**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Regulação em saúde produtora de cuidado:
cartografia de novos arranjos**

Mariana Prado Freire

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública, para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Profa. Dra. Marília Cristina
Prado Louvison**

**São Paulo
2017**

Regulação em saúde produtora de cuidado: cartografia de novos arranjos

Mariana Prado Freire

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-graduação em Saúde Pública da
Faculdade de Saúde Pública, para
obtenção do título de Mestre em Ciências.**

**Área de Concentração: Serviços de
Saúde Pública**

**Orientadora: Profa. Dra. Marília Cristina
Prado Louvison**

**São Paulo
2017
REVISADA**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Catálogo da Publicação

Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde Pública

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

Dados fornecidos pela autora

Freire. M.P.

Regulação em saúde produtora de cuidado: cartografia de novos arranjos / Freire, M.P./ orientadora Marília Cristina Prado Louvison. -- São Paulo, 2016.

Dissertação (mestrado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

1. Políticas de saúde. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Regulação em saúde. 4. Cuidado em saúde. 5. Redes de atenção à saúde. 6. Micropolítica do trabalho.

Ao “meu” Arlindo,

*Na sensibilidade da sua braveza, na verdade da sua
solidão, falou-nos sobre cuidar, viver e amar. Agradeço a sua
sinceridade inquietante e a oportunidade de poder contar esta
história. Onde quer que o senhor esteja, estará sendo
lembrado.*

“O que valeu a pena está destinado à eternidade”

Rubem Alves

Agradecimentos

Ao meu eterno companheiro Daniel, por toda uma vida compartilhada e por sempre me fazer acreditar que é possível. Obrigada por tornar possíveis os meus sonhos.

Aos meus filhos amados, por todo brilho e cor que trouxeram para a minha vida e por me ajudarem a ser uma pessoa melhor, a cada dia. Manu e Rafa: obrigada pela paciência. Amo vocês até o infinito.

Aos meus pais, Moacyr e Sandra, pela criação digna e de luta que eles me proporcionaram. Obrigada por me incentivarem a ir atrás dos meus sonhos.

À minha irmã Patricia, minha melhor amiga, minha companheira e mãe dos meus filhos em todas as minhas ausências. Obrigada por ser infinita. Ao José, Sofia e Laura, por dividirem ela conosco.

E à Bruna por toda a vibração e partilha. Você me inspira!

A Irma e a Ana Emília, amigas e colegas de trabalho de longa data que me fizeram acreditar que o mestrado valia a pena!

A todas as pessoas que me acolheram, com cama, cobertor e amor. Em especial aos meus primos Fla, Lu e Nina!

À todas as pessoas que me ajudaram na logística com as crianças enquanto eu estava em São Paulo. Em especial à minha sogra Marília, Lucinha, Tia Tereza, Flaudy e todas as minhas amigas e vizinhas que tornaram possível esta jornada.

Aos meus colegas e tantos amigos da Escola Miró em Ribeirão Preto, que quando eu ainda era menina me fizeram gente e plantaram tantas sementes em mim. Obrigada!

As pessoas que fazem parte da minha história como trabalhadora do SUS: chefes, colegas, professores.... em especial ao povo da regulação de Pinda, que me permitiram tantas vivências e muitas perguntas. Amo vocês!

Ao Grupo da Micropolítica de São Paulo, que trouxe um mundo novo para perto de mim, sempre inquietante e inesperado... que em tempos sombrios vem me ensinando a nunca desistir de lutar. Em especial ao Alê, Tereza e Larice pela companhia nas primeiras entradas em SBC.

Às Marginais (Paula, Mari e Helo), por toda possibilidade de deslocamento, altas reflexões e tantas risadas! Eu nunca mais serei a mesma! Obrigada monas!

Aos amigos e trabalhadores do Ministério da Saúde, a equipe do CGRA: Elaine, Edna, João Marcelo, Rodrigo, Nélío, Luciano, Wanderlei e tantas outras pessoas com quem tive a oportunidade de trocar conhecimentos e fazer importantes reflexões.

A todos os colegas da Faculdade de Saúde Pública (e adjacências) pelas disciplinas, almoços, aflições e alegrias compartilhadas.

Aos funcionários da FSP, em especial a Edina, sempre atenciosa e carinhosa. Muito obrigada pelo apoio.

Ao CNPQ pela sua valiosa contribuição, permitindo a realização deste projeto com tranquilidade e dedicação exclusiva.

À Faby por toda a parceria e acolhida e por me ensinar a voltar a ser aluna! Obrigada. Sinto sua falta.

À Nay que tanto me ajudou com as formatações, companheira do bandeirão, amiga pra todas as horas. Muito obrigada por tudo!

À Helo, por toda a parceria, toda a afinidade, por ter aberto e pavimentado o caminho, por ter me ensinado a construir pontes, por me acompanhar durante a travessia e me provocado a andar junto com o usuário, pelos caminhos do cuidado. Tem muito de você em mim! Obrigada amiga!

Aos trabalhadores de São Bernardo do Campo por permitirem o brilho nos olhos diante do SUS que dá certo. Vocês são incríveis!

Em especial as apoiadoras, a quem eu tanto importunei e sou inteiramente grata por terem tornado esta aventura possível: Talita, Cris, Paula, Rosi, Rebeca, Rita, Mawusi, Roberta, Shirley.... Obrigada de coração!

A tantas outras pessoas de SBC: Fausto, Debora do Carmo, Lissandra, Lessandra, Sonia, Carol, Fran e muitos outros!

Aos trabalhadores do Jardim Silvina pela abertura, disponibilidade e coragem. Muito obrigada!

À Debora Bertussi, por tantas ofertas e pela vibração com o meu percurso. Sem sua ajuda talvez estivesse caminhando em círculos até agora. Foi decisivo. Eterna gratidão.

À Tereza Rosa pelo interesse no meu percurso, pela companhia de sempre e pela leitura atenta produtora de boas reflexões e deslocamentos.

Ao Arthur Chioro, pela oportunidade de falar sobre o São Bernardo sonhado e por aceitar o convite de compor a banca.

À Laura, por ter provocado em mim tantas reflexões, por não me deixar esquecer, por nem um minuto, que toda vida vale a pena. Foi transformador poder estar perto de você. Obrigada!

À Marília pela audácia, pela sabedoria, pela capacidade de me ajudar a organizar minhas ideias e topar a desconstrução. Além de professora e orientadora, obrigada pela amizade e confiança e pelas oportunidades que tão generosamente me deu durante esta caminhada.

Não me pergunte quem sou e não me
diga para permanecer o mesmo.

Michel Foucault

Sei quem eu era, quando me levantei
hoje de manhã, mas acho que já me
transformei várias vezes desde então.

Lewis Carroll

Resumo

Freire, M.P. Regulação em saúde produtora de cuidado: cartografia de novos arranjos [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

A regulação em saúde exercida no Sistema Único de Saúde tem origem em um emaranhado de conceitos e foi sendo construída historicamente no Brasil acompanhando os diferentes contornos da Saúde Pública e a necessidade de regular os sistemas de saúde. Esta regulação se constituiu em um terreno de disputas entre a oferta e a demanda, produzindo efeitos no acesso dos usuários aos serviços e procedimentos. Mais recentemente a nova aposta para a regulação, é a possibilidade de que ela ocupe um papel central na produção do cuidado do usuário, juntamente com outros movimentos com este mesmo fim. Esta é uma pesquisa qualitativa de abordagem cartográfica, que contou com um usuário guia para conduzir a caminhada do pesquisador pelo território. Além do usuário guia, foram utilizados outros informantes, consulta documental, entrevistas transcritas e registro em diário de campo. O estudo teve por objetivo mapear os arranjos regulatórios presentes nas relações de produção do cuidado entre usuários, trabalhadores e gestores no cotidiano do trabalho em saúde de São Bernardo do Campo. Foram construídos analisadores a partir das cenas vivenciadas no campo e dos processamentos, que auxiliaram a dar visibilidade e dizibilidade aos arranjos do cuidado que estavam sendo produzidos. Distintas ações de regulação foram observadas, desde as que envolviam diretamente o complexo regulador até outras produzidas em ato pela rede de forma capilarizada. A aposta em novos arranjos regulatórios capazes de produzir cuidado trouxe possibilidades de empregar tecnologias mais relacionais no lugar da dureza dos protocolos e fluxos assistenciais. Estas ações foram observadas em diferentes cenários do sistema de saúde de São Bernardo do Campo.

Palavras-chave: Políticas de saúde, Acesso aos serviços de saúde, Regulação em saúde, Cuidado em saúde, Redes de atenção à saúde, Micropolítica do trabalho.

Abstract

Freire, M.P. Health regulation producing care: cartography of new strategies. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016.

The health regulation made at Brazilian public health system originates from a set of concepts and was historically constructed in Brazil, following the different contours of Public Health and the task of regulating health systems. Regulation has become a field of disputes between supply and demand, producing effects on users' access to services and procedures. More recently, the new focus on regulation is the possibility that it may play a central role in the production of user care, along with other movements for the same purpose. This is a qualitative research of cartographic approach with the participation of user guide to lead the walk of the researcher by the territory. In addition to the user guide, other informants were used, documentary consultation, transcribed interviews and field journaling. The purpose of this study was to map out the regulatory arrangements present in the relations of care production among users, workers and managers in the daily work of health care in São Bernardo do Campo. Analyzers were constructed from the scenes experienced in the field and from the processing, which helped to give visibility and readability to the care arrangements that were being produced. Different regulatory actions were observed, from those that directly involved the regulatory complex to others produced in act by the capillary network. The bet on new regulatory arrangements capable of producing care has brought possibilities of using more relational technologies instead of the hardness of protocols and care flows. These actions were observed in different scenarios of the health system of São Bernardo do Campo.

Key-words: Health Policy, Access to health services, Health regulation, Health care, Health care networks, Health works micro-politics.

SUMÁRIO

1. De pesquisadora-reguladora à cartógrafa-desregulada	10
2. A construção da Política de Regulação em Saúde no contexto histórico brasileiro.....	14
3. Aproximação: o conceito de Regulação.....	21
4. Novas apostas em regulação e a dimensão cuidadora em saúde.....	25
5. Metodologia: A produção de um campo cartográfico de pesquisa	30
6. A escolha do campo de pesquisa: entre a radicalidade e a singularidade do fauvismo bernardense	35
7. Tomando fôlego: pistas da construção deste percurso	40
8. Ins-pirando e ex-pirando: o encontro com o usuário.....	42
9. O Boteco do Sr. Arlindo: a produção do cuidado nos dispositivos de urgência e o seu papel na rede	53
10. Respirando por aparelhos: O papel da atenção especializada na produção do cuidado	61
11. Complexo Regulador como coadjuvante: novos ares ou dispneia?	79
12. Último Suspiro: entre a vida e o viver e a morte e o morrer.	82
REFERÊNCIAS.....	92

Lista de abreviaturas e siglas

AIH -	Autorizações de Internação Hospitalar
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
COAP -	Contrato Organizativo da Ação Pública
COSEMS -	Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
GM -	Gabinete do Ministro
IAP -	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
MS -	Ministério da Saúde
NOAS -	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
PPA	Programa de Pronta Ação
PPSUS -	Programa de Pesquisa para o SUS
PSF -	Programa de Saúde da Família
RAC	Rede Nacional de Avaliação Compartilhada
SAS -	Secretaria de Assistência à Saúde
SBC	São Bernardo do Campo
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AB	Atenção Básica
HC	Hospital Municipal de Clínicas de SBC
PTS	Projeto terapêutico Singular
NIR	Núcleo Interno de Regulação
AE	Atenção Especializada
EP	Educação Permanente

1. De pesquisadora-reguladora à cartógrafa-desregulada

Seria suficiente dizer que sou psicóloga, fui professora e resido no interior do estado de São Paulo? Poderia também dizer que sou trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) desde 2002, que passei pela saúde mental (incluindo álcool e drogas) e permaneci por alguns anos na regulação. Ainda assim não seria possível para o leitor saber quem eu sou, o que me afeta, o que mobiliza. Ou *“como a gente sente, como a gente respira, como a gente tem ou não vontade de falar, de estar aqui ou de ir embora”* nas palavras de Guattari, ao diferenciar identidade de singularidade (GUATTARI e ROLNIK, 2013, p.80).

Como a maioria de nós, ao longo da vida fui acumulando identificações, movimentos mais livres e criativos e outros mais enrijecidos, encaixotados. Embora fossem experiências de natureza antagônica, encontrei conforto em muitas delas. Interessante observar como cada uma colaborou com a construção da pesquisadora e cartógrafa e com a desconstrução de “outras verdades” que já não me serviam mais.

Entre as experiências de liberdade e criatividade gostaria de destacar os oito anos que passei como professora de educação infantil da Escola Miró em Ribeirão Preto, com o desafio de alfabetizar crianças sem apostila, em ato, acompanhando o movimento das crianças, num construtivismo levado ao pé da letra. Um espaço vivo de invenção coletiva. Descobri também o quanto as artes me mobilizavam e permitiam outras formas de comunicação de afetos.

Esta marca foi tão forte para mim que fez sombra na minha graduação em psicologia. O lugar que o trabalho ocupava na minha vida nesta época não deixava espaço para viver intensamente a psicologia. Me tornei uma psicóloga menos psicóloga que tantas outras que conheço, justamente por não ter grande afinidade com muitas coisas que fazem parte do “ser psicóloga” convencional. No entanto, além de fornecer conhecimento teórico, a faculdade me despertou o interesse pelo serviço público. Lembro com nitidez a visita que fizemos ao hospital psiquiátrico Santa Tereza (em Ribeirão Preto) e o quanto aquilo me mobilizou: uma mistura de medo e curiosidade produziram em mim uma inquietação que na época eu não sabia entender nem nomear, mas sabia que na naquela direção havia algo que me

fazia vibrar. Fiquei com esta marca em mim.

Formada, atuei como psicóloga de serviços de saúde mental com modelos distintos em Campos do Jordão e na implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Álcool e Drogas de São José dos Campos em 2002. Trabalhávamos com uma abordagem que pregava a abstinência dos usuários e nesta época eu tinha tantas respostas que era incapaz de fazer uma pergunta. No entanto, foi através dela que me tornei trabalhadora do SUS.

Em 2004 comecei a trabalhar na Prefeitura de Pindamonhangaba, cidade que eu chamo de minha, e após alguns meses trabalhando no ambulatório de infectologia, me ofereci para coordenar o serviço de saúde mental do município, junto a uma nova gestão que se iniciava. O desafio era transformar um ambulatório de psiquiatria em um CAPS e outros arranjos que fossem substitutivos a internação psiquiátrica. Foi um período de muita invenção em que foi preciso encontrar formatos alternativos aos definidos pelas políticas e normas, capazes de produzir respostas as diferentes situações, como por exemplo o matriciamento da saúde mental e a retarguarda no Pronto Atendimento – alternativo ao CAPS 24 horas. Tinha um jeito caseiro de fazer. E além de dar um prazer imenso, diminuiu consideravelmente o número de internações em hospitais psiquiátricos.

Em 2006 fui chamada para ajudar o núcleo central da secretaria a estruturar o complexo regulador do município. O assunto estava em plena efervescência - curso em parceria com Ministério da Saúde, grupo de trabalho no Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS) - em clima de novidade.

Enquanto reguladora, encontrava conforto na definição dos fluxos assistenciais, na produção dos protocolos e na potência do sistema de informação. Muito embora os processos micropolíticos estivessem presentes o tempo todo, meu olhar estava voltado para a norma e fluxos estabelecidos pelas esferas de governo com a crença de que aquilo era o que realmente importava e faria a diferença na execução do trabalho. Quando a Política Nacional de Regulação (Brasil, 2008) foi publicada tive a sensação de ter encontrado o manual. Era quase uma fórmula de como fazer. Mas na prática, os problemas eram muitos e na maior parte das vezes, a portaria não dava conta deles.

Na rotina do complexo regulador de Pindamonhangaba, além das atividades de regulação do acesso, estavam outras atividades relacionadas a regulação sobre sistemas e da atenção, que permitiam um olhar mais ampliado da rede de saúde – tanto dentro como fora do município. Poderia citar, como exemplo destas atividades, o controle e acompanhamento dos contratos e convênio, a qualificação da informação gerada pelo município, o credenciamento e habilitação de serviços de saúde, entre outras que compreendiam a articulação da rede de serviços.

Certamente, um retorno às atividades integrantes do complexo regulador produziriam uma forma diferente de olhar as mesmas coisas, aquilo que me afetava anteriormente foi deslocado, atualizado. Olhar para os processos micropolíticos presentes todo o tempo nas ações de saúde ganharam um espaço maior para mim, bem como a aposta na potência destes processos.

Em 2011 me exonerei da Prefeitura Municipal e fui dar espaço para experiências pessoais (morar fora do país, cuidar dos filhos, estudar línguas e refletir). Retornei à Pindamonhangaba em 2014 quando me aproximei da possibilidade de fazer mestrado, como uma oportunidade de atuar novamente no SUS e na minha área de interesse, não como trabalhadora, mas como pesquisadora.

A proposta inicial deste estudo de mestrado sobre regulação estava ligada à minha prática como trabalhadora-gestora. As questões que me mobilizavam giravam em torno de olhar para os efeitos da implantação de uma política pública, o impacto do recurso financeiro neste processo, dentre outras coisas mais relacionadas à macro-função regulatória ou macro regulação. Até aquele momento pretendia olhar para a regulação muito mais como uma máquina de produzir regras e estabelecer fluxos do que um lugar-ação-arranjo na produção do cuidado. Era essa regulação que eu conhecia.

Na aproximação com a Faculdade de Saúde Pública, com o início das disciplinas e a participação no grupo de estudos da Linha da Micropolítica, me encontrei com outras formas de produzir saúde em uma dimensão centrada no usuário e no cuidado, que desviaram meu olhar para este outro lugar. Nascia também a possibilidade de realizar uma cartografia, acompanhando outros pesquisadores do grupo e com a possibilidade de processar coletivamente o campo.

A cartógrafa foi sendo produzida em mim. Ao longo meu percurso de trabalhadora do SUS me aproximei fortemente dos espaços de gestão, lugar este que passou a fazer parte do meu cotidiano e se tornou familiar para mim. Na caminhada em SBC um dos primeiros desafios foi considerar outros espaços de produção de saúde, além da gestão, como informantes válidos para a construção cartográfica. Na medida em que as análises foram modificando o campo (Passos e Barros, 2012) e o processamento do campo que sinalizou a importância de dar protagonismo ao usuário, refiz a rota e fui me aproximando do usuário e da forma como ele produzia o seu cuidado. Fui então cartografando, construindo uma caixa de ferramentas que parecia ser mais útil para me ajudar neste percurso e deixando outras, já menos importantes, pelo caminho.

Este é um trabalho que contém um emaranhado de pessoas, ideias e desejos dos quais fiz parte de maneiras distintas. Acredito que a ousadia esteja impressa nas páginas que seguem, onde não foi possível disfarçar minha inexperiência e nem a exiguidade do tempo, mas que se deixaram encantar pela vivacidade desta forma de produzir conhecimento.

2. A construção da Política de Regulação em Saúde no contexto histórico brasileiro

No Brasil, antes da saúde se tornar um direito universal, a garantia de assistência à saúde já esteve vinculada à situação ocupacional e previdenciária das pessoas, produzindo uma divisão entre as pessoas que possuíam previdência e as que não. As pessoas com vínculo formal de trabalho (“carteira assinada”) tinham direito de acessar os serviços de saúde vinculados à assistência médica previdenciária, apesar das dificuldades inerente a este sistema (BRASIL, 2003). Ao restante da população cabia a assistência ofertada pelos poucos hospitais públicos que havia, para o controle de epidemias e também a assistência prestada pelas igrejas, a título de caridade ou ainda, a uma pequena parcela da população, o uso de serviços particulares (FLEURY e OUVÉRY, 2012).

Antes da conquista do SUS, as políticas e ações de saúde pública no Brasil estavam permeadas pela presença do privado, como apontam SANTOS e MERHY (2006). Durante o golpe militar, fruto da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), surgiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Todos os trabalhadores formais e autônomos que contribuíssem com a Previdência tinham direito à assistência médica. Este movimento produziu um aumento considerável da demanda que buscava por serviços de saúde, muito superior a capacidade instalada de serviços existentes na época. A saída encontrada foi a expansão da oferta pela contratação da rede privada por diferentes formas (contratos, convênios e credenciamentos), marcando uma mudança na política governamental, “*favorável à utilização da rede privada na prestação de serviços públicos de saúde*” (MÉDICI, 1992, p.82). Ainda segundo MÉDICI (1992), as ações de regulamentação entre o público e o privado também ganharam importância nesta época. Em 1974, o recém-criado Ministério da Previdência e Assistência Social instituiu o Programa de Pronta Ação (PPA), que estabeleceu normas a serem cumpridas no âmbito da saúde: destinando alta complexidade aos hospitais da rede própria da Previdência, definindo normas para o credenciamento de médicos, determinando prioridade ao credenciamento de hospitais que possuíssem pronto socorro (que passariam a atender clientela universal), entre outras normas, provendo ferramentas ao Estado, capazes de regular a relação entre o público e o privado, embora ainda bastante rudimentares. Neste mesmo ano, a prática de

seguros saúde foi regulamentada por meio da Portaria nº 78, de 10 de outubro de 1974.

