

Da construção e razão de ser das Diretrizes da Atenção Básica (2022)

Artigo científico apresentado para conclusão de residência do Programa de Residência em Gestão Pública da Prefeitura de São Paulo.

Octávio Ferraz Bortolim

Orientadoras: Giselle Cacherik e Ana Paula Lima Orlando

São Paulo

2023

A Selma Anequini este trabalho é dedicado.

Resumo

As Diretrizes da Atenção Básica, no âmbito da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, foram publicadas em novembro de 2022, a atualizar as até então vigentes Diretrizes (2016). Muitos desafios se impõem a tal publicação; além da própria dinâmica dos serviços e recursos humanos, houve nesse lapso grandes crises, sobretudo a pandemia de COVID-19. Sendo assim, busca-se partir do estudo da essência, do que são as Diretrizes, sua abrangência, importância, contexto desde sua última publicação e objetivos, para que possam ser mapeados, no processo de construção do documento, os desafios, ensinamentos e questões decisivas. De um lado, levanta-se pesquisa bibliográfica sobre abordagens de Atenção Básica, bem como são mobilizados normativos e documentos oficiais a esta relacionados; em seguida, é explorada bibliografia atinente à análise de políticas públicas. De outro lado, procede-se à descrição do processo de construção das Diretrizes e à análise das percepções, coletadas via formulário, dos gestores envolvidos.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Atenção Básica; Saúde Pública; Política municipal; Gestão Pública.

Introdução

O objeto deste trabalho são as Diretrizes da Atenção Básica, lançadas em novembro de 2022 no âmbito da Coordenadoria de Atenção Básica (CAB) da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP), com base nas abordagens de Atenção Básica e na análise de políticas públicas, em especial quanto à formulação e desafios da implementação.

Segundo o Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020, no qual é disposta a estrutura da SMS, CAB se insere na Secretaria Executiva de Atenção Básica, Especialidades e Vigilância em Saúde (SEABEVS), e entre suas atribuições, para este trabalho, destacamos os dois primeiros incisos do artigo 22 do referido decreto:

- I.formular e coordenar a implementação das estratégias, diretrizes e normas da Atenção Básica no Município, respeitadas as diretrizes e os princípios gerais pactuados nos fóruns interfederativos e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde da SMS
- II.coordernar a organização do cuidado na Atenção Básica, considerando as fases do ciclo de vida, linhas de cuidado e demais práticas assistenciais (...) (São Paulo [cidade], 2020).

A construção de um documento como as Diretrizes, pois, repercute diretamente e de maneira patente nas atribuições da CAB, e se seu produto redundar em algo estratégico à formulação da política pública de saúde, o estudo científico do processo de construção e do respectivo sentido também pode ser enriquecedor, de modo a ser elencados desafios e ensinamentos.

Além disso, no intervalo existente entre a publicação das Diretrizes anteriores – início de 2016 – e o final de 2022, a saúde enfrentou desafios colossais e sem precedentes, como a epidemia de sarampo e a pandemia de COVID-19. Muitos profissionais começaram sua jornada nas unidades justamente nesse cenário adverso e de crise, sem contato com o modo de ser e organização, digamos, normais, sendo ignotos os momentos de atuação despidos de turbulências tão amplas. Fica ainda mais relevante o papel de documentos norteadores, pois têm potencial de orientar e ser referência para retomada, reorganização e prosseguimento dos trabalhos, no período de arrefecimento externo.

A construção das Diretrizes, entendida a partir do contexto de sua inserção, espelha a complexidade apontada pelos modelos analíticos de políticas públicas, bem como sugere desafios atinentes à própria Atenção Básica enquanto elemento do social.

O objetivo deste trabalho é partir do estudo da essência, do que são as Diretrizes, sua abrangência, importância, contexto desde sua última publicação e objetivos, para que possam ser mapeados, no processo de construção do documento, os desafios, ensinamentos e questões decisivas.

A metodologia deste trabalho abrange pesquisa bibliográfica referente à Atenção Básica, sua conexão com outras dimensões do social, antecedentes, arranjos e inserção municipal; e à análise de políticas públicas, de modo a conjugar e tensionar tais esferas. Para isto, serão mobilizados também normativos e documentos, a partir do que esses liames podem ser evidenciados, como no que concerne à descentralização.

Por outro lado, procedemos à criação de formulário na plataforma *Office*. No Anexo I arrolamos as perguntas feitas. Tal formulário foi encaminhado para 8 servidoras da CAB, dentre as quais as diretoras das 6 Divisões da CAB, além de duas servidoras. São as seguintes Divisões, a seguir a disposição engendrada pelo referido Decreto n° 59.685: Divisão de Promoção à Saúde; Divisão de Saúde Mental; Divisão de Cuidado às Doenças Crônicas; Diretor da Divisão de Cuidados em Saúde por Ciclos de Vida; Divisão de Atenção Primária; por fim, Divisão de Assistência Farmacêutica e Laboratorial, de Enfermagem e Insumos Estratégicos. Quanto às citadas servidoras, são (i) assessora da coordenadora e (ii) técnica de Divisão. A síntese das respostas é reproduzida no Anexo II.

Buscou-se, na construção das perguntas, a possibilidade de criação de subsídios e elementos para a posterior análise de conteúdo, tensionando-se a questão prática com a normativa e teórica, explorando-se a percepção e a vivência prática relacionadas à gestão pública, em meio à construção do documento norteador. Ressalta-se as perspectivas a partir do âmbito institucional enquanto parte da política pública, cujo escopo pode ser maior (notavelmente, sociedade civil e implementadores).

1. Atenção Básica: abordagens e relações

Pode-se localizar, no âmbito do Estado brasileiro do século XX, “dualidade entre saúde pública e assistência médica urbana”; quanto àquela, havia algumas iniciativas e políticas atinentes à “prevenção de doenças mediante campanhas sanitárias de saúde pública e a organização de serviços rurais de profilaxia, centralizadas no Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp)” (Giovannella; Mendonça; 2012, p. 512), a partir da década de 1930 de forma consolidada. Tal cenário era opressor por vários fatores sociais e econômicos, cujo agravo – na esteira da vulnerabilidade social, problemas de financiamento – foi evidenciado na crise da década de 1970. Em suma, podemos dizer que o desenvolvimento acadêmico e disciplinar de medicina e as experiências comunitárias na esfera municipal, junto ao contexto externo, ilustram o contexto da reforma da saúde pública no período de redemocratização, a ultrapassar um paradigma de saúde não universal (p. 512-15).

Nesse contexto, “a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público” (Paim, 2009, p. 18). Assim, em consonância com o novo sentido por detrás da mudança de premissa e visão sobre a saúde, tem proeminência a Atenção Básica. Lembremos do segundo inciso do art. 198 da Constituição, segundo o qual, quanto à organização do SUS, há “(...) prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”.

No quadro geral, temos abordagens possíveis de Atenção Básica. Partem de perspectivas de escopo diferente entre si. Há a abordagem (i) seletiva, cuja ênfase é “conjunto restrito de serviços de saúde para a população muito pobre”, recortada de modo a considerar peculiaridades e problemáticas de países em desenvolvimento; (ii) enquanto primeiro nível de atenção do sistema de saúde; (iii) abrangente/integral de Alma-Ata, a referir-se à “estratégia para organizar os sistemas de atenção à saúde e para a sociedade promover a saúde”, com o compromisso de integração, integralidade e participação social, cujos princípios são “a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersetorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos”; por fim, (iv) enquanto abordagem de saúde e direitos humanos, segundo a qual se “defende a ideia de que as políticas

de desenvolvimento devem ser inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação para promover a equidade em saúde” (Giovanella; Mendonça; 2012, p. 494-5). Salientamos que, nas próximas partes deste trabalho, faremos os apontamentos à luz do escopo ampliado de Atenção Básica, em especial a quinta abordagem citada.

Realizada em 1978 na referida Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde “coroou o processo anterior de questionamento dos modelos verticais de intervenção da OMS para o combate às endemias nos países em desenvolvimento, em especial na África e na América Latina, e do modelo médico hegemônico cada vez mais especializado e intervencionista” (p. 495).

Destacamos que, de tal conferência, parte clássica declaração, segundo a qual os cuidados primários de saúde “envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros setores” (Brasil, 2002).

Vários elementos da referida declaração estão em consonância com a visão de saúde quando das reformas no período brasileiro de redemocratização. Destacamos:

I. A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor da saúde.

(...)

VI - 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 podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. **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 [grifo nosso].

