utilização dos documentos de gestão: Plano Municipal de Saúde, RAG e SISPACTO, Programação Anual, Mapas de Saúde, Qualis AB I e II, PMAQ e Requalifica UBS.	27
Pela presença em reuniões de CIR e CT, com pauta permanente de AB	24
Pelo reconhecimento do trabalho do AAB pela gestão e seus profissionais	12
Pela articulação entre os municípios, a região e integração destes com as equipes do DRS.	9
Pela participação nas construções de Redes Temáticas orientando os municípios	6
Utilizando-se de ferramentas de EPS nos espaços dos Centros Integrados de Humanização/NEPS	6
Através de discussão de ferramentas de gestão do cuidado, estudando os casos e fazendo PTS junto com as equipes; Clínica Ampliada, Fluxograma descritor, Organização de Unidades/territórios, Organização de agendas de atividades coletivas	6
Pela presença dos articuladores em outros espaços (Grupo Condutor Rede Cegonha, Comitê de Mortalidade Materno e Infantil).	5

No estímulo a adesão aos Programas instituídos pelo MS e SES;	5
Pelo Incentivo a implantação do NASF para apoiar as equipes de ESF;	3
Penso que a minha participação no processo faz a diferença, tendo os municípios se beneficiado com nossas intervenções, mas o impacto ainda é muito pequeno, pois a Atenção Básica se dá no “locu” municipal, sendo muitas vezes freado pelos interesses político partidário de gestores; existe também por parte de muitos uma idéia equivocada do nosso papel.	3
O trabalho do articulador influencia na organização da Atenção Básica: gestão, educação continuada e permanente e processo de trabalho.	3
Sim, apesar de não sermos executores, somos questionadores e acredito que nossa atuação maior é fazer com que gestores e equipes reflitam o seu papel e atuação na AB. Para que sintam a necessidade de organizá-la. Além de que ajudamos muito na reorganização do processo de trabalho das equipes municipais.	3
Pelas melhorias da área física, na ambiência/acessibilidade	3
Por ser única referência presencial e que tem o diagnóstico dos municípios e que eles tem confiança, porque mesmo o problema não sendo da AB, o gestor e equipe recebe orientações.	3
Mesmo que timidamente, é possível verificar uma leve melhora na participação e conhecimento dos gestores.	1
Pela melhoria de alguns indicadores	1
Na Orientação e sensibilização para fazer a Conferência Municipal de Saúde nos municípios.	1
Pela realização da Amostra Regional de Atenção Básica	1
Em certos momentos acredito que influencio nas melhorias e, em certos momentos, somos surpreendidos por indicadores negativos	1
Esta função apoio é que acaba dando um diferencial, pois por mais que não seja unânime, conseguimos colocar gestor, trabalhador para se conversarem. O próximo passo, trazer também o usuário.	1
Pelo apoio aos municípios mais frágeis	1
Pela contribuição para a construção da utilização da contra referência e a implantação da mesma no AME	1
Não acredito que tenha influenciado nas melhorias da AB da região. Os dados continuam os mesmos, o que aconteceu de influência é que todos se lembram do AAB por ser o único profissional que conhece toda a realidade.	1
	207

Fonte: Questionário dos AAB respondidos para a pesquisa.

APÊNDICE J

SITUAÇÃO PROBLEMA EM QUE O TRABALHO DO AAB CONTRIBUIU PARA SOLUÇÃO E A FREQUÊNCIA DE CITAÇÕES.

Solução das Situações Problemas	Freq.
Organização do Processo de Trabalho da assistência ao Pré Natal e à Criança com descentralização das ações de uma UBS para as demais equipes de SF. Orientação aos enfermeiros para o enfrentamento de situações na assistência à gestante, quando da avaliação de resultados de exame. Orientação para a utilização de Protocolo da LC Gestante e Puérpera, inclusive na conduta a ser adotada frente aos resultados dos exames. Início do pré natal precocemente com a implantação do TIG. Implantação dos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites em alguns municípios. Monitoramento das ações da Rede Cegonha. Diminuição da mortalidade infantil. Trabalho com os profissionais da AB e gestor para diminuir mortalidade infantil, envolvendo o planejamento do DRS. Foi realizado o mapeamento de todas as crianças e gestantes e ações voltadas para crianças e gestantes, assim como foi feito o fluxo para as maternidades de referência.	16
Municípios onde houve epidemia de dengue, discussão com cada ponto: assistência, notificação, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, assistência hospitalar conseguindo que o município fizesse o melhor para cada ponto e entendimento da importância do papel de cada um. Realização de Salas de situação de Dengue. Contratação de ACE em caráter de urgência, o trabalho intersetorial, a capacitação para manejo clínico, o entrosamento entre os vários pontos de atenção da rede, entrosamento entre os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate a Endemias, com	16

todos os ACS envolvidos no casa a casa, colaborando na remoção de criadouros.	
Avanço na implantação da ESF. O papel do AAB foi fundamental, pois envolveu desde escrever o projeto junto com o gestor, delimitação da área, processo seletivo público e contratação dos profissionais, bem como capacitação. Também ocorreu com a implantação de NASF. Houve todo apoio do articulador na implantação do serviço e funcionamento e desta forma houve aumento da cobertura de ESF.	6
Fragmentação do trabalho da AB com referência/contra referência – AME, SAMU, hospital. Diversos conflitos estão sendo trabalhados em reuniões de “Regulação” onde os AAB tem sido facilitadores do processo propondo os encontros, os desdobramentos, a discussão de protocolos nestes encontros e multiplicação das discussões junto às equipes. O grupo tem realinhado objetivos e sendo resolutivo em diversas questões referentes à oferta de vagas, contra referência; construção de protocolos, etc.	5
Dificuldade em desempenho dos papéis na Equipe de SF. Através de reuniões com todos os profissionais, gestor, e em algumas situações com o prefeito, para regularizar as situações pendentes, legalizar os problemas, implantar protocolos e programas, assim como organizar os fluxos. Organizar o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família para assumir a assistência integral com acolhimento da gestante, da criança, do adulto, do idoso e pediatria, independente da profissão.	4
Mudança no modelo assistencial/atenção. O município fazia assistência com foco no Pronto Atendimento, demanda espontânea. Não possuía clínico na UBS. Habilitou ESF e iniciou a implantação. Contratou médico do PROVAB/Mais Médicos que iniciou atendimento diferenciado baseado no cuidado. Definição de território e estabelecimento de vínculo com equipe.	4
Realizado Articulação para municípios recuperar recursos do Qualis UBS 1 que a gestão anterior havia devolvido. Maior acesso a recursos/financiamento com orientação nos projetos de implantação de equipes, incentivo a adesão a PMAQ, obras Requalifica UBS, Qualis UBS, NASF, PSE, dentre outros.	4
Organização da Atenção Básica nas Unidades Básicas/ESF de Saúde com articulação e apoio à Coordenação Municipal buscando a integralidade da Rede de Atenção Municipal nos diversos setores: gestão/regulação/assistência farmacêutica/pronto atendimento.	3
Reativando um grupo de AB e Humanização o qual está auxiliando o processo de atuação das equipes a partir da territorialização, Escala de Coelho e acolhimento. Um exemplo foi em um município o qual eles iniciaram a discussão de um caso complicado a partir da Escala de Coelho, genograma e Ecomapa. Conseguindo chegar na essência do problema familiar.	3
Nos processos diários de trabalho da AB; em parcerias com os gestores municipais, auxiliando na condução de tarefas como a pactuação do SISPACTO; SARGSUS; realização das Conferências Municipais.	3
Município estava há meses sem receber recurso de ESB e ESF e nem tinha notado. Quando fui mostrar o site do FNS para o novo gestor é que o problema foi descoberto. Ajudei identificar os erros. Para tanto foi preciso reunir digitador, responsável pelo CNES, enfermeiro, dentista, gestor... Todos tiveram noção do Processo de Informação (SIAB/CNES/Recurso Financeiro). Melhor utilização dos recursos da AB;	3
Articulação regional pela implantação do CAPS, Leitos de Internação em Hospital Geral para Saúde Mental, SAMU e na organização das Redes Regionais	2
Dificuldade da cogestão – trabalhadores/gestão; A partir de várias reuniões com estas representatividades melhorou vínculo e facilitou a organizar o processo de trabalho.	3
Integração Equipe DRS, Gestão, Equipes Municipais e Equipes do Consórcio.	2
Médicos atuando integral no horário em que a Unidade fica aberta e diminuição do absenteísmo dos profissionais.	2
Implantação do e-SUS, com oficinas no DRS como treinamento desencadeado por AAB e a participação do NAMR e setor de informática;	2
Monitoramento das ações da LC Obesidade	2
Discussão com os grupos técnicos sobre seus indicadores (AB);	2
Coordenação e articulação das Redes Cegonha, Linha de Cuidado de Sobre Peso e Obesidade, Rede de Paciente com Doença Renal Crônica, Rede de Oncologia.	2
Referência de exames para o hospital para dois municípios que estavam com dificuldades em cotas desencadearam reuniões no DRS com os gestores envolvidos e revisão da PPI.	1
Anterior à existência do Articulador no município a equipe do NASF funcionava de forma inadequada, não seguindo as diretrizes do Ministério e conseqüentemente com inúmeros problemas. Após iniciado o trabalho do AAB o apoio total do gestor foi possível, em parceria com os	1