Durante o período pré-SUS e com a imensa participação do privado dentro da Saúde Pública Brasileira, as formas de regulação atuavam, sobretudo, na esfera comercial, administrativa, financeira e assistencial. Neste período em que o sistema estava organizado a partir de uma lógica financeira, remunerando a rede privada prestadora de serviços por procedimentos, a regulação assistencial acabou ficando relegada ao segundo plano em detrimento das outras modalidades de regulação. O foco era controlar os gastos e para isso utilizava um arsenal normativo, priorizando ações de controle. A garantia do acesso não estava entre as prioridades. Menos ainda a preocupação com a produção do cuidado e da vida.

A conquista histórica de um sistema universal de saúde plasmada na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), a partir de intensa mobilização social, trouxe, segundo BAHIA (2005), duas dimensões que permitem analisar o cenário que se produziu no país em relação a saúde: a formal e a real. Embora esta não seja uma realidade apenas da Reforma Sanitária Brasileira, o que estava em jogo era uma importante disputa de projetos, onde a particularidade consiste na dissociação imediata entre a garantia constitucional de direitos e a defesa pelo Estado de interesses neoliberais de uma minoria. O estabelecimento de princípios como integralidade, universalidade e equidade dentro do recém-criado SUS, convivia de forma conflituosa e contraditória desde o seu nascimento com um Estado em franco encolhimento, atendendo os interesses do capital.

Neste sentido, o crescimento do setor privado dentro do público caminhou a passos largos e se fortaleceu durante a reforma de Estado brasileira (BRESSER PEREIRA, 1998) que tinha por objetivo constituir um Estado mínimo, ~~em que~~ seu papel seria o de planejar e fiscalizar as ações executadas por meio da prestação de serviços da iniciativa privada. Este papel exigia do Estado maior controle e regulação dos serviços prestados, sendo que a importância de fortalecer o papel regulador do Estado ganhou novas dimensões. No entanto, o texto constitucional deixou apenas um rastro sobre a necessidade de fiscalizar, regulamentar e controlar os serviços prestados pela rede privada, em especial na saúde. As diretrizes que norteariam este papel apareceram após o período da Constituinte, mediante documentos oficiais que foram normatizando a forma de

regular e controlar as ações executadas na área da saúde.

A Lei Federal nº 8.080 de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, definiu atribuições do SUS, seus princípios e diretrizes fundamentais. No entanto, foram as Normas Operacionais Básicas que colaboraram no sentido de regulamentar e orientar a condução dos processos fundamentais a implantação do SUS, como a regionalização, descentralização e garantia de acesso. As normas trataram também do modelo de financiamento a ser adotado e a responsabilidade dos estados e municípios (BRASIL, 1990; 1991; 1992; 1993; 1996).

Em 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS (BRASIL, 2001) apresentou estratégias de fortalecimento da gestão. A regionalização, definida como o processo político que envolve mudanças na distribuição do poder e articula a relação entre diferentes entes da federação (VIANA e LIMA, 2011), foi impulsionada a partir da publicação da NOAS. A Programação Pactuada Integrada e a elaboração de termo de compromisso de garantia de acesso aparecem como instrumentos para este fortalecimento, juntamente com a proposição de ações de controle, avaliação e regulação da assistência. Após a publicação da NOAS, em 2002, foi publicada a Portaria SAS nº 423, buscando discriminar competências para as três esferas de gestão do SUS na política de “Controle, Regulação e Avaliação”. Já a Portaria SAS 729/2002 elegeu indicadores para orientar a elaboração dos “Planos de Controle, Regulação e Avaliação”, bem como avaliar sua implantação.

Eram muitas as questões que ocupavam a agenda da gestão do SUS nos seus primeiros anos de implantação. Estudo feito por IBANES et al. (2007) na região metropolitana de São Paulo concluiu que a regulação, se considerada de forma ampla, *“não chega a ser vislumbrada pelos secretários municipais”* e quando *“vista por dentro”* assumia o papel de *“receber, orientar, encaminhar, adscriver ou ainda restringir serviços e procedimentos, como no exemplo mais comum, dos medicamentos”* (IBANES et al., 2007, p. 582).

Em 2006, com a publicação do “Pacto pela Saúde”, e suas três dimensões - Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS -, a União, os estados, os municípios e o Distrito Federal pactuaram diretrizes regulamentadas pelas Portarias MS/GM nº 399 de 22/02/2006 e MS/GM nº 699 de 30/03/2006

(BRASIL, 2006). O Pacto configurou-se como uma nova oportunidade de politizar a discussão em torno do SUS e de promover práticas mais solidárias entre gestores, forçando, muitas vezes, a discussão sobre financiamento, descentralização e regulação, entre tantos outros assuntos.

No interior dos municípios, em especial os de pequeno e médio porte, esta foi uma experiência para consolidar o SUS dentro de cada unidade federativa mas, além disso, foi também um momento de conhecer e aprimorar peças da gestão que até então andavam quase que soltas ou em funcionamento precário, se comparado a expectativa e potência atribuída a eles.

Com raras exceções, a regulação municipal era formada por uma central de vagas que cuidava dos agendamentos de média complexidade, e uma Unidade de Avaliação e Controle que, ainda com resquícios do modelo do INAMPS, se ocupava do processamento e pagamento das faturas do SUS, em especial as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH). A prática das centrais estava bastante relacionada ao conceito de regulação trazido por CARVALHO (2013): *“Regular alguma coisa é estabelecer as regras para que exista, funcione, consiga os resultados”*.

- A publicação da Portaria MS/GM nº 1559, de 1/08/2008, que institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008), além de destinar recursos financeiros para a implantação de complexos reguladores, atuou fortemente como oxigenador das estruturas de regulação, capaz de orientar de forma bastante diretiva o trabalho e ainda proporcionar a renovação dos espaços e a incorporação de tecnologias para aprimorar os serviços.

Uma vez que o processo de regionalização já havia sido disparado nos anos anteriores, a Política Nacional de Regulação se preocupou em considerar a complexidade de cada município, e forneceu, então, ferramentas para o fortalecimento das ações que já vinham sendo desenvolvidas, promovendo a implantação de novos complexos reguladores nos estados e municípios, ampliando o volume de serviços regulados e qualificando as ações de regulação.

A fim de dar conta da complexidade e abrangência do tema e da definição de regulação, a Política Nacional de Regulação apresentou três dimensões para a

regulação: Regulação de sistemas de saúde; Regulação da atenção à saúde; Regulação do acesso à assistência (BRASIL, 2008).

A tradução das ações de regulação em três conceitos distintos foi a grande aposta da Política Nacional de Regulação. Conforme descrito pela Portaria:

a) Regulação de Sistemas de Saúde que

[...] tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo à partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância destes sistemas (BRASIL, 2008).

b) Regulação da Atenção à Saúde:

Exercidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde, tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção de ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos, seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macro diretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada Regulação Assistencial e controle de oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2008).

c) Regulação do Acesso à Assistência:

Também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Esta forma, bastante elucidativa escolhida pela Política Nacional de Regulação, contempla uma gama grande de ações e atribuições de diferentes atores

que atuam direta ou indiretamente nos processos de regulação por todo o país.

As três dimensões auxiliam na sustentação da complexidade técnica e do conjunto de ações que estão envolvidos no ato de fazer regulação proposto na Política. A política fortalece também a ideia de uma estrutura central na gestão, instituindo este lugar de forma “legítima” e necessária dentro das estruturas municipais e estaduais.

Em busca de respostas para as dificuldades relativas a coordenação do cuidado e estratégias para integração da rede assistencial, ALMEIDA et al. (2010) realizaram estudo em 4 capitais brasileiras. Dentre outros achados, o estudo constatou que o uso de sistemas informatizados de regulação e a identificação da atenção básica como primeira instância reguladora no âmbito municipal apareceram como ferramentas para atuar na integração da rede e melhoria do acesso. Neste mesmo estudo, o monitoramento de filas para atenção especializada, implantação de protocolos clínicos e prontuário eletrônico foram apontados como estratégias importantes para a integração da rede de serviços, presentes na maioria dos municípios estudados, mas produzindo resultados diferentes em cada um deles.

Muito embora esforços como os apresentados no estudo acima estivessem presentes em muitos lugares do território nacional (com maior ou menor intensidade), a centralidade das ações estava voltada para a organização da assistência, de forma a considerar o usuário como “consumidor final” desta engrenagem. O conceito de regulação utilizado estava bastante colado no conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2000, que reduz regulação a encontrar a alternativa assistencial adequada em tempo oportuno.

A ênfase que foi atribuída ao complexo regulador reforçou o papel da regulação do acesso, que apesar de fundamental, não é capaz de produzir uma regulação com integralidade e equidade sozinha. Aproximar a Política normativa das dimensões do cuidado e investir em ações que colaborem neste sentido me parece ser um bom caminho para a revisão da política, de forma que não haja reducionismo. Além disso, a necessidade de integrar a Política de Regulação com as outras Políticas Nacionais de atenção à saúde, como a de atenção básica, atenção Hospitalar, atenção às urgências e das redes de atenção é fundamental.

Mais recentemente, a publicação do Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), apresenta a necessidade de aprimorar os processos de governança

no SUS. Desta publicação, destaca-se o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), com o objetivo de ordenar a rede assistencial de serviços regionais, de forma a avançar na regionalização do sistema único de saúde.

O Decreto contribuiu para a definição de muitos termos utilizados desde sempre na saúde, porém sem uma preocupação de alinhar os significados. Esta definição fortalece o diálogo e a implantação dos serviços de forma regionalizada e ordenada, com o objetivo muito mais de organizar a oferta de acordo com a demanda, do que o contrário. Ainda que esta tendência não se caracterize como uma grande novidade, já que, por muito tempo, a organização e regulação de serviços esteve controlada pela oferta e não pela demanda.

Apesar de observarmos passos mais largos da regulação desde a assinatura do Pacto pela Saúde em 2006, muitas são as disputas que a regulação brasileira ainda enfrenta, num cenário de fortes tensões entre a garantia do direito universal a saúde pelo Estado e os interesses econômicos do mercado (GIANNOTTI, 2013). Ultrapassar a relação de regulação com o estabelecimento de regras (CARVALHO, 2013) e considerar o princípio da integralidade para dentro das ações de regulação é um desafio atual a ser superado. A possibilidade de sair do lugar normativo e caminhar por trilhas produtoras de cuidado esbarra tanto na teoria quanto na prática de fazer regulação.

Após esta breve recuperação da transformação das ações de regulação no Brasil, é bastante óbvio perceber porque esta é uma ferramenta-ação que se apoia fortemente em normativas e é executada ~~através de~~ mediante processos burocráticos. As marcas dos modelos pré-SUS na regulação atual são constitutivas de sua identidade enquanto ferramenta, ação e lugar dentro da gestão da saúde pública.

3. Aproximação: o conceito de Regulação

Para DELEUZE e GUATTARI (2010) um conceito é constituído por uma multiplicidade de elementos, precisando de mais um componente para existir, com contornos irregulares e transitando no campo da articulação, corte e sobreposição. Esta forma de entender o que vem a ser um conceito nos ajuda a pensar no conceito de regulação, principalmente quando é apropriado pelo campo da saúde.

A multiplicidade de que tratam Deleuze e Guattari pode se expressar de outras maneiras, como propõem Oliveira e Elias (2012) quando chamam o conceito de regulação de polissêmico. Mesmo sendo um termo utilizado desde o século XVII, a aproximação com a biologia e as ciências sociais se deu somente a partir do século XX. Anteriormente era mais comumente utilizado na mecânica, como dispositivo de controle do movimento de máquinas. No entanto, esta ideia que remete a uma engrenagem aproxima o conceito de regulação da ideia de sistemas, que compreende a relação entre diversos mecanismos.

Passando pelo uso do termo na mecânica, no direito e nas políticas econômicas, o conceito de regulação é mais frequentemente utilizado no Brasil como um dispositivo situado entre a oferta e a demanda, sendo na maior parte dos casos uma ferramenta de Estado, com o objetivo de assegurar a presença dos diferentes interesses que compõem a sociedade, em situações de possíveis conflitos e disputas (OLIVEIRA e ELIAS, 2012).

Ao longo do processo histórico brasileiro de construção de um sistema universal de saúde, até os dias de hoje, a regulação em saúde foi assumindo distintos contornos e, portanto, sendo compreendida de formas diferentes, sempre sofrendo interferência dos diversos planos de produção e dos diferentes regimes de verdades colocados em jogo.

SANTOS e MERHY (2006) enfatizam a importância do contexto econômico e das relações de mercado que mobilizam as ações de regulação, inclusive no setor saúde. A inexistência de uma relação de competição perfeita no setor legitima as ações do Estado, na tentativa de corrigir as “falhas de mercado”. Perceber a forma como o Estado atua tanto nas relações de mercado como na proteção e garantia

dos direitos dos cidadãos ajuda a compreender os diferentes movimentos da regulação em saúde no Brasil.

Considerar a política de saúde como uma política social, significa assumir que a saúde faz parte dos direitos do cidadão (FLEURY e OUVÉRY, 2012). Quando o Estado compreende a saúde como um direito de cidadania, vários interesses são enunciados na sociedade, que muitas vezes se colocam em lugares opostos. Passa o Estado então, a sofrer maior pressão destas forças existentes na relação e precisa exercer regulação de forma mais intensa. Uma sociedade que não possui direitos sociais garantidos de forma ampla e universal terá menor capacidade/necessidade de tensionar as relações de mercado. Quanto menor a tensão, menor a necessidade de regular do Estado.

Santos e Merhy (2006) a partir de revisão crítica da literatura sobre regulação, destacam algumas ideias relacionadas ao emprego dos conceitos de regulação: controle, equilíbrio, adaptação e direção. Estas seriam chamadas por “ideias fundamentais”, que desdobrariam por sua vez em “ideias relacionadas” de forma que *controle* aparece ligado às ideias de ajustamento e regramento; *equilíbrio* associado à correção e conservação; *adaptação* à interação e transformação; e, por fim, *direção*, ligado à negociação e comando (OLIVEIRA e ELIAS, 2012).

As ideias de *controle* e *equilíbrio* aparecem relacionadas a fatores mais operativos do processo de regulação, dão a ideia das ações de regulação assistencial ou regulação do acesso, que se aproximam do cotidiano de funções da regulação e dos processos mais enrijecidos e normativos. Os conceitos de *adaptação* e *direção*, em especial este último, evidenciam a natureza política da regulação e o envolvimento da gestão nos processos, em especial nos de tomada de decisão e exercício do poder (OLIVEIRA e ELIAS, 2012).

Santos e Merhy (2006) contribuem com outros dois termos, que tem sido amplamente empregados para definir os processos de regulação e para diferenciá-los: microrregulação e macrorregulação. A microrregulação está ligada ao acesso cotidiano das pessoas aos serviços, ao consumo dos serviços de saúde. Já a macrorregulação diz respeito a definição das políticas mais gerais das instituições, relacionadas aos mecanismos mais estratégicos da gestão.

Mais recentemente Cecilio et al. (2014) conceituaram quatro regimes de

regulação: o governamental, o profissional, o clientelístico e o leigo, que emergiram da pesquisa de campo e constituíram regularidades que permitiram esta caracterização. Os autores, na construção dos regimes de regulação, se apoiaram no conceito de Weber de “tipo-ideal” que os ajudou a criar tipologias para cada um dos regimes, mas também enfrentaram o tensionamento que este percurso produziu, uma vez que as regularidades estavam frequentemente atravessadas por uma “*extrema diversidade de arranjos, soluções, composições e recomposições*” (CECILIO et al., 2014, p. 92) que colocavam em xeque toda a tipologia construída. A definição de uma regulação leiga, muito embora tenha se dado a partir de divergências entre os próprios autores, apostou na ausência de conhecimentos técnicos para denominá-la leiga (diferente de outros regimes de regulação que agem, muitas vezes, a partir de conhecimentos técnicos). No entanto considerou o “saber assessor” do usuário, capaz de promover deslocamentos no pensamento hegemônico. Para Cecílio, a contribuição do leigo neste processo se dá da seguinte maneira:

O leigo inventa pelo método da bricolagem e da recomposição, surpreendentes totalizações precárias e contingentes, movido pelo sofrimento advindo do adoecimento, do medo da morte e da consciência da fragilidade da vida humana. O agir leigo resulta em surpreendentes e singulares “sistemas de saúde” nos interstícios da máquina da saúde (CECILIO, 2014, p. 15).

Acreditar que o usuário fabrica seus próprios caminhos pela rede, por mais que gestores e trabalhadores tenham dificuldade em reconhecer isso, é uma possibilidade de produção de vida, mais conectada com aquilo que os usuários desejam para si e também uma tentativa de atravessar normas e regras tão rígidas, que ao contrário de produzir acesso, produzem barreiras (BERTUSSI et al., [no prelo](#)). ~~(já dá para atualizar a referência -2016)~~

A possibilidade de transitar entre elementos formais e que guardam maior relação institucional (amparados em normas e regras, principalmente) e também por elementos de maior sutileza, favorecidos pelas multiplicidades de arranjos e atores, ajuda a construir um diálogo que não exclui nenhuma das formas de operar e sim compõe cenários capazes de diferentes combinações entre ambas, mais ou menos harmônicas, mais ou menos capazes de produzir vidas.

Assim, o conceito de regulação se articula em diferentes espaços do universo “saúde”, sendo que cada coletivo se apropria de um ou mais componentes que o conceito carrega, fabricando um todo-fragmento (DELEUZE e GUATTARI, 2010) que remete a outros conceitos, estabelecendo conexões com regimes já existentes.

Ao relatar o movimento do conceito de regulação, nos deparamos com o movimento das ações de regulação, que da mesma maneira aparecem ora mais enrijecidas e fortemente vinculadas a um regime de normas, ora realizam movimentos de maior sutileza, no interior das relações cotidianas dos serviços de saúde, entre trabalhadores, gestores e usuários.

Analisar a construção municipal na direção de aprimorar ações de regulação é objeto deste estudo. A opção pela cartografia foi feita por favorecer o encontro com vestígios de processos de produção do cuidado existentes no território. O olhar sob a ótica da produção do cuidado é a aposta para encontrar novos arranjos de regulação.

4. Novas apostas em regulação e a dimensão cuidadora em saúde

A Medicina, a partir do desenvolvimento das ciências positivas, se legitimou como a única ciência capaz de explicar a ocorrência de processos entre o normal e o patológico, utilizando o corpo biológico como campo para esta compreensão. Este processo se sobrepôs a outros, anteriores, capazes de levar em conta outros saberes que não apenas o produzido a partir da observação do corpo biológico (FEUERWERKER, 2014). Este saber médico hegemônico é amplamente reconhecido e exerce grande influência sobre os processos de trabalho, na incorporação tecnológica na área da saúde e no consumo de saúde da população.

Ao longo do processo de construção de um sistema universal de saúde no Brasil e com os desafios crescentes e cotidianos deste campo, muitos trabalhadores e gestores foram se especializando no tema, constituindo um importante grupo de atores sociais e políticos envolvidos no processo de fazer saúde. Este movimento, que teve início nas décadas de 70 e 80 e teve como ponto de partida o conhecimento produzido pela vigilância à saúde e pela epidemiologia para produzir um modelo tecnoassistencial ocupado em organizar a assistência à saúde (MERHY e FRANCO, 2013).

Na década de 90, sem excluir outros tipos de saber, vários autores (Merhy, Franco, Campos, Mendes e Cecílio) partiram do saber construído através da prática clínica e do cotidiano do trabalho com importante fonte de conhecimento, capaz de auxiliar na compreensão e formulação de novas tecnologias no campo da saúde e fornecer outras respostas aos diversos problemas que a saúde pública apresenta.

A concepção de produção de saúde feita unicamente a partir de movimentos como: “cumprir regras”, “obedecer normas” e “criar e seguir fluxos pré estabelecidos”, definidas a partir de um saber especializado passou a ser questionada, principalmente porque não era capaz de produzir respostas suficientes para as diversas situações. Além do mais, os autores através de diferentes estudos, foram se apropriando de outras dimensões do processo de fazer saúde, como apontam MERHY e FRANCO (2013) indicando a presença da singularidade dos

atores envolvidos durante todo o processo. Olhar para a micropolítica de organização dos processos de trabalho tornou-se imprescindível para compreender o que há no interior das relações existentes nos processos de produção da saúde. As vontades, crenças, desejos e intensidades dos diferentes atores desta cena social estão entrelaçadas e são capazes de modificar de forma drástica a condução e desfecho dos diferentes processos. Muito embora este seja um cenário de criação de vínculos, de afetos múltiplos, vale frisar que é também um espaço marcado por fortes tensões, coexistindo múltiplas singularidades.

Reconhecer que a produção de saúde é um processo vivo, que se dá em ato, no momento em que trabalhadores e usuários se encontram, aquece o campo para que estes espaços de encontro sejam valorizados e investidos, desde a maneira como o usuário é recebido pela recepção da unidade até o desfecho da situação. (MERHY, 2013).