Os instrumentos de análise de políticas públicas, como veremos, buscam mobilizar a abordagem multidisciplinar diante dos objetos da realidade coletiva, política e econômica, de forma a considerar o quanto os fenômenos públicos formam novos, abrangidas diversas dimensões do social. A patentear isto, não poderíamos deixar de mencionar o “Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca” (OMS, 2008).

Esse documento sinaliza a grandeza, conexão com outras esferas e responsabilidade alcançadas a partir da atuação da Atenção Básica. Da mesma maneira, reafirma que o desafio não é destituído de aspectos políticos, não sendo mera questão técnica de organização de

processos ou, mesmo, estritamente disciplinar. Em suma, “sem uma orientação clara e uma administração firme, os sistemas de saúde não gravitam naturalmente para a finalidade de saúde para todos através da atenção primária em saúde, tal como articulado na Declaração de Alma-Ata” (p. 15).

Grandes questões públicas são elencadas pelo referido relatório enquanto elementos a aflorar, “agora mais que nunca”, a necessidade de a Atenção Básica ser o foco, sobretudo a desigualdade e iniquidade sociais e econômicas; fatores epidemiológicos e demográficos; satisfatoriedade das respostas das autoridades diante dos desafios; desafios de nutrição, urbanização, alterações climáticas, desregulação mercantil. Esse cenário acentua as “(...) doenças crônicas e não transmissíveis – incluindo a depressão, diabetes, doença cardiovascular e cânceres – e os traumatismos, [como] causas cada vez mais importantes de morbidade e de mortalidade” (p. 35). Quanto a desdobramentos históricos de sistemas de saúde, destacam-se problemas referentes ao seu financiamento, fraqueza de regulação, orientação estritamente focada à especialização, proliferação de serviços privados etc.

E o desconchavo se retroalimenta, quando “diferenças em termos de vulnerabilidade e de exposição, combinadas com iniquidades na prestação de cuidados de saúde, produzem resultados desiguais, que por sua vez reforçam ainda mais a estratificação social que originou as iniquidades em primeiro lugar” (p. 50-1). Portanto, o desafio não é apenas técnico de saúde, envolve necessariamente a política, determinantes sociais da saúde e aspectos gerais das iniquidades sociais, arranjos administrativos e de financiamento.

As questões de ordem técnica são imprescindíveis para concretização das premissas. Tais premissas, podemos dizer, são a abordagem de Atenção Básica sobre a qual o sistema de saúde se erige. E assim, justamente por serem premissas, naturalmente, devem ser o substrato e esteio de qualquer orientação técnica, de quaisquer considerações produtivas, de métricas, sistemas completos etc.

Nunca será demasiado lembrar que, segundo o Art. 196 de nossa Constituição, “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”.

Alcançamos, pois, o direito à saúde, elemento de cidadania e caro à formação do pacto emergido da Constituição. De acordo com Paim (2009, p. 51),

(...) o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes.

Destacamos que “importam boas condições de vida, educação, atividade física, lazer, paz, alimentação, arte, cultura, diversão, entretenimento e ambiente saudável, entre outras” (p. 45-6), o que reafirma a necessidade de consideração da dinâmica de fatores sociais, sem a pretensão de isolamento da saúde como um elemento técnico e específico, afinal

questões como a produção e distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as políticas econômicas. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência social são capazes de reduzir o risco às doenças e a agravos, compondo as políticas sociais (p. 44).

Este marco inicial não é um presente ou algo indelével, até porque o direito à saúde parte do escopo das lutas por redemocratização num cenário de regime militar funesto, a envolver vários setores e dimensões da sociedade civil. Na saúde, imperava lógica excludente e vinculada à ocupação formal: “após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. Seguiu-se uma rápida ampliação da cobertura, que incluiu a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais” (Paim et al., 2011, p. 17).

Na cidade de São Paulo houve, em seu processo histórico, peculiaridades. Sem adentrar em pormenores dessa trajetória, ressalta-se que, em direção diversa da de implementação do SUS, em 1993,

os primeiros passos dados pela Prefeita Luiza Erundina (1989-1992) foram bruscamente interrompidos por duas gestões extremamente reacionárias que tentaram uma experiência de privatização selvagem que destruiu a rede municipal de saúde (uma poderosa rede com mais de quarenta mil trabalhadores de saúde) e que acabou se tornando um caso de polícia pelos seus desmandos e irregularidades administrativas e financeiras (Sobrinho; Capucci, 2003, p. 209).

Isto é, a real chegada do SUS na cidade de São Paulo se deu apenas a partir de 2001, de modo que se “retomou o compromisso com os princípios do acesso universal e o governo local passou assumir a gestão do conjunto de unidades da rede de APS”, pondo-se em destaque as equipes multiprofissionais, a atuação em rede, de forma integrada, atuação territorial e comunitária, com o fortalecimento de normativos e políticas da Atenção Básica (Grimm et al., 2018, p. 2).

Esse desconchavo histórico, esse descaminho entre o SUS e o ocorrido na cidade de São Paulo com o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) patenteia o quanto a abordagem ampliada de Atenção Básica a que fizemos referência envolve necessariamente questões, pactuações e conflitos políticos, não sendo de forma automática imanente à implementação, a despeito das premissas constitucionais – trata-se, a implementação, de constante trabalho para concretização dos pressupostos.

Importante lembrar que, nos exatos termos da Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017b), “a Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede”.

Paim et al. (2011, p. 21-3) apontam como a Atenção Básica teve relevância para reestruturação do sistema e modelo assistencial do SUS, e tal inclinação trouxe resultados positivos, dentre os quais o fato deste serviço passar a ser referência habitual dos brasileiros. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o Programa de Saúde da Família (PSF) são bases do foco na promoção de saúde e prevenção, aliados à assistência médica, no âmbito da família e comunidade, sendo as unidades básicas de saúde, com equipes de saúde da família, referências desse modelo.

Essa inclinação abrange necessariamente a atuação do Município, como visto. O seguinte trecho é importante síntese de tal quadro:

um dos avanços mais significativos alcançados pelo SUS decorreu da implantação da atenção básica municipal, com importante expansão de cobertura, tendo como estratégia mais recente a saúde da família. Centrada em equipe multiprofissional, a estratégia prevê a reorientação do modelo assistencial ao priorizar a prevenção e a promoção da saúde, organizar a demanda com definição de grupos prioritários para atendimento e instituir o primeiro nível de atenção como porta de entrada do sistema de saúde (Guimarães; Giovanella, 2004, p. 286).

A partir do que se acentua a importância da atuação em rede. Segundo a Portaria de Consolidação MS nº 03, de 28 de setembro de 2017, a qual consolida “normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde”, “a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (Brasil, 2017).

Fazemos conexão dos princípios e diretrizes do SUS com a citada perspectiva de Atenção Básica de maior amplitude, o que evidencia a dimensão dos desafios para a cristalização deste direito, porque, como vimos, tal cristalização passa por dinâmicas econômicas, políticas e de modos de vida, não sendo automática. Antes, não só passa por, como também é eixo central à superação dos ciclos da desigualdade e iniquidade à luz de tais dinâmicas. Emergindo-se o apelo à Atenção Básica.

Premissas desta abordagem foram edificantes, ambiciosas. Para além disso, não são mera filosofia. Culminaram em diversas conquistas concretas quanto a condições de saúde pública, com inquestionáveis avanços na cobertura, construção de vínculos, vacinação, ampliação do acesso etc. Veremos, neste trabalho, como a dimensão do desafio fica ainda maior, em cenário de eclosão de grandes crises epidemiológicas, com forte impacto nas ações da Atenção Básica.

2. Da análise de políticas públicas

Com base no que escreve Georg Simmel (2006), pode-se dizer que a diferença de sentido entre as ciências que tratam da realidade social é o grau de visão e perspectiva diante de tal realidade; nessa analogia, o social seria como um quadro, cuja profundidade e imensidão possibilitam diversos ângulos e focos de olhar, diferentes abordagens, conexões, atravessamentos. Assim, análise de políticas públicas, por conjugar e mobilizar várias vertentes do conhecimento, pode ser um sólido norte.

Antes de tudo, é forçoso rememorar que a análise das políticas públicas foi engendrada sob a influência de ideias de teor estritamente racionalista; a intenção era de que este conhecimento, o das políticas públicas, acabasse por ser ferramenta para os tomadores de decisão, porque podemos notar o peso que o Estado detinha nessas análises, centradas que eram na figura deste e na racionalidade ilimitada de seus agentes. Tratava-se de período pós-guerra, com grande uso de recursos públicos para reconstrução econômica e social, sendo o Estado o agente provedor (Majone, 2014).