profissionais da equipe, adequação do serviço e redução significativa de alguns indicadores, tais como taxa de suicídio e mortalidade infantil.	
Integrar áreas no DRS para realizar oficinas de AB com regularidade, com objetivo de fortalecer a AB pelo partilhamento de conhecimentos técnicos e de contextos.	1
Um município com aumento no caso de gestantes adolescentes me procurou para ver o que poderíamos fazer com este aumento de gestantes e juntos convidamos outros setores das comunidades (educação, Polícia Civil e Militar, igrejas, CRAS) onde ocorreu uma reunião para sensibilizar a todos e ver o motivo que estava levando as adolescentes a engravidarem. O grupo todo está trabalhando e fazendo PTS de cada caso. As enfermeiras fizeram protocolo de atendimento para estas gestantes adolescentes e estão acompanhando estas mais de perto para que elas tenham uma gestação segura.	1
Partindo do caso de sífilis congênita, discuti mais o processo de trabalho e conseguimos elaborar uma rotina de monitoramento da gestante inclusive com a participação do Instituto Adolfo Lutz – São José do Rio Preto	1
Resolução de conflito em equipes, centralização e reestruturação, implantação de ESF em municípios de pequeno porte. Maior município com territorialização errada há mais de 12 anos que foi toda refeita.	1
Apoio em toda/todos os pleitos estaduais e municipais;	1
Indicação de um responsável por município para AB (antes não existia)	1
Ampliação da taxa de hipertensos e diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde;	1
Reorganização do processo de trabalho na dispensação de medicamentos/distribuição indiscriminada de medicamentos – sem prescrição;	1
Os ACS de um município não queriam digitar os dados de e-SUS, e foi feito reuniões fortalecendo os coordenadores municipais para que a atividade acontecesse. O caso foi solucionado	1
Implantação do NASF – específico para o trabalho com as gestantes, em um momento em que o município passava por uma alta taxa de mortalidade infantil, foi ótimo servir de espelho para os demais municípios.	1
Transporte regional de amostras biológicas.	1
Convencer o Prefeito a colocar a ESF, em um prédio novo de fácil acesso que ele havia construído para fazer Ambulatório de Especialidades e a ESF funcionava nos fundos (quase porão).	1
Abertura de Salas de Reuniões com capacidade para treinamentos.	1
Implementação das reuniões de equipe que não estavam acontecendo e que através do trabalho do articulador, fortalecendo a importância das reuniões agora acontece.	1
Em João Ramalho – DRS11 – Presidente Prudente – RS. Alto Capivari. Uma das Estratégias Saúde Família ocupava o mesmo espaço que o “Postão”, onde o Prefeito, segundo o gestor, de maneira alguma concordava em separar, apesar dos inúmeros problemas que surgiam, foram várias reuniões para colocar pautas importantes e quais expectativas teríamos se a ESF funcionasse em outro espaço físico. Finalmente ele concordou, alugou outro espaço físico, a equipe ficou satisfeita, mais empoderadas, a população também reconheceu e aceitou a mudança. Creio que sem este papel do articulador, isto ainda não teria mudado e vários profissionais já não fariam mais parte da ESF.	1
Todos os Planos de Ação até o momento aprovados foram articulados e algumas vezes coordenados pelo AAB. Não havia técnicos do DRS na região apenas o AAB que era responsável por todas as interlocuções com o Estado.	1
Visão distorcida do papel da AB, ainda entendendo como um serviço para prevenção, consultas, etc. Hoje, apesar de muitas dificuldades, todos compreendem o papel da AB, como um lugar que deve resolver a maior parte dos problemas saúde.	1
Ausência de equipes completas, inclusive municípios sem enfermeiros em todas as UBS – hoje todos têm este profissional atuando	1
Capacitação dos ACS e ESF, uma vez que o CEFOR e o CDQ não dão respostas para essa demanda.	1
Específico para a região grande ABC. Projeto Qualis SUS Rede o articulador contribuiu tanto na fase de Projeto na elaboração e execução do eixo atenção básica;	1
	106

Fonte: Questionário dos AAB respondidos para a pesquisa.

APÊNDICE K.

UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO SOBRE O PAPEL DA SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE NA QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DO ESTADO E O SEU OBJETIVO AO IMPLANTAR O PROGRAMA ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA.

Entrev	Unidades de referências	Unidade de Significação
E1	A gente vinha de uma crise do papel do Estado, alias eu acho que a gente tem uma crise no processo de municipalização no papel do Estado dentro do SUS, eu acho que isso ficou fragilizado e acho que pouco a gente fez no sentido em recuperar porque a gente acabou meio que dividindo com as discussões entre... serviço de maior complexidade acabou ficando com o Estado, gerenciar, organizar e... e os serviços de menor complexidade o município acabou assumindo quase que integralmente, então a gente perdeu um pouco essa função e na minha época o que a gente tentava era reaproximar isso, pra tentar resgatar esse papel do Estado junto aos municípios.	O distanciamento da gestão estadual e o despreparo da gestão municipal são elementos que promovem uma APS que se fundamenta em muitas dificuldades e este estado de “crise”, traz a necessidade de repensar este papel, assim refere o relato dos dois entrevistados, quanto ao processo de implantação do programa Articuladores da Atenção Básica
E2	...quando o Barradas fez a preposição inicial, quer dizer, ele tinha a percepção de que os municípios, principalmente os pequenos, tinham baixa capacidade pra estar organizando as suas próprias equipes de atenção básica, suas próprias ações dentro do sistema e etc,	
E1	A organização em uma política implica em projeto financeiro, que a gente tinha um projeto financeiro bastante limitado, vamos dizer, mesmo assim a gente conseguiu investir, a gente aumentou o investimento no PAB-Fixo, a gente aumentou... o PAB-Fixo veio depois, a gente aumentou o investimento no PAB-Variável... ...repasse realizados tanto pelo Estado quanto pelo Ministério da Saúde que nos últimos anos aumentou de uma forma importante, então ao contrário do Estado os investimentos do Ministério da Saúde realmente foram investimentos que induziram modelos, induziram a melhoria na qualidade na Atenção Básica...	Para se realizar este projeto que tem como fundo de pano o apoio aos municípios para qualificar a Atenção Básica há necessidade de financiamento, que a principio estava previsto, apesar de bastante limitado, mas que teve investimentos no PAB variável e Fixo, porém no momento atual este financiamento está muito mais limitado, principalmente por conta da crise financeira.
E2	Na prática a parte financeira fica meio aquém do desejado, no momento atual, mais aquém do desejado ainda por conta da crise financeira, mas de qualquer forma com perspectiva geral, independente da crise financeira há uma sinalização de que o Estado deveria contribuir também financeiramente, quer dizer além do apoio técnico à gestão municipal a parte financeira.	
E1	A gente conseguiu montar um projeto político que é o projeto de articulação da Atenção Básica que eu acho que é um projeto que ficou historicamente, no sentido de	A Elaboração e implantação,

	<p>aproximar uma função que a gente considerava essencial que era o que? Apoiar a capacidade de gestão dos municípios em relação a Atenção Básica, então a gente tem essa coisa da Atenção Básica sempre muito fragilizada com uma compreensão sobre quais os caminhos, quais são as funções, quais são os papéis da Atenção Básica, o gestor municipal, principalmente dos municípios de menor número de habitantes tem uma compreensão também fragilizada em relação a esse papel, então a gente achava que era o Estado que exercia uma função mais importante no sentido da equidade, inclusive na gestão, pra esses municípios com menos de 100 mil habitantes. E foi nesse sentido que a gente caminhou tentando apoiar mais município com menos de 100 mil habitantes no Estado.</p>	<p>inicialmente projeto e atualmente programa Articuladores da Atenção Básica, se apresenta para apoiar a capacidade de gestão dos municípios em relação à Atenção Básica, pensando que a gestão estadual promoveria maior equidade para esses municípios com menos de 100mil habitantes.</p>
E2	<p>Olha, não é uma pergunta simples porque, assim, do ponto de vista formal a secretaria, ele é, assim, responsável como gestora estadual pelo espaço do Estado e obviamente isso é compartilhado com os municípios, então como gestão, ai teria basicamente dois tipos de preocupação, uma preocupação de financiamento e uma preocupação de estar acompanhando, qualificando e apoiando as gestões dos municípios em relação à atenção básica.</p>	
E1	<p>... era exatamente fortalecer esse apoio. Então a gente dividiu... acho que vocês tem toda essa informação, da maneira como a gente dividiu esses profissionais pelo Estado; a nossa ideia era poder ter um numero mínimo de profissionais pra cada 5 ou 6 municípios, era isso que a gente trabalhava, não era Valéria, na época? Eram 10 municípios, de tal forma que pudesse ter um apoio dos profissionais o tempo inteiro, e a gente pactuou na época a importância desses profissionais estarem no município, não ficarem dentro do DRS, isso pra gente era um princípio fundamental que se tinha que apoiar era apoiar pra ficar lá junto pra apoiar a gestão mesmo, pra ficar junto do gestor municipal, junto das unidades básicas, pra fazer esse tipo de discussão, era essa nossa proposta naquele momento, esse era o grande papel dos articuladores</p>	<p>Os Coordenadores da Atenção Básica referem qual o papel dos Articuladores em relação ao projeto, quando o mesmo foi criado: Inicialmente o projeto tinha como característica principal o apoio aos gestores e unidades básicas, no sentido do acompanhamento “in loco”, frequente. Para isso dividiu todos os profissionais para cada 10 municípios com a intenção de dar esse apoio o tempo inteiro.</p>
E2	<p>Olha, o programa de articuladores, ele entra nesse componente que vamos dizer assim apoio à gestão dos municípios, o programa, quando ele foi instituído ele já tinha, bem claro isso, quando o Barradas fez a preposição inicial, quer dizer, ele tinha a percepção de que os municípios, principalmente os pequenos, tinham baixa capacidade pra estar organizando as duas próprias equipes de atenção básica, suas próprias ações dentro do sistema e etc, então ele achou que tinha que ter articuladores pra estar trabalhando essa questão da organização dos municípios pra atenção básica.</p>	