A força que o encontro possui e o que é produzido a partir deste, são descritos por Deleuze quando fala sobre a intercessão que opera entre ele e Guattari, quando se juntam em uma produção, de forma que não se trata de uma somatória, de um trabalho a quatro mãos, mas um “inter” que existe no encontro entre eles. “*O essencial são os intercessores. A criação são os intercessores. Sem eles não há obra*” (DELEUZE, 2013, p. 160). Acreditar que encontros menos prescritivos e formais, como conversas no corredor ou uma orientação feita no acolhimento, podem ter grande potência no processo de produção do cuidado, é capaz de mobilizar de formas diferentes os atores envolvidos e produzir novos caminhos na direção do cuidado.

Em síntese, cabe aqui considerar que os agires dos trabalhadores em saúde são singulares e que, mesmo estando todos submetidos a uma mesma diretriz normativa, agem de forma diferente. Compreender ainda, que os processos de trabalho que ocorrem dentro dos serviços de saúde são ricamente permeados pelas muitas subjetividades, e faz parte deste movimento observar nas equipes de trabalho práticas muito mais orientadas por esta subjetividade e pela singularidade de cada trabalhador, do que uma mera reprodução de normas e diretrizes (seja numa equipe de saúde da família ou numa central de regulação). Assim, segundo FRANCO e MERHY (2013), a capacidade do gestor em influenciar nestes processos é limitada.

É possível então descrever relações que valorizam saberes mais prescritivos, burocráticos, como por exemplo o saber médico hegemônico, produzindo ações que na sua grande maioria resultam no consumo de procedimentos. Ou, por outro lado, relações que levam em conta o que é produzido a partir do encontro entre os atores, denominada por Merhy de “relação interseçora” (MERHY, 2002). Cada tipo de abordagem requer uma caixa de ferramentas específicas, com mais tecnologias leves, leve duras ou duras, com foco em produção de procedimentos ou produção de cuidados. A aposta é que esta escolha faz toda a diferença na vida da pessoa que está sendo cuidada.

Inserir a regulação nesta conversa é um desafio que vem sendo perseguido por alguns autores mais recentemente. Por um lado, encontramos os processos mais normativos e burocráticos das centrais de regulação, que embora recebam críticas frequentes, exercem um papel fundamental dentro da organização da assistência. Podemos citar como exemplos básicos dois processos distintos do cotidiano da regulação: “agendamento”, que consiste sinteticamente em captar e compilar os serviços disponíveis na rede assistencial e distribuir para a rede posteriormente (da forma mais equânime possível). Ou ainda, a produção e uso de protocolos clínicos e de acesso aos serviços, que possuem um caráter bastante normativo, mas cumprem um papel importante na organização da assistência. Estes, quando construídos coletivamente, a partir de consensos entre trabalhadores e gestores, auxiliam principalmente na publicização da oferta e a forma de acessá-la.

Por outro lado, conforme apontado por GIANNOTTI (2013, p.119) a partir de um estudo sobre a organização dos processos regulatórios no âmbito municipal: *“somente a atuação direta na micropolítica do cuidado e das relações interpessoais proporcionará de fato mudanças”*. Muito embora as ações macropolíticas sejam capazes de oferecer condições e estruturas necessárias para oferecer um serviço de saúde integral, é imprescindível que a microrregulação faça parte desta análise e construção.

Mais recentemente, OLIVEIRA et al. (2016) estudaram sobre os processos microrregulatórios existentes em uma unidade básica de saúde. O estudo mostra que algumas práticas consideradas “promissoras”, acabaram capturadas por práticas enrijecias e com menor capacidade de produzir acesso e cuidado. Um dos exemplos trazidos pelo estudo é a priorização dos casos aguardando em fila de

espera. A forma como a priorização é feita acaba por deslocar a fila de espera de lugar, havendo uma setorização das responsabilidades no processo. O estudo não conseguiu captar qual é o fator que ocasiona maior ou menor mobilização da equipe para os diferentes casos.

Outro ponto apontado pelo estudo de Oliveira foi em relação ao matriciamento, que apesar de ser uma estratégia adotada pelo município ainda é capaz de dar poucas respostas aos usuários. Os trabalhos solitários e com grande captura normativa foram descritos e pautados na tentativa de explicar os entraves que os processos de regulação enfrentam cotidianamente, desta vez olhado a partir de dentro de uma UBS.

A aposta do presente estudo é observar a possibilidade de diálogo entre as formas mais burocráticas de regular e a possibilidade de criação de novos dispositivos de regulação sob a égide do trabalho vivo em ato.

E por fim, a aposta se sustenta na tese de que a própria burocracia é atravessada pelo conteúdo [individual-singular](#) de cada ator daquela cena, capaz de operar concomitantemente com o trabalho vivo em ato, trabalho este que é produzido a partir do encontro do trabalhador com o usuário, que não segue roteiros, que lida com a diversidade micropolítica de cada encontro e com os efeitos que os encontros produzem (FEUERWERKER, 2014).

Olhar a regulação sob o ponto de vista de quem usa nos dá oportunidade de sairmos do lugar ordenador, normativo, cartorial, para um outro, novo, que nos aproxima da dor, da espera, do cuidado. Olhar a partir da perspectiva de quem recebe, de quem tem a necessidade, de quem não pode esperar. O tempo da gestão, o tempo do trabalhador, o tempo do sistema de informação estariam então colocados em segundo plano em detrimento do tempo do sofrimento, da necessidade, da dor e do adoecimento.

Outro ponto a citar é a coincidência entre a necessidade do usuário e os apontamentos da equipe de cuidados ou da equipe de gestão. Estes pontos devem estar interligados e versarem sobre o mesmo tema, de forma que o diagnóstico ou realização de um procedimento não necessariamente significam o fim do atendimento. Um modelo de atenção usuário centrado deve estar atento a demandas de outra natureza que não somente o saber tecnológico científico do

profissional (MERHY, 1998).

A importância de refletir e se incomodar com a prática, fazendo com que o profissional de saúde seja capaz de se colocar em análise para perceber o que do seu cotidiano tem possibilidade de ser transformado, quais práticas não servem para aquele contexto e quais podem ser melhoradas, uma vez que *“o cotidiano, portanto, tem pelo menos duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador”* (MERHY e FEUERWERKER, 2009).

Este percurso teórico que optei por fazer aqui dialoga fortemente com o percurso que venho fazendo dentro da área da regulação e do campo da saúde pública. Compreender que estes conceitos não se contrapõem mas convivem, de forma rizomática, sendo que as práticas mais antigas da regulação ainda estão presentes em muitos contextos e fazem sentido para quem as opera. Da mesma forma que as inovações e possibilidades de agregar tecnologias leve também são bem-vindas, ampliando a possibilidade de acessar o usuário.

Na perspectiva da produção do cuidado, interrogar se a regulação é capaz de participar deste processo e de que maneira é algo que me mobiliza atualmente. Junto a isso, o diálogo entre a perspectiva histórica em que a regulação foi concebida na saúde no Brasil e a produção de ações regulatórias que tenham centralidade no usuário e na produção do cuidado me movem para a realização deste estudo. A seguir passo ao relato da pesquisa de campo realizada com estas questões em mente.

5. Metodologia: A produção de um campo cartográfico de pesquisa

“Escrevo exatamente porque não sei
ainda o que pensar sobre o assunto que
atrai meu interesse”
Foucault

A construção do pesquisador deste estudo se deu ao mesmo tempo em que os deslocamentos foram sendo produzidos, na teoria e na prática. Muitas foram os estímulos que provocaram deslocamentos, podendo destacar as reuniões da linha de pesquisa da Micropolítica de São Paulo e a participação na pesquisa do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), sobre acesso e integralidade do cuidado entre atenção básica e atenção especializada, com uma proposta de abordagem cartográfica. Estes movimentos foram gradualmente colocando em xeque os regimes de verdade que eu carregava e foram dando lugar a outras experimentações, encontros e sentimentos.

A proximidade com a discussão de outras pesquisas, como por exemplo, a pesquisa nacional da Rede Nacional de Avaliação Compartilhada (RAC) que propõe um olhar sobre quem faz, quem pede e quem usa os serviços de saúde, provocaram em mim um grande desconforto, com relação aquilo que me propunha a estudar, revelando a centralidade que o usuário tem nestes processos e que pode ter dentro da pesquisa. O protagonismo do usuário dentro dos campos de pesquisa provocou o reencontro com o sentimento de que o serviço não pode ser organizado para dentro, sem levar em conta o usuário.

A reflexão sobre a forma de armar os serviços e a centralidade do cuidado na produção da vida para dentro da saúde pública iluminou caminhos outros, que tinham pouca relevância em momentos anteriores. Olhar para a capacidade de produzir movimentos mais ou menos cuidadores que os diferentes serviços têm (ou não) e as possibilidades de promover boas respostas no campo da saúde passaram a chamar muito mais a minha atenção. As minhas certezas foram ficando pelo caminho. Meu corpo vibrátil já não se afetava pelas mesmas coisas, os ecos produzidos pelas diferentes situações haviam se deslocado.

A perspectiva de caminhar sob o ponto de vista do usuário e compreender o uso que ele faz do serviço, a forma como percebe a organização de cada ponto de atenção e que efeitos isso produz em sua vida foram levando meus olhos no caminho da produção da vida. Este caminho foi ganhando importância dentro do meu percurso e criando outras possibilidades de produção para além das coisas formais, onde os processos estão mais estruturados e enrijecidos.

Vale dizer que este não foi um caminho em linha reta, ou poderia dizer, que já ~~estava~~ estivesse pavimentado. Muitas vezes me vi diante de ruas sem saída, estive paralisada e com muitas dificuldades. A importância de encontros com outros pesquisadores e também trabalhadores para falar sobre a pesquisa e colocar em análise o que foi vivido (aquilo que chamamos de “processamento”) foi fundamental para ajudar a encontrar os atalhos, por onde eu pude caminhar com mais liberdade. O caminho foi se fazendo a medida em que caminhava:

O cartógrafo compõe seus mapas, segundo sua posição e referência diante da paisagem, está sujeito aos regimes de luz e sombra, numa composição de seu corpo-cartógrafo com os objetos que cartografa: suas produções, diferentemente de representar uma natureza encontram-se radicalmente ligadas a como se experimenta a paisagem, e portanto, um cartógrafo mapeia efeitos (TALLEMBERG, 2015, p.24).

Captar a delicadeza dos processos micropolíticos e a singularidade dos atores e das cenas vividas no campo eram os maiores desafios que a vivência da pesquisa me propiciavam. Somente o “olho-retina” não seria suficiente neste processo. Era preciso um olho vibrátil, descrito por ROLNIK (2006), capaz de perceber a dimensão subjetiva, os afetos e os fluxos de intensidades.

Outro ponto importante foi o distanciamento do lugar instituído da gestão e o deslocamento para caminhar ao lado do usuário, que nem sempre aconteceram de maneira automática, mas antes, exigiram reflexão, disponibilidade e desconstrução.

O desafio havia então se tornado ainda maior, já que o desejo era acessar a produção do cuidado, que é particularmente complexa, como já alertado por MERHY e FEUERWERKER (2011, p. 294), uma vez que esta *“acontece em ato e da qual encontramos somente vestígios – alguns deles registrados em prontuários, a maior parte deles impressos no corpo dos que estiveram envolvidos na produção”*.

A desconstrução do trabalhador-gestor aos poucos foi dando lugar a outros devires, precisou ocupar papéis intermediários, até encontrar-se com o papel de cartógrafo. O conforto transitório do papel de externo ao objeto da pesquisa, um olhar de fora, foi dando lugar ao sentimento de pertencer ao território e aos seus movimentos. Já mergulhada nos afetos, conseguia então perceber a construção de pontes (ROLNIK, 2014) que foram permitindo a caminhada pelo território. A esta altura as linhas invisíveis já haviam brilhado para mim em alguns encontros mais iluminados, conseguia perceber a presença de múltiplas conexões operando nos diferentes espaços. Os tantos *eus*, os mais tantos ainda *eles* já tinham se transformado em muitos *nós*, até o momento em que os elementos da mistura se tornaram quase invisíveis.

Esta sensação foi possível depois de mais de um ano de andanças pelo território da pesquisa, que incluíram visitas a muitos serviços, participação em reuniões com diferentes atores e sobre diferentes assuntos e posteriormente a aproximação com usuários.

Mas nem sempre foi assim. Houve estranhamentos e interdições na mistura com os outros atores do campo. Alguns que puderam ser contornados (e teve até “DR” – discutir a relação) e outros que exigiram atalhos ou até mesmo mudança de rota. Estas experiências vividas no campo me permitiram sentir a disputa de projetos existente no território e como as relações de poder operam e interferem nas cenas.

Enfim, para que lado olhar? Onde procurar a relação da regulação com movimentos vibrantes de produção de cuidado e vida? Para Rolnik esta preocupação parece não existir ou não ter importância:

o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo que dá língua aos movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem vindo (ROLNIK, 2014, p. 65).

Fui então percorrendo, afetando e sendo afetada pelos acontecimentos vividos em um cenário muito especial, que é São Bernardo do Campo (SBC). Literalmente, um capítulo a parte.

Muitas vezes me vi inserida nos espaços de gestão criados em SBC e nestes espaços foram se revelando movimentos que pareciam ser interessantes de acompanhar, em que havia arranjos e apostas sendo feitas pelo município como um todo e com o foco na produção do cuidado. Cabe dizer que estes movimentos são muito investidos na saúde de SBC e estão por todos os lados. Fui então me aproximando dos movimentos que esbarrariam em algum tipo de arranjo regulatório, que me foram sinalizados por coletivos diferentes e que estavam sendo produzidos a partir de lugares diferentes e com diferentes tecnologias.

Escolhi acompanhar o movimento da dor osteomuscular crônica, da pneumologia e da regulação hospitalar. Nestes movimentos consegui identificar usuários com quem eu poderia-, a partir de seus encontros, vivenciar o percurso feito por eles. Um destes usuários tinha uma história peculiar, além de ser um portador de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), dependente de oxigênio, ele era um grande utilizador da rede de saúde, em especial do serviço de urgência (durante dois meses, ele esteve na UPA todos os dias, com exceção de um). A história era bastante conhecida por toda a rede de SBC e ele foi escolhido para ser o usuário guia deste estudo. Uma cartografia que utiliza um usuário guia narra o encontro, é centrada no usuário e se ocupa principalmente destes encontros e dos afetos que eles produzem (EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MOVIMENTO, 2014). O alto grau de complexidade deste caso mobilizou a rede como um todo, de modo que os diversos saberes foram convocados para o processo de cuidado. Além deste, me encontrei com outros usuários e processos de produção do cuidado que guardam semelhanças e diferenças em relação ao processo de produção do cuidado vivido junto ao usuário-guia, que foram dando diferentes nuances e contornos ao estudo.

Utilizei o registro em diário de campo e a gravação e transcrição de encontros, reuniões e visitas domiciliares (todos foram autorizados pelos participantes) para ilustrar meus relatos e minhas reflexões. Os usuários e trabalhadores citados ao longo do texto tiveram seus nomes substituídos para preservar o anonimato, bem como as unidades de saúde visitadas. Tive acesso a prontuários e ao cadastro eletrônico dos usuários que trouxeram informações importantes - e a falta delas também.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Os participantes concordaram em participar do estudo e tomaram conhecimento do Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido, que foi assinado, autorizando a utilização das informações para a produção deste estudo.

6. A escolha do campo de pesquisa: entre a radicalidade e a singularidade do fauvismo bernardense

“A arte é a linguagem das sensações, que
faz entrar nas palavras, nas cores, nos
sons ou nas pedras”
Gilles Deleuze

São Bernardo do Campo é um município paulista, localizado na região Metropolitana de São Paulo, integrante da região do ABCD Paulista. Possui uma população estimada em 816.925, segundo informações da prefeitura.

SBC organizou suas ações e investimentos em saúde de forma a privilegiar o território. A população está distribuída em 408,55 km² com densidade demográfica de 1.994,90 habitantes por Km². Atualmente o município está dividido em 9 territórios, com taxa de vulnerabilidade social de 27,60% (2010) e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,805 (dados fornecidos pelo site da Prefeitura).

[A-O organograma da](#) Secretaria de Saúde comporta, além do Secretário e seu Adjunto, seis departamentos (atenção básica, atenção especializada, atenção hospitalar e urgência e emergência, promoção da saúde e vigilância a saúde, administração da saúde e apoio à gestão).

A regulação / complexo regulador fica no departamento de apoio à gestão, juntamente com avaliação e monitoramento, ouvidoria, educação permanente, entre outras estruturas.

Desde o início da gestão, que iniciou em 2009, o município assumiu um compromisso com a implantação do SUS em toda a sua radicalidade. Esta definição de projeto deixou bem clara a intencionalidade de produzir um jeito diferente de cuidar das pessoas que ali viviam. Havia uma ruptura com o que vinha sendo feito até então e uma intencionalidade, dirigida a construção de um “SUS que dá certo” em toda sua complexidade e excelência.

Os vestígios da forma de organização do SUS em SBC dão conta de uma grande transformação operando no território nos últimos anos, a maior prova disso

são as unidades que visitei que ou haviam sido construídas ou reformadas recentemente. Por todos os espaços que andei ouvi relatos da implementação de novas práticas, da mudança no processo de trabalho ou da inauguração de um novo serviço. Estes relatos dão conta de uma grande modificação na forma de produzir o cuidado em saúde e na relação com os usuários dos serviços.

As condições para a gestão municipal executar um grande projeto de saúde pública eram ideais para experimentar o SUS em toda a sua potência e radicalidade. O interesse e apoio político (no nível local e federal), somado ao entendimento de que era possível investir nas pessoas e compor boas equipes de trabalho foram imprescindíveis para a concepção do projeto. O fato da rede de serviços ser integralmente de gestão municipal era outro aspecto que favorecia o projeto e sua complexidade. Portanto, como a grande maioria dos prestadores de serviço são próprios do município, a interferência de outros entes federados é menor.

Uma das principais apostas da gestão em SBC era o Apoio Institucional, que tem um papel fundamental na configuração da rede de serviços, sendo que ele não está vinculado a nenhum dos departamentos, e utiliza esta característica “desprendida” da estrutura para atuar nos territórios, articulando a rede e apoiando os atores locais. O apoiador desempenha diferentes papéis ao realizar o seu trabalho: articulador, educador, escutador/observador, facilitador e negociador (BERTUSSI ~~E-e~~ FEUERWERKER, 2010). Em SBC eles estão divididos por territórios (em média 4 apoiadores por território) e a partir de um elenco de prioridades, dividem entre si as atividades que devem ser acompanhadas, tendo em mente o “fazer com” e não o “fazer por”. O compromisso com a transformação do processo de trabalho é uma das características que confere ao apoio institucional a possibilidade de produzir inovações (FALLEIRO, 2014).

O apoio como um dispositivo, ~~-~~ segundo Sundfeld em sua tese sobre o apoio ~~institucional-em rede~~ de SBC, ~~-~~ se constitui no não-lugar, no entre. É capaz de múltiplos agenciamentos, produção de deslocamentos e de colocar em análise a produção do cuidado que está operando. “O apoio é armado por relações de transversalidade, por composições que agitam e diluem identidades, jogo incessante que desterritorializa o plano das formas, agenciando novos territórios” (SUNDFELD, 2016, p. 77).

Além do apoio, a gestão fez uma aposta importante na potência de encontros entre trabalhadores e gestores dos diferentes departamentos com propósitos distintos. Estes espaços, que propiciam o fortalecimento da rede de serviços, também evidenciam as tensões produzidas pelos diferentes projetos que estão colocados na cena. Sundfeld⁷ definiu esta tensão:

Há uma tensa convivência entre esta organização e os dispositivos transversalizadores, propostos pela mesma gestão; ou seja, a gestão fabrica o que fortalece o vertical e o que transversaliza; ou seja, duas máquinas que operam simultaneamente, numa disputa explícita de projeto, constitutiva do desenho de SBC (SUNDFELD, 2016, p. 74).

Assim, é possível dizer que a disputa dos projetos é parte do processo de construção da gestão. De qualquer gestão.

O desafio de cartografar um campo extenso, denso, com tantas nuances e dobras, foi favorecido por esta configuração do apoio, e sua permeabilidade pela rede como um todo. Durante o estudo acompanhei vários apoiadores, em diferentes momentos, sendo estes que na maioria das vezes me abriram as portas dos serviços e me proporcionaram o encontro com os usuários.

Da mesma forma que há investimento importante em pessoas, seja na contratação dos profissionais ou na formação deles (vários espaços de educação permanente instituídos, com participação de figuras importantes do campo da saúde pública), há investimento na infraestrutura da saúde, sendo que as unidades, tanto Unidade Básica de Saúde (UBS) quanto na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), foram adequadas para atendimento, sendo que muitas foram construídas e outras reformadas, inclusive para atender o desenho territorial do projeto.

A surpresa de entrar em qualquer uma das unidades e ver rostos da comunidade estampados em suas paredes, as salas da comunidade ocupadas e os usuários com muita propriedade sobre os prédios públicos, dá sinais da aliança entre o poder público e as pessoas que frequentam os serviços. Além disso, o sentimento de pertencimento que as pessoas têm em relação as unidades de saúde, o que aumenta o zelo, o uso e minimiza as invasões, vandalismos. Fortalece o cuidar e zelar.

A vibração do campo traz consigo toda a sua complexidade, manifesta nos encontros de trabalhadores, onde-em-que as disputas de projeto ficam mais acirradas, nas necessidades dos usuários e na percepção das relações. O campo forneceu muitas oportunidades de vivenciar estas tensões e o que ela produz.