O vicejar nos ramos do conhecimento das políticas públicas foi sintetizado por Marques (2013). Em suma, com o desenrolar de tal processo, a análise passa por um processo de politização, depois de exagerada ênfase na racionalidade – pode-se tranquilamente associar este antigo e cego pendor racionalista à crença patética no esclarecimento (Adorno, Horkheimer, 1985). Depois desse primeiro momento racionalista, passa-se também a focar na decisão em si, normas, construção de agenda, problemas públicos, ciclo das políticas públicas, ao cabo que estas passam a denotar complexidade maior. E a própria ideia de ciclo das políticas públicas é relativizada, afinal a dinâmica das políticas públicas sugere um caráter dialético de conflitos, incrementalismo, rupturas, atravessamentos, mudança (Sztompka, 1998) etc.

Na esteira desse percurso, emerge a Ação Pública, a qual, para dar conta da variedade e complexidade de regulação da realidade política e social, exige as seguintes quebras, no que concerne à análise de políticas públicas: (i) no voluntarismo político, no lugar-comum “vontade política”, bem como na supervalorização do ideal e de elites políticas, afinal a ação pública é permeada por “atores inesperados, processos caóticos e consequências imprevistas”; (ii) na unicidade do Estado, e esta ruptura o projeta não mais homogêneo e imparcial, porque é composto por agentes heterogêneos e conflitos; (iii) na ênfase exagerada na decisão, tendo em vista a relevância de outros fatores latentes à decisão e que acabam por ter relevância (Lascoumes; Le Galès, 2012a, p. 51).

E assim, são alçados à análise elementos como o papel das ideias, no escopo das abordagens cognitivas (Leite; Peres, 2014), coalizões de defesa (Barcelos, 2015), redes (Massardier, 2006), mútua determinação entre estado e sociedade civil (Lavalle; Szwako, 2015), instrumentos (Lascoumes; Le Gales, 2012b), autogestão, manejo dos recursos comuns e reciprocidade (Ostrom, 1990; Sabourin, 2010), papel dos burocratas e ativismo burocrático (Abers, 2015) etc.

Considerando o objeto deste trabalho, as Diretrizes da Atenção Básica, precisamos sopesar questões atinentes à formulação e implementação de tal política, sem preterir a já citada necessidade analítica de questionamento da esquematização inerente ao ciclo das políticas públicas. Segundo Ana Viana e Tatiana Baptista (2008, p. 61), “a análise de uma política precisa considerar os processos e atores (portadores de poderes) envolvidos na construção da política, identificando as formas de intervenção adotadas pelo Estado, as relações entre atores públicos e privados, os pactos, objetivos, metas e perspectivas do Estado e da sociedade”.

Tal inclinação analítica possibilita “maior transparência e reflexão acerca do padrão político e decisório adotado pelos Estados. A análise de políticas permite ainda a identificação dos condicionantes internos e externos que envolvem o desenvolvimento de uma política, servindo como insumo para novas formulações” (p. 62).

Portanto, cabe mapear os agentes envolvidos no processo de construção da política, bem como os condicionantes e sua repercussão na cadeia de implementação. Quanto a esta, mencionamos o estudo de Hill (2006), na influência do qual podemos notar a diversidade de visões sobre implementação, desde uma visão decrescente, isto é, imagem de normativos e diretrizes gerais a espelhar-se, absolutamente, nas ações dos implementadores, como se estes fossem mero autômatos, até visões a considerar o papel da discricionariedade e peculiaridades no âmbito da implementação. Naturalmente, passa-se à busca de consonância entre comando geral e aspectos locais, sendo imprescindível a consciência de que o mero comando não tem poder demiúrgico, havendo muita margem aos implementadores.

Em suma, mobilizamos essas considerações, reflexões e apontamentos a fim de acentuar o entendimento de que análise de políticas públicas, com seu desenvolvimento nas bifurcações científicas, pode gerar subsídios adequados à complexidade da realidade social e política. Muitas das reflexões e modelos de políticas públicas possibilitam desconfiança crítica saudável frente a chavões e elementos discursivos comumente mobilizados, como “falta de vontade política”, “neutralidade”, bem como a estrita e quase que religiosa crença nos fatores técnicos,

sem falar nas emulações irreais e descabidas de modelos do setor privado, transpostos grosseiramente para o setor público.

Relevante se faz ressaltar que componentes analíticos e discursivos não têm um valor em si. Pelo contrário, grassam conflitos, disputas quanto aos sentidos conceituais. No caso de governança, por exemplo, em vários campos do conhecimento e arenas é usada como “imperativo argumentativo”, tal qual “tópico ou conceito indiscutível de uma ‘agenda política’ comum e consensual” (Capella, 2008, p. 23). O mesmo se aplica à descentralização, ponto caro à chamada reforma do Estado, em especial à temática da saúde.

Segundo Abrucio (2002), “descentralização é um processo estritamente político”, a envolver comando direto para administração, legislação referente às respectivas competências, aspectos da estrutura tributária e financeira. Porém, há os seguintes cinco pressupostos para que a descentralização seja positiva: “a constituição de um sólido pacto nacional, o ataque às desigualdades regionais, a criação de um ambiente contrário à competição predatória entre os entes governamentais, a montagem de boas estruturas administrativas no plano subnacional e a democratização dos governos locais” (p. 153).

Segundo Marta Arretche (1996, p. 5),

a centralização significa a concentração de recursos e/ou competências e/ou poder decisório nas mãos de entidades específicas no ‘centro’ (governo central, agência central etc.). Descentralizar é deslocar esses recursos do ‘centro’ e colocá-los em outras entidades específicas (os entes descentralizados).

Isto é, não há uma consequência imanente ao processo, tal qual incremento automático de eficiência e de intensidade democrática. Para Veloso et al. (2011, p. 16), com contíguo aumento de recursos repassados, o processo de descentralização acarreta desafios e emerge necessidade de fortalecimento e institucionalização da gestão pública municipal, pois não há inerente causalidade entre disponibilidade de recursos e capacidade estatal.

De acordo com Barros et al. (1996, p. 40), quanto aos mecanismos de “negociação permanente entre os três níveis de gestão”, “descentralização envolve dimensões políticas, econômicas, sociais e culturais”, ressaltando-se as desigualdades de capacidade estatal e administrativa entre as esferas de governo, diferentes graus de gestão, diferenças de recursos. Quando da consideração de políticas no âmbito municipal, assim, é prudente não deixar em segundo plano a possibilidade de o Município, em termos de capacidade estatal e desdobramentos políticos, efetivar ou não as políticas públicas do escopo da organização federativa, passando-se por questões muitas vezes interdependentes ou relacionadas, como infraestrutura, recursos humanos, orçamento, conflitos políticos, adesão, impasses da implementação etc.

Portanto, passamos por importante processo de descentralização na história das últimas décadas, a abranger a reformulação do papel de União, Estados e Municípios. Quanto à saúde, esta não passaria incólume do processo de criação e consolidação de nossos arranjos federais; pelo contrário,

foi o único setor que implementou uma descentralização radical, com importante financiamento e ações regulatórias do governo federal. A descentralização do sistema de saúde 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 (Paim et al., 2011, p. 19).

De acordo com a Norma Operacional Básica – NOB/SUS 01/93, a qual dispõe sobre a descentralização da saúde,

(i) a descentralização deve ser entendida como um processo que implica redistribuição de poder; redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo; reorganização institucional, reformulação de práticas; e controle social; a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões (...) (Brasil, 1993).

A inclinação descentralizada do SUS é patenteada pela primeira diretriz mencionada no art. 198 da Constituição Federal de 1988, referente às “(...) ações e serviços públicos de saúde [que] integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, com referência à “direção única em cada esfera de governo”. Em termos normativos, a partir da Constituição, foram engendrados arcabouço institucional e permanentes espaços de negociação e pactuação, entre as esferas de governo, para concretizar o enfoque do SUS enquanto rede regionalizada e hierarquizada, considerando o estágio e maturação de cada esfera.

Do documento que serviu de base para a referida Norma Operacional, destaca-se, quanto ao Município, que:

à esfera municipal cabem a provisão das ações e serviços de saúde, envolvendo a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, execução, avaliação e controle de ações e serviços de saúde, quer sejam voltadas aos indivíduos, ao coletivo ou ao ambiente, inclusive educação para a saúde e processos de produção, distribuição e consumo de produtos de interesse para a saúde (Ministério da Saúde, 1993, p. 18).

