UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

DÉBORA DO CARMO

**Atenção Especializada no SUS – da máquina de
produção de procedimentos a uma rede de
produção de cuidados**

São Paulo

2017

DEBORA DO CARMO

Atenção especializada no SUS: da máquina de produção de
procedimentos a uma rede de produção de cuidados

Versão Corrigida

(Versão original encontra-se na unidade que aloja o Programa de Pós-
graduação)

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

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof.^a Laura Camargo Macruz
Feuerwerker

São Paulo

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

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

Carmo, Débora do

Atenção Especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados / Débora do Carmo; orientadora Laura Camargo Macruz Feuerwerker – 2017, 153 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Versão revisada

1. Políticas de saúde. 2. Acesso a serviços de saúde. 3. Atenção Especializada. 4. Gestão do cuidado. 5. Redes de atenção à saúde. 6. Micropolítica. 7. Compartilhamento do cuidado

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Carmo, Débora do

Atenção Especializada no SUS: da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados / Débora do Carmo; orientadora Laura Camargo Macruz Feuerwerker – 2017, 153 f. (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

Aprovada em: 09 de agosto de 2017

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Presidente. Instituição: FSP-USP

Julgamento: Não Votante

Prof.^a Dr.^a Marília Cristina Prado Louvison – Titular. Instituição: FSP-USP

Julgamento: Aprovada

Prof.^a Dr.^a Débora Cristina Bertussi – Titular. Instituição: USCS (externo)

Julgamento: Aprovada

Prof. Dr. Ademar Arthur Chioro – Titular. Instituição: UNIFESP

Julgamento: Aprovada

À minha mãe, Lucia Godoy Bueno, por não ter tido dúvidas quanto à importância da educação para que pudéssemos, eu e meus irmãos, termos condições de dar outras oportunidades aos nossos filhos.

AGRADECIMENTOS

Essa parte sempre me deixa estressada, pois tenho tanto a agradecer e a tanta gente, que fico com muito medo de esquecer nomes, por simples atabalhoamento nessa hora, mas não por menor importância. Sendo assim, quero que cada um e cada uma que contribuiu de alguma forma para o que sou e para a construção desse trabalho sintam-se homenageado.

À minha mãe, Lucia Godoy, por tudo! Por acreditar em nós, mesmo com toda dificuldade que passamos na nossa vida. Obrigada por ser um exemplo e uma inspiração. Acho que é isso que temos que dar de mais caro e precioso aos nossos filhos.

À minha filha Giulia, razão da minha vida, por existir e me inspirar a ser uma pessoa melhor todos os dias.

À Samara, agradeço pelo companheirismo, por estar ao meu lado apoiando, empurrando, dando bronca e acima de tudo, me enchendo de amor, de carinho e de cuidados.

Aos meus irmãos Nanci e Alexandre, pela vida que compartilhamos com muito amor e às minhas irmãs de coração, Regiani Nunes e Célia Pimenta, por me apoiarem incondicionalmente. Sei que posso contar com essas quatro pessoas maravilhosas que amo muito para sempre!

À minha prima Cinthya, pelo translate! Ajudou muuuuito! A todas as demais, pelo incentivo!

A todos meus amigos e amigas do Grajaú, onde cresci e amigos, amigas e professores da EEPG Samuel Wainer e da EESG Professor Alberto Conte.

Agradecimento muito grande às colegas e professoras da Escola de Enfermagem da USP, onde fiz minha graduação, em especial as professoras do Departamento de Saúde Pública e aos professores, professoras e amigos do ISC/UFBA, que deram contornos mais claros ao caminho profissional que eu iria percorrer.

Ao Jorge Solla e à Marília Fontoura um agradecimento muito especial por me ensinarem os fundamentos de tudo que sei sobre gestão do SUS e, principalmente, por terem pego na minha mão e terem aberto todas as portas por onde entrei na minha vida profissional. Nunca poderei agradecer o suficiente! Considero vocês meus padrinhos da vida profissional e de militância no SUS.

Aos colegas e amigos da gestão de São Bernardo do Campo, pessoas com quem aprendi muito: Odete, Bel, Harada, Renata, Daniel, Thiago, Priscila, Rafael, João Negrão, Andrea e todos os apoiadores e apoiadoras de saúde. Também agradeço muito a todos e todas as Orientadoras de Educação Permanente, pessoas que, sem saber, estavam contribuindo muito para o processamento das nossas experiências na atenção especializada. E ao Danielzinho Rocha, com quem dividi muitas dúvidas e aprendizados.