Tanto na fala dos gestores quanto nas inúmeras cenas que já havia presenciado até ali era possível ver (com o olho vibrátil) a intensidade, a vibração, a presença de um processo vivo, inovador, colorido.

A sensação que estes encontros produziram em mim levou meu pensamento e ativou minha memória para as obras de arte de Matisse, artista francês, com quem me encontrei em diferentes fases da minha vida, sempre me proporcionando alegria. A obra de Matisse é marcada pela intensidade das cores, pela vida e pela vibração.

Podia pensar estar diante de um fauvismo bernardense?

Mas afinal, o que é o fauvismo?

Fauvismo é um movimento artístico francês, que teve início no ano de 1901, mas foi assim identificado em 1905, após uma importante exposição de arte. Fauve (que quer dizer “feras”), foi assim nomeado por ser um movimento com o predomínio das cores vibrantes, entre outras características. O fato é que a revolução industrial impôs um regime mais veloz de viver. E interferiu também na forma de fazer arte, de modo que não havia mais tempo para realizar grandes estudos antes de executar um trabalho artístico.

Matisse, pintor e escultor francês precursor do fauvismo, passou a deformar a realidade vivenciada com o objetivo de transmitir o sentimento do artista. O foco estava na impulsividade e na experimentação, no ato de pintar, e não mais nos seus estudos. Há em sua obra uma “desconcertante liberdade”, capaz de desprender-se da técnica e da norma, para atingir, pela experiência, a felicidade paradisíaca.

Muitas foram as definições e críticas ao fauvismo e a obra de Matisse. Na tentativa de dar texto ao meu sentimento, é possível focalizar algumas características, visto que a intenção não é fazer uma comparação entre a arte de Matisse e o projeto de SBC, mas é uma forma de exprimir sensações.

Em síntese, o quanto o movimento artístico se aproxima da experiência de SBC quando rompe com o que vinha sendo feito até ali e passa a produzir algo novo, sem estar aprisionado pela teoria construída anteriormente, mas com liberdade para se apoiar nela. A aposta que SBC faz na potência dos encontros e na produção viva em ato da saúde, me remetem a valorização que os artistas do movimento fauvista dão ao ato de pintar, seus sentimentos e afecções.

“ Eu não literalmente
pinto este quadro, só pinto a
emoção que ele produz sobre
mim”

Henri Matisse

7. Tomando fôlego: pistas da construção deste percurso

Como dar texto a um percurso cartográfico?

Qual lógica seguir para contar uma história que teve seus capítulos construídos a partir de múltiplos afetos e encontros?

Na cartografia, o registro de diário de campo deve ser produzido acompanhando os movimentos da pesquisa, de forma que os relatos incluem tanto o que é pesquisado e também a forma como se deu o processo. Ainda segundo Barros e Passos (2012, p 173) “o registro do trabalho de investigação ganha, dessa forma, função de dispositivo, não propriamente para concluir o trabalho ou apresentar seus resultados finais, mas como disparador de desdobramentos da pesquisa”. Este registro narrativo reflexivo que acompanha o pesquisador contém, além das cenas vividas, uma reflexão acerca das afecções presentes. Para Lourau (1993, p. 69) “a pesquisa e sua redação são inseparáveis”.

No entanto, Lourau diferencia a escrita do texto formal, aquele preparado para a academia e um seletivo grupo de leitores pesquisadores a quem o produto interessa, da escrita dos diários, também conhecidos por “fora do texto”. Apesar da necessidade de produzir um texto que cumpra minimamente os requisitos acadêmicos de uma dissertação de mestrado, o fora do texto é responsável pelas costuras presentes no texto e é ele o elemento principal da escrita, onde os afetos pedem passagem.

O fora do texto reflete a movimentação do usuário e das pessoas a sua volta, que muito longe de serem lineares ou obedecerem uma lógica conhecida, se orientaram a partir de afetos, necessidades e verdades fabricadas por eles mesmos.

A opção por romper com a temporalidade para narrar esta história me permitiu construir Platôs (emprestando de Deleuze o termo) que aparecem ao longo da história como pontos de grande relevância da produção da vida do usuário. Não são pontos de passagem. Possuem forte conexão com outros e podem existir mutuamente. Ao transitar por estes Platôs, além de trazer a narrativa das cenas vivenciadas, produzi analisadores que pudessem ajudar a pensar a produção do cuidado e a inserção da regulação.

No primeiro platô está o usuário, suas conexões e a forma como ele entrou na pesquisa.

No segundo platô aparece o serviço de urgência e o socorro ao usuário.

No terceiro, a atenção especializada e suas múltiplas inserções na vida do usuário.

E no quarto e último, a finitude.

A história que vou lhes contar é de um morador de SBC, usuário do SUS, que eu irei chamar de Arlindo. A forma de contar esta história, entre cenas e afetos, diz respeito a maneira com que estes movimentos se organizaram e a possibilidade de dialogar com os temas que está pesquisa se propõe.

8. Ins-pirando e ex-pirando: o encontro com o usuário.

“é até bom você nos perguntar sobre o Sr. Arlindo, que é um caso que a gente já acompanhou muito, já fez muitas coisas mas estamos mesmo precisando dar uma retomada.” (Apoiadora Sol – extraído do meu diário de campo)

A fala da apoiadora indica a importância do caso que me havia sido sugerido para acompanhar. Era um caso bastante conhecido pela rede como um todo, de um usuário portador de doença pulmonar crônica, que em sua trajetória dentro da rede municipal de saúde passou por diferentes serviços, médicos, equipes e recebeu cuidados variados.

O Sr. Arlindo, por ser um usuário grande utilizador da rede de serviços, passou a ser acompanhado pelo Observatório de Rede. Este observatório é um fórum bernardense, que atua como um dispositivo para colocar no radar das diferentes equipes de atenção os casos graves. Vários podem ser os disparadores para que um caso seja discutido no observatório. Um deles é a reinternação em menos de 30 dias¹. Fato que ocorreu com este usuário e acionou um radar, com o intuito de acompanhá-lo mais de perto.

Depois de conversas coletivas, com trabalhadores e gestores de SBC, decidi que este seria então um bom caso para me servir de usuário guia. Para me aproximar deste caso me juntei as apoiadoras do território, em busca de maiores informações e a possibilidade de visitar o usuário.

A esta altura já tinha circulado por muitos outros lugares em SBC, serviços de saúde, espaços de gestão e já compreendia minimamente como as coisas funcionavam. Mas, um território novo é sempre um território novo. A diferença nos agires sempre esteve presente, de forma que cada unidade, cada território, cada

¹ A rede hospitalar de SBC passava por um processo de acreditação internacional em que um dos itens avaliados era a taxa de reinternação em menos de 30 dias. Com isso, o hospital deveria monitorar em quais condições o usuário havia tido alta e por quais havia reinternado para intervir neste ponto. Este fato chamou a atenção da gestão que decidiu que seria um bom indicador para colocar no radar casos graves.

espaço de gestão tinha um modo bastante próprio de funcionar. Muitas singularidades: características da população atendida e suas vulnerabilidades, a forma como o serviço se relaciona com os outros da rede, o jeito que cada equipe arma o território. Todos interferem na cena: tanto os gestores e trabalhadores de cada unidade, como os apoiadores e facilitadores que circulam por mais de uma unidade. A característica da população local também modifica a forma de operar das unidades: seja pela vulnerabilidade social, o grande número de idosos residentes na área ou mesmo as dificuldades de acesso colocadas pelo próprio território.

A possibilidade de construir novos encontros e reflexões atualizadas sobre um mesmo caso, um mesmo usuário, mas de forma diferente – novos olhares, novos atores, novos afetos – e também pela presença do pesquisador ao trilhar a caminhada cartográfica, pareciam boas apostas para dar continuidade a um caso que já vinha sendo acompanhado. A produção do conhecimento se dá ao colocar “o pesquisador e o objeto num mesmo processo” (GOMES e MERHY, 2014, p. 26).

Para me aproximar da história do Sr. Arlindo, procurei a UBS que ele frequenta. Sempre com intermédio das apoiadoras, cheguei até a unidade e encontramos com o agente comunitário Céu que estava responsável pelo caso. Ele nos contou que entrou em contato com o usuário há mais ou menos 3 anos, quando estava fazendo cadastro da sua ~~micro~~-área. Ao chegar à casa do Sr. Arlindo, encontrou-o descompensado da sua doença pulmonar e requerendo cuidados. O agente logo percebeu estar frente a um caso grave, levou a situação para a enfermeira da equipe, que conseguiu um encaixe para uma consulta no dia seguinte. Quando o agente retornou a casa do Sr. Arlindo no dia seguinte, ele já não estava mais lá. Posteriormente a equipe veio ~~à~~ a saber que ele havia sido internado na Santa Casa (que possui leitos de longa permanência) e por lá permaneceu por mais de um ano. A internação se prolongou pela inexistência de um cuidador, já que Sr. Arlindo vivia sozinho e não mantinha contato com familiares. A assistente social do hospital localizou uma pessoa que já havia trabalhado com o Sr. Arlindo, ~~qu~~-e aceitou ser seu cuidador e então foi possível a alta.

Criamos então um grupo de whatsapp para facilitar a troca de informações e combinar os movimentos no campo. Combinamos uma visita domiciliar ao Sr. Arlindo. Fui acompanhada pelo agente comunitário Céu e pela nova agente comunitária Lua, que havia sido designada para cobrir esta área.

Não tinha haviado somente a mudança do agente comunitário, que haviam sido remanejados de forma a cobrir todo o território. Outras mudanças-trocas estavam acontecendo na equipe: havia uma enfermeira e um médico novo (este iria começar a trabalhar nos próximos dias). Os agentes comunitários também haviam sido remanejados entre suas micro-áreas, de forma a cobrir todo território.

A fala do Sr. Arlindo dá pistas de como estas transições dentro da equipe são vividas pelos usuários:

- Sabe, existe uma expressão que deve ser uma piada médica: ‘— quem é o seu médico?’. Ihhhh... Eu deveria ter um médico aí na UBS, quem é mesmo? Eu não sei. Eu vou com um, eu vou com outro, a última vez que eu fui foi com o doutor Habib. (fala do usuário transcrita).

A experiência de troca de equipe não costuma ser algo que passe despercebido pelos usuários. Um trabalho de cuidado longitudinal pressupõe algum tipo de vínculo entre equipe e o usuário e é interrompido por motivos muito variados. Importante colocar em análise o quanto estas trocas afetam o cuidado do usuário.

E por que tantas rupturas? Para DASILVA JUNQUEIRA et al. (2010) a contratação de profissionais através por meio de novos ordenamentos sociais tem provocado certa precarização das relações de trabalho, especialmente na Saúde da Família (PSF). A presença de Organizações Sociais de Saúde (OSS) na gestão de serviços de saúde é um tema bastante atual, que divide opiniões por todo o território nacional. Em SBC este não parecia ser um ponto de tensão, mas a rotatividade de trabalhadores acontece: demissões, troca de unidades etc. Um elemento que precisa ser considerado nas tentativas de produzir arranjos cuidadores.

Chegamos na casa do Sr. Arlindo numa manhã de julho. Apesar da visita estar agendada, tive a impressão de que ele não nos esperava. Encontrei um homem alto, forte, com uma touca na cabeça, fazendo limpeza no chão da sua casa. Imediatamente percebi que ele estava com muita dificuldade para respirar, visivelmente cansado. Neste mesmo instante ele se sentou, colocou o cateter no

nariz e começou a receber oxigênio. Levou muitos minutos até que fosse capaz de conversar. Silêncio. Espera. Agonia.

No momento seguinte eu já era capaz de sentir no meu corpo a mesma falta de ar. As minhas muitas crises de asma foram despertadas pela dispneia dele e me permitiam sentir o desconforto do Sr. Arlindo. Não tinha ali a noção do quanto aquilo me capturava e demorei muito a perceber isso.

Nas duas horas seguintes, em que estivemos em sua casa, ele nos contou, além das questões de saúde, sobre sua passagem pela Marinha do Brasil, com riqueza de detalhes, sempre fazendo referências a autores famosos (extraídas, provavelmente, dos livros que estavam na estante da sua casa). Parecia gostar de prosa e de brincar conosco também. Algumas colocações eram tão sarcásticas que nos deixaram sem jeito.

Eu já havia sido alertada para a sua personalidade difícil, com uma postura frequentemente questionadora e reivindicadora de “seus direitos”, sem sinais de gratidão, afeto e laços familiares ou amorosos. Nos encontros ele evitava falar dessas coisas.

Durante toda a conversa, falamos sobre muitas coisas que envolviam o cuidado com a saúde. Sr. Arlindo tinha muitas queixas e muitas necessidades que segundo ele não estavam sendo cuidadas. Não me furto a considerar que ter meus ouvidos a plena disposição era algo interessante para ele, que queria falar, e para mim, que queria ouvir. Ele falou do cuidador, do acesso aos medicamentos, de todas as suas outras necessidades de saúde. O tom das colocações oscilava entre o humor, o sarcasmo e a tristeza e o abandono.

Após horas de um encontro intenso os meus devires vazavam, e era difícil resguardar o papel de pesquisadora/cartografa em meio a multiplicidade de papéis que aquela vivência havia mobilizado em mim. A cena havia me afetado de forma importante. Eu sentia dificuldade em sair dali e deixar para trás uma cena que produziu em mim tamanho sofrimento. O olhar do agente comunitário me dizia: por onde a gente começa? E ao final do encontro me confidenciou que estava com medo de não dar conta deste caso, por serem muitos pacientes para visitar, com muitas demandas, muitas coisas para fazer na unidade e um caso como este que pedia um cuidado mais intensivo. A vontade era mesmo de dar um abraço na Lua

(Agente Comunitária de Saúde [ACS]). Os afetos que ele mobilizava em mim eram muito diferentes daqueles que a equipe vinha sentindo.

O Sr. Arlindo que vinha sendo acompanhado pela rede de saúde de SBC ~~através por meio~~ do Observatório era tido como um caso de sucesso. A principal razão para isso era o fato de se tratar de um usuário que fazia uso importante dos serviços de urgência, ~~e~~ havia sido internado algumas vezes no ano anterior e após a identificação e o acompanhamento do caso pelo Observatório ~~e a mobilização da~~ rede ~~havia então se mobilizado~~ para o cuidado do Sr. Arlindo, ~~e~~ ele não havia mais sido internado nos últimos meses.

Apesar da diminuição do uso do serviço de urgência, Sr. Arlindo continuava requerendo cuidados intensivos, tanto pela importância do quadro clínico dele quanto pela complexidade social do caso: idoso, portador de dpoc grave, oxigênio dependente, sem vínculos familiares e com uma estrutura ~~deficiente~~ de cuidador ~~deficiente~~.

Como parte da aposta metodológica deste estudo, era fundamental colocar em análise as ~~minhas implicações a partir das~~ colocações que o usuário guia havia feito ~~e as implicações da cena~~. Era, portanto, fundamental levar para outros coletivos aquela cena. O campo de SBC propiciava este processamento coletivo, uma vez que já existiam coletivos instituídos, sob a aposta na potência dos encontros e na produção do cuidado vivo em ato.

Os encontros em SBC eram produzidos de forma transversal, constituindo espaços diversificados de conversa, de gestão compartilhada, educação permanente e decisão coletiva, onde a subjetividade e a inventividade tinham espaço para se manifestar. Guattari descreve uma transversalidade ao revisitar conceitos da psicanálise. Ele defende uma transversalidade em oposição à verticalidade, encontrada em um organograma e a horizontalidade de um pátio hospitalar. Segundo ele:

[...] a transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses; o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os níveis e sobretudo nos diferentes sentidos (GUATTARI, 1985, p. 96).

Esta transversalidade operante no Observatório de Rede² colaborou para a produção de dispositivos capazes de colocar no radar dos envolvidos os casos graves. Este dispositivo pode ser pensado como um analisador do processo de cuidado desenvolvido em SBC. Segundo BAREMBLITT (1996, p. 71)

um analisador não é apenas um fenômeno cuja função específica é exprimir, manifestar declarar, evidenciar, denunciar. Ele mesmo contém os elementos para se auto entender, ou seja, para começar o processo de seu próprio esclarecimento.

Mais do que fornecer explicações, iluminar as cenas e interrogá-las, na tentativa de compreender o fenômeno vivido.

Voltei ao Observatório, ~~após a visita domiciliar,~~ que tinha um encontro marcado para aquele mesmo dia após a visita domiciliar. Era um encontro mensal, com a presença de trabalhadores e gestores de diferentes pontos da rede. Neste dia, estavam sendo apresentados outros casos, e o radar estava direcionado para pacientes que reinternaram no hospital com menos de 30 dias. Não era o primeiro encontro de que eu participava e já conhecia a maioria das pessoas de diferentes lugares da rede. Me sentia confortável junto a este grupo e tinha certa familiaridade com a forma bernardense de operar.

O caso do Sr. Arlindo havia sido apresentado ali há cerca de um ano atrás e várias ações ~~foram~~ havia sido disparadas a partir de então. Após a apresentação de outros casos, fui convidada a falar sobre o Sr. Arlindo. Não havia tido a oportunidade de processar com a equipe (ou mesmo em outros espaços) a vivência daquela manhã na casa do usuário, no entanto, me senti a vontade para relatar e aproveitar para colocar em análise o encontro com o usuário guia.

A minha fala, ainda afetada pelo encontro, provocou um desconforto visível nas pessoas presentes, o que impediu que a discussão caminhasse na direção de colocar em análise a percepção dos trabalhadores e gestores em relação ao Sr. Arlindo e a percepção dele mesmo, a seu respeito. Vários foram os fatores que contribuíram na produção do desconforto, no entanto falar sobre este caso na

² O caráter inovador que os arranjos inventados em SBC provocavam enorme fascínio sobre mim e por muito tempo eu sentia um certo deslumbramento com tanta produção de tecnologia leve, no entanto, após muitos meses em contato com a realidade em SBC, acabei me familiarizando com a potência destes arranjos, quase que os naturalizando-~~os~~ em mim, de forma que não gostaria de correr o risco de que este brilho passasse despercebido pelo leitor.

ausência da equipe que cuidava do usuário e de forma crua, sem processamento prévio e ainda tomada pelos afetos, foram decisivos para intalar o mal-estar.

As linhas transversais que sustentavam a riqueza daqueles encontros pareciam ter se rompido. Talvez houvesse um código ou algo que permitisse operar na transversalidade, de forma mais protegida, tentando garantir a harmonia e continuidade em um espaço de tensão e de disputas. A inventividade e a vibração que eu percebia no campo somados a uma certa inocência da minha parte, não me permitiram ver o código. O desconforto criado a partir das minhas colocações naquele encontro do Observatório produziu uma grande reverberação rede afora. Apesar dos efeitos negativos que a cena produziu – como a caça às bruxas em busca de “culpados” – foi possível colocar em análise em diferentes espaços a possibilidade de falar de problemas e de coisas que não dão tão certo assim, reforçando a legitimidade dos encontros transversais – e também dos cuidados necessários para produzir essa possibilidade.

Após este episódio a importância de manter um usuário no radar passou a ser uma preocupação do Observatório, lado a lado com a colocação do usuário no radar. Este enfoque trazia à tona a questão da continuidade do cuidado, que não somente em SBC, mas na maioria dos lugares onde se produz saúde, parece ser o grande desafio. O próprio Observatório já havia produzido ferramentas de continuidade do cuidado (alta qualificada e agendamento da primeira consulta de seguimento na rede), porém, o desafio de manter estes usuários no radar dos gestores e trabalhadores estava colocado.

O hiato existente entre a internação hospitalar e a continuidade do cuidado na rede foi apontado por GANZELLA e ZAGO (2008) como uma grande dificuldade a ser superada pelos serviços de saúde, mesmo aqueles que executam um planejamento de alta. Após a alta hospitalar é importante que o usuário tenha um ponto seguinte, fazendo uma conexão entre o hospital e a rede ambulatorial. Ponto seguinte era garantido por diferentes arranjos em São Bernardo, mas como sustentar a atenção?

As discussões que acompanhei no Observatório, que trazia para cena casos difíceis para serem continuamente acompanhados, tinham em comum a produção de arranjos cuidadores, mas às vezes limitavam-se à garantia do acesso a uma primeira consulta especializada ou mesmo o retorno à unidade básica. Com a

gestão da oferta em mãos e uma quantidade importante de recursos ofertados pela rede, os trabalhadores envolvidos com estes casos não tinham grandes dificuldades em conseguir o acesso a este primeiro recurso. A fala do usuário guia ilustra a preocupação com esta reinserção na rede ambulatorial, bem como a dificuldade da continuidade.

- vamos fazer o primeiro atendimento, depois salve-se se puder. (fala do usuário transcrita).

A produção e garantia do acesso é fundamental para o funcionamento de uma rede de saúde complexa, composta por barreiras e estrangulamentos em todas as direções. A questão do acesso está frequentemente relacionada a justiça e desigualdade social (TRAVASSOS e CASTRO, 2008; SANCHES e CICONELLI, 2012). Em SBC, apesar de uma capacidade relativa de produzir acesso e dos mecanismos de regulação já existentes para favorecer o retorno do usuário a rede de serviços ambulatoriais, a continuidade do cuidado vinha sendo colocada como um desafio e estava aberta a discussão no sentido de criar estratégias inovadoras capazes de fornecer respostas neste sentido.