A partir do que se espera “a efetivação do comando único em cada esfera de governo, com responsabilidade sanitária plena que resulte na efetiva melhoria da qualidade de saúde e de vida da população brasileira” (p. 27).

Como vimos, a cidade de São Paulo chegou deveras atrasada ao arranjo de implementação do SUS. Muito além das questões técnicas e da crença racionalista, as políticas públicas, na esteira das dinâmicas políticas, denotam a resistência e luta pela cristalização dos direitos pactuados quando do nascimento da República.

3. Das Diretrizes da Atenção Básica (2022)

Vimos até aqui que há diferentes abordagens de Atenção Básica. Quanto à trajetória que nos é comum, Atenção Básica se associa a outras esferas da realidade social e econômica, sendo elemento chave para a superação dos entraves ao desenvolvimento sustentável da sociedade. Vimos também que análise de políticas públicas traz elementos para entendimento adequado das complexidades de formulação e implementação de políticas. Passemos, então, a uma destas políticas, objeto deste trabalho.

Nos termos do Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020, a estrutura básica da SMS conta com Gabinete, bem como com unidades específicas, dentre as quais 4 Secretarias Executivas, além de colegiados – Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde – e o Hospital do Servidor Público Municipal (HSPM). Como já dito, CAB faz parte de uma destas Secretarias Executivas, SEABEVS.

Integram SEABEVS, dentre outras instâncias, 6 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) – Centro, Sul, Leste, Oeste, Sudeste e Norte – e 27 Supervisões Técnicas de Saúde (STS) espraiadas nas CRS. O escopo deste trabalho se limita à atuação no âmbito da Pasta, em específico CAB/SEABEVS, tal atuação, lembre-se, envolve interlocução com o território.

O limiar da construção das Diretrizes partiu da CAB e data de agosto de 2021, contou com participação de outros âmbitos da SMS, como a Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo) e o Departamento de Tecnologia da Informação e Comunicação (DTIC). Adicionalmente, para a CAB, a publicação de tal documento constituiu, em 2022, o resultado do plano de trabalho/metabol (RT), concernente à dimensão institucional do sistema de avaliação de desempenho dos funcionários da Prefeitura Municipal de São Paulo (PMSP), sistema este regido pela Lei nº 13.748/2004 e Decreto nº 45.090/2004.

A versão anterior das Diretrizes, por seu turno, foi publicada em janeiro de 2016. Neste lapso, em cenário ordinário, dinâmicas demográficas e perfil dos serviços por si só justificariam atualizações para um novo documento. Contudo, houve grandes acontecimentos.

Citamos, nessa linha, (i) publicação da já referida Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, com atualizações ulteriores, em especial de 2020; (ii) epidemia de sarampo em 2019, com o registro de 9.347 casos, depois de 27 casos registrados em toda a década anterior, segundo dados da Vigilância em Saúde da SMS (São Paulo, 2022b); (iii) pandemia de COVID-19.

O terrível e cruciante cenário pandêmico que assolou o mundo não deixaria de afetar a Atenção Básica. E em seu arrefecimento, muitos desafios quanto à retomada surgiram. Aquele momento de crise generalizada, sobretudo seu ápice, evocava incertezas, inseguranças, conflitos e, em certo grau, imprevisibilidade – concernentes à experiência coletiva, peculiares ao momento. Isto é, agora, conhecidos fecho e impactos, ao não se ter em mente a verdadeira dimensão contemporânea, poder-se-ia ignorar aspectos vivos pertencentes ao ocorrido histórico, muitas vezes de âmbito atmosférico, subjetivo, ilusório (Nietzsche, 1999, p. 275). O seguinte trecho, de documento orientador estadual, contemporâneo à crise, sintetiza tal contexto:

os Municípios já vêm realizando readequação dos processos de trabalho da Atenção Básica, no sentido de compatibilizar os fluxos assistenciais para a manutenção das atividades preventivas essenciais (imunizações entre outros), o atendimento das síndromes gripais e demais agravos agudos, e o atendimento dos pacientes com condições crônicas e de suas eventuais intercorrências. A maioria das Unidades apresentou nesse período redução no atendimento das condições crônicas, seja pela suspensão do atendimento agendado, em função das exigências de distanciamento social, seja pela diminuição da procura pelos usuários, recesso com a transmissão do coronavírus nos serviços de saúde (São Paulo [estado], 2020, p. 12).

As Diretrizes são publicadas em novembro de 2022. No mesmo recorte temporal, CAB finaliza e lança outros documentos norteadores. Devemos associar tal momento ao cenário coletivo a que fizemos referência. Os documentos são os seguintes: (i) Linha de Cuidado da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), dez. de 2022; (ii) Núcleos de Vigilância em Saúde na Atenção Básica (NUVIS-AB), dez. de 2022; (iii) Equipe Multiprofissional da Atenção Básica (EMAB), dez. de 2022; (iv) Linha de Cuidado à Pessoa com sobrepeso e Obesidade da Rede de Atenção à Saúde do Município de São Paulo – em diagramação; v. Documento Norteador – Assistência Farmacêutica – em desenvolvimento; (vi) Documento Norteador – Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Rua – em desenvolvimento; por fim, (vii) Diretrizes para atenção em Saúde Bucal – em desenvolvimento.

Depreende-se a necessidade de confluência entre esses documentos. Além disso, houve a publicação, no âmbito da Coordenadoria de Parcerias e Contratações de Serviços de Saúde (CPCS) da SMS, do Manual de Acompanhamento, Supervisão e Avaliação Assistencial dos Contratos de Gestão, na esteira da Portaria SMS nº 333/2022. Embora sejam de natureza diferente, afinal as Diretrizes não implicam descontos e indicadores contratuais, também se tem a necessidade de harmonia, porque, enquanto rede baseada em parcerias (via contratos de gestão, principalmente), a organização do serviço acaba por abranger questões de produção.

Já de início, as Diretrizes referenciam definição de Atenção Básica inserida pela PNAB. Nos termos desta,

a Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de

danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017b).

Parte o documento, então, a elencar princípios e conceitos caros ao SUS – regionalização e hierarquização, territorialização e adscrição, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado e ordenação da rede, participação da comunidade –, e assim, “com esses fundamentos, o presente documento visa orientar o trabalho das equipes de saúde, estabelecendo e atualizando parâmetros e ações, respeitando, sobretudo, a singularidade de cada território e população” (São Paulo [cidade], 2022a, p. 14).

Depois de apontar a composição das equipes e da organização da Atenção Básica no Município, as Diretrizes passam às estratégias de atenção, às recomendações operacionais das unidades e à gestão.

Quanto às estratégias, ressaltando-se a necessidade de “visão ampliada e não segmentada do sujeito”, são apresentadas as áreas de atuação. O documento busca, à luz da especificidade do recorte em questão, arrolar fluxos, ações e procedimentos recomendados, remeter a políticas, bem como direcionar a endereços eletrônicos das áreas, para aprofundamento e mais informações, e de protocolos disponíveis. Alguns de tais âmbitos concernem aos ciclos de vida, controle do tabagismo, saúde do indígena, saúde do imigrante, saúde do homem, saúde da mulher, vigilância em saúde, assistencial laboratorial, saúde nutricional, saúde mental, álcool e outras drogas, saúde da pessoa em situação de rua, saúde da pessoa com deficiência etc. As Diretrizes procedem à orientação de atuação, mas não de maneira isolada ou alienadamente pragmática, sem apresentar os sentidos gerais inerentes à área, além de estatísticas e grande cenário; mobiliza, ainda, a respectiva necessidade e importância da área.

Além disso, de maneira a orientar, dispõe sobre funcionamento da unidade, bem como suas atividades em relação ao acolhimento, recepção, atendimento, agenda, organização das equipes, grupos, visitas/consultas domiciliares, teleassistência, vacinação, curativos, medicamentos, exames, coletas, testes, ações de vigilância, ações intersetoriais e parcerias, ações de promoção à saúde e prevenção, atendimento cirúrgico ambulatorial básico, dispensação de fraldas etc.

Há as questões de gestão: ouvidoria, controle social, sistemas de informação, gestão da informação, prontuário, ensino em saúde, educação permanente, gestão de pessoas, regulação local, realização de pesquisas e divulgação de resultados, imprensa, documentos, resíduos em

serviço de saúde, limpeza, desinfecção e esterilização de áreas, organização e comunicação interna da unidade, responsabilidades administrativas e responsabilidades pelo processo de territorialização e planejamento das ações em sua área de abrangência.