Aos meus companheiros e companheiras do Departamento de Atenção Especializada, que estão presentes em cada vírgula que foi escrita aqui. Sintam-se homenageadas nas pessoas de Carol Zaparoli, Lessandra Segretti, Fausto Soriano, Ana Lúcia, Mariliza, Tadeia, Cassia e Elisama.

Agradecimento especial ao meu querido Arthur Chioro que, com toda sua generosidade e confiança, deu a oportunidade e as condições para que eu pudesse participar dessa experiência única e maravilhosa que foi a construção da rede de saúde de São Bernardo do Campo. Sem falar da diferença que fez me acolhendo num momento tão complicado da minha vida. Gratidão eterna!

À minha amiga e comparsa Debora Bertussi, peça fundamental de toda essa vivência. Obrigada pelas trocas, pelas sacudidas, pelo apoio e por sua participação. Sem você o caminho seria outro!

Aos queridos e queridas colegas do Departamento de Atenção Especializada, aos trabalhadores das policlínicas, em especial aos que abraçaram a experiência e se tornaram Gestores do Cuidado, minha mais profunda gratidão! Ofereço a vocês este trabalho, pois vocês fazem parte desta história. Vocês produziram essa história!

Aos amigos e amigas do Grupo de Micropolítica de São Paulo (famoso Grupo da Laura) que me mostrou um mundo que eu não conhecia e que me tirou totalmente da minha zona de conforto. Dói, mas é bom!

Por falar em grupo da Laura, tem uma pessoa a quem quero agradecer por me “salvar” duas vezes: Graça, muito obrigada por ter gravado a qualificação! Me salvou!!!

Aos meus colegas da Associação Saúde da Família, que me apoiaram e seguraram as pontas nas minhas ausências (autorizadas pelo meu querido Paulo Capucci, a quem agradeço pela compreensão!).

À Marília Louvison, com quem aprendi muito (desde outros carnavais!). Obrigada por tudo! Pelo incentivo para fazer o mestrado e pelo exemplo de profissional que você é para mim há, pelo menos, uns 12 anos!

À Laura Macruz, minha orientadora, minha mestra, muito obrigada pela acolhida no grupo, por ter me ajudado a ver as coisas de outra forma, sob outra ótica, sob outro platô, sob mil platôs. Obrigada por ter me provocado tanto e me acolhido nas minhas confusões. Ah, e obrigada por ter me apresentado seus amigos Michel (o Foucault!), Felix, Deleuze e tantos outros.

*“A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou - eu não aceito.”*

Manoel de Barros

LISTA DE ABREVIATURAS

DAE - Departamento de Atenção Especializada

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SBC - São Bernardo do Campo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

ESF – Equipe de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESB – Equipe de Saúde Bucal

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

RT - Residência Terapêutica

UAT – Unidade de Acolhimento Temporário.

GT – Grupo de Trabalho

CER – Centro Especializado em Reabilitação

AEM-I - Ambulatório de Especialidades Médicas I

CRE – Centro de Referência Especializado

PSE – Programa Saúde na Escola

DABGC – Departamento de Atenção Básica e Gestão do Cuidado

DAG – Departamento de Apoio à Gestão

CER-IV – Centro Especializado em Reabilitação IV

PTS – Projeto Terapêutico Singular

TDAH – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

PNH - Política Nacional de Humanização

DI- Deficiência Intelectual

DV – Deficiência Visual

EP - Educação Permanente

CID – Classificação Internacional de Doenças

PAS – Plano de Atendimento à Saúde

DOC – Dor Osteomuscular Crônica

GSS – Gabinete da Secretaria de Saúde

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E FIGURAS

Tabela 1	Programação de primeiras consultas especializadas para as Policlínicas Regionais de SBC.....	53
Figura 1	Slide apresentado pela Coordenação de Saúde Funcional.....	62
Figura 2	Fluxograma de atendimento à pessoa com Dor Osteomuscular Crônica.....	70
Figura 3	Slide extraído da apresentação do DAE ao CMS, 2016.....	73
Tabela 2	Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia Territorial, segundo CID do encaminhamento. SBC, junho a outubro de 2016.....	74
Gráfico 1	Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia territorial, segundo ocupação. SBC, junho a outubro de 2016.....	75
Gráfico 2	Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia Territorial, segundo local de destino do usuário avaliado.....	76
Tabela 3	Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia Territorial, segundo local de destino do usuário avaliado. SBC.....	76
Tabela 4	Resultados obtidos no decorrer do tratamento com fisioterapeuta territorial. SBC.....	79
Gráfico 3	Proporção de Encaminhamentos por Asma e DPOC da Atenção Primária para a Pneumologia no município de SBC.....	82