Apesar da discordância entre os autores em relação ao termo continuidade do cuidado, CUNHA e GIOVANELLA (2011), dialogando com Starfield e Pastor Sanchez, apontam para uma distinção dos termos longitudinalidade e continuidade do cuidado. Sendo que a longitudinalidade está relacionada ao cuidado de distintos problemas de saúde por um único médico com estabelecimento de vínculo. Já a continuidade do cuidado diz respeito a um problema específico a ser cuidado por um ou mais profissionais, não se tratando de uma questão específica da Atenção Primária a Saúde (APS) e sim da rede como um todo, permitindo o estabelecimento de vínculos temporários.

Ao longo do processamento coletivo do caso do Sr. Arlindo, percebemos a importância de se discutir, anteriormente a à garantia de acesso e à continuidade do cuidado, à respeito da necessidade de saúde do usuário. Ao longo dos encontros no Observatório esta discussão esteve em segundo plano. Retomarei a questão da necessidade de saúde mais a frente.

O observatório trazia para dentro de si questões complexas no âmbito do cuidado em saúde. Certamente, produzir cuidado continuado, apesar de ser fundamental na organização da atenção à saúde, não era um arranjo simples de ser produzido. Muito frequentemente, segundo VERAS et al. (2014) a dificuldade desta organização do cuidado provoca fragmentação do cuidado e multiplicidade de exames e consultas, elevando o custo e sem garantia de efetividade. Visto de outra forma, poderíamos dizer que a fragmentação do sistema tem contribuído para que a continuidade do cuidado seja algo tão complexo.

Devido ao desarranjo produzido dentro do Observatório, na discussão do caso do Sr. Arlindo e a necessidade de dar prosseguimento a caminhada junto a ele, parecia oportuno aproveitar o mal-estar produzido nos diferentes níveis para dar vazão a novas propostas. Rearranjar para continuar. Voltar a atenção básica, refazer o caminho.

Ao retornar a Atenção Básica (AB) percebi que a equipe não queria mais falar deste caso. Havia um esgotamento coletivo. A equipe relatou que usuário (Sr. Arlindo) e o cuidador (Luis) tinham uma postura hostil com os trabalhadores. A forma como eles se posicionavam junto aos trabalhadores produzia um clima de tensão permanente entre usuário e trabalhadores, expresso em frases transcritas abaixo, da fala dos trabalhadores:

- *acham que aqui é a casa deles,*
- *não respeitam os profissionais,*
- *acham que todo mundo tem que parar o que está fazendo para atendê-los.*
- *querem tudo na hora,*
- *não sabem respeitar a vez dos outros, acham que são diferentes...*

A equipe resistia a discutir o caso do Sr. Arlindo e suas razões eram bastante legítimas. Eles alegavam que existiam muitos outros Sr. Arlindos que precisavam de cuidados também e que já haviam se dedicado a este caso de forma

intensa, além disso, o usuário não os tratava com respeito e não cumpria as regras de funcionamento do serviço, pactuadas com a comunidade. A tensão existente na relação produzia um distanciamento entre a equipe e o usuário e seu cuidador. A equipe tinha dificuldade para se identificar com o caso, havia muita assimetria e dificuldade em pensar um plano de ação.

Com todas as cartas colocadas, como conseguir que a equipe se mobilizasse mais uma vez para falar do Sr. Arlindo? Apesar de todos os investimentos que já haviam sido feitos neste caso, era fundamental que a equipe conseguisse pensar em novas ofertas e alternativas para cuidar do Sr. Arlindo, levando em consideração as necessidades por ele apontadas e o seu quadro clínico que vinha piorando.

A dificuldade de produzir propostas de cuidado integral capazes de ultrapassar a dimensão biológica foi apontada por MALTA e MERHY (2010), em um estudo sobre as Linhas de Cuidado para pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. O estudo apontou, dentre outras coisas, a dificuldade em coordenar o cuidado, que na maioria das vezes é operado de forma fragmentada, produzindo um conjunto diversificado de ações individuais. No caso do Sr. Arlindo não era diferente, a dificuldade e a impotência que a equipe sentia ao cuidar deste usuário eram legítimas, exigiam processamento: como conseguiremos cuidar de usuários que não sejam simpáticos ou que nos despertem compaixão? Vamos ficar aprisionados nos agenciamentos de desconforto, produzindo explicações plausíveis para nossas dificuldades? Por outro lado, é real a dificuldade da atenção básica em assegurar um cuidado mais intensivo diante da sobrecarga de tarefas.

A gerente da UBS que desde o início acompanhava o Sr. Arlindo, tinha preocupação com o sentimento de impotência que poderia tomar conta da equipe. Nas nossas conversas ela dizia que era necessário reforçar aos trabalhadores, que eles haviam feito várias coisas, mas que mesmo assim não havia sido suficiente, o usuário precisava ainda de mais esforços da equipe. Ela sinalizou que seria muito importante que a equipe fizesse um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para o Sr. Arlindo e me pediu para ajudá-la em relação a isso com a equipe, juntamente com uma apoiadora. Parecia uma boa oportunidade para colocar em análise o processo de cuidado que vinha sendo desenvolvido ali.

Mesmo com a insistência da gerente e a minha presença, as tentativas de produção do PTS para o Sr. Arlindo encontraram uma série de dificuldades pelo

caminho, como por exemplo a ausência da enfermeira nos encontros, a proposta de internar o Sr. Arlindo num hospital de longa permanência ~~e até~~ pela ausência / fragilidade do cuidador, que aparecia como ponto central na discussão do caso.

Combinamos coletivamente a leitura de um pequeno texto sobre PTS da Série Cadernos da Atenção Básica e assim o fizemos no dia da reunião de equipe. Imediatamente após o término da leitura, percebemos que era fundamental a presença do usuário e do cuidador para discutir qual caminho seguir, o que era mais importante fazer primeiro, etc. Combinamos como faríamos para conversar com o Sr. Arlindo e seu cuidador e voltaríamos a nos ver para estes encontros e para concluir o PTS. A fragilidade social do usuário e o quanto isso era central para pensar o seu cuidado foram colocados em evidência.

A ausência (ou insuficiência) de um olhar social para a situação do Sr. Arlindo foram construindo abismos, que quanto mais o usuário priorava clinicamente, maior se conformava a distancia. Neste sentido a falta da aposentaria, a falta da carteirinha de acesso gratuito ao transporte coletivo com acompanhante e o fato de não estar contemplado no programa do Governo do Estado de São Paulo que entrega o medicamento do componente especializado na casa do usuário, tornavam o cenário ainda mais difícil ~~e fragilizado~~.

Embora houvesse em SBC um esforço importante para atuar em rede e de forma integral, as estratégias em relação as questões sociais demonstravam certa fragilidade. Já havia presenciado discussões de casos, especialmente de portadores de transtornos mentais, ~~onde em que~~ havia sido contruído um aparato de suporte social importante, mas não acompanhei nestes movimentos a interface da Secretaria de Saúde com a Assistência Social. Possivelmente esta seja uma oportunidade para o município.

9. O Boteco do Sr. Arlindo: a produção do cuidado nos dispositivos de urgência e o seu papel na rede

“eu fiquei me socorrendo na UPA que me mandava pro Hospital das Clínicas... Eu fui pro Hospital das Clínicas umas três vezes, e depois, com a minha desobediência, eu fui melhorando, ou seja, o que é a minha desobediência? Sair e andar. Ir para a UPA.” (fala transcrita do usuário)

Decidi que seria importante ir até a UPA na tentativa de revisitar o uso que o Sr. Arlindo faz do serviço. Ao me dirigir ao serviço, descobri que a unidade é bastante próxima da casa do usuário. Aliás, é o ponto da rede mais próximo da casa dele. Um trabalhador da UBS me contou que o Sr. Arlindo se refere a UPA como

- o meu boteco.

A escolha pela UPA feita pelo usuário não me parecia ser um “fluxo”, mas sim uma opção.

Trazendo mais elementos para pensar sobre este arranjo: A UPA é um serviço de urgência 24 horas, referência para aquele território, que além do atendimento de urgência (consulta, exames, procedimentos) conta com leitos de observação masculinos e femininos.

A UPA, que possui um padrão assistencial definido pelo Ministério da Saúde, possui fluxos internos e externos definidos, o que ajuda a compreensão do seu papel assistência dentro da conformação da rede. Em São Bernardo, Aa recepção do usuário no serviço é feita por um profissional da enfermagem, que realiza a classificação de risco utilizando o protocolo de Manchester. Os usuários são diferenciados por uma cor atribuída a urgência/gravidade do caso através dos

sintomas verificados. Em conversa com a gerente da unidade, ela me informou que a cada ida do usuário ao serviço é aberta uma nova ficha, com uma nova queixa e que será utilizada até o final daquele atendimento. A partir da alta do usuário a ficha é arquivada e na próxima vez que ele procurar o serviço uma nova ficha é aberta.

Ao mesmo que eu compreendia a consonância desta configuração de atendimento com a missão da UPA dentro do território, ficava me perguntando se não existiam vários usuários como o Sr. Arlindo, grande utilizadores do serviço de urgência.

Como saber se aquele usuário procura muitas vezes pela UPA? Qual o motivo que leva o usuário a fazer uso frequente da UPA?

Conversei a respeito disso com a gerente da unidade que reafirmou o papel assistencial da UPA e a possibilidade do serviço de olhar para a situação pontual que leva o usuário a procurar o serviço. A gerente, percebendo qual era o meu ~~incômodo~~incômodo, informou que embora seja possível consultar ~~na ficha~~o sistema de informações, que contem seu histórico nos serviços de saúde, este procedimento não faz parte da rotina da triagem. O que faria a equipe perceber que um usuário está utilizando o serviço de urgência com maior frequência? Alguém teria que se preocupar com isso.

A UPA poderia se configurar como um Observatório da Atenção Básica? Atuar de maneira a captar os usuários que de alguma maneira estavam acessando o serviço de urgência com maior frequência? Talvez esta fosse uma boa maneira de encontrar barreiras de acesso pela rede, dificuldades sociais e outras singularidades que participavam na construção de um “atalho” dentro do sistema de saúde.

Na UPA a organização do trabalho esta centrada no modelo queixa-conduta, onde os procedimentos giram em torno do médico (na maioria das vezes) e ~~no do~~do enfermeiro; e o serviço segue várias normas e protocolos estabelecidos (clínicos, assistenciais e de acesso) de forma mais rígida que outros pontos da rede. No entanto, em São Bernardo, o serviço possui uma articulação com a rede, especialmente do território onde se localiza. As ferramentas que a UPA possui não são suficientes para dar conta da diversidade de situações com que se depara no cotidiano do atendimento dos usuários e suas múltiplas necessidades. Escapam os vestígios da produção micropolítica da unidade, onde a forma como os

trabalhadores pensam e agem com os usuários produzem coisas para além daquilo que é preconizado, ou ainda, daquilo que é estatisticamente esperado. Muito embora o serviço monitore uma série de condições, observei casos que procuram a UPA – como o do SR. Arlindo – que não se encaixam nos parâmetros estabelecidos para entrar no radar da UPA. Usuários que ficam em observação por mais de 24 horas, gestantes e outras condições possuem um fluxo próprio de monitoramento ao acessar o serviço de urgência e entrar de forma mais sistemática no radar.

Um divisor de águas no processo de cuidado de um usuário que acessa a UPA e não faz parte das condições habitualmente monitoradas, pode ser o olhar atento de um trabalhador da administração do serviço que percebe a frequência com que um determinado nome aparece em suas listas e planilhas e chama a atenção de outros trabalhadores. A partir deste alerta, a rede pode ser acionada. É possível então pensar na UPA como um observatório da AB (VON RANDOW, 2011), com dispositivos capazes de colocar no radar casos graves e que requerem atenção.

Esta situação aconteceu com Sr. Arlindo, quando a funcionária percebeu a recorrência de seu nome e alertou as apoiadoras do território.

Por que o Sr. Arlindo ia mais a UPA do que ao PSF à UBS?

Muitas podem ser as explicações para a preferência por um serviço de urgência no lugar da UBS. Lugar comum também é culpabilizar o usuário pela sua escolha “errada” pelo serviço de urgência, ao se tratar de algo que poderia ser tratado na AB. Será mesmo que as pessoas não compreendem a diferença entre os serviços? Ou elas produzem os seus próprios mapas do cuidado? A contribuição que Cecílio nos traz a este respeito é muito importante para compreender esta distinção entre ir a um determinado ponto da rede por acaso, por engano ou por saber prévio, produzido através de suas vivências anteriores em busca de locais capazes de cuidar da sua queixa.

Cecílio nos diz ainda que o que o move é o usuário é dor, o adoecimento, o sofrimento e a fragilidade:

as pessoas movem-se por suas necessidades de saúde, entendidas no seu sentido mais ampliado, incluindo aí a conservação da autonomia no modo de andar a vida, a busca de vínculo e cuidado, o bem-estar, o fim da dor, a alegria de viver, a beleza (CECILIO et al., 2014, p. 115).

Embora exista uma diferença entre o usuário citado por Cecilio, ao analisar os itinerários terapêuticos e o usuário guia desta pesquisa, que leva em conta a forma como ele produz sua vida, é interessante tomar os mapas do cuidado produzidos pelos usuários como um analisador da produção do cuidado. Observar este movimento ajuda a perceber o protagonismo do usuário na produção do seu cuidado. O usuário, que no caso dos itinerários terapêuticos foi descrito como “doente informador privilegiado” (conforme definido por Carapinheiro na citação de CECILIO, 2014) se desprende de todas restrições e imposições institucionais e produz vida, inventando novas formas de circular pela rede. No caso do -Sr. Arlindo, a UPA vinha primeiro.

Outros papéis da UPA foram sendo revelados. Pensar em um equipamento de urgência, que também é um observatório da rede, também é um ponto da rede com o qual o paciente crônico grave estabelece vínculo, atravessa à-a dimensão biológica, medicalizante, característica deste tipo de serviço e possibilita que se aproxime de novas formas de cuidar. O lugar que a UPA tem na produção do cuidado sob a perspectiva do usuário contém elementos que ajudam a pensar a disputa existente entre os dois modelos de porta entrada que atuam no mesmo território: UPA e UBS.

A permeabilidade que a UPA possui em relação a ações que ultrapassam o corpo biológico e acessam outras formas de produzir cuidado foram observadas em outros pontos da rede, como por exemplo no Hospital de Clínicas do município.

O serviço hospitalar costuma ser o ponto da rede que possui maior incorporação de tecnologias duras e produção de procedimento médicos. Este dispositivo-serviço da rede, que tem uma função bastante especializada dentro do sistema de saúde, sofre, em decorrência destes fatores, grande captura das tecnologias duras. Em SBC o Hospital Municipal de Clínicas de SBC (HC) é um serviço de referência para média e alta complexidade hospitalar, retaguarda municipal para ortopedia, neurologia e cirurgia cardíaca de alta complexidade. Uma das particularidades do serviço hospitalar de SBC é gestão do cuidado feita pela equipe do hospital.

Um dos dispositivos do cuidado que operam dentro do HC é o kanban³ que atua na direção de diminuir o tempo de internação dos usuários, providenciando de forma ágil os recursos necessários para a alta com maior brevidade. O kanban funciona ~~através por meio~~ de um encontro diário, feito nas diferentes enfermarias do hospital, ~~qu~~e conta com a participação dos trabalhadores do hospital, envolvidos diretamente com os casos e com os apoiadores de rede dos territórios. O encontro é bastante rápido e objetivo, de forma que o profissional da enfermagem, ~~através por meio~~ das informações contidas em um quadro, atualiza os demais trabalhadores da situação de cada paciente. Ali, além de apresentar a situação atual de cada usuário, a equipe discute sobre recursos internos ou externos que o usuário irá necessitar nos próximos dias, realizando um planejamento das ações. Por exemplo: um usuário que sofreu um acidente e teve fratura de membros inferiores precisará de recursos disponíveis em sua casa para que ele possa ter alta. A equipe se mobiliza para providenciar o recurso necessário (uma cadeira de rodas e fisioterapia, por exemplo) para que o usuário possa receber alta em condições de continuar o tratamento em casa.

O kanban tem ~~atuado funcionando~~ dentro do hospital como um importante mecanismo de regulação. A estratégia mobiliza toda a equipe para atender as necessidades das pessoas internadas, de forma a garantir assistência adequada e de forma equânime. Os trabalhadores monitoram também o tempo de permanência de cada usuário internado, fazendo com que este seja o menor possível, possibilitando a alta do usuário e aumentando a capacidade operacional do hospital.

O Núcleo Interno de Regulação (NIR), proposto pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (BRASIL, 2013) e instituído pela gestão de SBC, é uma estrutura criada dentro do hospital para se comunicar com o restante da rede, a partir da definição do seu perfil assistencial, ofertando seus serviços e captando vagas em outros serviços quando necessário. No HC, o NIR também atua de forma a conjugar regulação e produção do cuidado. O HC, juntamente com os outros atores de rede hospitalar de SBC, definiu protocolos de acesso ao Hospital em que a vaga está garantida aos municípios. Estes protocolos permitem realizar intervenções de forma

³ É um termo de origem japonesa e significa literalmente “cartaz” ou “sinalização”. Este é um conceito relacionado com a utilização de cartões (post-it e outros) para indicar o andamento dos fluxos de produção em empresas de fabricação em série (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Kanban>)

ágil em determinados casos ~~em que~~, quanto mais rápido é realizado o procedimento, melhor o prognóstico do usuário. Este protocolo foi definido recentemente, por exemplo, para os casos de fratura de fêmur em idosos. Com base em estudos da literatura, a equipe definiu que o benefício de dar andamento à cirurgia destes casos, antes mesmo que os controles cardiológicos estivessem prontos, era maior do que o risco cardíaco da grande maioria dos usuários, permitindo uma recuperação mais rápida e com maiores chances de restabelecer as atividades e autonomia.

O NIR, de posse destes protocolos de acessos, controla o fluxo dos usuários do HC. ~~Através~~ Por meio do sistema de informação, compartilhado com o restante da rede hospitalar, o NIR tem autonomia para fazer a regulação dos leitos, sendo que a proximidade dos recursos encurta o tempo de tomada de decisão. Esta atividade anteriormente era realizada pelo Complexo Regulador, no entanto a falta de estrutura operacional e a distância em relação a tomada de decisão, fizeram com que esta tarefa fosse descentralizada e assumida por cada uma das unidades hospitalares do município. Atualmente o complexo regulador recebe o fluxo realizado entre os hospitais e também é capaz de monitorar a movimentação.

A ação do complexo regulador na regulação hospitalar do município é basicamente na relação com a CROSS - sistema estadual de regulação de vagas. Nos casos em que o município não possui determinado recurso ou não há disponibilidade de vagas para atender determinado caso, o complexo regulador solicita vaga à central estadual. No entanto, SBC é 85% suficiente para atender as necessidades hospitalares, ~~sendo que~~ portanto somente uma pequena parte das situações passa pelo complexo regulador.

Este distanciamento que ocorre entre os hospitais e o complexo regulador é cercado por tensões e disputas, numa cena em que parece não haver muito espaço para dialogar, fazer junto.

O sistema de informação tem um papel importante para o NIR, sendo o instrumento oficial de comunicação entre os serviços. Mas, uma tecnologia informal vem desempenhando importante papel junto a este coletivo, que é o grupo de whatsapp entre os atores da rede hospitalar. No grupo há espaço para os campos inexistentes do sistema informação. A micropolítica do trabalho em saúde invade este espaço coletivo na tentativa de dar vida ao trabalho morto.

A relação que se estabelece com os recursos tecnológicos modernos, tanto pode ser de captura como também de produção de vida, como no caso desta comunicação rápida efetuada a partir do aplicativo. Considerar que os sistemas de informação e demais recursos tecnológicos estão presentes em diferentes lugares é um convite a inventar formas de utiliza-los a serviço da produção do cuidado.

No complexo regulador, por exemplo, o papel que o sistema de informação desempenha é tanto interno quanto externo, fazendo o papel de elo entre os trabalhadores da regulação os demais pontos de atenção da rede como um todo. Atualmente todo o agendamento e a fila de espera estão informatizados. A partir destes dados a equipe do complexo regulador executa a gestão das vagas e da fila de espera, descentraliza recursos para as unidades (e recentraliza quando julga necessário). Além disso, se comunica com as unidades por meio dos encaminhamentos, que vão e voltam, entre complexo regulador e unidades.

Esta centralidade conferida ao sistema de informação cria um novo “ator social” nas relações de trabalho e entre os usuários: o sistema. Este ator é culpado-responsável por um sem fim de coisas que acontecem dentro dos processos de trabalho. Durante minhas andanças percebi que a regulação estava “presente” nas diferentes cenas, sendo representada pelo sistema. Alguns exemplos de falas que encontrei em diferentes lugares que podem exemplificar:

- *o sistema agendou para mim.*
- *eu vejo no sistema se ele tem vaga, se tiver eu marco,*
- *o problema é que o sistema não consegue me mostrar isso.*

O usuário guia também dá sinais da presença do novo ator social:

- *Então agora, a semana passada, fizeram mais uma avaliação e já prepararam lá no computador, mas eu não fico sabendo, quem sabe é o sistema, quer dizer, tô com o*

papelzinho dizendo que eu devo comparecer às 6h da manhã lá no Mário Covas.