E1	<p>...e a gente conseguiu selecionar profissionais, na grande maioria deles, que tinha um histórico de ter trabalhado em Atenção Básica antes do processo de municipalização e que acabaram ficando meio perdidos, ou entre os municípios ou em outras áreas da própria secretaria do Estado; a gente conseguiu resgatar esse profissional com essa política e a gente conseguiu, acredito eu...</p>	<p>O projeto é apresentado como uma política e apresenta o perfil dos profissionais para atuarem no mesmo. Os profissionais seccionados eram da própria secretaria e já apresentavam histórico de atuação na Atenção Básica antes do processo de municipalização, mas estavam espalhados pelos municípios ou outras áreas do estado, sendo subutilizados.</p>
E1	<p>...porque o projeto tá, com toda a fragilidade que é o que a secretaria enfrenta, esse projeto ainda existe, é um projeto reconhecido por toda secretaria do Estado, até onde eu sei, então eu acho que ele vem dando certo, desde que a gente montou.</p>	
E2	<p>Com o desenrolar do programa dos articuladores foram ficando mais claras algumas coisas que talvez não estivessem tão claras naquele momento inicial, a primeira questão que me parece que ficou mais clara ao longo dos anos é que esse apoio ele tem um leque de possibilidades maior do que foi imaginado no primeiro momento, ou pelo menos ficou mais claro de qual é esse leque de questões, que vão desde a função, assim, de articulação na atenção básica dentro do sistema regional, então articular as unidades básicas com as médias complexidades, com a assistência ao parto, com os laboratórios, etc, etc, que compõem toda a rede de serviço da região, então isso ficou claro no primeiro momento, principalmente a partir da implantação da linha de cuidados da gestante que isso ficou bastante claro para os articuladores que eles tinham que fazer esse trabalho de articulação, e mais recentemente ficou claro também que os articuladores precisariam também dar um apoio mais cuidadoso no trabalho das equipes de saúde de cada unidade básica, quer dizer, sem perder o pé neste outro pedaço da articulação.</p>	<p>Com o passar do tempo houve o reconhecimento do programa pela própria Secretaria, como também as suas possibilidades foram ficando mais claras e maiores do que foram imaginadas no início que vão desde a função da articulação na atenção básica dentro do sistema regional, ou seja, articular a atenção básica com as médias complexidades (Assistência ao parto, laboratórios, etc.) e mais recentemente ficou claro também que os articuladores precisariam dar apoio mais cuidadoso no trabalho das equipes de saúde de cada unidade básica.</p>
	<p>E eu acho que a questão dos municípios grandes que embora, supostamente, tenham uma capacidade de gestão maior, tenham equipes técnicas mais robustas, etc, etc, o que se verificou durante os anos é que esses municípios maiores também tem enormes problemas para operar a atenção básica e que então o apoio da gestão estadual seria sempre bem vindo em que pese a dimensão é diferente, vamos só citar um exemplo aqui do município de São Paulo que a questão de um mês, essa crise já existia evidentemente, mas ela foi tornada explícita pelo pessoa do DRS1 de que, enfim, a região sul do município de São Paulo estava com grande problema de acesso aos pronto socorros, a internação e ai, entre outras coisas, se viu a</p>	<p>Há aspirações de ampliação deste programa para o município de São Paulo. Mesmo tendo sua origem voltada para o apoio aos municípios pequenos, se verificou durante os anos, a necessidade de o programa apoiar os municípios grandes também, uma vez que as dificuldades na atenção básica impactam no resto do sistema e é necessário o estado partilhar com o município esforços para resolver os problemas, o que já vem ocorrendo em municípios com 200 ou 300 mil habitantes,</p>

	<p>fragilidade da organização da atenção básica na região, ou seja, faltam médicos, as equipes estão... as vezes não nem por incompetências do município, mas enfim, quem quer ir trabalhar lá no Jardim Angela? Né, então você tem dificuldade de contratar um médico pra lá, isso impacta no resto do sistema, enfim, há uma crise, e... o Estado tem que partilhar com o município os esforços pra resolver o problema, não adianta falar 'o problema é seu município, vire-se', então até no município como município de São Paulo a gente cada vez mais se sente na obrigação de dar apoio, então um município menor, com 200 ou 300 mil habitantes esse apoio já está sendo feito há algum tempo independente de uma formalização de que "olha os município acima também são"...E o município de São Paulo no fim não tem uma equipe de articuladores pra dar conta de uma população de 11 milhões habitantes e 500 unidades básicas, então na prática a gente não tem atuação de articuladores no município de São Paulo mas precisaríamos ter. E ai no caso do município de São Paulo eu precisaria pensar talvez numa equipe de articuladores mais robusta, não um articulador pra um município...Nem 4 ou 5, uma pra cada sub-prefeitura, eu precisaria mais do que isso, mas enfim isso ainda não está equacionado, isso ainda tá como um problema a ser equacionado.</p>	<p>independente de uma formalização. No caso do município de São Paulo não há atuação do programa, mas há a necessidade, com implantação de uma equipe grande de Articuladores, sendo ainda um problema para ser equacionado.</p>
--	--	---

APÊNDICE L

UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES OU "AVANÇOS" DA ATENÇÃO BÁSICA, ATRIBUÍVEIS AO PROGRAMA DESDE SUA IMPLANTAÇÃO ATÉ HOJE

Entrev	Unidades de referências	Unidade de Significação
E1	<p>... nas regiões onde a gente conseguiu ter um grupo de profissionais mais... com mais experiência, com mais expertise na Atenção Básica eu acho que a gente teve impactos importantes, desde a mudança da compreensão do que é Atenção Básica pelo gestor municipal, do investimento mais correto na Atenção Básica dos repasses realizados tanto pelo Estado quanto pelo Ministério da Saúde</p>	<p>O coordenador refere que em regiões onde há grupos de profissionais mais experientes na atenção básica houve mais avanços desde a mudança da compreensão do que é atenção Básica pelo gestor municipal, do investimento mais correto dos repasses realizados pelo MS e Estado, melhorias de indicadores de mortalidade infantil na região de São José do Rio Preto</p>
E1	<p>...no conceito da Atenção Básica, na maneira de utilizar o dinheiro e algumas experiências a gente teve uma melhoria de indicadores de forma concreta, lá em São José do Rio Preto a gente teve um exemplo bastante importante em relação a queda da mortalidade infantil na região, em relação a implantação de programas como prevenção pra sífilis, que a gente tem sífilis congênita no Estado como</p>	<p>(Votuporanga e Fernandópolis), que em 2008 e 2009 era muito, com a implantação da linha de cuidado da gestante e de programas como prevenção de sífilis congênita.</p>

	<p>uma questão importante.....</p> <p>...mas a gente sabe por relatos, a gente tem livros, a gente tem livros de experiências, a gente tem, pelo menos, dois estudos que apontam nessa direção: a melhoria do apoio, quer dizer, eu acho que se tivesse que dizer assim: realmente houve um apoio na gestão para os municípios, agora a gente tem muita...</p>	<p>Também refere que há relatos e pelo menos dois estudos que apontam que houve apoio na gestão para os municípios, em geral.</p> <p>Houve um trabalho explícito dos Articuladores no enfrentamento das epidemias de Dengue que foi fundamental e reconhecido de que ajudaram os municípios a organizar a assistência.</p>
E2	<p>em algumas regiões a gente claramente teve avanços e claramente esses avanços tiveram a participação dos articuladores, pega por exemplo a mortalidade infantil, lá na região de São José de Rio Preto mesmo, lá em Votuporanga, Fernandópolis que em 2008 e 2009 era muito alta, eu não tenho dúvida que houve um trabalho dos articuladores que ajudou os municípios a resolverem pelo menos parte dessa mortalidade infantil muito acima do restante do estado, que a gente tinha, lá também, desde o componente Neonatal já era grande, e os articuladores trabalhavam especificamente nisso a propósito da implantação da linha de cuidado de gestante, e teve uma melhora nos anos seguintes,</p>	
E2	<p>No caso da Dengue eu posso dizer que os articuladores ajudaram e tenho eu relatos específicos disso, ajudaram nos municípios em que a dengue teve numa situação epidemiológicas mais grave, ajudaram os municípios a organizar a assistência, então, isso eu tenho bastante conforto nesse sentido, em dizer, que enfim, ‘houve um trabalho explícito dos articuladores, reconhecido, de que a gente ajudou nessa organização’, então se eu quisesse resumir o trabalho, quer dizer, fazer um balanço, eu poderia considerar esses elementos todos, pra dizer que apesar de que a gente não tem nos indicadores gerais da atenção básica nada que diga especificamente que e trabalho dos articuladores mas eu acho que nos sentido geral dá pra ter, a partir de todos esses conjuntos de relatos inclusive, dos municípios, dá pra ficar bastante confortável de que os articuladores que o programa faz diferença.</p>	
E1	<p>Eu acho que todo mundo reconhece, gozado isso, porque quando a gente fala que o DRS ele quer contar com o trabalho dos articuladoras, ...então quando ele fala que ele quer contar com os trabalho das articuladoras pra organização das redes ele está reconhecendo o trabalho e a capilaridade que tem esse trabalho, não é isso? quando os programas... eles contam com as articuladoras e dizem assim: ‘ah, nos queremos contar com as articuladoras pra poder montar esse programa ou aquele programa’, tá reconhecendo a importância destes profissionais também. Quando a própria Secretaria de Estado ela reproduz</p>	<p>Também relata que há um reconhecimento deste trabalho quando estes profissionais são solicitados para atuarem no DRS em outras atividades, para organização das redes, para montar outros programas e quando a própria secretaria, a exemplo deste modelo, reproduz outros programas de gestão, como Articulador de desenvolvimento no RH, Articulador da Saúde da Mulher,</p>

	<p>modelos parecidos pra dentro da gestão... então hoje a gente tem articulador de desenvolvimento, no RH tem alguns articuladores, não é isso? na saúde da mulher também criaram alguns articuladores...</p> <p>...Então quando a gente também cria isso eu acho também que é uma forma de reconhecer que esse foi um projeto que deu certo.E acho que é o projeto que deu muito certo também por uma sacada, acho que uma experiência que veio do Barradas, que eu acho que é muito legal, porque a gente, na época quando a gente contratou os articuladores a gente tinha ideia de abrir um concurso e contratar pessoas ou até fazer uma parceria com as universidades e o Barradas ele disse ‘não, se você quiser que isso vá pra frente, isso tem que ser uma coisa institucionalizada’, que é uma coisa que o Gastão Wagner também diz do projetos de apoio institucionalizados, o apoio, e foi o Barradas que disse ‘vamos pegar funcionários do Estado e vamos criar um adicional que dê um significado pra esse projeto específico pra que a gente consiga ter esse profissional de forma específica pra exercer essa função junto aos municípios. Então eu achei que essa foi uma grande sacada, então a gente valorizou os nossos profissionais da secretaria de saúde, que tem muito profissional bom e acho que isso acabou, embora no primeiro momento a gente tivesse muita dificuldade, porque isso apareceu como um privilégio, que de uma certa forma foi um privilégio assumido pelo secretário da saúde, que disse ‘olha ao meu ver de alguma forma a Atenção Básica, ela tem que ser priorizada’, talvez não necessariamente com apoio financeiro tão grande como a gente esperava mas muito mais como apoio de gestão pra aqueles municípios que estão em pior condição.</p>	<p>Articulador da Humanização.</p> <p>Atribui avanço também na gestão da Secretaria Estadual da Saúde no momento da criação deste projeto, quando institucionalizou este trabalho com funcionários da própria secretaria, priorizando a Atenção Básica, talvez não com todo apoio financeiro necessário, mas como apoio às gestões municipais.</p>
E2	<p>no entanto quando a gente conversar com os gestores municipais, a presença dos articuladores ela é bastante consistente, todos os municípios falam da presença e apoio dos articuladores na organização das ações no município, seja em relação a essa articulação de rede seja em relação ao apoio às equipes, acho que varia um pouco de município pra município, acho que o talento do articulador mais por uma questão ou mais pra outra mas há uma unanimidade de que enfim, o articulador ajuda o município, então isso me parece que é significativo, porque se a figura do articulador fosse desconhecida pela maior parte dos gestores municipais eu com certeza diria ‘não fizemos diferença’, mas não é o caso, então nesse sentido eu tenho certeza que faz a diferença. Agora o quanto dos avanços são decorrentes dos articuladores é difícil eu responder.</p>	
E1	<p>,...então eu acho que tem vários aspectos aí, que a gente não chegou a ter uma avaliação, vamos dizer, mais formal em</p>	<p>Ao mesmo tempo referem que não se chegou a fazer uma avaliação formal do</p>