SUMÁRIO

1. Atenção Especializada Ambulatorial no SUS: A quebra de paradigma e as (necessárias) implosões internas.....	20
2. A construção do devir pesquisadora	25
3. Conhecer a história para entender o presente: a especialização médica e a formação do pedaço chamado “média complexidade no SUS”	35
4. A Atenção Especializada no SUS.....	42
5. Para além dos esbarrões...produzir encontros: a construção do SUS em São Bernardo do Campo	46
5.1 Atenção Especializada em SBC.....	50
5.2 Primeiro Grande Movimento: Implantação do CER IV.....	57
5.2.1 Acolhimento: dispositivo para ampliação do acesso em tempo oportuno e constituição de equipes multidisciplinares.....	61
5.2.2. Cuidado em rede das pessoas com dores osteomusculares crônicas.....	67
5.3. Cuidado às pessoas que vivem com doença pulmonar crônica: matriciamento e cuidado em rede mostrando que atenção especializada não é um lugar.....	80
5.4. O processo de organização das policlínicas: gestão do cuidado como responsabilidade de todos.....	94
5.5. Processo de educação permanente do DAE e a constituição de um coletivo.....	103
6. Policlínica Centro: dentro da nova roupagem, um novo modo de cuidar.....	122
6.1 Gestores do cuidado: o cuidado entrando na agenda dos trabalhadores da policlínica centro.....	123

7. Aprender a ser outro é um processo de educação permanente.....	129
8. Contribuições para repensar a construção e a gestão do cuidado especializado em rede.....	141
9. Referências bibliográficas.....	146
ANEXO I – Ficha de Orientações para Manejo Compartilhado do Cuidado.....	153

RESUMO

CARMO, Débora do. Atenção Especializada no SUS – da máquina de produção de procedimentos a uma rede de produção de cuidados. 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

A experiência de construção do Sistema Único de Saúde vem possibilitando reflexões e inovações conceituais tanto em relação ao processo de gestão quanto à organização do cuidado. Proposições aparentemente quase inquestionáveis, como a hierarquização dos serviços de saúde e sistema de referência e contrarreferência, tendo a atenção básica como base da pirâmide, vêm sendo alvo de ressignificações importantes.

A Atenção Especializada configura-se como um lugar crítico na atenção à saúde, tradicionalmente construído como um espaço de produção de consultas e procedimentos, principalmente médicos, descolado da discussão de gestão do cuidado e da constituição de uma rede cuidadora. Esse espaço também é marcado por uma pobreza de formulações e debates a respeito de apostas, conceitos e possibilidades. As poucas publicações sobre o assunto têm como marcadores principais a regulação burocrática e a gestão de filas.

Assim, dispositivos que aproximem os trabalhadores da atenção especializada aos diferentes lugares da atenção, rompendo com as lógicas fragmentadas, configuram experiências que devem ser, mais do que compartilhadas, cartografadas e analisadas, melhor ainda se a partir da experiência, da vivência e da implicação dos diversos atores.

A proposta desta dissertação foi fazer um estudo cartográfico da experiência de São Bernardo do Campo/SP na organização do cuidado especializado dentro da rede de atenção, com destaque para os dispositivos que possibilitaram aproximação,

constituição de espaços de conversa e troca entre os trabalhadores para construção de novos sentidos aos enunciados de integralidade, responsabilização, cuidado compartilhado e solidariedade.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Acesso a serviços de saúde. Atenção Especializada. Gestão do cuidado. Redes de atenção à saúde. Micropolítica. Compartilhamento do cuidado

"Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra sempre no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança."

Deleuze;Guattari (1995)

ABSTRACT

CARMO, Débora do. Specialized Attention in the SUS - from the production machine of procedures to a network of care production. 2017. 153 f.. Dissertation (Master in Public Health) - Faculty of Public Health, University of São Paulo, São Paulo, 2017.