No entanto, apesar das muitas funcionalidades que um sistema de informação possa propiciar, existem críticas também. PINTO e CARNEIRO (2012) após revisão da literatura sobre o tema apontam para um grande descontentamento dos usuários que estão submetidos a sistemas de informações e que, em muitos casos, este passa a ser mais um item a dificultar o acesso aos procedimentos. Além disso, apontam para sistemas não totalmente descentralizados, onde alguns pontos da rede têm acesso somente parcial.

Não resta dúvida que a utilização de um sistema de informação pode contribuir na organização dos serviços de saúde, mas encontrar uma boa medida para o espaço que ele deve ocupar, entre trabalhadores, gestores e usuários, parece ser um importante desafio para a área. O risco é de que o sistema de informação ganhe importância em si e assuma o papel da gestão, se distanciando do contato vivo com a rede. A aposta feita pela gestão em relação ao sistema de informação poderá indicar o lugar que esta ferramenta irá ocupar.-

Por outro lado, mesmo que o controle de fluxos esteja cada vez mais definido, mais regulado e obedecendo lógicas distintas, o usuário continuará procurando a porta que estiver mais aberta, fabricando o seu próprio mapa.

Olhar para o percurso que o usuário escolhe fazer pode ser uma forma de corrigir “erros de rota”, produzindo caminhos alternativos, na direção da vida, da autonomia e da felicidade.

10. Respirando por aparelhos: O papel da atenção especializada na produção do cuidado

“Ó, eu tenho problema respiratório, eu tenho problema urinário, eu tenho problema de coluna que dói como o diabo e não tô tomando medicamento nenhum pra isso”.
(fala do usuário transcrita)

A fragmentação do corpo que o usuário guia apresenta é, em grande medida, um reflexo da forma como o cuidado vem sendo produzido. A sub-especialização na atenção às suas dores e desconfortos é bastante semelhante a forma como a atenção especializada vem se organizando no país, desde antes da implantação do SUS. A formação do especialista é atravessada pela lógica corporativa e de mercado. No sentido deste tensionamento está a valorização e o favorecimento da ultra-especialização, que resulta muitas vezes na criação de especialistas que identificam os usuários como um problema funcional, como um órgão-alvo (SOLLA e CHIORO, 2012). O próprio usuário - e as vezes até o médico do serviço de origem - tem dificuldade em entender do que sofre.

A lógica “hospitalocêntrica”, com capacidade reduzida de criar vínculo e se responsabilizar pelo processo de cuidado dos usuários, é característica da atenção especializada, que permanece regida por um modelo tradicional, centrado na produção de consulta e no saber médico (SOLLA e CHIORO, 2012). Em SBC, vários movimentos dentro da atenção especializada vinham se organizando a fim de dar novos contornos a assistência ofertada, no entanto não era um percurso simples.

Estive em um equipamento de atenção especializada ~~onde em que~~ o Sr. Arlindo costumava passar em consultas especializadas e fisioterapia. Os trabalhadores conheciam o caso de ouvir falar. Muito embora as pessoas se recordassem do caso, isso não significava que estavam acompanhando o usuário. Ao olhar o cadastro dele no sistema de informação do município, verificamos o histórico de consultas, exames e outros atendimentos (realizados e agendados). Constatamos que ele havia passado na última consulta de pneumologia há 7 meses e não havia nada agendado ou pendente.

~~A ficha cadastral~~O registro no sistema não era capaz de traduzir a complexidade do caso do Sr. Arlindo. O prontuário tinha registro de consultas médicas de pneumologia desde 2007. Havia o registro de fisioterapia respiratória em 2009, mas as informações eram basicamente médicas e embora trouxessem outros detalhes do caso, também não eram capazes de refletir a história do usuário. Este não é o caso apenas do Sr. Arlindo, nem de São Bernardo, os prontuários em geral ~~possuem maior capacidade de~~espelham fornecer as respostas ao corpo biológico do que a quaisquer outras dimensões do encontro com o usuário.

Mais uma vez a fala dura e entristecida do usuário nos mobiliza a compreender o que estava acontecendo e porque ele se sentia daquele jeito:

- ah, então você volta com Dr. Pulmão” (reproduzindo a fala do pneumologista que o atendeu); foi sumindo, não sei o que fizeram lá, marcaram pra mim voltar aqui e foi sumindo, sumindo, sumindo, desapareceu. Eu acho uma irresponsabilidade na organização você me transferir pra lá e o de lá não lhe transferir de volta pra cá com um prognóstico, um diagnóstico né, para lhe dar prioridade, não o abandono, porque vai largando, largando....” (fala do usuário transcrita, a respeito das consultas realizadas no serviço de atenção especializada).

Apesar de muitos esforços, não parecia haver coincidência entre a busca do usuário e a oferta da equipe. FRANCO e MERHY, desde 2005, já falavam sobre uma “produção imaginária de demanda”, onde o usuário acredita que precisa de um procedimento (seja um exame ou uma consulta) e que de fato este procedimento não será capaz de resolver seu problema de saúde. Mas enfim, do que Sr. Arlindo precisava?

A produção desordenada de consultas e sobreposição de recursos diagnósticos é algo bastante comum na atenção especializada, que além de elevar o custo da assistência, não garante efetividade (VERAS et al., 2014). No caso do usuário guia, esta dificuldade se reproduzia e ganhavam ou maior visibilidade após a

discussão do caso no Observatório, que deu origem a uma série de agendamentos na atenção especializada (—pneumologia, otorrinolaringologia, odontologia, oftalmologia, psicologia, fisioterapia, entre outros). A partir destes primeiros agendamentos e primeiras consultas, o usuário teve dificuldade em retornar, o que levou a novos recomeços e abandonos.

Esta questão do retorno chamou a minha atenção, principalmente por ter escutado este questionamento de outras pessoas com quem me encontrei pelo caminho. Fui então atrás de informações para compreender como este processo do agendamento do retorno se dava. Em uma outra visita a casa de Sr. Arlindo, desta vez com a presença do cuidador, ele (cuidador) trouxe um papel (chamado filipeta) com os dados do usuário e solicitando agendamento para pneumologia. No canto, escrito à mão: “dezembro”. O cuidador então me explicou que ele deveria voltar ao serviço de atenção especializada no mês de dezembro, para agendar uma consulta para janeiro.

Isso provavelmente não seria um problema para muitos usuários do serviço de atenção especializada, bastava colocar um lembrete na geladeira e estava feito. No entanto, para um arranjo familiar menos estruturado poderia significar uma enorme barreira. E se ele perdesse o papel? E se esquecesse de ir no mês determinado? Haveria um arranjo capaz de dar conta desta singularidade? Ou seria preciso recomeçar?

A dificuldade na coordenação do cuidado, descrita anteriormente por Malta e Merhy, era visível naquele caso, com uma franca dificuldade em articular os pontos da rede e fazer com que a continuidade do cuidado do usuário ficasse comprometida. Acredito ser oportuno colocar em análise o cuidado produzido a tantas mãos, onde muitas pessoas se responsabilizam por partes distintas do processo de cuidado, usando tecnologias sofisticadas (leves, inclusive) e conferindo diferentes velocidades para o processo. A pergunta que faço aqui é: como permitir que os diferentes planos de produção do cuidado se cruzem?

O Observatório de rede vem tentando atuar neste sentido, mas a necessidade de outros esforços é evidente. A atenção especializada (AE) de SBC, por sua vez, vive um processo de refinamento do cuidado e vem se debruçando sobre o distanciamento que existe em relação aos outros pontos de atenção e como facilitar o acesso do usuário e qualificar o cuidado ofertado.

De forma sistemática, SBC vem aproveitando a inauguração de novas instalações de saúde para produzir novas práticas. Com a inauguração da Policlínica Central não foi diferente.

A AE apostou na formação de grupos de gestão do cuidado divididos entre as diferentes linhas de cuidado organizadas dentro da Policlínica Central. Destes encontros participam profissionais diretamente envolvidos no cuidado de determinada condição. Além disso, um representante do corpo clínico, chamado de gestor do cuidado, incentiva e provoca a discussão dentro do grupo. Particpei de um destes encontros, da linha de cuidado das doenças respiratórias e alérgicas e percebi que é um encontro com grande potência, porém em fase bastante inicial, desenhando o formato do grupo. A ideia é que este espaço passe a contar com participantes da rede, inclusive apoiadores e trabalhadores da atenção básica. Acredito ser um movimento importante capaz de deslocar os profissionais de seus afazeres cotidianos e colocá-los mais em contato com a dificuldade vivida nos outros espaços de cuidado.

Outros arranjos vêm sendo feitos para melhorar o acesso aos serviços especializados. Percebi nestes movimentos a potência para produzir arranjos regulatórios – não formais. O convite para acompanhar a produção de arranjos regulatórios fora do complexo regulador provocou uma série de deslocamentos em mim. Eu vinha tentando desconstruir a ideia de que regulação tinha endereço e crachá. E então me vi diante de um movimento de regulação desterritorializado e despersonalizado. Ou seria um movimento de reterritorializar a regulação? Fazer regulação a partir de outros lugares. Com outras pessoas. Com outras premissas. Talvez.

A cartografia pelo território me permitiu aproximação com dois deles que acho relevante relatar: matriciamento da pneumologia e organização da linha de cuidado da dor osteomuscular crônica.

Relato sobre o matriciamento da pneumologia:

No primeiro contato que fiz com o complexo regulador, a gerente da regulação mencionou a estratégia do matriciamento como algo importante para

reduzir as filas de pneumologia. Dali em diante, nos espaços *em* que fui transitando, observei que a implantação do matriciamento da pneumo era algo conhecido por muitos profissionais e transmitia a impressão de ser algo caro aos trabalhadores e com o status de “experiência exitosa”. Vale o destaque que apesar do nome da estratégia remeter a uma prática médico centrada, trata-se de um arranjo bastante inovador de produção do cuidado, que mobiliza a rede de cuidado como um todo. Além disso, nesta palavra matriciamento, estão contempladas uma série de outras ações que fazem parte desta estratégia, como por exemplo a capacitação e atualização profissional.

Realizei uma entrevista em profundidade com a médica responsável pela implantação do matriciamento⁴, que será chamada aqui de Dra. Respiração (gravada e transcrita posteriormente). Na nossa conversa ela me falou que como médica de família já tinha tido experiências de matriciamento de saúde mental em empregos anteriores que lhe serviram de base para estruturar este trabalho em pneumologia. Com base na experiência anterior e com o apoio da equipe gestora da atenção especializada, dividiu o processo em duas etapas iniciais: avaliação da fila de espera e treinamento dos médicos generalistas. Foram contratados três novos especialistas, ~~tanto para repor vagas que estavam em aberto, mas~~ principalmente para apoiar este processo.

*- Vamos fazer um estudo de perfil dos territórios, da fila de espera, ver onde e quais têm mais demanda, já que é *para* resolver vamos tentar casar uma coisa com a outra.*

(...)

A gente não sabia nem por onde começava; aí falei: mas vamos começar, então, pelos mais graves: — pega esses pacientes que estão na reabilitação, que teoricamente são os mais necessitados e que estão sem assistência, e eu vou começar avaliando esses pacientes ou se precisar de

⁴ Este movimento estava a serviço da pesquisa PPSUS 2013 “Linhas de cuidado e acesso aos serviços especializados: caminhos e (des) caminhos na construção da integralidade no SUS” em busca de ações de compartilhamento do cuidado entre atenção e básica e atenção especializada. Estes movimentos acabaram se constituindo como o início da cartografia pelo território.

consulta vocês vão colocando para mim, o que eu não souber eu vou perguntar. Aí eu fazia isso, eu vinha aqui, fazia a avaliação desses pacientes, a gente trocava as receitas porque a maioria já estava com o seu acompanhamento, tratava as intercorrências, as observações que vinham né, porque meio que, depois de todo esse tempo de desassistência as pessoas começaram a se virar, ou estavam fazendo acompanhamento na UPA ou foram em médicos particulares, ou de um jeito ou de outro estavam se virando na UBS (falas transcritas Dra. Respiração).

Ao passo que estes atendimentos começaram a ser feitos, a equipe que coordenava o processo percebeu que os médicos generalistas das UBS não se sentiam qualificados para realizar este tipo de atendimento. A necessidade de realizar uma capacitação ficou evidente, para dar segurança e novas ferramentas para os médicos que atuavam junto a estes casos.

Muitas dificuldades se apresentaram nestas etapas iniciais do trabalho. Em primeiro lugar a fila de espera não estava informatizada e os encaminhamentos que a constituíam “brotavam” a todo tempo, de diferentes lugares. Outra dificuldade apontada foi em relação as receitas de medicamentos de alto custo, que tem um procedimento próprio, definido pelo governo estadual (fornecedor deste tipo de medicamento). Foram identificados vários erros e equívocos no preenchimento desta documentação (receitas e formulários) que causavam transtornos para os usuários (atrasos, falhas de comunicação, entre outros). Ainda segundo o relato da Dr. Respiração, estes transtornos geravam atritos entre os usuários e os trabalhadores. Estes aspectos foram considerados na organização da ação.

Após análise dos casos que estavam na fila, concluiu-se que 70% dos casos se encaixavam -em duas condições predominantes - asma e DPOC. Foram excluídos os encaminhamentos que continham uma descrição bastante empobrecida do caso, que e estes foram reavaliados.

E então foi possível configurar uma capacitação para oferecer/produzir ferramentas técnicas para os trabalhadores:

- Se a gente fizer um treinamento com diagnóstico e tratamento dessas duas condições, que pelo que a gente viu são condições prioritárias, vai sobrar somente 30% das outras condições. Então vamos fortalecer isso; obviamente o que for aparecendo de outras doenças no decorrer do matriciamento também a gente vai abordando.

(...)

- Então a gente vai fazer oficinas de qualificação: a gente vai fazer uma oficina para asma, uma oficina pra DPOC com turmas diferentes, horários diferentes pra todo mundo participar. Quem vai participar dessa oficina? Médico, enfermeiro; na aula de asma também pode chamar os pediatras, se eles quiserem participar. (Falas transcritas da Dra. Respiração)

Os treinamentos foram feitos peles-nos diferentes territórios e após esta etapa os usuários foram chamados em suas unidades para uma reavaliação, inclusive para saber quem ainda precisava daquele atendimento.

Houve vários esforços reunidos para resolver (ou encaminhar) a questão da pneumologia no município. As unidades e equipes deram então prioridade a estes atendimentos em suas agendas e reavaliaram os usuários. Além disso a equipe de pneumologistas de nível central da atenção especializada construiu uma agenda de matriciamento presencial em cada unidade, para assegurar a continuidade e o compartilhamento do cuidado com as equipes de atenção básica.

A proposta era que cada equipe elencasse os casos que gostaria de discutir no matriciamento e aqueles que precisavam de uma consulta compartilhada

entre o generalista e o especialista. A partir disso, a agenda foi construída entre os profissionais.

Apesar de ser um processo bem estruturado, com passo a passo bem definido e apoio da gestão, não se tratava de um movimento de total tranquilidade, especialmente no que diz respeito a conquistar o apoio das equipes de atenção básica, em particular dos médicos generalistas. O que estava em jogo era o protagonismo e a responsabilidade pela ação.

A Dra. Respiração relatou certa resistência, uma vez que os médicos disseram já terem tido experiências similares, como o caso dos usuários da psiquiatria que foram descentralizados e eles não estavam preparados para o cuidado, sentindo que a responsabilidade havia lhes sido entregue, na totalidade.

Na avaliação da Dra. Respiração tanto o treinamento quanto as agendas pré-determinadas de matriciamento e consulta compartilhada ajudaram a dar força para a proposta e atuar no sentido de diminuir a resistência.

Uma das médicas que participou do treinamento e que habitualmente recebe o pneumologista em sua unidade para realizar cuidados compartilhados me disse:

- Eles têm vindo aqui e têm resolvido, principalmente aquele caso grave. Quando eles vêm eu discuto, normalmente eu discuto casos, exames, prontuários e tal; e quando é algum caso que eu julgo que é mais urgente, aí eu peço para o paciente vir e a gente discute junto.

(...)

- Não é aquela coisa de você dar a guia na mão do paciente, depois ter que ficar perguntando para o paciente o que o médico falou, no caso do pneumologista não, eu já sei o que tem, já está programado o seguimento, eu consigo acompanhar (falas transcritas da médica generalista).

Compartilhar o cuidado entre níveis de atenção distintos provocou inclusive mudanças no processo de trabalho, tanto da especialidade quanto da atenção básica. De um lado, a equipe de atenção básica precisava se preparar para os encontros de matriciamento, separando os casos que gostaria de discutir e reunir demais informações que pudessem ser úteis neste momento. A responsabilização por estes casos estava fortemente legitimada. Neste momento cada profissional iria expor de que forma utilizou os recursos que dispunha e em que momento estes recursos se esgotaram. Por outro lado, a equipe da atenção especializada passou a ter maior proximidade com o território e com a realidade e a complexidade da atenção básica, muito diferente da rotina de consultas especializadas, que leva em conta um saber altamente especializado e requer alta densidade tecnológica para dar seguimento aos atendimentos de usuários.

O distanciamento entre a atenção básica e atenção especializada fabrica tensões entre os diferentes níveis de atenção e fragiliza a possibilidade de construir um sistema de saúde integral. Por um lado, a atenção básica critica a especializada por não realizar a contra-referência dos pacientes e a atenção especializada, por sua vez, critica a atuação da atenção básica pela baixa ~~resolutividade~~ resolutividade, mas, no entanto, não conhece a sua forma de atuar. A possibilidade de o especialista sair do consultório e se aproximar dos outros níveis de atenção produz uma mudança de atitude, valorização e respeito (ALMEIDA et al., 2013). O matriciamento é apontado como uma das mais potentes ferramentas para ajudar nesta aproximação.

A discussão em torno do acesso a atenção especializada é bastante atual e tem apontado para algumas estratégias, como o matriciamento, para avançar nesta questão que está colada na grande maioria dos municípios do país.

No município de São Paulo, por exemplo, ALBIERI et al. (2014) realizaram um estudo entre os anos de 2012 e 2013 sobre gestão da fila de espera da atenção especializada. Os autores levantaram como alternativas para ampliar o acesso a atenção especializada a prática do overbooking (gerando uma agenda excedente para minimizar perdas primárias), implantação de call center para a confirmação das consultas e ampliação da oferta. O estudo conseguiu apresentar resultados significativos (diminuição de 17% do total de guias aguardando). Esta é uma perspectiva para lidar com uma fila de espera já consolidada. A principal ferramenta

utilizada é a tecnologia, capaz de gerir um sistema de informação, implantar um call center, etc. A opção por este movimento leva em conta ações de regulação mais formais, mas não menos importantes.

Em São Bernardo do Campo o movimento realizado na pneumologia olhou não somente para a fila já existente, como também pensou em estratégias para não permitir que a fila se formasse novamente. Assim, tendo instituído o espaço do matriciamento e o compartilhamento do cuidado, antes de um caso saltar de um nível (atenção básica) para outro (atenção especializada) era preciso que o caso fosse discutido pelas equipes e a decisão era tomada conjuntamente, definindo onde aquele usuário daria continuidade ao seu tratamento e oferecendo apoio para sua condução.

Este movimento do matriciamento, autorregulado pelos próprios atores do processo de cuidado, enfrenta a tensão existente entre a produção do trabalho vivo em ato – que se dá no momento do encontro entre o trabalhador e o usuário, de forma singular e criativa – e do trabalho morto, que se serve de instrumentos, normas e saberes construídos previamente (MERHY et al., 2003; BADUY et al., 2011). Isso significa na prática, que além da produção viva feita em ato nos encontros de matriciamento, seria necessário produzir outras ferramentas capazes de interferir no processo do cuidado, como por exemplo –discutir o protocolo instituído para dispensação de medicação, a exiguidade das agendas e tantos outros atravessamentos presentes no processo de cuidado.

Este processo representou um ganho em outras situações que são consideradas nós críticos da atenção básica e que impactam diretamente na regulação, como por exemplo, a qualificação dos encaminhamentos. Definir os meios e formatos de comunicação teve papel importante tanto para a atenção básica quanto para a equipe do matriciamento. Além da comunicação escrita, feita principalmente pelos encaminhamentos, agora qualificados, e da comunicação oral presencial (estabelecidas na reunião de matriciamento mensal), outra forma de comunicação foi disponibilizada: a comunicação virtual. A equipe de matriciamento disponibilizou diferentes horários em que o médico especialista estaria disponível, online, via Skype, para conversar com os médicos da atenção básica, tirando dúvidas e discutindo casos.

A comunicação tem um papel central na construção deste processo, ao longo dos encontros que realizei termos como “trocar figurinhas”, “combinar” e “decidir juntos” estavam presentes para definir o tipo de relação que se estabelecia.

|

Organização da linha de cuidado da dor osteomuscular crônica:

O processo foi desencadeado após a percepção da imensa fila de espera para ortopedia e, consequentemente, fisioterapia.

- Uma fila que nunca seremos capazes de vencer se não tomarmos uma atitude diferente,

nas palavras do ortopedista que se juntou a gestão para realizar o matriciamento neste processo.