Isto é, tal recorte, no âmbito das estratégias, operações e gestão, possibilita também uma consulta rápida e específica, de modo a orientar a rede em suas questões de circunstância e abrangência. Encerra-se o documento com a bibliografia consultada, seguida por anexos a conter, em maneira de quadro e listagem, relação de parâmetros, ações, critérios, procedimentos e periodicidade.

As Diretrizes da Atenção Básica, por decisão da CAB, foram inseridas na plataforma do Participe+, e, entre 30/11/2022 e 07/12/2022, o documento pôde receber contribuições, na forma de anotações, de toda a sociedade civil. Tais contribuições passaram, nos 90 dias seguintes, por escrutínio das divisões da CAB, com objetivo de publicação de uma segunda versão, tendo em consideração as anotações recebidas, apreciadas, eventualmente a provocarem alterações.

O Participe+ está sob a gestão de Governo Aberto, no âmbito da Secretaria Executiva de Relações Institucionais da Casa Civil da PMSP. É plataforma a propiciar, na formulação de políticas públicas, participação da sociedade civil, no formato de consultas públicas, orçamento cidadão e votações. No caso das Diretrizes, foram recebidas, no prazo referido – 30/11/2022 a 07/12/2022 –, 240 anotações, as quais, publicamente, permanecem dispostas na plataforma, no seguinte endereço: <https://bit.ly/DiretrizesParticipe>.

Em 30/11/2022, foi realizada, no *Teams*, reunião de lançamento da referida consulta pública no Participe+, reforçando o teor do documento e a expectativa concernente às contribuições e aos próximos passos – como dito, lançamento de segunda versão. Essa reunião de lançamento contou com a participação das equipes técnicas da CAB, as CRS, STS, conselheiros etc., a totalizar por volta de 228 contas presentes no endereço virtual da reunião.

Como apoio à apresentação da consulta pública em questão, criou-se vídeo no qual cada diretor da CAB apresenta as Diretrizes, além de conclamar pela participação, ressaltando-se aspectos temáticos de sua respectiva divisão. Também participam a Coordenadora da Atenção Básica, o Secretário Adjunto da SMS, representante da Saúde Integral da População LGBTIA+ e de SEABEVS. Tal vídeo foi reproduzido na reunião de lançamento do dia 30/11/2022, sendo também enviado aos gestores, como vídeo “não listado” no *YouTube*.

Foi feita série de oficinas, virtualmente no *Teams*, a fim de captar como foi a mobilização da participação no território. A seguir, arrolamos os dados referentes à participação nestas oficinas.

Tabela I – Oficinas: Diretrizes da Atenção Básica em consulta pública

CRS	Data da oficina	Presentes
Centro/Oeste	12/12/2022	(80)
Norte	13/12/2022 e 21/12/2022	(198 e 131)
Sul	13/12/2022	(171)
Sudeste	15/12/2022	(186)
Leste	15/12/2022	(191)

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do *Teams* e das listas de presença na forma de formulário do *Office*.

Adicionalmente, ressalta-se que tais números são aproximações, pois em uma conta ativa na reunião podem estar a um só tempo diversas pessoas a acompanharem, como uma equipe em uma sala, por exemplo. Ainda, a oficina da CRS Norte, por conta de problemas de conexão, precisou ser remarcada para outro dia.

4. Análise das respostas

No estudo de Bardin (2011) são patenteadas a complexidade e possibilidades a partir da análise de conteúdo, a depender da perspectiva e da categoria a que o objeto se insere. Quanto ao horizonte deste trabalho, ressaltamos apenas que “a análise de conteúdo pode ser uma análise dos ‘significados’ (exemplo: a análise temática), embora possa ser também uma análise dos ‘significantes’ (análise léxica, análise dos procedimentos)” (p. 34), abrange as seguintes fases: análise preliminar, exploração do material/tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

São obstáculos à análise de dados qualitativos de pesquisa social a ilusão do pesquisador que depreende conclusões de maneira imediata, sem ir a fundo; o foco em métodos e técnicas, em detrimento dos significados; por fim, o desafio de articular fundamentação teórica e prática de pesquisa. Buscamos levar em consideração tais elementos, procedendo-se em especial à desagregação de unidades de registro (palavras, orações, personagens, frases) e unidades de contexto. Adicionalmente, nos firmamos à ideia de “(...) que os resultados de uma pesquisa em ciências sociais constituem-se sempre numa aproximação da realidade social, que não pode ser reduzida a nenhum dado de pesquisa” (Gomes, 2002, p. 67-80).

Como dito, formulário foi enviado para 8 servidoras da CAB (6 diretoras de Divisão, assessora da coordenadora e uma técnica de Divisão). As perguntas estão reproduzidas no Anexo I, enquanto que, no Anexo II, há quadro a sintetizar as respostas recebidas, unicamente para indicar a base das reflexões e citações aqui empreendidas. Ressaltamos que as Divisões, para efeitos deste trabalho, foram nomeadas conforme ordem temporal de preenchimento do formulário – isto é, Divisão I corresponde ao primeiro preenchimento, assim por diante.

As respostas recebidas partilham da visão de que as Diretrizes são importantes enquanto atualização dos objetivos e estabelecimento de princípios orientadores, bem como norte e direcionamento da rede no que concerne à organização e operacionalização dos serviços, fluxos e equipes. Em suma, nos termos de uma das respostas, “as Diretrizes são um norteamento básico para a rede de serviços com as orientações gerais para seu funcionamento e que aponta para as prioridades desta organização: acesso, trabalho em rede, organização das equipes, pontos norteadores da assistência/cuidado, referências para os protocolos e fluxos oficiais”.

Sobre o contexto e lapso desde a última publicação, citou-se o momento de pós-pandemia, a emergir a questão de retomada da Atenção Básica. Cenário de tamanha gravidade que passa a moldar o objetivo do documento, sendo este objetivo a “reorganização dos processos de trabalho nesse período de arrefecimento da pandemia, com a retomada de diversas atividades nas Unidades”. Noutra perspectiva, certamente não excludente do fator de contexto, o representante da Divisão III destaca a abrangência do documento anterior como abordagem de Atenção Básica. O documento anterior, em suas palavras, “não atendia as necessidades e aos objetivos de superar o modelo de cuidado focado no médico, nos especialistas, em exames e medicamentos”.

Destacamos a ideia, surgida de duas respostas, de que as Diretrizes demonstram “(...) a amplitude da Atenção Básica e a importância do trabalho agregado e integrado de diversas áreas, como deve ser refletido nos serviços na ponta”, o que, assim, propicia visibilidade para linhas de cuidado específicas.

Quanto às contribuições das Divisões ao documento, 5 representantes citaram a questão das EMAB e dos NUVIS-AB. Houve referências, ademais, à teleassistência, questões de agenda e tempo de consulta, à inclusão e valorização das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), ao “estímulo às atividades coletivas em comparação aos atendimentos individuais”, à incorporação das informações que remetem às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT); e, por fim, “ao entendimento ampliado da Assistência Farmacêutica, para além da questão logística, mas com foco nas pessoas”.

No questionamento acerca dos desafios enfrentados na construção do documento, as respostas indicam, de um lado, os desafios atinentes ao processo de trabalho e, de outro, os desafios de abarcar o território. Território este de dimensões colossais, com a rede disposta em configuração a atender e abranger tal amplitude. Da mesma maneira, as equipes técnicas diversas. E não seria desejável dissonância de orientações.

Pode-se enxergar esses desafios como faces de mesma moeda, porque, nas palavras do diretor da Divisão V, “o principal desafio está relacionado a atingir as expectativas de todas as áreas técnicas envolvidas e propiciar a integração entre as propostas de cada setor, entendendo que na prática dos serviços essa integração é fundamental e necessária para a operacionalização das diretrizes”. E assim, entende-se que o processo de trabalho da CAB, ao visar à integração e coesão das ações e propostas, repercutiria na superação ou não dos impasses concernentes à implementação das políticas pela rede em território tão amplo, com abrangência de serviços tão complexa.

Neste âmbito territorial, destacamos que palavras como “contemplar”, “atingir” “atender”, “necessidades”, “anseios” e “expectativas” surgiram em coro, a denotar o desafio de “(...) sintetizar as ações de forma clara e objetiva considerando a magnitude e diversidade do Município de São Paulo”.

É uma configuração a trazer dificuldade “(...) de conciliar e alinhar a visão da gestão, dos trabalhadores, da população e das Instituições parceiras”, de modo a harmonizar as questões específicas e, a um só tempo, não macular o caráter de diretriz do documento, porque as Diretrizes “uniformizam as ações, sempre respeitando as diferentes características do território”.