	<p>relação a isso porque é muito difícil, na verdade você definir um impacto direto entre o apoio que é realizado pelo articulador da Atenção Básica que é do DRS e ação que é desencadeada no município e todas as variáveis que estão no meio, então é muito distante você tentar aproximar essa relação em forma direta...</p>	<p>programa e que definir o quanto este programa apresentou de impacto é muito difícil, porque há muitas variáveis neste processo. Não consegue verificar se os resultados de melhoria de alguns indicadores estão relacionados ou não com o trabalho do AAB.</p> <p>Também referem que os avanços ocorreram mais em algumas regiões e relaciona a isso o fato de haver grupos de Articuladores com maior capacidade técnica em determinadas regiões.</p> <p>Há situações, porém, que independe do trabalho do AAB e que houve piora de alguns indicadores nos últimos anos, no estado de São Paulo e no Brasil como um todo, como é o caso da sífilis congênita e que essa mudança epidemiológica não foi adequadamente enfrentada pela atenção básica, mas isso não significa que houve uma piora da atuação do articulador.</p> <p>Por fim considera que, apesar de não ter nos indicadores gerais da atenção básica nada que diga especificamente que o resultado dos mesmos está relacionado diretamente com o trabalho dos articuladores, no geral é possível perceber, a partir de todos esses conjuntos de relatos inclusive dos municípios, que este programa trouxe muitas contribuições à atenção faz a diferença.</p>
E2	<p>A questão é a seguinte, o trabalho dos articuladores ele... é difícil a gente fazer uma avaliação do trabalho dos articuladores, por assim, se eu for pegar os indicadores relacionados à atenção básica eles são muito confusos em termos da gente verificar resultados nesses últimos 5, 6 anos,...</p>	
	<p>....em outras regiões isso não fica tão visível, você pega por exemplo, internações por condições sensíveis ela cai no estado de São Paulo inteiro, agora eu pergunto 'ela cai porque? Por causa da atuação dos articuladores? Ou cai porque enfim os municípios aprendem a gerir a atenção básica? É difícil de dar essa resposta, né, eu não tenho como separar o que que é um avanço propiciado pelos articuladores ou o que que é um avanço propiciado pela própria gestão municipal, então não tenho como dizer isso,...</p>	
	<p>E tem algumas questões da atenção básica que a gente teve piora nos últimos anos e também eu não vou culpar os articuladores, eu acho que a gente tem, assim, certas situações epidemiológicas que independem do trabalho da gente, por exemplo, sífilis congênita, a gente tem um momento da sífilis congênita no estado de São Paulo mas isso vai em paralelo aumento da transmissão da sífilis como um todo, na população paulista, e na população do Brasil numa forma geral a gente tem observado esse aumento, então eu tenho uma piora do indicador mas isso não significa que houve uma piora da atuação do articulador, mas isso eu tenho uma mudança na situação epidemiológica que não foi adequadamente enfrentada, isso eu posso dizer, 'bom a atenção básica não conseguiu enfrentar adequadamente essa onda de sífilis'.</p>	
	<p>então se eu quisesse resumir o trabalho, quer dizer, fazer um balanço, eu poderia considerar esses elementos todos, pra dizer que apesar de que a gente não tem nos indicadores gerais da atenção básica nada que diga especificamente que é trabalho dos articuladores mas eu acho que nos sentido</p>	

	<p>geral dá pra ter, a partir de todos esses conjuntos de relatos inclusive, dos municípios, dá pra ficar bastante confortável de que os articuladores que o programa faz diferença.</p>	
E1	<p>E os gestores... você vê, você tem os apoiadores do COSEMS que teoricamente fariam, mais ou menos, a mesma função, os apoiadores do COSEMS não tem a mesma capilaridade que os articuladores de Atenção Básica, e os gestores municipais eles tem uma maneira diferente de receber os articuladores da Atenção Básica, que foram chegando de uma forma também muito peculiar e a gente na época insistiu muito nisso, lembra, que a questão era a gente não se envolver com questões partidárias locais e saber que a nossa função era de apoio pra aquilo que o gestor precisasse; no começo ele olhou pra gente de uma forma estranha mas depois ele começou reconhecer e chamar vocês pro trabalho e por onde a gente passou na época? a gente pelo menos ouvia de uma maneira muito positiva a concepção que os gestores tinham e alguns falavam ‘pelo amor de Deus não me tira articulares de jeito nenhum, me ajuda muito, me ajuda muito’, então tem um reconhecimento grande também até onde eu acompanhei do próprio gestor municipal.</p>	<p>Faz uma comparação entre o COSEMS que também realiza um trabalho parecido, de apoio aos gestores e os Articuladores da Atenção Básica e destaca que o programa dos AAB apresenta mais capilaridade que os apoiadores do COSEMS e que também apresenta um grande reconhecimento por parte dos gestores, que foi crescendo a medida que se criaram vínculos de confiança e que perceberam o objetivo deste trabalho.</p>
E2	<p>no entanto quando a gente conversar com os gestores municipais, a presença dos articuladores ela é bastante consistente, todos os municípios falam da presença e apoio dos articuladores na organização das ações no município, seja em relação a essa articulação de rede seja em relação ao apoio às equipes, acho que varia um pouco de município pra município, acho que o talento do articulador mais por uma questão ou mais pra outra mas há uma unanimidade de que enfim, o articulador ajuda o município, então isso me parece que é significativo, porque se a figura do articulador fosse desconhecida pela maior parte dos gestores municipais eu com certeza diria ‘não fizemos diferença’, mas não é o caso, então nesse sentido eu tenho certeza que faz a diferença. Agora o quanto dos avanços são decorrentes dos articuladores é difícil eu responder.</p>	
E1	<p>Não de qualificar, porque assim, eu acho que nós fizemos... durante três anos a gente acompanhou vocês num projeto de desenvolvimento constante, monitoramento mensal, não é isso? a gente tinha muita atividade, a gente chamou todos os programas, todos os programas da secretaria foram chamados pra conversar, pra dizer quais eram as suas prioridades, a gente trabalhou com epidemiologia pra gente desenvolver as nossas habilidades na área dos bancos de dados pra gente poder fazer os nossos diagnósticos e investigações e avaliações,</p> <p>....Eu falo que eu errei porque eu achava que a gente podia ter trabalhado... como a gente ficou muito tempo no projeto</p>	<p>Os articuladores passaram por muitos processos de qualificação e de educação permanente, com um projeto de desenvolvimento constante e monitoramento mensal, onde todos os programas foram discutidos, trazendo suas prioridades, sendo amplamente desenvolvido o seu potencial.</p> <p>O entrevistado considera que os articuladores receberam uma grande</p>

	<p>de desenvolvimento, ele podia ter sido um curso de especialização pra vocês, como a gente trabalhou mais de 3 anos, muitas horas vocês podiam ter saído de lá formada numa especialização, com uma especificidade em saúde pública e mais em atenção primária porque vocês trabalharam muita coisa e a gente não pegou leve não, a gente pegou pesado.</p>	<p>carga horária de educação permanente para o desenvolvimento de suas habilidades, o que poderia ser certificado através de um título de especialização. Lamenta que o mesmo não foi realizado, considerando isso um erro da coordenação.</p>
E1	<p>A gente criou o QualiAB como instrumento de avaliação importante que hoje é o foco do meu doutorado, traz um monte de informação bárbara....</p> <p>Em 2015 deve ter um segundo QualiAB, a segunda aplicação do QualiAB, daí eu acho que vai dar pra fazer uma comparação no Estado de São Paulo entre como era o Estado de São Paulo em 2010 ou 2011, que a gente aplicou QualiAB e como é que vai ficar em 2015 e 2016 que provavelmente é o que a gente aplica aqui em São Paulo, então eu acho que isso vai dar uma visão muito importante dos processos de trabalho que a gente... nunca teve no Estado um documento... um projeto dessa forma;</p> <p>o QualiAB também foi muito legal por causa disso, porque aplicava o QualiAB, mesmo o PMAQ, aplicam e vocês apoiam, vê quais são as deficiências, faz proposta de desenvolvimento, discute com o RH, então esse projeto ele é um projeto que ele consegue caminhar bem nessa história.</p>	<p>O entrevistado faz referência ao Programa de Avaliação e Monitoramento dos Serviços de Atenção Básica do Estado de São Paulo (QualiAB) que foi apresentado em 2011 com a proposta de desenvolver mecanismos de estímulo à melhoria da qualidade da Atenção Básica no Estado, com o envolvimento ativo dos gestores municipais e das equipes locais de saúde. Foi um instrumento auto aplicável, “on line”, que avaliava a qualidade dos serviços (questionário QualiAB) sendo respondido pelas equipes das unidades básicas, a partir da adesão do gestor municipal de saúde.</p> <p>O entrevistado apresenta uma expectativa positiva em relação ao mesmo ser reaplicado em 2015 e 2016 e nos resultados que serão apresentados, o que possibilitará uma comparação de como estava o estado de São Paulo antes e como está agora em relação aos processos de trabalho das equipes, com a atuação dos Articuladores da Atenção Básica durante este período. Refere também que esta avaliação foi muito importante para dar visibilidade aos processos de trabalho das equipes de atenção básica no estado de São Paulo, o que outrora nunca houve.</p> <p>O entrevistado faz referência ao trabalho que o articulador desenvolveu em relação a utilização destes instrumentos de avaliação (QualiAB e PMAQ) tanto para que houvesse a adesão dos gestores e equipes para a auto avaliação, quanto para o levantamento dos problemas e proposição de ações para alcançar a qualidade esperada, através do apoio constante, como também nas devolutivas dos resultados alcançados.</p>