Me juntei então a um determinado Território, em uma reunião de Educação Permanente (EP) do território ondeem que o assunto da dor crônica seria discutido.

A reunião da EP do território é mensal e conta com a presença de orientadores de aprendizagem, que são pessoas com experiências relevantes dentro da construção do SUS, e que tem habilidade para potencializar a discussão dentro do território. Estes encontros costumam contar com a participação de gerentes de unidade, apoiadores, facilitadores de atenção básica, referências, trabalhadores das unidades, diretores de departamento, residentes e preceptores de residência, entre outros.

No encontro de junho a pauta era dor crônica. Os trabalhadores e gestores de cada unidade do território se organizaram de forma a trazer para a reunião as pessoas que estavam diretamente envolvidas com este assunto em cada unidade. Diferentes experiências de atividades foram relatadas pelas unidades: prática de Lian Gong (prática corporal chinesa, com objetivo de tratar as dores do corpo e restaurar a movimentação natural), acupuntura e grupos de dor (com palestras sobre manejo da dor, postura, exercícios, alimentação) e grupo “De Bem com a Vida” (em parceria com a Secretaria de Esportes, para orientar a prática de atividades físicas). Algumas já vinham sendo ofertadas a-há um tempo maior e outras eram mais recentes. Além destas, outras estratégias estavam sendo discutidas para lidar com a fila de espera.

A novidade era a presença da fisioterapeuta territorial que estava começando a trabalhar no território A. E o desafio era discutir qual a melhor forma de aproveitar o tempo da profissional. Foi debatido a constatação fato de que havia mais de 500 pacientes naquele território aguardando para fazer fisioterapia e que a maioria dos encaminhamentos da fisioterapia vinha dos ortopedistas que atendiam na policlínica de referência para a região. O desejo de organizar a fila por prioridade e iniciar o mais breve possível o atendimento dos usuários foi manifestado algumas vezes. Ao mesmo tempo, era do conhecimento da maioria que aumentar a oferta faria aumentar a demanda. Era preciso olhar para a construção desta fila, utilizar a fila para produzir deslocamentos na equipe, na forma de organizar os processos de trabalho. Pensar na fila como intercessora, no sentido deleuziano, como aquilo que mobiliza o pensamento, que provoca a ação, a criação e a invenção (VASCONCELLOS, 2005)

Mais uma vez a questão da priorização da fila de espera apareceu como possibilidade viva de produção do cuidado. Mas não seria mais interessante olhar para o antes da fila se formar? Procurar entender o que leva aos encaminhamentos que produzem a fila? E interrogar-se a respeito do que mesmo precisam os usuários que estão na fila, já que os portadores de dores crônicas reconhecidamente entram e saem da fila porque as ofertas terapêuticas a que têm acesso não produz alívio prolongado da dor.

-Depois que a pessoa já tiver virado P0 (prioridade zero, a mais urgente dentro dos critérios de prioridade) o problema já estará instalado. É preciso olhar para antes disso (Fala da orientadora de aprendizagem do TA, transcrita do meu diário de campo).

Olhar para a formação da fila de espera de fisioterapia, ao mesmo tempo que é mais trabalhoso e envolve disputas em diferentes níveis, é também uma outra forma de compreender a oferta, a demanda e o que faz a demanda crescer. De posse destas informações, é possível pensar em outras ofertas, diferentes de consulta médica e medicamento, que possam ser úteis para atender a necessidade

dos usuários. Este processo requer ampla discussão entre os componentes da rede, inclusive os médicos especialistas e questionar as escolhas terapêuticas para cada usuário.

Construindo de forma lógica o processo de formação da fila da fisioterapia, sendo que quem mais encaminha a fisioterapia é o especialista e quem encaminha ao especialista é o generalista, foram identificados dois lugares onde havia possibilidade de intervir. No entanto, a produção de conversa junto a médicos especialistas e médicos generalistas ocupam lugares diferentes, importando a forma como cada um organiza seu trabalho. Assim, o generalista trabalha numa lógica de olhar o paciente como um todo e de produzir ações de saúde junto a uma equipe multiprofissional, que tem encontros previstos e uma maior experiência de trocas entre os profissionais. Já o especialista, trabalha de forma mais individual, muitas vezes com o olhar voltado para uma parte do corpo específica ou para um conjunto de patologias. Seu trabalho costuma ser mais solitário e tem a sua disposição um importante arsenal tecnológico (duro e leve-duro), como exames e medicamentos especializados. Permitir que existam encontros e trocas entre as duas pontas é a grande aposta deste movimento.

Não há aqui nenhuma intenção de produzir juízo de valor sobre a atuação de cada tipo de médico, a sua forma de trabalhar e a sua importância para a produção de saúde. Apenas diferenciar o papel de cada um deles, inclusive historicamente construído. Desta forma, a conversa com o generalista é mais rotineira e muitas vezes mais fácil.

As alternativas que o grupo de trabalho sobre o assunto apontou eram: discutir o protocolo da ortopedia e da fisioterapia, ~~de forma a cuidar de encaminhamento destes pacientes para estes serviços~~ analisar as necessidades dos usuários e ofertar outras coisas para ~~os usuários~~ eles. Além do que já vinha sendo ofertado (Lian Gong, Grupo de dor e Grupo De Bem com a Vida), a ideia era ofertar grupos de fisioterapia e disseminar a técnica da auricoloterapia pela rede, para que mais pessoas pudessem ser atendidas.

Me juntei então ao grupo de fisioterapia do território e comecei a acompanhar os encontros. No grupo, mesmo antes da chegada de material específico, eram realizados alongamentos e exercícios de fortalecimento para grupos de pessoas com dor, divididos em dores na coluna, dores em membros

superiores e membros inferiores. Além de tentar aliviar a dor das pessoas no momento em que se encontravam ali no grupo, a ideia era que cada um pudesse aprender os exercícios e fazê-los diariamente em casa. A proposta era que estes grupos tivessem começo, meio e fim.

A dificuldade de triar os pacientes para redefinir a oferta a ser disponibilizada residia num lugar comum para a maioria das áreas da saúde: a falta de informações sobre os pacientes na ficha de encaminhamento.

As duas usuárias com que conversei me informaram histórias diferentes em relação a inclusão no grupo:

Doralice (transcrito de anotações do meu diário de campo):

- não demorou a me chamar, foi até rápido! O Doutor passou para mim faz uns dois meses. Ele tinha até me dito que demoraria, mas no fim não demorou. Eu já tinha passado particular antes. Agora é melhor para mim fazer aqui.

Doralice era usuária com um quadro de dor importante no ombro esquerdo, com visitas frequentes ao serviço de urgência para receber analgésico potente e contou-me já ter “travado totalmente”, tendo ficado sem trabalhar por mais de 3 meses.

Segundo relato da fisioterapeuta

- foi por sorte ela ter sido chamada para a triagem. Na ficha dela não dizia nada sobre a gravidade do caso.

O problema do preenchimento incompleto dos encaminhamentos é citado novamente aqui, como um fator que dificulta os processos de trabalho, sendo que muitas vezes trabalhadores que estão realizando triagem de pacientes para determinada ação, não conseguem perceber a gravidade do caso ou outros

contornos ao olhar o encaminhamento. Muitos serviços relatam devolver estes encaminhamentos para a unidade de origem e solicitam maiores informações para que seja possível realmente priorizar os casos. Neste caso, a fisioterapeuta teve que lidar com a fragilidade destes encaminhamentos.

A outra usuária que acompanhei nas visitas que fiz aos grupos, Dona Dorotéia, contou que fazia acompanhamento com o ortopedista na policlínica do território e já havia feito três ultrassons, mas que não mostravam nada. Com a piora da dor, conseguiu ajuda da filha para passar em uma consulta particular, onde teve desconto na consulta e no exame que lhe foi solicitado. Teve o diagnóstico de ruptura de tendão e foi encaminhada pelo médico do serviço particular à fisioterapia. No retorno ao ortopedista da policlínica, pediu a ele que transcrevesse o pedido de fisioterapia, pois não tinha condição de continuar pagando particular. O médico alertou Dona Dorotéia que havia grande fila de espera para fisioterapia. Ela então respondeu:

- Não faz mal, melhor eu entrar na fila logo, se eu nunca entrar, nunca vou ser chamada.

No entanto, a usuária foi surpreendida com certa rapidez em ser chamada e atribuiu ao fato de conhecer um trabalhador da UBS que a ajudou:

- eu sou amiga da Ciclana (trabalhadora do território) acho que foi ela que agilizou para mim, por que foi bem rápido.

(...)

- Ela me conhece de outros grupos que eu frequento aqui. Daí acho que para quem participa de outros grupos vai mais rápido. (extraído dos registros do diário de campo, reproduzindo a fala da usuária).

Dona Dorotéia tem 59 anos, participa do grupo de Lian Gong há quatro anos, segundo ela:

- desde que só tinha 3 pessoas no grupo.

A usuária atualmente participa da maioria dos grupos que a unidade oferece: Lian Gong, Grupo de dor, grupo de fisioterapia e Grupo De Bem com a Vida. Relatou que há 9 anos convive com um quadro de depressão, fazendo uso de antidepressivo, mas atribui aos grupos a melhora de seu estado:

- Eu saio de casa, converso com as pessoas, não fico pensando na depressão.

Dona Dorotéia relata que o médico lhe prescreveu anti-inflamatórios, mas ela não usa porque machucam o estômago e diz que o grupo (de fisioterapia) tem ajudado muito. Conversamos então sobre a possibilidade de dar continuidade nos exercícios em casa, diariamente... A usuária desconversa e diz que os grupos são muito importantes para ela.

Acompanhando as discussões junto a gestão do município percebo claramente uma preocupação em oferecer possibilidades para tirar as pessoas ~~que aguardam na~~ fila e que a ampliação das ofertas é muito discutida nestes espaços. No entanto, o desafio de lidar com os casos que não querem se desvincular da unidade disputa espaço e esforço da equipe com os que tentam acessar pela primeira vez.

Em uma das reuniões da gestão sobre dor crônica um fisioterapeuta territorial contou que os usuários do grupo de fisioterapia daquele território, após o término dos encontros estabelecidos, passaram a se encontrar em uma praça e em conjunto se ajudavam a lembrar dos exercícios feitos no grupo. Estes encontros permanecem, sem a necessidade de nenhum trabalhador acompanhar.

Em SBC, os trabalhadores e gestores foram convidados a pensar em alternativas assistenciais capazes de otimizar os recursos disponíveis, se distanciando de um processo automático de lidar com uma fila de espera e criando um processo vivo para isso. A possibilidade de interferir na fila de espera e até mesmo antes dela sinalizava o movimento singular que estava sendo construído, se distanciando da ideia de um movimento pré-estabelecido para organização e cuidado da fila de espera.

Esta possibilidade de inventar novos caminhos e novos jeitos de fazer, se por um lado carrega a riqueza da produção do cuidado viva em ato, por outro esbarra nos agires singulares, que demandam muitas conversas, muitos combinados e disponibilidade para atuar coletivamente com o objetivo de produzir mecanismos eficientes.

Podemos tomar como analisador destes movimentos da atenção especializada (incluo aí o observatório de rede) a produção do cuidado feita a muitas mãos. Ao envolver tantas pessoas (profissionais e gestores) no delineamento de uma linha de cuidado, de um projeto terapêutico ou um fluxo assistencial, há um compartilhamento do cuidado, em que todos são responsáveis, todos estão implicados. No entanto este não é um processo simples, que funciona como uma orquestra. Os atores envolvidos são movidos por múltiplos agenciamentos, mesmo estando sob a mesma diretriz normativa (FRANCO e MERHY, 2013). As críticas que o usuário faz ao serviço e o sentimento de abandono em relação a rede de serviços podem dar pistas sobre a dificuldade em articular o cuidado, nos diferentes níveis de complexidade e de forma intensiva. A fragilidade em sustentar esta articulação expõe as diferentes formas de operar de uma mesma rede.

11. Complexo Regulador como coadjuvante: novos ares ou dispneia?

Como já havia percebido em outras ocasiões, o assunto “regulação” estava presente em vários lugares, aparecendo sempre como um tema importante para os diferentes atores. Para mim a transitoriedade da novidade estava por dar lugar à possibilidade de produzir regulação, de forma intensa, viva, mesmo que sem a presença do complexo regulador. Perceber esta ausência. Processar esta ausência. Tentar compreender o que esta ausência produzia. E então, regulação sem os reguladores ainda era regulação?

Possivelmente a forma como o complexo regulador foi instituído ao longo do tempo e legitimado pela Política Nacional, como uma estrutura central da gestão da saúde, capaz de articular e principalmente coordenar movimentos de regulação, não tenha deixado espaço suficiente para pensar em uma forma coadjuvante de atuar do complexo regulador. Esta forma coadjuvante parece ter sido a assumida em SBC, inclusive faz parte do discurso da equipe, de forma a compreender o trabalho de bastidor, permitindo o protagonismo da assistência (seja na básica, especializada ou hospitalar).

Muitas podem ser as explicações para este movimento de se tornar coadjuvante do complexo regulador. Uma delas poderia ser uma aposta da gestão, ao fomentar que as ações de regulação ocorressem por toda a rede sem a necessidade da coordenação ser feita pelo complexo regulador. Por outro lado, a dificuldade de manutenção do papel protagonista, que exige maior negociação com outros atores da rede e coloca em disputa diferentes modelos de atenção a saúde. Neste sentido, conforme construído ao longo deste estudo, a captura exercida pelas tecnologias duras e o aprisionamento burocrático, podem ter ocupado muito espaço na agenda da regulação municipal.

Pensar em um complexo regulador que atua de forma coadjuvante não ~~aos~~ permite significa pensar em um serviço menos importante para o município. Ao se recolher, o complexo regulador aprimorou seus processos internos e assumiu de forma responsável a regulação ambulatorial e hospitalar eletiva, sustentando a autonomia da rede assistencial e contribuindo na garantia do acesso aos usuários.

O que o Sr. Arlindo nos mostrou é que as “ações gerais de regulação” não foram suficientes para dar conta do caso. Mesmo tendo conseguido acesso com prioridade a determinados exames e consultas, ele continuou com dificuldade de caminhar pela rede e encontrou outras dificuldades de acesso mais adiante.

Não poderia afirmar que a participação ativa do complexo regulador no acompanhamento longitudinal destes usuários mudaria o desfecho ~~da~~ história. No entanto, o complexo regulador também pode ser um excelente Observatório da rede, conseguindo possibilitando enxergar com mais facilidade as falhas e rupturas ~~ou~~, de outro lugar.

Existem outros arranjos possíveis. Estudo feito em Londrina (Baduy et al., 2011), apontou que avarçar na conquista da integralidade depende de arranjos capazes de articular a regulação com a rede de cuidados. Neste caso, a mudança na produção do cuidado se deu através por meio de uma equipe de Assessoria Técnica colocada em constante relação com os trabalhadores da rede, para qualificar o cuidado, incluindo aí discussões clínicas como toda a equipe, e discutir mecanismos de regulação. O estudo concluiu que não é suficiente que se tenha somente instrumentos de captura normativa (fluxograma, protocolo, sistema de informação) para produzir regulação, é preciso que ela seja vivida no cotidiano dos serviços.

Uma outra possibilidade foi apontada por Gomes (2013) que estudou um município da Baixada Santista e, apoiado no modelo instituído pelo Ministério da Saúde para a composição do Complexo Regulador, utilizou o espaço da educação permanente para aproximar a conversa entre os trabalhadores do complexo regulador e os profissionais da rede. A barreira da ausência do especialista nos encontros foi “superada” por um questionário, onde por meio do qual o profissional dava sua opinião e tomava ciência das discussões do grupo. A estratégia ajudou na consolidação de ações regulatórias no município diminuindo filas de espera para especialidades.

A importância de respeitar a singularidade local aparece em todos os casos como fundamental para o desenvolvimento das ações. E ainda que existam as normativas ministeriais para amparar as construções municipais, é relevante destacar que formatos alternativos e criativos podem encontrar espaço dentro da gestão do SUS.

O arranjo regulatório capaz de dar respostas às dificuldades de cada localidade, é aquele que leva consigo a aposta da gestão e a singularidade daquela rede de serviços.

A Política Nacional de Regulação, depois de quase uma década de publicação, carece de revisão, afim de contemplar outras realidades no escopo do complexo regulador, entre outras coisas.

12. Último Suspiro: entre a vida e o viver e a morte e o morrer.

O que levou a equipe a escolher o Sr. Arlindo para ser acompanhado pelo Observatório de Rede? O que me levou a escolher o Sr. Arlindo para ser o usuário guia desta cartografia?

Certamente a doença crônica do Sr. Arlindo e todas as dimensões biológicas que a acompanhavam faziam parte desta escolha. Mas não era o principal. Existiam muitos Sr. Arlindos pela rede, muitos usuários portadores de DPOC. Muitos dependentes de oxigênio. A importância desta história estava também em todos os outros aspectos que constituíam o modo de andar a vida do Sr. Arlindo. O caso ia muito além das dificuldades enfrentadas pelo corpo biológico.

A relação entre o usuário e seu cuidador era um ponto central para toda a sua história. Sr. Arlindo demonstrava desejo por autonomia e a crença de que seria possível reestabelecer sua saúde, no entanto era um usuário portador de DPOC grave, dependente de oxigênio, bastante dependente do cuidador e que tinha grande dificuldade em se relacionar com as pessoas de seu entorno. Logo, a relação entre o usuário e o cuidador era uma relação bastante difícil e frágil, que oscilava entre a hostilidade e dependência.

- O pior foi que eu não chamei o Luís para fazer serviço pra mim, ele se ofereceu pra assistente social lá do hospital.

O cuidador, que havia sido localizado pela assistente social do hospital em que o usuário havia estado internado por mais um ano, aceitou cuidar do Sr. Arlindo quase que de forma voluntária, uma vez que ele não recebia nenhum pagamento por isso. A dedicação que cuidar do Sr. Arlindo requeria muitas vezes não era viável ao seu cuidador, visto que o mesmo precisava trabalhar para garantir o seu sustento. No entanto, a postura do Sr. Arlindo em relação ao comportamento do Luís e sua dedicação era muito reclamatória e demonstrava insatisfação:

- O Luis (cuidador) passa, às vezes, até mais de 24 horas fora daqui; ajuda assim mesmo, não é dizer que não ajuda não, ele ajuda, só que ele mente demais.

A dependência ficava também bastante explícita em relação aos agendamentos que o Sr. Arlindo possuía nos serviços de saúde e a dificuldade em comparecer, ocasionando faltas e desligamentos:

- eu tenho certeza que se ela (fisioterapeuta) tivesse mantido (o horário para fisioterapia) o seu Luis não ia cumprir, ia arranjar uma desculpa qualquer pra não cumprir. Então, quer dizer, eu fico sozinho. Então quer dizer, eu dependo tudo dele, eu não posso sair daqui...

Cena famosa em SBC: Luis dirigindo uma motocicleta, com Sr. Arlindo e o cilindro de oxigênio na garupa. Como não considerar este dado de realidade? Esta era a forma que o cuidador tinha de transportar o usuário. Estes aspectos prejudicavam a frequência dele aos atendimentos, até que finalmente foi desligado da fisioterapia pois não conseguia comparecer com regularidade. Mas ele não se conformava:

- Aí a doutora disse: Não, você não tá podendo frequentar regularmente. (reproduzindo a fala da fisioterapeuta). Então ela quer que eu morra, só que eu não quero morrer. E como eu não posso frequentar porque ela disse não, então eu faço por mim mesmo, morrer ou piorar é que eu não vou.

A tensão existente na relação entre o usuário e cuidado tinha elementos que indicavam certa desconfiança do usuário:

- Não, só tenho o cartão da UBS. O cartão da especialidade está com o Luis, porque ele trava tudo, ele segura, ele tranca tudo, ele esconde tudo.

Mas ao ser encorajado a procurar por suas coisas, ao revirar o armário da sala, várias coisas foram encontradas: receitas, encaminhamentos, cartão de retorno, filipeta de agendamento.

Apesar de demonstrar surpresa em encontrar os papéis, fiquei me perguntando quantas vezes ele já havia procurado aquilo? Não me pareceu serem muitas. E muitas foram as passagens onde o Sr. Arlindo criticou a postura do cuidador, mas também ponderou a dependência existente:

- É, porque alguém vai ter que dar um puxão de orelha no moço, porque eu dependo dele para ir para lá, para cá, etc., e coisa e tal, e ele tá dando outras prioridades.

Apesar de Luis não receber pagamento ou salário, a disponibilidade dele havia tornado possível a volta do Sr. Arlindo para casa. Ainda que o Sr. Arlindo não reconhecesse isso, o cuidador se disponibilizava a leva-lo a consultas e exames, mas delimitou sua disponibilidade até pela necessidade de trabalhar.

Como parte do PTS que a equipe vinha desenvolvendo houve uma conversa com Luis a este respeito, tentando entender o tamanho da disponibilidade para que fosse possível traçar estratégias que se adequassem a este limite. Na conversa, Luis se prontificou a levá-lo nas consultas e exames, mas informou que não seria possível garantir o agendamento mais periódico, como no caso da fisioterapia, por conta do trabalho.