The experience of building the Brazilian Public Health System has allowed reflections and changes of concept both in relation to the management process and the organization of care. Seemingly almost unquestionable propositions, such as the hierarchization of health services and the reference and counter-reference system, with Primary Attention Care as the basis of the pyramid, have been the subject of important resignifications.

The specialized care is set up as a critical place in health care, traditionally built as a production space of consultations and procedures, detached from the discussion of care management and the constitution of a care network. This space is also marked by a lack of formulations and debates about bets, concepts and possibilities. The few publications on the subject have as main markers the regulation and management of queues.

Thus, devices that approach workers from the specialized attention to the different places of care, breaking with the fragmented logics, configure experiences that must be more than shared, mapped and analyzed, better still if from experience, living experience and implication of various actors.

The purpose of this dissertation was to make a cartographic study of the experience of São Bernardo do Campo/SP in the organization of specialized care within the care network, highlighting the devices that allowed the approach,

constitution of spaces of conversation and exchange among workers to build new meanings to the integrality statements, accountability, shared care and solidarity.

Keywords: Health policies. Access to health services. Specialized Attention. Management of care. Health care networks. Micropolitics. Care Sharing

.

1. Atenção especializada ambulatorial no SUS: a quebra de paradigma e as (necessárias) implosões internas

Escrever essa dissertação foi para mim uma experiência deliciosa, intensa, entretanto, muito, mas muito dolorosa, pois me deu elementos para uma reflexão profunda sobre como me constituí como pessoa e como profissional. Mais ainda, me provocou o tempo todo a repensar, a me colocar em análise, o que fez cortes profundos no meu “eu”.

Cortes profundos não são, se pensarmos em carne, em pele, coisas boas de acontecer. Entretanto, neste caso, os cortes profundos são de outra ordem, de outro plano, de outro platô, digamos assim, emprestando a sabedoria de DELEUZE e GUATTARI (1995) - e , então, muito necessários.

Nasci e fui criada na periferia de São Paulo. Estudei em escolas públicas a vida toda. Como forma de me aproximar do meu pai, discutia com ele as notícias do jornal, sendo introduzida, muito cedo, no debate político. Hoje acho graça de minha inquietação aos 12 anos de idade: “porque as pessoas pobres não são socialistas?”. Eu não entendia os motivos que levavam pessoas pobres a não defenderem uma sociedade mais justa, em que todas as riquezas fossem divididas e cada pessoa tivesse o que precisa. Ainda me mobilizo por isso, mas reconheço a complexidade do processo e das disputas políticas.

Com a mesma linha de pensamento fui me constituindo na vida profissional, fazendo perguntas quase tão simples como as que me fazia aos 12 anos, apesar de ter, ao longo dos 15 anos seguintes, me aprofundado no estudo da sociedade, especialmente por meio da filosofia marxista. Mas, ainda assim, algumas coisas me intrigavam de forma muito profunda: por que a sociedade socialista não foi capaz de produzir pessoas melhores e relações mais igualitárias, justas, buscando o pleno desenvolvimento dos seres humanos? O meu modo de agir, de estar no mundo,

minha forma de me expressar e de me relacionar refletem o que realmente penso e desejo para a sociedade?

Guattari e Suely Rolnik me deram um tiro de escopeta (no sentido figurado, é claro!) ao dizerem:

“A culpabilização é uma função da subjetividade capitalística. A raiz das tecnologias capitalísticas de culpabilização consiste em propor sempre uma imagem de referência a partir da qual colocam-se questões tais como: Quem é você? Você que ousa ter uma opinião, você fala em nome de que? O que você vale na escala de valores reconhecidos enquanto tais na sociedade? A que corresponde sua fala? que etiqueta poderia classificar você? E somos obrigados a assumir a singularidade de nossa própria posição com o máximo de consistência. Só que isso é frequentemente impossível de fazermos sozinhos, pois uma posição implica sempre em um agenciamento coletivo. No entanto, com a menor vacilação diante dessa exigência de referência, acaba-se caindo, automaticamente, numa espécie de buraco, que faz com que a gente comece a se indagar: “afinal das contas, quem sou eu”? Será que sou uma merda?” É como se nosso direito de existência desabasse. E aí se pensa que a melhor coisa que temos a fazer é calar e interiorizar esses valores.” ROLNIK (1996)

Processar essas indagações foi uma bomba na minha vida e me fez questionar o meu papel como gestora, caminho percorrido durante mais de 10 anos e, hoje reconheço, sempre “calando e interiorizando esses valores”, me referindo aos valores capitalísticos. Não bastava ser marxista para livrar-me disso. Em uma escala muito menor, faço uma associação com a capacidade que estruturas macro políticas têm de fomentar as mudanças necessárias para que tenhamos uma sociedade mais justa.