Sobre os esforços no âmbito dos processos de trabalho, a seguinte resposta, acreditamos, sintetiza a questão, acrescentando também outro elemento citado pelas respostas, o do desafio de “articulação e consonância com outros documentos” da CAB:

foi desafiador construir um documento com a participação de muitas áreas técnicas e muitas delas que se relacionam. Houve dificuldade em "categorizar" os temas sem parecer para a Unidade que estavam desconectados e sim, pelo contrário, mostrar a relação entre eles. Foi difícil também estabelecer o nível de profundidade de cada tema, pois cada área possui já suas linhas de cuidado, documentos norteadores, notas técnicas. Desta forma, buscou-se um equilíbrio bastante difícil entre não ser superficial mas também não aprofundar demais cada tema.

Adicionalmente, foi citada diligência na organização temática do documento para que não se reproduzisse uma lógica segmentada ou meramente administrativa de saúde, o que feriria a mencionada “visão ampliada e não segmentada do sujeito”.

Tendo em mente os impasses referidos de implementação e a lembrança de que as Diretrizes passaram por consulta pública, apontamos que frequente nas respostas foi a menção ao contato das equipes técnicas da CAB com os interlocutores – CRS, STS e parceiros –, quando da construção de tal documento. Em uma resposta, afirma-se que o processo participativo do território é uma construção coletiva e envolve aprendizado. O fator de participação foi mencionado enquanto instrumento a erigir documento não dissonante do cotidiano dos implementadores dos serviços.

Quanto aos ensinamentos a serem considerados para próximas formulações, houve duas sugestões de que o prazo de análise do documento pela sociedade civil seja maior. Ao mesmo tempo, a participação em si foi vista como um ensinamento. Citou-se necessidade de aprimorar-se a “(...) integração entre as áreas técnicas antes da construção do documento”, e neste sentido em outra resposta há duas sugestões: deveria “(...) ser feito um cronograma mais elaborado para todo o processo de construção do documento (...)”; e “(...) algumas discussões em forma de oficinas entre as áreas da CAB para depois partir para a atualização propriamente dita”. Fazemos referência a que, em duas respostas, houve a ideia de que o documento deve ser periodicamente atualizado.

Chegamos, assim, àquela dificuldade referida de articular a teoria e a prática, os dois âmbitos deste trabalho – de um lado, as contribuições de análise de políticas públicas, mobilização dos sentidos e normas da Atenção Básica, de outro, as percepções dos gestores; em suspenso está a efetiva implementação no cotidiano dos serviços. Julgamos que a ampliada abordagem de Atenção Básica está no âmago das políticas públicas promovidas pelas equipes técnicas, como o atestam tanto o documento quanto a percepção dos gestores. Análise de políticas públicas permite evidenciar os complicadores e desafios complexos concernentes a esta formulação e implementação. Este trabalho parte do âmbito da formulação, ligada, segundo percepção dos gestores, a questões de conjugação das equipes e das iniciativas. A análise aqui empreendida indica que todo o trabalho não encerra o caminho da política pública, afinal esta estará também em constante formulação na ponta, sendo implementada em conformidade com o previsto, na proporção da intensidade de aderência alcançada. Tal aderência de reprodução depende do êxito de agregação das iniciativas, temas e serviços, exequibilidade, transparência e assertividade da linguagem, grau de reconhecimento, efeitos e desdobramentos da participação. Além disso, há a circunstância e fatos imprevistos: por isto, falou-se da necessidade de atualização do documento, pois a realidade tornará remodelar os desafios. Porém, venha o que vier, fundamental é seguir a genuína e ampliada abordagem de Atenção Básica.

5. Considerações finais

O objeto deste trabalho, tornamos a dizer, são as Diretrizes da Atenção Básica (2022). Antes de adentrarmos propriamente em sua construção, tivemos o entendimento de que era forçoso, antes, explorar as abordagens de Atenção Básica e a análise de políticas públicas, de modo que esses dois movimentos dessem luz aos apontamentos específicos à questão.

O específico tem sua razão de ser, latente que seja, advinda de sentidos e abordagens de um contexto bem mais amplo – tratamos, pois, dos precedentes do SUS, dos normativos, das dinâmicas da Atenção Básica quanto à desigualdade e iniquidades etc. Não são elementos meramente técnicos, isolados dos conflitos, pactuações sociais e desencadeamentos políticos.

Da mesma maneira, o estudo das políticas públicas acarretou maior agudeza em relação ao entendimento acerca da formulação e implementação de uma política, bem como, de maneira mais geral em termos do pacto federativo, das questões concernentes à capacidade estatal e arranjos descentralizados, à luz do Município. Ressaltamos a importância de considerar os impasses da implementação, cuja cristalização não é erigida automaticamente pelas diretrizes gerais da formulação.

O documento, como vimos, mobiliza grande amplitude de iniciativas, temas, programas, percorre diversos contextos, realidades, facetas do social. Possui, sobretudo, um duplo movimento. De um lado, o de contextualizar, levantar a premissa e importância, de outro, o de tanger questões de ordem prática e operacional.

A percepção dos gestores sinaliza os desafios envolvidos, não menores, todavia, do que a relevância do documento, por dar visibilidade a temáticas e linhas de cuidado, por exemplo. Percepção esta que compartilha da ideia de que a construção envolve ensinamentos, não sendo o processo um idílio.

À guisa de consideração derradeira, afirmamos que o retorno à Atenção Básica – apelo este do citado Relatório Mundial de Saúde 2008 – não é mero jogo de palavras, pois os compromissos e responsabilidades gerais são o pressuposto a nortear a formulação desta política, e que considerar este processo com o auxílio da análise de políticas públicas auxilia a enxergá-lo da maneira a não subestimar as complexidades e impasses de implementação.

Referências bibliográficas

- Abers, Rebecca N. Ativismo na burocracia? O médio escalão do Programa Bolsa Verde (Capítulo 5). Em: Cavalcante, Pedro; Lotta, Gabriela (orgs.). *Burocracia de médio escalão: perfil, trajetória e atuação*. Brasília: ENAP, 2015. Disponível em: < <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/2063/2/Burocratas%20de%20m%C3%A9dio%20e%20escal%C3%A3o.pdf> >. Acesso em: 18/01/2023.
- Abrucio, Fernando. Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos Anos FHC. Em: *O Estado numa Era das Reformas: os Anos FHC volume II*. Brasília, MP, Seges, 2002.
- Adorno, Theodor W.; Horkheimer, Max. *Dialética do Esclarecimento*. Trad. Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985.
- Arretche, Marta. Mitos da Descentralização: maior democracia e eficiência nas políticas públicas? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 11, n.31, p. 44-66, 1996.
- _____. Trazendo o conceito de cidadania de volta: a propósito das desigualdades territoriais. Em: Arretche, Marta (org.). *Trajelórias das desigualdades – como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos*. São Paulo, Ed. Unesp; CEM, 2015.
- Barcelos, Márcio. *Uma política social na área de biocombustíveis? A trajetória do Programa Nacional de Produção de Biodiesel (PNPB)*. Texto apresentado no 39o. Encontro da Anpocs, GT 30 - Políticas Públicas. Caxambu, 2015. Disponível em: < <http://anpocs.org/index.php/papers-39-encontro/gt/gt30/9726-uma-politica-social-na-area-de-biocombustiveis-a-trajetoria-do-programa-nacional-de-producao-de-biodiesel-pnpb/file> >. Acesso em 09/01/2023.
- Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.
- Barros, Maria E.; Piola, Sérgio F.; Vianna, Solon M. *Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas*. Texto para Discussão n. 401. Brasília: Ipea. 1996. Disponível em: < https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1835/1/td_0401.pdf >. Acesso em: 19/01/2023.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm > Acesso em: 13/01/2023.
- _____. Ministério da Saúde. *Declaração de Alma*. Ata sobre Cuidados Primários. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Brasília, 2002. Disponível em: < https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf >. Acesso em 13/01/2023.
- _____. _____. Portaria de Consolidação MS nº 3, de 28 de setembro de 2017a. Disponível em: <

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html >. Acesso em: 13/01/2023.

_____. _____. Portaria MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf >. Acesso em: 18/01/2023.

_____. _____. Portaria MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html >. Acesso em: 13/01/2023.

Capella, Ana C. N. *Menos governo e mais governança?* Repensando a lógica da ação estatal. Em: 6º Encontro da ABCP - Associação Brasileira de Ciência Política, 2008, Campinas. Anais do 6º Encontro da ABCP - Associação Brasileira de Ciência Política, 2008.