	o QualiAB é muito diferente do PMAQ a meu ver...Ele é um instrumento auto aplicado então ele envolve a equipe de uma outra forma...	Faz uma comparação entre os instrumentos de Avaliação do Ministério da saúde – PMAQ e o QualiAB, considerando que o último proporciona maior envolvimento da equipe para ser aplicado.
E1	... então acho que todas as coisas de alguma forma foram contribuindo pra que naquela época a gente tivesse um projeto voltado pra melhoria, mesmo, da Atenção Básica, pobreza financeira a gente sempre teve mas a gente tinha um projeto e a gente conseguia fazer outras coisas também porque a gente conseguiu ter, por exemplo, selo de qualidade de alguma forma, então a gente estava andando; tinha agenda do gestor que era uma coisa que também o gestor valorizava porque era passado. Também funcionava de uma certa forma como um tipo de desenvolvimento porque ali o gestor tinha acesso a informações que iam desde... lembra que a gente falava ‘gestor, você que está chegando, o que que você precisa saber?’, e vocês iam lá e reforçavam a conversa.	Entende que apesar do programa não ter um financiamento favorável, várias outras ações foram desencadeadas e que contribuíram para a melhoria da atenção básica no estado, como o processo de avaliação das unidades básicas de saúde através do QualiAB; O Selo “Boas Práticas em Atenção Básica”, que visava reconhecer o esforço realizado por equipes de Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde - UBS) com o objetivo de melhorar a qualidade do cuidado e responder de maneira mais resolutiva as questões apresentadas pelos usuários das diferentes unidades que prestam serviço na atenção básica; A Agenda do Gestor destinado aos novos prefeitos eleitos e gestores municipais de saúde, que trazia aspectos relevantes da gestão municipal do Sistema Único de Saúde – SUS e suas relações com a gestão estadual e federal do sistema e que também buscava contribuir no processo de melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

APÊNDICE M

UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO SOBRE AS DIFICULDADES ENCONTRADAS PARA ATINGIR MAIOR QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Entrev.	Unidade de Registro	Unidade de Significação
E2	Eu acho que são várias questões. Primeiro lugar: dos nossos 645 municípios a grande maioria deles são municípios pequenos, e eu não estou falando só de município de 5 mil, tô falando tanto município de 20 mil habitantes ele ainda é pequeno do ponto de vista de ter uma equipe de atenção básica robusta, a maior parte desses municípios nem secretaria da saúde tem, tem diretor da saúde e coisa assim, e quando você vai, assim, ver o perfil desses gestores uma boa parte deles não entende nada de saúde, e você conhece... nem de saúde e	A maioria dos municípios do estado é de pequeno porte populacional e não possuem equipe de atenção básica capacitada e com quantidade de profissionais suficientes para atender as necessidades de saúde. Em relação à gestão, muitos nem apresentam estrutura de secretarias adequadas. Outra grande dificuldade é o perfil dos gestores municipais de saúde, com

	<p>nem de gestão, e nem de saúde pública e muito menos de redes de serviços e de SUS, isso significa que já é uma primeira dificuldade pra organização da atenção básica, ou seja, a baixa qualificação do... quer dizer... e o preparo insuficiente dos municípios pra enfrentar a questão da atenção básica, né? Então acho que esse é um cenário importante, mas os municípios menores não tem muito isso.</p>	<p>preparo insuficiente para a gestão da atenção básica, sem conhecimentos na área da gestão e da saúde, muito menos de redes de serviços e de SUS.</p>
E1	<p>Então eu acho que eu já falei um pouco disso, acho que a primeira dificuldade é essa variação nas políticas públicas, da gestão, a gente fica muito sujeita a essa mudança de gestão ai muda o gestor, muda a concepção que ele tem de tudo e ai ele deixa de investir aqui e passa a investir acolá, etc...</p>	<p>Ficar sujeito às mudanças nas concepções da gestão das políticas públicas de saúde é apontado como outra dificuldade. Em cada momento os interesses de cada gestor se apresentam com uma determinada característica.</p>
	<p>e além disso eu acho que a gente tem um problema financeiro e ai eu ponho a responsabilidade tanto no estado quanto no município, como no próprio ministério da saúde que a atenção básica não se faz com pouco dinheiro, se eu juntar os recursos do PAB federal com os recursos estaduais, os recursos municipais isto ainda é pouco pra fazer uma atenção básica de qualidade, pra fazer assistencialismo talvez seja suficiente, até deve ser porque tá operando e não foi a falência, mas pra fazer uma coisa com maior qualidade e com melhor capacidade resolutive eu preciso investir mais do que isso, então não adiante só falar: “ah eu preciso organizar a gestão, a gestão tá ruim então eu preciso organizar a gestão”, bom pra organizar a gestão também precisa de dinheiro, pra organizar a gestão eu preciso, não só ter gestores mais qualificados mas eu preciso que esses gestores tenha bala na agulha pra qualificar as equipes de saúde e isso não se faz sem dinheiro também, então não é surpreendente que a nossa atenção básica ainda, de alguma forma, engatinhe.</p>	<p>Há dificuldades relacionadas ao financiamento da atenção básica que é insuficiente, onde tanto o Estado como o MS não apresentam uma política de financiamento adequada para fazer uma atenção básica de qualidade e com maior capacidade resolutive. Também os interesses refletem no direcionamento do financiamento das ações da atenção básica e esta é outra dificuldade que se observa. Em se tratando da secretaria Estadual a mesma vem de uma tradição de investimento na alta complexidade, tecnologia dura e sempre investiu pouco na Atenção Básica, mas apesar de não ter sido grande, houve investimento na atenção básica por ocasião do início deste programa, no PAB Fixo e no PAB Variável, o que atualmente está mais reduzido. Faz uma reflexão sobre a importância destes dois tipos de aporte financeiro para os municípios e que no caso do Programa que apoiava os municípios com menos de 100 mil habitantes, o PAB variável era mais interessante, apesar do COSEMS preferir o PAB fixo, este último só tem maior importância para os grandes municípios. Considera que o aporte financeiro necessário seria 5% do valor bruto destinado a Secretaria</p>
E1	<p>É. Muda os interesses e ai essa coisa eu acho que é muito ruim, a outra coisa eu acho que a gente foi perdendo... na época que a gente estava na secretaria já era difícil convencer o Estado a pôr um dinheiro significativo na Atenção Básica, sempre foi, a gente vem de uma tradição como eu estava falando, onde o maior investimento não era na Atenção Básica, era na alta tecnologia, dura, mas Atenção Básica... mas teve, não podemos negar que não teve investimento na Atenção Básica mas não era um investimento muito grande. Depois disso a gente teve a proposta do PAB-Fixo que</p>	

<p>também foi uma coisa muito pressionada pelo COSEMS, eu particularmente acho que o PAB-Fixo tinha que ser transformado em PAB-Variável, eu não gosto muito do PAB-Fixo, acho que o PAB-Fixo ele serve pra grandes municípios, tudo bem, tem impacto pra grandes municípios, mas pra nossa política que era pra apoiar municípios com menos de 100 mil habitantes o PAB-Fixo não era muito interessante, o PAB-Variável eu acho que ele era mais interessante....</p> <p>...as dificuldades eu acho que são muito grandes, e o investimento na Atenção Básica que... eu sempre defendi que se tivesse 5% do valor bruto que é destinado a Secretaria de Saúde, se fosse destinado a Atenção Básica a gente ia fazer uma revolução.</p> <p>A outra dificuldade eu acho que é essa de profissionais, o Estado deixou de investir nos seus profissionais então a gente não tem mais gente, então por exemplo assim, vocês se aposentam, as articuladoras a medida que elas saem, elas não tem quem substitua, porque deixou de ter uma política de investimento no Estado e contratações no Estado muito grande, tem um encolhimento de pessoal muito grande, então a gente não tem como repor e como selecionar profissionais que possam ser qualificados de maneira a dar um suporte que tem que dar pra esse município, então isso é uma coisa que compromete muito o próprio projeto,</p> <p>e as diferenças, eu acho que o Estado de São Paulo, ele tem diferenças estruturais importantes, eu acho que tem um mundo dentro de São Paulo, São Paulo é um Estado</p>	<p>para a atenção básica.</p> <p>O estado deixou de investir na contratação de novos profissionais e não repõe os que se aposentam, então profissionais mais qualificados como no caso dos AAB, quando forem se aposentando, não serão repostos, o que vai comprometer o próprio programa.</p> <p>O Estado de São Paulo tem diferenças estruturais muito importantes, apresentando áreas muito heterogêneas e com concepções de gestão de saúde também muito heterogêneas, sendo também uma grande dificuldade.</p> <p>Refere que a fragmentação na própria secretaria do estado, entre os programas, entre as coordenadorias, dificulta muito a qualificação da atenção primária e que sempre procurou trabalhar de forma mais integrada e complementa que é necessário que haja mais mobilização da população para que se cumpra as políticas de saúde em detrimento das partidárias locais.</p>
--	---