A construção do PTS foi interrompida dias após esta conversa. Sr. Arlindo teve uma exacerbação do quadro pulmonar e “foi se socorrer” na UPA. Esteve internado por mais de 20 dias, na própria UPA – não conseguindo ser transferido

para uma Unidade de Terapia Intensiva – entubado e sedado e veio a óbito em meados de novembro. Consegui reunir poucas informações sobre a morte dele.

Já vínhamos acompanhando a situação da internação pelo grupo do whatsapp (que a esta altura já contava com quase a equipe inteira) até que a notícia chegou. A equipe ficou consternada, obviamente. Recebi a notícia várias vezes por intermedio de muitas pessoas que trabalham em SBC, ele tinha passado a ser um pouco “meu” Arlindo também. Muito embora eu já estivesse saindo do campo quando ele morreu, a medida que fui processando em diferentes espaços e na produção da escrita, muitas perguntas foram surgindo, que ficarão sem resposta.

Sr. Arlindo era um caso grave, com prognóstico desfavorável, mas não nos aproximamos da possibilidade dele morrer. Apesar de todas as dificuldades, nos ocupávamos de como ajudá-lo a reestabelecer a saúde. Abordar a morte ainda é muito difícil ~~dentro do campo da Saúde Pública~~ sociedade contemporânea. A morte do Sr. Arlindo nos ~~aproximou~~ aproximava do significado de fracasso, da incompetência. Nós, profissionais de saúde –estamos associados a representação social daqueles que foram fabricados para combater a morte (REGO e PALACIOS, 2006). A produção de corpos saudáveis, a qualquer preço em determinados casos, com frequência captura a todos nós, deixando pouco espaço para perceber a gravidade do caso, a fragilidade da rede e a finitude do ser humano.

Em uma análise retrospectiva é possível perceber o quanto as questões da sua saúde (e a produção de procedimentos em torno dela) ofuscaram o olhar sobre a doença, sua gravidade, a finitude e a morte. A postura reivindicatória do usuário, por mais uma especialidade, por um outro exame, pela cura para suas dores, para um remédio para os seus medos, criou no entorno dele uma nuvem, ~~não permitindo~~ que dificultava que pudéssemos enxerga-lo de maneira mais profunda, na sua solidão, no seu medo de morrer e na dificuldade de estabelecer relações. A possibilidade da rede de serviços de SBC de responder a estas demandas ~~era mais eficiente~~ estava mais disponível do que a nossa capacidade de nos colocarmos em ~~análise~~ análise e discutir o que realmente o Sr. Arlindo precisava. Provavelmente teríamos evitado procedimentos que dias depois, com a concretude da morte, não faziam mais o menor sentido, como por exemplo a cirurgia de catarata realizada um mês antes de morrer e o planejamento para uma cirurgia de extração dos dentes.

Sr. Arlindo nos levava para o lugar do combate, da luta frágil contra a doença, do esvaziamento das forças. Ele nos contou sobre as tentativas que fazia de ir até padaria do outro lado da rua sozinho e se entristeceu ao dizer que se sentia cada vez mais cansado, precisando de intervalos maiores para descansar. “Até o dia que não conseguisse mais voltar”. Ele falava de um esforço que vinha fazendo para tentar recuperar a capacidade pulmonar que um dia havia tido, dando a entender que ao exercitar seu pulmão ele poderia melhorar. O Sr. Arlindo não queria morrer. E também não parecia muito disposto a conversar sobre este assunto.

Finalmente, importante pensar por que todas as apostas feitas para o Sr. Arlindo recaíram na atenção básica. O trabalho da UBS estava armado para cuidar de casos como o do Sr. Arlindo, que requerem tanta intensividade? Quais outras ofertas poderiam fornecer uma alternativa de cuidado capaz de acompanhá-lo mais de perto, de forma intensiva e articulada com a rede? Por que ele não era atendido pelo programa municipal de atenção domiciliar?

Considero importante problematizar a ausência da atenção domiciliar neste caso. Feuerwerker e Merhy após amplo estudo sobre o assunto, realizado em várias cidades brasileiras, concluíram que:

Quando a atenção domiciliar se configura como uma modalidade substitutiva de organização da atenção, como dispositivo para a produção de cuidados que efetivamente não são produzidos dentro do hospital, do ambulatório ou da instituição, ela se configura como um terreno do trabalho vivo em ato, possibilitando a produção e a invenção de práticas cuidadoras (FEUERWERKER E MERHY, 2008, p 186).

Este modelo de operar a atenção domiciliar observado por Feuerwerker e Merhy dialoga fortemente com o projeto de saúde construído em SBC. Por. No entanto, isso mesmo, cabe problematizar a ausência da Atenção Domiciliar na história do Sr. Arlindo.

Atuando em sua configuração atual no município desde 2009, a atenção domiciliar se estruturou de maneira importante e ~~conta com estrutura com~~ capacidade para o acompanhamento dos casos que lhe são atribuídos. Os critérios de inclusão e exclusão no Programa de Atenção Domiciliar levam em conta além do quadro clínico e a intensividade do cuidado, a presença do cuidador. Para organizar a assistência, o município produziu um documento norteador municipal da atenção

domiciliar (disponível online <http://apsredes.org/site2013/atencao-domiciliar/wp-content/blogs.dir/8/files/2013/12/19-S%C3%83O-BERNARDO-DO-CAMPO.pdf>) onde em que apresenta o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), que auxilia tanto na demarcação da demanda quanto na forma (intensividade) que os usuários serão assistidos.

No entanto, conforme já apontado por Pereira (2014) a presença do cuidador é parte fundamental para a inserção do usuário no serviço, sendo que determinados municípios são mais maleáveis a questão e outros, ao exigir uma série de condições, acabam por promover a exclusão:

“Quando as normas presidiam a produção das relações, a porosidade resultava drasticamente reduzida e as diferenças eram convertidas em impossibilidades.” (Pereira, 2014)

A atenção domiciliar de SBC-, ao ser convocada para a cena da produção do cuidado do Sr. Arlindo, esbarrou na normativa. Inegavelmente o caso do Sr. Arlindo precisaria de um arranjo para se enquadrar nos critérios de inserção do serviço de atenção domiciliar de SBC. Certamente seria mais fácil enquadrá-lo em alguma inconformidade da portaria ministerial do que produzir uma estratégia de cuidado que levasse em conta a sua fragilidade social, inclusive. Muito provavelmente os usuários que possuem cuidador 24h e residem em ambientes adequados para a execução do trabalho da atenção domiciliar, precisam menos dela do que aqueles que nem isso possuem.

Ao final, coube a atenção básica o gerenciamento do caso, que demonstrou por inúmeras vezes a sua insuficiência para cuidar de pessoas como o Sr. Arlindo. A dificuldade desta construção coletiva de projeto terapêutico, envolvendo usuário e trabalhador, é ainda mais presente quando se trata de usuários crônicos. Neste sentido, FEUERWERKER e MERHY (2011) destacam que quando o cuidado é armado para o corpo biológico, embora seja capaz de produzir resultados positivos, deixa de lado outros fatores importantes de serem considerados. O resultado são ações centradas em produção de procedimento, verticalizadas e que não levam em consideração o usuário, seu sofrimento e a sua singularidade como parte constitutiva do cuidado.

Olhar para a necessidade de saúde pode ser um bom analisador da produção do cuidado. Quais necessidades de saúde estavam em jogo no cuidado do Sr. Arlindo? Para CECILIO (2006), a necessidade dentro de uma proposta integral de saúde pode ser composta por quatro fatores: 1) boas condições de vida (que incluem a forma da pessoa viver, onde ela mora, trabalha e as condições que a circundam), 2) disponibilidade/aceso às tecnologias que possam recuperar a saúde do indivíduo (sem que haja hierarquização das tecnologias), 3) criação de vínculo entre o usuário e o profissional de saúde (de forma que este dê cara ao serviço de saúde) e 4) autonomia: compromisso com o resgate da autonomia do indivíduo, do seu modo de viver, havendo uma satisfação das necessidades de forma mais ampla possível.

Cecílio destaca ainda que demanda é a tradução da necessidade com base na oferta, de forma que a necessidade pode ser algo muito diferente da demanda. O acesso a necessidades depende de uma escuta eficiente. No caso do Sr. Arlindo, a escuta para as questões psicossociais ficou comprometida.

Esta cartografia viveu este 'entre', transitando entre apostas convergentes e divergentes, onde reside a tensão que cerca a produção do cuidado e estão em disputa diferentes modelos de atenção (FEUERWERKER e MERHY, 2011). A sociedade globalizada capitalista constitui terreno fértil para o predomínio de lógica da incorporação tecnológica e o consumo de procedimento galopante, se alimentando de tecnologias duras e leve-duras. Colocar em disputa esta lógica e garantir espaço para o cuidado integral, levando em conta o desejo e a expectativa do usuário se mostra como um dos grandes desafios do sistema de saúde. O SUS reproduz esta disputa:

[...] superar esta conformação exige operar com dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando a missão dos estabelecimentos de saúde, ampliando os modos de produzir atos de saúde. Novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central (FEUERWERKER e MERHY, 2011).

Em SBC, esta disputa está presente em várias áreas e na intercessão entre elas, sendo que alguns modos de cuidar são mais capturados pela [lógica hegemônica](#).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A regulação em saúde nasceu em um campo de disputa como órgão-função-lugar capaz de mediar a relação entre oferta e demanda, que historicamente se configuram como interesses antagônicos. Inicialmente a regulação tinha um compromisso muito maior com a equalização dos gastos do que com a produção do acesso. O controle e avaliação tinham, junto com a auditoria, papel fundamental junto aos prestadores de serviços, com vistas a evitar fraudes e manter os gastos sob controle. Ao longo do tempo a regulação foi assumindo uma dimensão mais próxima da assistência e com isso se ocupou de questões como o acesso, principalmente. A Política Nacional de Regulação, que embora tenha trazido três dimensões de regulação (sistemas de saúde, atenção à saúde e assistência), deu centralidade a organização normativa do complexo regulador e seu modo de funcionar, deixando em segundo plano as macro funções reguladoras.

A regulação que foi produzida no Brasil carrega as marcas desta construção, pautada em ações mais formais e fortemente capturadas pela lógica da produção de procedimentos – concentrando grande parte dos esforços em fazer gestão da fila, alimentar sistemas de informação e ordenar a oferta e a demanda. Mesmo assim, apesar da dureza de muitos destes procedimentos, é preciso reconhecer que a formulação das diretrizes e o estabelecimento de padrões dentro da regulação permitiu uma série de avanços na produção do acesso. A exemplo disso poderia citar a descentralização da central de vagas e a autonomia conferida as unidades, para facilitar o acesso aos usuários aos serviços e produzir uma gestão mais eficiente dos recursos.

Antes de focalizar a regulação em SBC, gostaria de retomar a forma adotada por este município para fazer saúde e cuidar das pessoas, que fez ousadas apostas, produzindo um projeto singular de gestão que colocou no centro das ações a produção do cuidado e o usuário. Além disso, SBC armou estratégias que favorecem o fortalecimento das apostas: territorialização, encontros transversais, educação permanente, apoio institucional e tantas outras ferramentas capazes de discutir o cuidado produzido em ato. Ao lançar mão de dispositivos – invenções -

capazes de mobilizar gestores e trabalhadores na direção do cuidado centrado no usuário, ações de compartilhamento do cuidado foram favorecidas e ganharam espaço dentro da gestão.

Outro aspecto a se destacar é o fato de SBC contar com a gestão da totalidade dos prestadores de serviços, com pouca (ou nenhuma) interferência/dependência estadual ou federal na organização da assistência. Este conjunto de características e fatores produziu uma figura ímpar no cenário do SUS nacional, que pela peculiaridade dificilmente poderá ser reproduzido. Isso não quer dizer que não sirva de inspiração e ~~um bom modelo a ser seguido~~ofereça muitas aprendizagens, pelo contrário.

Durante o percurso que realizei em SBC me encontrei com tipos distintos de regulação operando. O primeiro deles – e mais fácil de ver – é a regulação produzida pelo complexo regulador, que sofre maior captura pelos processos mais formais, mais próximo daquilo que está colocado nas normativas e regulamentos. O complexo regulador concentra muitos esforços compilando a oferta e distribuindo-a segundo a necessidade da rede, em um processo, definido por eles mesmos, como de coadjuvante, deixando que as unidades de assistência sejam protagonistas.

Esta forma de trabalhar da regulação embora seja inovadora, se distancia do diálogo produzido pela gestão em diferentes espaços da Secretaria de Saúde. Um exemplo disso é o fato de circular como convidada nos encontros transversais de produção do cuidado, como nas reuniões do Observatório.

Por outro lado, a atuação coadjuvante do complexo regulador dá oportunidade para outros atores tomarem para si a tarefa de fazer regulação. Durante a caminhada em SBC me encontrei com ações que partiam de lugares distintos: atenção básica, atenção especializada e atenção hospitalar, todos regulando, a sua maneira, com o foco na produção do cuidado.

Na atenção básica, construiu-se a possibilidade de fazer regulação descentralizada dentro de uma lógica territorial. Ao discutir localmente a oferta e a necessidade, observei a produção de novos arranjos que ao considerar a realidade local, foram capazes de produzir boas respostas, como o caso da fisioterapia territorial para os usuários portadores de dor crônica. Além disso, o agendamento

para consultas especializadas e exames feito pela equipe da UBS, junto ao usuário, também é um arranjo potente, capaz de diminuir o absenteísmo.

Na atenção hospitalar, ao trazer a regulação para dentro dos serviços, o ritmo de cada um dos pontos da rede também pôde ser considerado de forma mais específica. A regulação realizada pelo hospital por meio do NIR, tem capacidade de realizar movimentos mais rápidos e, portanto oferecer melhores respostas, uma vez que a tomada de decisão está mais próxima dos movimentos da regulação.

Em todos estes movimentos o complexo regulador esteve presente, muito embora atuasse de maneira “invisível” em muitas situações, sem ser mencionado, operando a regulação por meio dos sistemas de informação. O trabalho executado pelo complexo regulador estava representado a partir da forma de organizar o acesso, no fazer cumprir os protocolos e no estabelecimento de critérios de prioridade, por exemplo.

A especificidade conferida a São Bernardo, como por exemplo a gestão da totalidade dos recursos disponíveis, permitiu, entre outros fatores, operar por linhas invisíveis. Se por um lado o complexo regulador de SBC não tem o papel de protagonista ao articular a rede, por outro lado contribui para que as ações de regulação, através de processos microrregulatórios, aconteçam sob o protagonismo dos outros serviços.

Ao protagonizar os novos arranjos regulatórios, os diferentes pontos da rede que compõe a assistência tem a possibilidade de inventar, a sua maneira, formas de produzir acesso, fazer gestão da fila e de recursos de acordo com as necessidades encontradas. A regulação atualmente está capilarizada pela rede como um todo, como uma ferramenta de produção do cuidado.

No entanto, caminhar ao lado do Sr. Arlindo mostrou que a capilaridade e autonomia da regulação não são suficientes para casos mais complexos, que desafiam a rede como um todo, especialmente no que diz respeito à coordenação do cuidado. Em alguns casos, a compreensão singular da necessidade real do usuário, se tornam mais importantes do que a garantia de acesso. A construção coletiva de um PTS também pode ser um diferencial na continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ALBIERI, F. A. O., et al. **Gestão de fila de espera da atenção especializada ambulatorial: resgatando o passado e buscando um novo olhar para o futuro.** São Paulo; SMS; 2-4 abr., 2014.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P. F. de, et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-15, 2013.

Formatado: Espanhol (Colômbia)

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 9-30, 2005.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BERTUSSI, D.C.; FEUERWERKER, L.C.M. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055.

BRASIL. Ministério da Saúde/INAMPS. Resolução nº273, de 17 de julho de 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SAS nº 234, de 07 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica do Sistema

Único de Saúde para 1992 (NOBSUS/92). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 fev. 1992. p. 1584-1588.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mai. 1993. Seção 1. p. 6960.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 5 de novembro de 1996. Estabelece a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOBSUS/96). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Instrução Normativa n. 1, de 2 de janeiro de 1998. Regulamenta os conteúdos, instrumentos e fluxos do processo de habilitação de Municípios, de Estados e do Distrito Federal às novas condições de gestão criadas pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jan. 1998. Seção 1. p.13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM n. 548 de 12 abril de 2001. Aprova o documento "orientações gerais para a elaboração e aplicação da agenda de saúde, do plano de saúde, dos quadros de metas, e do relatório de gestão como instrumentos de gestão do sus", parte integrante desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 abr. 2001.

BRASIL. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.571 de 29 de junho de 2007. Estabelece incentivo financeiro para implantação e/ou implementação de Complexos Reguladores. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 set. 2007. Seção 1. p. 51

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 ago. 2008. Seção 1. p. 30.

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, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1.

BRASIL, Caderno de atenção domiciliar. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 3410 de 30 de dezembro de 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jan. 2014.

BRESSER PEREIRA, L. C. "A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle." **Lua Nova**, São Paulo, v. 45, p. 49-96, 1998.

CARVALHO, G. A Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançado**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. p. 117-130.

CECILIO, L. C. O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R. (orgs.) Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. – 1 ed.- São Paulo: Hucitec: Fapesp: 2014.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl 1, p. 1029-1042, 2011.

DA SILVA JUNQUEIRA, T. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, 2010.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. **O que é a Filosofia**. 3ª edição. São Paulo: Editora 34, 2010.

DELEUZE, G. **Conversações (1972-1990)**. 3ª edição. São Paulo: Editora 34, 2013.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM MOVIMENTO. **Usuário guia**. 2014. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entradaexperimentacoes/usuario-guia>>. Acesso em: 27.out.2016.

FALLEIRO, L.M. (Org.) **Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS J. J. (Org). **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro, São Paulo: ABEM, Hucitec, 2011. p. 99-113.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FEUERWERKER, L.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde. In: MATTOS, R.A; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2011. p. 290-305.

FLEURY, S.; OOVERNEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 1-42.

GANZELLA, M.; ZAGO, M. M. F. **A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: uma revisão integrativa da literatura**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 21, n. 2, p. 351-355, 2008.

GIANNOTTI, E. M. **A organização de processos regulatórios na Gestão Municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos**. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. **"Pesquisadores In-Mundo: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental"**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GUATTARI, F. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. 2ª Edição. São Paulo: Brasiliense, 1985.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12ª Edição. Petrópolis: Vozes, 2013.

GOMES, R.F. **Estratégias de aprimoramento do acesso à assistência: estudo de caso em nível municipal**. Dissertação (mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

IBANHES, L. C. et al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

JUNIOR, H. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; LAND, M. G. P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 537-546, 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MÉDICI, A. C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 79-115, 1992.

MERHY, E. E. et al. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**, Belo Horizonte, MG, 1998.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E. et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

MERHY, E. E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: MERHY, E. E.; FRANCO T. B. . **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172 - 182.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO A. C. S.; GOMBERG, E. (Org.). **Leituras de Novas Tecnologias e Saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-56.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Educação Permanente em Saúde: educação, saúde, gestão e produção do cuidado. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (Org). **Informar e Educar em Saúde: análises e experiências**. Salvador: Editora da UFBA, 2011. Disponível em <https://static.atencaobasica.org.br/II_Mostra_EP/EPS-educacao_saude_gestao_e_producao_do_cuidado_Merhy_e_Laura.pdf>.

MERHY, E. E.; FRANCO T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrado no campo relacional e nas tecnologias leves. In: _____. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 138-148.

OLIVEIRA, L. A. D. et. al. Processos microrregulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 8-21, 2016.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de Regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 571-576, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório sobre a saúde no mundo 2000: Melhorar o desempenho dos sistemas de saúde**. Genebra: OMS, 2000.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. da (Org.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2012.

PEREIRA, PBA. **Atenção domiciliar e produção do cuidado: apostas e desafios atuais**. Dissertação (mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, SP, 2014.

PINTO, J. R.; CARNEIRO, M. G. D. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 9, n. 58, p. 123-128, 2012.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A finitude humana e a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1755-1760, 2006.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental. Transformações contemporâneas do desejo**. 6ª Edição. Porto Alegre: Sulina, 2014.

SANCHES, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.31, n.3, p. 260-268, 2012.

SANTOS, B. S. O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das políticas de saúde. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, São Paulo, n. 23, p. 73 -74, 1987.

SANTOS, F. P. dos; MEHRY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado – uma revisão. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v.10, n.19, p. 25-41, 2006.

SEIXAS et al. Vínculo e REsponsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica. (no prelo)

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 547-576.

SUNDFELD, A. C. **Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo**. 2016. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

TALLEMBERG, C. A. A. **Passagens de uma prática clínico-política menor: tese-ensaio sobre o processo de desinstitucionalização do Hospital Psiquiátrico Estadual Teixeira Brandão**. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

TRAVASSOS, C; CASTRO, M. S. M.. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella, L, et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

VASCONCELLOS, J. A filosofia e seus intercessores: Deleuze e a não-filosofia. **Educação Social**, Campinas, v. 26, n. 93, p. 1217-1227, 2005.

VERAS, R. P. et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

VIANA, A. L. Á.; LIMA, L. D. de. Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil. In: _____. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011. p. XX-XX.

VON RANDOW, R. M. et al. **Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 12, p. 904-912, 2011.

[NBSV1] Comentário: Incluir as páginas do capítulo