Giovanella, Lígia; Mendonça, Maria H. M. Atenção primária à saúde. Em: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura V. C.; Noronha, José C.; Carvalho, Antonio I. (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0019> >. Acesso em: 18/01/2023.

Gomes, Romeu. Análise de dados em pesquisa quantitativa. Em: Deslandes, Suelly Ferreira; Neto, Otávio Cruz; Minayo, Cecília de Souza (orgs.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21ª ed. Editora Vozes, Petrópolis, 2002.

Grimm, Sylvia; Padilha, Alexandre; Bassichetto, Katia C.; Lira, Margarida. Dezesesseis anos de monitoramento em saúde na atenção primária em uma grande metrópole das Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e183. Disponível em: < <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.183> >. Acesso em: 18/01/2023.

Guimarães, Luisa; Giovanella, Lígia. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 16(4), 2004.

Hill, Michael. Implementação: uma visão geral. Em: Saravia, Enrique; Ferrezi, Elisabete (orgs.). *Políticas públicas*. Coletânea - Volume 2. Escola Nacional de Administração Pública, 2006. Disponível em: < https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3133/1/Coletanea_pp_v2.pdf >. Acesso em: 19/01/2023.

Lascoumes, Pierre; Le Gales, Patrick. *Sociologia da ação pública*. Maceió: Editora da Ufal. 2012a.

_____. A ação pública abordada pelos seus instrumentos. *Pós Ci. Soc.*, v. 9, n. 18, p. 19-44, jul./dez. 2012b.

Lavalle, Adrian Gurza; Szwako, José. Sociedade civil, Estado e autonomia: argumentos, contra-argumentos e avanços no debate. *Opinião Pública*, Campinas, vol. 21, nº 1, abril, 2015, p. 157-187. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/op/a/fbjhrWrdV7bSk8qFR4brQWb/?format=pdf&lang=pt> >. Acesso em: 19/01/2023.

Leite, Cristiane K. S.; Peres, Ursula D. Paradigmas de desenvolvimento e disseminação de políticas: raízes locais da criação do Programa Bolsa Família. *Organizações & Sociedade* (Online), 2014. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1984-9230758> >. Acesso em: 18/01/2023.

Majone, Giandomenico. Do Estado positivo ao Estado regulador: causas e consequências de mudanças no modo de governança. *Revista do Serviço Público*, 50(1), p. 5-36. Disponível em: < <https://doi.org/10.21874/rsp.v50i1.339> >. Acesso em: 06/02/2023.

Marques, Eduardo. As políticas públicas na ciência política. Em: Marques, Eduardo e Faria, Carlos (org.). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo, Editora Unesp, 2013.

Massardier, Gilles. Redes de Política Pública. Em: Saravia, Enrique; Ferrezi, Elisabete (orgs.). *Políticas públicas*. Coletânea - Volume 2. Escola Nacional de Administração Pública, 2006. Disponível em: < https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3133/1/Coletanea_pp_v2.pdf >. Acesso em: 19/01/2023.

Mendes, Eugênio V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/03.pdf> >. Acesso em: 09/01/2023.

Nietzsche, Friedrich. Considerações extemporâneas. Em: *Obras incompletas*. Coleção Os Pensadores: seleção de textos de Gérard Lebrun. Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres Filho. São Paulo: Editora Nova Cultural, 1999.

Paim, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. Em: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura V. C.; Noronha, José C.; Carvalho, Antonio I. (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. Disponível em: < <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0018> >. Acesso em: 18/01/2023.

_____. *O que é o SUS*. 6ª reimpressão. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ. 2009.

_____. Travassos, Claudia; Almeida, Célia; Bahia, Ligia; Macinko, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios – o contexto do sistema de saúde. Saúde no Brasil. *The Lancet*, p. 14-20, maio/2011. Disponível em: < http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_822103381.pdf >. Acesso em: 09/01/2023.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários: agora mais que nunca*. Genebra; OMS. xxi, 129 p. livroiilus, tab, graf. 2008.

Ostrom, Elinor. *Governing the Commons: the Evolution of Institutions for Collective Action*. New York: Cambridge University Press, 1990.

Sabourin, Eric. Manejo dos recursos comuns e reciprocidade: os aportes de Elinor Ostrom ao debate. *Sustentabilidade em Debate*, v. 1, p. 141-158, 2010.

São Paulo [cidade]. Decreto nº 59.685, de 13 de agosto de 2020. *Diário Oficial da Cidade de São Paulo*, 14/08/2020, p. 1. Disponível em: < <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-59685-de-13-de-agosto-de-2020> >. Acesso em: 13/01/2023.

_____. Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. *Diretrizes da Atenção Básica*. São Paulo, 2022a. Disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/DIRETRIZES_CA_B_novembro_2022.pdf >. Acesso em: 13/01/2023.

_____. _____. *Plano Municipal de Saúde (2022 - 2025)*. São Paulo, 2022. Disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/plano_municipal_de_saude_2021_240822_versao_site.pdf >. Acesso em: 13/01/2023.

_____. _____. Portaria SMS nº 333, de 31 de maio de 2022. Diário Oficial da Cidade, São Paulo, de 01/06/2022, p. 28. Disponível em: < <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022> >. Acesso em: 27/01/2023.

_____. _____. Vigilância em Saúde. *Dados Epidemiológicos*. Série Histórica de Agravos e Doenças de notificação compulsória. 2022b. Disponível em: < https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/index.php?p=245263 >. Acesso em: 18/01/2023.

São Paulo [estado]. Secretaria da Saúde. Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19. São Paulo, 2020. Disponível em: < https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/organizacao_das_acoes_na_aps_junho_2020.pdf >. Acesso em: 10/01/2023.

Sobrinho, Eduardo J. M. A.; Capucci, Paulo F. Saúde em São Paulo: aspectos da implantação do SUS no período de 2001-2002. São Paulo II – Saúde. *Estud. av.* 17 (48), ago. 2003. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000200018> >. Acesso em: 13/02/2023.

Simmel, Georg. *Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade*. Rio de Janeiro: Zahar. 2006.

Sztompka, Piotr. *A sociologia da mudança social*. Editora Civilização Brasileira. 1998.

Veloso, João F. A.; Monasterio, Leonardo M.; Vieira, Roberta S.; Miranda, Rogério B. *Gestão municipal no Brasil: um retrato das prefeituras*. Brasília: Ipea, 303 p, 2011. Disponível em: < <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3172> >. Acesso em: 16/01/2023.

Viana, Ana L. Á.; Baptista, Tatiana W. F. Análise de Políticas de Saúde. Em: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura V. C.; Noronha, José C.; Carvalho, Antonio I. (orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 59-87. Disponível em: < <https://doi.org/10.7476/9788575413494.0005> >. Acesso em: 18/01/2023.

Anexo I – perguntas do formulário

1. Como vê a importância de um documento como as Diretrizes da Atenção Básica, considerando todo o contexto desde a sua última publicação?
2. Quais são as principais novas contribuições do documento, no âmbito da divisão/área?
3. Destacaria algum desafio no processo de trabalho em relação à construção do documento?
4. Como descreve a interlocução e participação do território, durante o processo?
5. Apontaria ensinamentos, a serem considerados em futuras construções de documentos, na organização do trabalho?
6. Comentário adicional (opcional).