	<p>extremamente heterogênicamente, com áreas extremamente heterogenias e com concepções e da gestão da saúde também muito, muito, muito, muito heterogênicas,</p> <p>então eu acho que essa coisa é muito complicada; também diria que acho que a fragmentação própria da secretaria do Estado também é uma coisa muito difícil, você trabalhar junto sempre foi muito complicado, por isso que a gente chamava o pessoal pra trabalhar com gente mais acho que tem um fragmentação muito grande entre os programas, entre as coordenadorias, eu acho isso também muito complicado, acho que a gente tinha que mover mais a população pra que a gente saísse das disputas tão partidárias locais,</p>	
E2	<p>mas mesmo esses municípios maiores eu acho que acho que a gente tem alguns problemas na atenção básica que ainda precisam ser equacionados, primeiro lugar a gente trabalha, mesmo nesses municípios que tem uma equipe técnica mais robusta, a gente ainda trabalha com a questão... com a racionalidade da média e alta complexidade, da internação, do hospital como locus privilegiado pra assistência, que as atividades de promoção à saúde são secundárias, que o seguimento longitudinal das pessoas é uma bobagem, que no fim o que importa é atender e resolver, então a lógica do pronto atendimento, a lógica da intervenção imediata, então isso tudo atrapalha a organização da atenção básica, que ela trabalha numa lógica diferente da lógica hospitalocêntrica, da lógica medico-centrada, ela exigiria uma equipe multiprofissional, então são todos os conceitos que estão colocados já há algumas décadas como, assim, princípios da atenção básica mas a gente não tem, ou, não teve no Brasil e nem no Estado de São Paulo a possibilidade de tornar isso uma perspectiva mais hegemônica dentro dos municípios, é claro que a gente pode até identificar um ou outro município ou uma região em que isso emplacou, em que, então a perspectiva da equipe multiprofissional, da questão da unidade básica como a organizadora do cuidado, como a responsável pela saúde das pessoas que vive no território, etc, etc, em algumas regiões isso emplacou mas isso não é o pensamento hegemônico e eu acho que isso atrapalha bastante, atrapalha por que na hora que você vai contratar os médicos eles trabalham nessa perspectiva medico-centrada que então é inadequada, o</p>	<p>No caso dos municípios maiores, onde a questão do perfil do gestor e da equipe estarem equacionados, as dificuldades apontam para a própria concepção que privilegia a assistência hospitalar, na racionalidade da média e da alta complexidade, na lógica do pronto atendimento, da intervenção imediata, hospitalocêntrica e médico-centrada e que se direciona na contramão dos princípios da atenção básica que propõe as atividades de promoção, o seguimento longitudinal, a atenção básica como organizadora do cuidado e responsável pela saúde das pessoas que vive no território. Não tivemos no Brasil e tampouco no estado de São Paulo a possibilidade de realmente mudar este modelo numa perspectiva mais hegemônica. Apesar de haver alguns municípios que se estruturam melhor nesta lógica proposta, isso não é hegemônico, o que dificulta ainda mais, porque a visão do profissional quando contratado ainda não se transformou, assim como o gestor ainda mantém as práticas assistencialistas, desta forma, esta lógica torna-se perversa e atrapalha tanto a gestão estadual como a</p>

	<p>próprio gestor tá muito mais preocupado em atender prontamente o cidadão pra evitar que ele vá reclamar com o prefeito, então eu acabo tendo uma lógica perversa, assistencialista, e eu acho que isso atrapalha tanto a gestão estadual como atrapalha também a gestão dos municípios que mesmo tendo uma perspectiva melhor acaba sendo obrigada a se render a essa lógica assistencialista, então eu acho que isso tudo atrapalha</p> <p>Enquanto a gente não tratar por exemplo os médicos de uma forma mais adequada, o que eu quero dizer com isso, ser médico da atenção primária não pode ser a última opção profissional dessas pessoas, ela tem que ser a primeira opção, pra quem tá trabalhando lá. O que a gente vê é exatamente ao contrário, os médicos trabalham na atenção básica por uma situação transitória por não ter conseguido nada melhor no mercado, então tem desde da turminha que está no PROVAB juntando pontos pra fazer uma residência de dermatologia, radiologia e nunca mais pisar o pé numa unidade básica, até aqueles que enfim, não conseguiram nada melhor e assim que conseguiram coisa melhor vão embora da atenção básica, então essas pessoas não tem compromisso, são incapazes de se responsabilizar pela saúde de uma população, eles estão lá transitoriamente tentando se virar, então não dá certo, eu preciso ter uma proposta de mercado, isso ainda não apareceu no horizonte visível aqui no Brasil ou em São Paulo, mas eu preciso ter uma opção que seja atraente pros médicos e não uma opção que seja exatamente a última opção, então acho que isso, a gente tem exemplos disso em outros países, é possível fazer isso, então não estou falando de uma coisa impossível, estou falando de uma coisa que foi possível fazer por exemplo na Espanha, que foi possível fazer na Inglaterra, que tem sido possível fazer no Canadá, que tem sido possível fazer em vários países, mas aqui no Brasil a forma como se organizou o mercado de trabalho médico, principalmente, tornou isso muito difícil, a gente precisa ter uma política pra reverter</p>	<p>municipal.</p> <p>Existe a dificuldade de uma política de recursos humanos para os médicos que atuam na atenção primária, que proporcione a opção para este trabalho de forma atrativa e não como última opção, como em outros países onde já é uma realidade, como por exemplo na Espanha, na Inglaterra, no Canadá.</p>
--	--	--

	essa situação, isso também não se faz em um ano.	
--	--	--

APÊNDICE N

UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO SOBRE AS POTENCIALIDADES E NECESSIDADES PARA AMPLIAR O POTENCIAL DO PROGRAMA “ARTICULADORES DA ATENÇÃO BÁSICA”

Entrev	Unidade de Referência	Unidade de Significação
E1	então eu acho que é o principal componente, é um dos principais... mas acho que isso tudo está vinculado a falta de política, eu acho que hoje a gente tem, cada vez mais um recuo de qual a percepção de qual a função do Estado, e do Estado enquanto uma política... enquanto responsável pela definição de um projeto político pra Secretaria, eu acho que faz tempo que a gente não tem alguém que tenha uma noção assim, na Secretaria do Estado de São Paulo, infelizmente, um Estado desse tamanho.	Um destes recortes é apresentado por um dos entrevistados ao referir que para ampliar o potencial do programa é necessário um projeto político do Estado, com o olhar voltado as necessidades da Atenção Básica. O estado precisa se posicionar e o que ocorre é um recuo quanto ao desempenho deste importante papel nas políticas de saúde.
E2	porque a gente tem uma coordenação que é pequena. Quando o programa se iniciou a gente tinha o apoio de pessoas que eram os tutores que acompanhavam regionalmente grupo de articuladores, eu acho que isso fez diferença no começo porque acompanha assim mais de perto o trabalho de cada grupo de articulares, a forma de como eles organizavam os planos de ação, discutiam melhor as dificuldades, eu acho que a gente fazia um acompanhamento mais de perto do trabalho desses articuladores. (L17-L23, P6). ...Quando o programa começou ele tinha um recurso adicional que então permitia contratar esses tutores, não existe mais esse recurso pra estar contratando esses tutores, então a gente ficou numa situação ruim nesse sentido e a gente não consegue nesse momento aumentar a equipe central aqui.(L5-L9, P7),	Também é possível perceber esta mesma realidade quando outro entrevistado apresenta que para ampliar a potencialidade do programa é necessário ter um acompanhamento mais próximo dos Articuladores, das suas realidades regionais o que hoje não está sendo feito. Sendo o grupo da coordenação composto por poucos profissionais, há necessidade de contratação de tutores para um acompanhamento regional, como era feito no início do programa.
	Hoje esse acompanhamento é mais nos momentos dos encontros presenciais, de dois em dois meses, mas eu acho que isso é pouco porque nesses momentos não dá pra ficar discutindo o que está acontecendo em cada uma das regiões, e não adianta falar de DRS, eu tenho que falar de região de saúde, quer dizer o trabalho específico de um grupo de 1, 2 ou 3, no máximo, de articuladores, eu não consigo... são 63 territórios, a gente não consegue discutir como se deve o trabalho e atuação desses articuladores nesses 63 territórios, então eu acho que este é uma coisa que a coordenação, aqui Estadual, tem essa deficiência aqui no momento, a gente está preocupado com isso mas a gente ainda não encontrou uma fórmula pra resolver isso. (L23-L33, P6).	O acompanhamento que é hoje é realizado nos momentos presenciais, a cada dois meses, é insuficiente para focar o trabalho mais regionalizado e é considerado como uma deficiência da coordenação do programa, mas que, diante do panorama que se apresenta ainda não há resposta a este problema. Assim refere o texto abaixo:
E2	E2: A gente até consegue assim, fazer discussões, melhorar a qualificação dos articuladores é uma coisa, então a gente tem	Refere também que nos encontros presenciais são utilizadas estratégias para melhorar a qualificação do