Durante os quase 15 anos em que estive na gestão do SUS, sempre me “encaixei” rapidamente no *modus operandi* das instituições, reproduzindo (e produzindo) eficazmente os modelos, os protocolos, as capacitações, especialmente estando numa Secretaria Estadual e no Ministério da Saúde. Entretanto, foi na

gestão municipal que pude ser chamada a pensar e repensar minhas práticas: como gestora, como trabalhadora, como mulher, como pessoa.

Não posso dizer que nunca houvesse trabalhado com atenção especializada, com redes de saúde e educação permanente antes da experiência em São Bernardo. No entanto, nunca havia colocado em análise as minhas práticas, nunca havia me interrogado como traduzia conceitos e apostas no processo de trabalho e como isso repercutia na prática - tanto no meu trabalho, quanto no das pessoas que trabalhavam comigo. Foi a partir da minha participação no grupo de pesquisa de Micropolítica (carinhosamente apelidado de “grupo da Laura”) na Faculdade de Saúde Pública da USP e do processo de discussão da atenção especializada em São Bernardo do Campo que pude ter a oportunidade, vamos dizer assim, de me rever, de me reinventar, de me colocar em análise.

Preciso fazer um parêntese aqui sobre a Debora que assumiu o DAE em janeiro de 2012. Sempre me considerei democrática, um tanto chata, pois preciso estar convencida das coisas e isso pode demorar um pouco, mas alguém que quando confia, deixa que as pessoas estejam livres para fazerem seu trabalho. Achava essa uma grande virtude, já que pegava das pessoas o que elas mais gostavam de fazer, o que eu achava que era um grande potencial, e as deixava com toda a liberdade para “tocarem” o trabalho.

Também fazia questão de manter o colegiado. No Dicionário da Debora (edição 2012-2015): colegiado é o conjunto de trabalhadores que fazem parte da gestão e que se reúnem para decidir coisas e trocar informações; o que é decidido no coletivo deve ser seguido por todos. Me achei bem leninista agora! Será que essa forma de pensar e de agir era mesmo a melhor? Simplesmente deixar as pessoas fazendo o que gostam, ou já estão acostumadas, relatando esses fazeres, tomando pequenas decisões sobre coisas pontuais seria suficiente para produzir mudanças?

Como me disse várias vezes uma amiga e companheira de trabalho: “você precisa se colocar em análise”. Dizia ela que, sem me colocar em análise, sem me abrir para provocações e deslocamentos em mim, não conseguiria fazer gestão de outro jeito que não o normativo.

A questão aqui não é fazer um mea-culpa, mas contextualizar para o leitor e para mim, o processo de construção e de desconstrução da(s) Debora(s) que sou, com todas as contradições implícitas e explícitas.

Um trecho do texto de MERHY (2004), embora estivesse dissertando sobre as dificuldades de um orientando nas análises de sua pesquisa, por estar muito implicado nela, ajuda a retratar bem o que estou querendo expressar, pois me reconheço nele:

“Insisti, dizendo que tinha algo mais delicado acontecendo com ele, pois o estudo parecia que mobilizava algo mais do que suas opções ideológicas e teóricas. Disse-lhe que a ideia de sujeito interessado não retratava o que ocorria e que, provavelmente, ele tinha se defrontado consigo mesmo no material. Sugeri-lhe que a pesquisa tinha lhe colocado em autoanálise, enquanto sujeito social”.

Talvez esse tenha sido, do meu ponto de vista, o maior ganho na realização dessa pesquisa: a possibilidade de me colocar em análise.

Fiz minha graduação na Escola de Enfermagem da USP e, apesar de ter passado o máximo de tempo possível no Departamento de Saúde Pública da faculdade e mais tempo ainda participando do movimento estudantil, eram fortes em mim as marcas do Departamento de Administração, muito tradicional. Não que isso não me incomodasse, mas tenho que reconhecer que o que vinha fazendo até então, por mais que me parecesse sair do lugar da administração para um lugar de constituição de coletivos de gestão, não se afastava tanto dos velhos fundamentos da chamada “administração científica”. Estava sempre a sensação de que alguma coisa estava errada, faltando, mas não sabia bem do que se tratava.