Anexo II – Quadro com síntese das respostas recebidas

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3	Pergunta 4	Pergunta 5	Pergunta 6
Divisão I	Documento de suma importância para organização da assistência em todo o município de São Paulo. De caráter técnico e gestor.	Podemos aprimorar o texto da equipe multidisciplinar da AB. Dada a maior prevalência das demandas de saúde mental para essas equipes.	A articulação e a consonância com outros documentos foram um desafio importante.	Na divisão fizemos algumas discussões com as interlocutoras das CRS.	Necessidade de maior integração entre as áreas técnicas antes da construção do documento.	
Técnica Divisão	As Diretrizes norteiam o trabalho das equipes das UBS, uniformizam as ações, sempre respeitando as diferentes características do território, e trazem maior segurança às equipes na execução de suas atividades. A última publicação das Diretrizes da Atenção Básica é anterior à Pandemia. Essa edição de 2022 mereceu especial atenção, pois teve como objetivo a reorganização dos processos de trabalho nesse período de arrefecimento da pandemia, com a retomada de diversas atividades nas Unidades. Esse documento também é importante pois está alinhado com a portaria que regulamenta os contratos de gestão.	Atividades voltadas para população em situação de rua, imigrantes, indígenas e especificados alguns detalhes sobre os sistemas de registro das informações. Os anexos também trouxeram o detalhamento da distribuição da carga horária das EMAB. Houve também a especificação sobre as ações dos NUVIS-AB.	Foi desafiador construir um documento com a participação de muitas áreas técnicas e muitas delas que se relacionam. Houve dificuldade em "categorizar" os temas sem parecer para a Unidade que estavam desconectados e sim, pelo contrário, mostrar a relação entre eles. Foi difícil também estabelecer o nível de profundidade de cada tema, pois cada área possui já suas linhas de cuidado, documentos norteadores, notas técnicas. Desta forma, buscou-se um equilíbrio.	Por se tratar de Diretrizes, é papel do nível central, no caso a CAB, a determinação do conteúdo. Entretanto, por meio das áreas técnicas, os anseios do território puderam ser contemplados. Ademais, o documento foi submetido a consulta pública.	Acredito que na próxima edição, deva ser feito um cronograma mais elaborado para todo o processo de construção do documento. Apostaria em algumas discussões em forma de oficinas entre as áreas da CAB para depois partir para a atualização propriamente dita.	Importante ressaltar que os documentos que estão sendo publicados pelas diversas áreas técnicas da CAB estão alinhados com essas Diretrizes.
Assessora da coordenadora	As Diretrizes são um norteamento básico para a rede de serviços com as orientações gerais para seu funcionamento e que aponta para as prioridades desta organização: acesso, trabalho em rede, organização das equipes, pontos norteadores da assistência/cuidado, referências para os protocolos e fluxos oficiais.	O destaque para o trabalho em equipe, a nova organização da equipe multiprofissional, o NUVIS, a agenda com estrutura que permite o acesso avançado, agenda com parâmetros para equipe multiprofissional, práticas integrativas e atividades coletivas.	Em um município com as dimensões de São Paulo, com regiões tão diversas, o grande desafio é trazer as contribuições da rede de forma que o documento possa contemplar as atuais necessidades que os territórios apresentam mas ainda assim ser um documento único para toda a rede. Também é um desafio conciliar e alinhar a visão da gestão, dos trabalhadores, da população e das Instituições parceiras. É então um desafio considerar e conciliar a participação popular e dos territórios.	A interlocução e participação do território ocorreram em um primeiro momento de forma representativa, por meio dos interlocutores regionais das CRS e STS. Em um segundo momento, foi aberto para participação de todos através da consulta pública; considero que houve uma boa participação das regiões, mas é também um aprendizado esta construção coletiva.	A consulta pública, ampla divulgação e a comunicação com a rede podem ser presentes e fortalecidas em diversas etapas do processo, de forma que os atores se sintam incluídos e motivados a participar.	Considero que um Documento como as Diretrizes da Atenção Básica seja de constante construção e deva ser atualizado com maior frequência. Os anos desde a versão de 2016 trouxeram uma lacuna nas orientações para a rede, que com as mudanças devido às ampliações e implementações de serviços e equipes e a pandemia, buscou organizações "à parte", muitas vezes não alinhadas com as CRS e com a Secretaria.

Divisão II	Esta nova publicação das Diretrizes da Atenção Básica é essencial para atualização de objetivos, orientações, fluxos e alinhamento de ações na atenção básica.	A orientação da EMAB, os NUVIS-AB e teleassistência	O desafio de ser um documento claro que contemple e oriente os profissionais da Atenção Básica considerando a diversidade da nossa população e os nossos serviços.	A participação do território é importante pois consolida a diretriz como um instrumento e documento factível e atual.	A participação efetiva das áreas técnicas da CAB e dos territórios.	
Divisão III	O documento é fundamental para reorganização dos processos de trabalho das UBS, pois o documento antigo não atendia as necessidades e aos objetivos de superar o modelo de cuidado focado no médico, nos especialistas, em exames e medicamentos. Organizar estas novas diretrizes propicia que as UBS sejam mais resolutivas, que priorizem a promoção e prevenção em saúde, fortalecimento da equipe multiprofissional e as atividades coletivas.	Ter incluído e valorizado as modalidades das PICS nas atividades profissionais das UBS. Ter ampliado o tempo de consulta médica de 15 para 20 minutos. Estimulo as atividades coletivas em comparação aos atendimentos individuais. Valorização da EMAB.	Atender as expectativas dos profissionais das UBS e concretizar propostas de melhoria das condições de trabalho.	Avalio que a utilização da plataforma Participe+ e reuniões virtuais favoreceu a uma maior participação.	Avalio que este documento norteador deva ser atualizado de forma periódica (cada 1 a 2 anos) e ofereceria um tempo maior (1 mês) para os profissionais e gestores das UBS analisarem e apresentarem suas propostas, pois isto é uma forma pedagógica de compreensão e participação na construção de documentos.	Avalio que a atualização do documento Diretrizes Operacionais da Atenção Básica foi conduzida de forma competente e participativa, oferecendo um saldo de qualidade na organização da rede.
Divisão IV	As diretrizes são normas que devem ser adotadas e seguidas para a Atenção Primária. São princípios orientadores para a organização da AP nos territórios.	O trabalho em rede e integrado.	O grande desafio é contemplar as necessidades dos territórios nas diretrizes, em uma cidade com contextos tão diversos e tantas inequidades.	Desde o início as Áreas Técnicas trabalharam bem próximas e com muita escuta junto às CRS e STS por meio de seus interlocutores.	Sim. Um tempo maior para escuta de quem executa o trabalho na ponta da rede de atenção á saúde.	Foi uma construção coletiva, enriquecedora e trabalhosa, com vários atores envolvidos, mas que gerou um produto que irá nortear o trabalho e as ações da Atenção Primária.
Divisão V	Esta publicação é super relevante, uma vez que propicia o direcionamento da rede quanto ao funcionamento dos serviços e diretrizes para a operacionalização dos mesmos. Além disso, demonstra a amplitude da Atenção Básica e a importância do trabalho agregado e integrado de diversas áreas, como deve ser refletido nos serviços na ponta. Ressalta-se ainda no momento atual de "pós pandemia" e necessidade de retomada de algumas ações e serviços que foram "prejudicados" pelo período pandêmico, resgatando a Atenção Básica como coordenadora da rede e ordenadora do cuidado no sistema de saúde municipal.	As principais contribuições da Divisão estão relacionadas ao entendimento ampliado da Assistência Farmacêutica, para além da questão logística, mas com foco nas pessoas. Assim, foi incorporada nessa publicação o documento "Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica", que traz vários âmbitos de atuação da Assistência Farmacêutica no SUS. Além disso, neste documento foi aprimorada também a agenda do farmacêutico que atua na Atenção Básica, com ampliação da carga horária voltadas para as ações assistenciais e técnico-pedagógicas.	O principal desafio está relacionado a atingir as expectativas de todas as áreas técnicas envolvidas e propiciar a integração entre as propostas de cada setor, entendendo que na prática dos serviços essa integração é fundamental e necessária para a operacionalização das diretrizes.	No caso da Divisão, as propostas apresentadas no documento foram discutidas previamente em reunião com os interlocutores das CRS, STS e Parceiros, tendo assim uma participação importante de todos esses atores durante o processo. Destaco ainda a consulta pública como sendo fundamental para propiciar um maior alcance na participação dos territórios.	Todo o processo sempre traz ensinamentos importantes, no processo em questão destacaria a articulação entre as áreas técnicas, que foi fundamental e muito rica. Com certeza ressaltaria as oficinas entre as áreas para compartilhamento das propostas e empoderamento de todos quanto ao conteúdo do documento.	

<p>Divisão VI</p>	<p>Atualização necessária para direcionar as ações assistenciais. Documento institucional que garante as ações contratualizadas com as organizações sociais.</p>	<p>Não havia no documento anterior a menção às DCNT, portanto, é inédita a incorporação das informações que remetem a essa linha de cuidado. Estamos também consolidando a implementação do protocolo cuidando de todos, portanto a diretriz dará visibilidade para a linha de cuidado DCNT.</p>	<p>O desafio foi sintetizar as ações de forma clara e objetiva considerando a magnitude e diversidade do município de São Paulo.</p>	<p>A participação das interlocuções foi importante pois contribuiu com as práticas do cotidiano e assim pudemos incorporar e traduzir em forma de "diretriz".</p>	<p>A obrigatoriedade da consulta às interlocuções do território, chamada para consulta pública e lançamento através comunicação oral para rede de atenção á saúde.</p>	
--------------------------	--	--	--	---	--	--