	<p>feito vários esforços no sentido de melhorar a qualificação, então a gente põe todo mundo pra discutir, por exemplo, modelo de condições crônicas, bota todo mundo pra discutir, enfim, o que é que a gente precisa fazer em relação a Dengue ou a qualquer outro tema, isso eu acho que enriquece o trabalho das pessoas, mas eu não tenho fôlego por exemplo, pra saber o que é que o articulador está fazendo lá em Santa Fé, ou na região do litoral norte, ou seja em qualquer outra região</p>	<p>AAB, realizar educação permanente em relação a alguns temas como condições crônicas, Dengue e outros, porém este trabalho não apresenta capilaridade para as especificidades de cada AAB com a sua região.</p>
E2	<p>E2:...a gente consegue, assim, em algumas situações que a gente percebe que há um problema maior ou que há uma dificuldade maior do grupo de articuladores a gente foca uma região específica, então a gente tem focado algumas regiões, mas assim, é meia dúzia, não dá pra fazer... a gente não consegue fôlego pra fazer nos 63, então eu acho que essa é uma grande dificuldade que a gente tem no momento. (L1-L5, P7).</p>	<p>A coordenação tem uma atuação mais próxima quando há situações específicas de algumas regiões com problemas mais urgentes ou quando há uma dificuldade maior de um determinado grupo de AAB, o que não é possível trabalhar da mesma forma com as demais regiões de saúde. O entrevistado apresenta este relato no trecho que se segue.</p>
E2	<p>mas como a gente tem o recurso do projeto do BID que pega cinco regiões e que a gente vai estar implantando o programa primeiríssima infância e a gente tem o projeto do laboratório de condições crônicas que a gente vai estar implantando na região de Avaré a gente está querendo aproveitar esses dois movimentos, que embora eles sejam pra apenas uma parte pequena, vamos dizer assim, dos municípios e envolveria teoricamente 10, 15 articuladores no máximo,.... a gente quer envolver os demais articuladores no projeto, porque como a gente tem um pedaço grande de formação e capacitação das equipes dessas regiões cobertas pelo BID a gente quer aproveitar os nossos articuladores, ...porque sempre quando você é docente você também aprende, então se a gente conseguir que esses articuladores eles sejam tutores da formação dos profissionais dessas cinco áreas do BID com certeza eles vão se enriquecer e com certeza a gente vai ter que fazer uma formação específica pra esses articuladores pra estar entendendo melhor o que é primeiríssima infância, o que que é o manejo de condições crônicas, etc., ...no primeiro momento eu posso imaginar: “não, mas ai vai dar certa desabastecida de horários disponível nas próprias regiões de cada um”, mas isso eu considero como investimento, né, e não como subtração de uma região em favor da outra.</p>	<p>Diante da ausência de financiamento da Secretaria, a curto e médio prazo, para contratar tutores, financiar projetos, o entrevistado apresenta um planejamento de trabalho que procura aproveitar as oportunidades de financiamento que estão surgindo de outras fontes de recursos, como é o caso do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), que financia o programa da primeiríssima infância que abrange cinco regiões do estado de São Paulo e o projeto do Laboratório das condições crônicas na região de Avaré. Pretende, a partir destes dois projetos, envolver além dos 10 ou 15 articuladores que atuam nas regiões contempladas, os demais articuladores. Este envolvimento se fará na formação e capacitação das equipes dessas regiões. A proposta é de que os AAB o atuem enquanto tutores na formação das equipes destas regiões, também estarão sendo capacitados para atuarem nas suas próprias regiões.</p>
	<p>Tem o plano novo, mas o plano estadual ele dá diretrizes muito gerais e não operacionaliza, porque as diretrizes gerais eu tenho certeza que todos os articuladores têm na cabeça, a dificuldade é operacionalizar isso no tête-a-tête com gestor municipal que ora entende do que você está falando, ora oferece resistência, ora tem recurso, ora não tem recurso, então é essa realidade concreta que é o problema</p>	<p>Quanto ao plano estadual as diretrizes estão apresentadas, mas não há um detalhamento de sua operacionalização e fica na dependência das diversas interpretações dos gestores. Neste contexto, não vai favorecer a ampliação do potencial do programa.</p>

APÊNDICE O

UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO SOBRE OS ENCAMINHAMENTOS NECESSÁRIOS PARA PROSSEGUIMENTO DO PROGRAMA FRENTE ÀS DEMANDAS ATUAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIAS E DA SES.

Entre v.	Unidade de Registro	Unidade de Significação
E1	<p>Então, primeiro eu acho que tem essa história de Recursos Humanos, ou a gente começa abrir possibilidades... eu acho que, na minha opinião, eu acho que os articuladores tinham que melhorar o salário, tinha que melhorar o salário pra gente atrair mais gente de qualidade pra fazer isso, porque o articulador cada vez mais ele tem assumido um papel estratégico na construção das redes de atenção à saúde se a gente reconhece que ele tem um papel estratégico na construção dessa rede, na implantação das linhas de cuidado, na regulação, porque se você fizer der uma Atenção Básica bem feita você tem uma influência grande também na maneira como você encaminha os pacientes, pra que eles não fiquem perdidos dentro do sistema, enfim, tem uma série de funções na Atenção Básica, uma Atenção Básica de qualidade, então vamos dizer que o município estava investindo na Atenção Básica com apoio do estado, mas esse programa ele precisa ser fortalecido, aumenta salário, chama mais gente, continua o processo de desenvolvimento, então eu acho isso fundamental pra manutenção do programa e acho que perder esse programa é perder uma possibilidade, uma potencialidade muito grande que a gente tem de resgatar o papel do Estado junto com aos municípios.</p>	<p>É salientado pelo entrevistado como encaminhamento necessário que o estado resgate o seu papel fundamental junto aos municípios, através do fortalecimento deste programa, que tem se apresentado estratégico na construção das redes de atenção à saúde, na implantação das linhas de cuidado e na regulação, enfim qualificando a Atenção Básica. Para isso é preciso investir neste programa, melhorar o salário do articulador para atrair mais profissionais qualificados e continuar o processo de desenvolvimento.</p>
E2	<p>... eu acho que já falei um pouco disso, eu acho que essa estratégia de utilizar os laboratórios tanto... Avaré por exemplo vai ter as duas coisas superpostas, vai ter o laboratório de condições crônicas e vai também ter o primeiríssima infância, a gente vai ter que fazer um e depois o outro e não simultaneamente porque depois os municípios nem vai dar conta de absorver as duas coisas ao mesmo tempo, nas outras regiões do BID ou seja, Itapeva, Vale do Ribeira, região metropolitana de Campinas e litoral Norte, a gente vai trabalhar só o primeiríssima Infância no primeiro momento, e a ideia é que até, quer dizer, esse processo de implantação ele deve demorar 1 a 2 anos pra ser consolidado e na sequência a gente tem que pensar na expansão pro resto do estado, quer dizer, tanto no projeto do primeiríssima infância quanto o projeto de condições crônicas, e evidentemente a expansão ela depende também da vontade do município porque nenhum desses projetos ele pode ser impostos ao município, ele tem que ser negociado, ele tem que ser pactuado, o gestor tem que estar entendendo qual é a importância, qual é a vantagem de reorganizar a atenção básica a partir dessa lógica, porque essa é uma lógica que não é o pensamento habitual dos gestores, quer dizer, ela é uma lógica diferente, ela tem uma organização mais consistente, etc, ela tem mais chance de dar certo, ela tem mais chance de emplacar indicadores do que o jeito tradi... não é tradicional, mas o jeito que a gente faz, medico centrado, hospital centrado, etc, etc, então a gente está implantando uma lógica diferente e provavelmente nem todos os</p>	<p>Entende que utilizar os laboratórios para as condições crônicas e o da primeiríssima infância são os encaminhamentos necessários diante das demandas atuais da atenção básica e da SES. Desta forma o processo de implantação desse trabalho está previsto para um a dois anos e na sequência seria pensado a expansão para o resto do estado, desde que os gestores pactuem e entendam a importância de reorganizar a atenção básica a partir desta lógica proposta e que é contra hegemônica</p>

	<p>gestores vão se encantar com isso, a gente acredita, aposta que uma boa parte se encante com isso.</p> <p>A gente tem até algumas regiões que já estão trabalhando com a primeiríssima infância, por exemplo, a região de Votuporanga, os gestores, eu não sei se todos os gestores lá da região estão encantados, mas alguns estão, né, e aí eles puxam o resto da região e não tem nenhum que embirrou e falou 'não faço', todos concordaram em fazer, mas evidentemente você pega o próprio município de Votuporanga, ele tá meio como carro chefe porque ele enfim entrou e ele tem vontade política de fazer isso acontecer mesmo e evidentemente essa vontade política foi soprada no ouvido do gestor, ele não descobriu isso sozinho, que então teve o esforço lá na Fundação Maria Cecília, teve esforço das nossas duas articuladores lá na região, quer dizer, então teve um esforço conjunto pra mobilizar esses gestores em torno do projeto. A gente vai tentar fazer isso no resto do estado, e eu acho que aí a presença dos articuladores ela é fundamental, porque se não tiver ninguém fazendo o marketing da atenção básica a gente tá roubado, porque a gente tem evidentemente uma proposta que ela contra hegemônica, digamos assim, ao pensamento habitual de como é que se organiza a assistência a saúde, então e se a gente não tiver gente fazendo... agitando isso, agitando essa ideia e tal a gente não consegue emplacar mesmo.</p>	<p>Exemplifica uma região de saúde em que o projeto primeiríssima infância está sendo implantado e como foi se dando o envolvimento dos gestores e que para isso é preciso vontade política, porém esta se concretizou através de esforços conjuntos para mobilizar esses gestores, tanto por parte da fundação Maria Cecília, como por parte das duas Articuladoras da Atenção Básica desta região de saúde.</p>
--	--	---

APÊNDICE P

UNIDADES DE REGISTRO E UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO SOBRE OS COMENTÁRIOS FINAIS DOS ENTREVISTADOS SOBRE O PROGRAMA

Entr ev.	Unidade de Registro	Unidade de Significação
E1	<p>Não sei, eu acho que se for falar alguma coisa vai ser um pouco no sentido da lamentação, então essas lamentações, eu acho ruim Valéria. Não sei, eu acho que na verdade assim, tem muita coisa que poderia ser feita, mas acho que nós pecamos na maneira como a gente incorporou a gestão, a gente perdeu o controle da gestão, acho que a gente entregou a gestão pra medicina liberal e acho que ai os nossos gestores perderam essa perspectiva, acho que o processo de regionalização seria uma forma de resgate importante pro SUS,</p> <p>Acho que uma política de recursos humanos, de gestão de pessoas, de desenvolvimento de pessoal pra Atenção Básica poderia ser uma coisa bacana pra gente investir que mudaria alguns aspectos, continuo achando 5% do valor financeiro daquilo que se gasta no custeio com a saúde, traria pro sistema de saúde uma perspectiva super melhor e com certeza a gente deixaria de ter gastos que hoje a gente tem com alta complexidade, eu acho que a gente teria condição de investir mais na prevenção.</p> <p>Acho que a promoção de saúde é um capítulo que a gente esqueceu, porque a gente não envolve mais população e não tem mais população mobilizada, sem população mobilizada, pra mim, não existe promoção de saúde, então acho que a gente hoje está percorrendo caminhos muito difíceis, muito árduos, e acho que o SUS está correndo riscos muito complicados.</p> <p>Não sei, talvez, por exemplo, as políticas do ministério Mais Médicos são políticas interessantes, com todo crítica que o pessoal fez... eu tenho feito supervisão do Mais Médicos eu tenho visto o que isso significa pra população mais pobre...</p> <p>Os caras são muito... o fato de você ter conseguido ter assistência de qualidade na ponta, você consegue realmente dar acesso a população. Mais que o pessoal fala 'ah não, ficou lá sozinho largado'... do que eu vi aqui em São Paulo, no município de São Paulo eu vi uma melhoria importante da qualidade, das condições de vida das pessoas, do acesso do pessoal, então assim eu acho que dá pra coisas dá pra gente ter... dá pra gente fazer um SUS legal pra todo mundo, não é isso? mas eu acho que a gente, pra isso temos que repensar os novos caminhos e rezar pra que a gente resgate ou se desvencilhe da iniciativa privada da medicina liberal porque não é isso que é gestão.</p>	<p>Considerou que muitas coisas poderiam ser feitas, mas muitas coisas estão erradas, como a maneira que incorporou a gestão, que foi entregue para a medicina liberal e que o processo de regionalização seria uma forma de resgatar importante para o SUS.</p> <p>Salienta a importância de investimentos em Política de Recursos Humanos para qualificação da Atenção Básica e a necessidade do estado investir 5% dos recursos da saúde na Atenção Básica, o que reduziria os gastos com média e alta complexidade, uma vez que seria potencializado a prevenção.</p> <p>Entende que foi feito muito pouco no sentido da promoção de saúde e no sentido de mobilizar a população, sendo que os caminhos percorridos são muito difíceis e que o SUS está correndo muitos riscos.</p> <p>No entanto considera que há movimentos importantes para o fortalecimento da atenção básica, considerando o programa Mais Médicos do MS, que tem se apresentado melhoria na qualidade da assistência, melhor acesso para a população. Reafirma que é possível fazer um SUS com mais qualidade para todos, que é necessário repensar novos caminhos, fortalecendo o SUS, em detrimento da iniciativa privada</p>