Interessante que, ao ler textos para entender que tipo de pesquisa era essa que estava fazendo, achei uma das respostas para uma das minhas inquietações a respeito do meu jeito de ser gestora, que tampouco me agradava. MERHY (2004) traz uma análise das contribuições de alguns autores na discussão da questão do pesquisador implicado e, ao trazer as divergências entre Carlos Matus e Mário Testa, a quem tive o prazer de visitar em Buenos Aires (uma pena, mas não tinha acúmulo, na época, para lhe provocar sobre estas questões) sobre o planejamento.

Segundo MERHY, Mário Testa, ao fazer a crítica do método PES (Planejamento Estratégico Situacional), criado por Matus, refere ser desnecessário “receitar caminhos para a ação de qualquer sujeito implicado como mais corretos que outros; inclusive porque consideramos que as implicações de Matus, em relação a esta sua proposta de um método como o PES, parecem desenhar projetos que veem na conformação das máquinas gestoras de políticas a necessidade de se constituir elites tecnopolíticas operadoras centrais das mesmas, revelando sua forte inspiração tecnoburocrática.”.

Reconheci-me aqui! Minhas escolhas, meus agires como gestora, até então, estavam marcados por essa perspectiva: produção de planejamentos e projetos tecnoburocráticos, realizados em oficinas e colegiados, supostamente de forma participativa, com os atores que o autor chamou de “elites tecnopolíticas” e de onde emergiam planejamentos e receitas para o agir do outro.

Assim como o aluno com quem o autor adrede citado travou uma conversa sobre os desconfortos trazidos durante análise de sua pesquisa, também eu me peguei questionando, diversas vezes, durante minha pesquisa, sobre o que até então vinha fazendo como gestora. A sensação de que havia desperdiçado longos três anos, fazendo qualquer coisa diferente do que agora me parecia óbvio, era realmente muito difícil. Mas tendo sempre a achar que isso não deva ser necessariamente um problema. O dispêndio de tempo pode ser encarado como parte do processo de amadurecimento, da necessidade de se abrir, de se rever.

Acredito que dois movimentos foram cruciais para que eu pudesse me aventurar a me rever, rever minhas práticas, meu modo de me colocar na vida e, por fim, escrever sobre isso: o amadurecimento do processo de discussão sobre a atenção especializada em São Bernardo do Campo e a participação no grupo de pesquisa da RAC (rede de avaliação compartilhada para estudar a produção do cuidado nas redes de atenção à saúde) e Micropolítica. O fato é que colocar em análises as nossas práticas e me colocar em análise produziu deslocamentos e novos sentidos às minhas inquietações e especialmente ao meu processo de revisão de mim.

2. A construção do devir pesquisadora

“Não é possível pensar o sujeito em ação sem sua implicação.” (Merhy, 2004)

Ser gestora da atenção especializada no município em que faria a pesquisa me intrigava. Aliás, me desconcertava, para ser mais exata. Não poderia deixar de me questionar sobre como seria ser simultaneamente pesquisadora e uma das protagonistas do processo que estava sendo analisado?

Encontrei em MERHY (2004) algumas pistas para me entender neste lugar, já que não estava interessada somente no assunto como pesquisadora, mas como gestora, como parte integrante da equipe responsável pelas apostas que estavam em curso, o que me tornava “sujeito implicado”. Sobre esse assunto, transcrevo um trecho em que MERHY (2004) fala sobre a condição de sujeito implicado a um orientando no qual me reconheci:

“todo pesquisador, como já está consagrado pelas discussões sobre o “fazer ciência”, é, além de sujeito epistêmico, ou seja, portador de teorias e métodos que lhe permitem se debruçar e estudar certos objetos da ciência, um sujeito ideológico, um sujeito “cultura”, ou seja, um sujeito interessado que dá valor a certas coisas e não outras, que tem certas opções e não outras, que tem certas concepções ideológicas e não outras. (...) este não é o todo do seu problema. O seu problema é que além de sujeito interessado você é um sujeito implicado. Você é o pesquisador e o pesquisado. (...) Você é um sujeito militante que pretende ser epistêmico e os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta deste tipo de processo”.