	<p>E a gente percebe que isso tá crescente, pelas oss vai comendo pelas beiradas.</p> <p>E aí vai inclusive na formação médica, a proposta do Mais Médicos não é só de colocar o pessoal lá como o pessoal estava dizendo, eles vão mexer na residência médica e na formação médica, então isso pode ser uma esperança pra gente, porque aí a gente começa a ter os profissionais de saúde resgatando o cuidado, hoje... acho que hoje ou ontem, saiu na Folha de São Paulo um artigo falando sobre isso, que o médico daqui a pouco não teria mais porquê ele existir, e que ele não faria mais nada sem exames, por que ele deixou de cuidar, ele deixou de fazer exame físico, ele deixou de fazer uma série de coisas, então a gente precisava resgatar um pouco esse profissional, resgatar o que que é saúde, o que tem que fazer, e o papel da saúde e colocar os exames laboratoriais, exames de equipamentos, em tecnologia dura no lugar deles, que não é o cuidado, que é outra coisa, enfim, acho que temos, hoje, nos temos que esperar um pouco...</p> <p>Talvez essa capilaridade do próprio articulador da Atenção Básica consiga fazer isso junto com o município mas pra isso é importante ter uma política de apoio que faça com que esse programa não termine, faça com que ele se fortaleça.</p> <p>Vocês acabam sendo profissionais desejáveis pra fazer todas as coisas, as mesmas coisas que você quer da atenção primária, você quer que a atenção primária seja também tudo, não dá pra ser tudo, se quiser tudo tem que investir nisso, tem que acreditar no projeto e investir no projeto. Tem que querer. Então nós estamos numa crise de querer, eu acho.</p> <p>Acho que não, acho que não... tinha uma coisa que eu estava pensando da... dos processos de regionalizar, enfim, eu acho que tinha muita coisa legal pra fazer mas eu acho, que se você tem um política, tem uma clareza do que a gente vai querer eu acho que é uma pena a gente jogar isso fora. Tem experiências boas por aí, no Rio de Janeiro, não sei se é por causa da Atenção Básica, mas no Rio de Janeiro tá tendo resultados interessantes inclusive em queda de taxa de cesária, um monte de coisas, porque? Porque investiu. Acho que era isso também. Em São Paulo tinha uma obrigação de ser um Estado diferente e fazer alguma coisa diferente,</p>	<p>da medicina liberal. Refere que o Programa Mais Médicos vai além de colocar o médico nas UBS, ele também interfere nas residências médicas e na graduação destes profissionais, resgatando o cuidado.</p> <p>Entende que o programa “Articuladores da Atenção Básica” tem uma capilaridade junto ao município que possibilita tais ações, mas que para isso é necessário uma política que fortaleça e que mantenha este trabalho. Também entende que sendo o articulador mais qualificado do que os demais profissionais do DRS, os mesmos acabam sendo solicitados para fazer outras coisas, mas que não é possível fazer tudo. É necessário antes de tudo acreditar e investir no projeto.</p> <p>Por fim refere que há experiências muito interessantes em outros estados que estão impactando nos indicadores de saúde e considera que São Paulo, por ser um estado tão importante no contexto do Brasil tem a obrigação de apresentar uma política que proporcione esta atenção primária de qualidade.</p>
E2	<p>Então, enfim, eu tenho no momento a preocupação, além desse conjunto de Estado, a preocupação com o município de São Paulo, que enfim, é ¼ da população do Estado e é muita situação muito complexa porque não adianta... quer dizer, a gente tem hoje divergências partidárias entre governo do Estado e governo do município de São Paulo, então a gente tem várias ordens de problema pra fazer efetivamente uma parceria, e mas</p>	<p>É apresentado como preocupação a necessidade do Estado acompanhar os município de São Paulo que representa ¼ da população do estado, além dos municípios do interior,</p>

<p>eu não acho que vale a pena desistir não, a gente precisa, o município deve ter uma percepção de problemas, ele tem uma dificuldade grande de lidar com as OSS que operam a atenção básica porque cada um faz de um jeito um pouquinho diferente, e não é a toa que deu essa crise na região sul da cidade, porque enfim, nós temos grande dificuldades e as vezes não é só a dificuldade de falta de técnica ou de falta de sabedoria, né, mas a dificuldade por exemplo objetiva de alocar profissional num bairro que fica a 30km do centro do centro da cidade. É fácil fazer o cara andar 50, 60 km numa estrada novinha em folha pra ir de um município e trabalhar num outro município, mas pra andar 30 km no transito de São Paulo é muito complicado, então há uma dificuldade de deslocar as pessoas pra essas regiões e a atenção básica... os piores indicadores a gente sabe, são exatamente das regiões periféricas então isso preocupa e preocupa muito porque é uma população grande que tá... Assim, submetida a essa situação, de ser periferia de uma região metropolitana, porque é muito mais complexo, por exemplo, morar em Santa Fé ou num município da região de Santa Fé, que aparentemente é ermo, mas é fácil o acesso, as pessoas não relutam tanto em ir pra lá, não tem uma questão de violência, você vai na região do Boi Mirim, Jardim Angela, os médicos são assaltados, os enfermeiros são assaltados, todo mundo tem medo de ir pra lá, até os Cubanos que estão indo pra lá tem medo ali da região porque eles já foram assaltados também. [risos]Eles também estão querendo não ir, eles já perceberam a questão da violência na região metropolitana, então tudo isso é um problema e a gente não tem uma formula pronta pra isso mas a gente vai precisar enfrentar e a gente vai precisar de alguma forma se aproximar a gestão municipal, a gente vai ter que fazer em algum momento uma parceria ou uma combinações de esforços, etc.</p> <p>Quando você vai conversar com o Dr. Polara, por exemplo, ele fala essencialmente, ele está preocupado essencialmente com a atenção de média e alta complexidade e com a gestão dos hospitais, no estado de São Paulo, não é à toa que foi montado lá o programa do sustentáveis, enfim, é uma preocupação de organizar a assistência hospitalar, de melhorar o financiamento, e melhor o acompanhamento do desempenho desses hospitais, melhorar a gestão financeira dos hospitais, melhorar o aproveitamento dos leitos, isso é sempre uma preocupação justa e necessária porque de fato eu tenho uma assistência hospitalar mal organizada, com alguma ociosidade que precisaria ser recomposta, etc, etc. só que ai ao fazer isso, e os meus recursos financeiros limitado seja em momento de crise ou seja em momento sem crise eu sempre tenho recurso limitado, esses recursos caindo a maior parte deles direcionados pra assistência hospitalar, então a gente tem uma dificuldade de tornar a atenção básica como uma prioridade, ela entra as vezes como prioridade mas num projeto restrito como por exemplo, o projeto do BID, o projeto do BID é uma sinalização de uma preocupação com atenção básica e com a gestão da rede de serviço, com certeza isso tem um impacto na atenção básica naquela região. Agora isso não se estende pro resto do estado automaticamente, eu vou precisar ter uma aporte de recursos, porque quem dá prioridade é o financeiro, quer dizer, uma prioridade sincera tem dinheiro, eu só falar que eu me importo com isso e eu não disponibilizar recurso financeiro significa que eu não deu de fato a prioridade, ela ficou apenas num desejo, mas ela não se transformou efetivamente em prioridade. Então a gente tem essa dificuldade. E nesse ano, 2015, 2016 e</p>	<p>mesmo que tenha as divergências partidárias entre estado município, mas há muitas dificuldades que precisam enfrentar como as questões das OS que operam a Atenção Básica, alocação de profissional para as regiões mais periféricas, com muita violência, onde há os piores indicadores, onde há grande concentração de população.</p> <p>Refere que a atual gestão do estado está mais preocupada com a atenção de média e de alta complexidade e com as gestões dos hospitais, se referindo ao programa Hospitais Sustentáveis, que também é necessário, mas em vista de ter recursos financeiros limitados, existe uma dificuldades de tornar a atenção básica prioritária. Ela se apresenta como prioridade em projetos mais restritos, como o BID. Finaliza dizendo que é necessário aporte financeiro para a atenção básica e isto é que define se há prioridade ou não com determinadas ações.</p>
--	---

	<p>que então a gente tem corte de orçamentos em todas as áreas, tanto na área hospitalar quanto na área da atenção básica a gente vai ter dificuldade, vai ter dificuldade de incrementar coisas, etc, o único dinheiro que já está garantido é o dinheiro do BID, por enfim, isso já um compromisso anterior então não tem como se furtar ele, mas o resto fica sujeito a disponibilidade do Estado, então, assim, são poucos as preocupações atuais da gente em relação ao município de São Paulo, as regiões metropolitanas, e a questão da dificuldade que a gente vai ter de transformar isso em prioridade efetiva.</p>	
--	---	--