Pesquisar e colocar em análise processos aos quais estamos intimamente ligados é muito complexo, pelos afetamentos a que estamos sujeitos. E essa complexidade remete a uma discussão sobre o próprio processo investigativo. MERHY (2004) salienta que as pesquisas em saúde coletiva têm trabalhado em dois

caminhos científicos nos processos de investigação: o clássico, consagrado no meio acadêmico, que são “os estudos que obedecem a desenhos investigativos, nos quais é claro e fundamental a separação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto de estudo”; o outro caminho, não hegemônico, é o “conjunto dos estudos que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto, criando métodos de pesquisas que transformam esta “relação de contaminação” em componente dos procedimentos epistemológicos, e que devem ser trabalhados na investigação da forma mais objetiva possível”.

O conceito de “verdades militantes”, ou seja, “que fazem sentido para certos coletivos e não outros (...), mas que permitem aos sujeitos implicados agir sobre o mundo e determiná-lo, na direção de rumos nem sempre previstos, não necessariamente subsumidos às lógicas dos poderes, das ideologias e dos afetos instituídos”, me mobilizou a pesquisar os dispositivos e arranjos que vinham sendo experimentados no município de São Bernardo do Campo e a lidar com a mobilização de afetos que esse movimento gerava em mim e nos demais trabalhadores.

Um pouco mais confortável para mim foi o fato de que minha pesquisa de mestrado era parte de uma pesquisa maior – a RAC - Rede de Avaliação Compartilhada. Essa rede foi constituída para efetivar uma pesquisa nacional de avaliação da produção do cuidado nas redes de atenção à saúde - pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde e coordenada nacionalmente pelo professor Emerson Merhy, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé. Nosso núcleo, aqui em São Paulo, ficou incumbido de efetivar a pesquisa em três municípios - Campinas, São Paulo e São Bernardo.

A pesquisa nacional, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com o parecer 560.597 de 21/03/2014, efetivou uma avaliação compartilhada, operando com a consigna “avalia quem pede, quem faz e quem usa”. A pesquisa foi realizada utilizando uma abordagem cartográfica, que implica um mergulho intensivo no campo, construindo conexões dos pesquisadores com gestores, trabalhadores e usuários, para acompanhar e colocar em análise processos considerados significativos pelos diferentes grupos em diferentes espaços e ao longo do tempo. A pesquisa de abordagem cartográfica produz “um filme” sobre o cotidiano da gestão e do trabalho em saúde, já que reconhece a multiplicidade e a variabilidade dos

processos e aposta na possibilidade de todos aprenderem a partir da reflexão compartilhada sobre as experiências.

Assim, vários trabalhadores de São Bernardo e outros pesquisadores do grupo de pesquisa participaram ativamente da produção do campo em São Bernardo, analisando a produção do cuidado em rede em diferentes âmbitos (não tendo somente a atenção especializada como foco): acompanhando os processos, registrando reuniões, refletindo sobre o vivido em diários de campo etc. E, mais importante, houve sempre um processamento coletivo do que conseguíamos recolher do campo. O que quer dizer, trazer para conversa coletiva o que nos afetava individual ou coletivamente na experiência cotidiana vivida em São Bernardo. Recolhimentos que não produziam as mesmas visibilidades sobre o processo e que precisavam ser discutidos entre muitos, o que implicava tensionamentos e cortes profundos, como já mencionei.

Alguns dos resultados e reflexões a partir dessa pesquisa nacional já estão publicados em dois volumes intitulados rede de Avaliação compartilhada: surpreendendo o instituído nas redes de atenção à saúde (Merhy et al, vol1, 2016) (Feuerwerker et al, vol 2, 2016).

Um dos objetivos da pesquisa era produzir visibilidade para arranjos e processos que funcionassem como **dispositivos** para a produção do cuidado em rede. Ou seja, arranjos e processos que, segundo diferentes atores, favoreciam a produção do cuidado em rede, compartilhado não somente entre gestores e trabalhadores de diferentes serviços, mas também com os usuários e sua rede de suporte e produção de vida. Também estava em nossa agenda mapear as cenas, arranjos e apostas que dificultavam a produção do cuidado em rede.

Para falar em dispositivos, me apoiei em BERTUSSI (2010), que traz o conceito de dispositivo como ferramenta importante para “identificar ou analisar arranjos capazes de disparar movimentos transformadores ou autoanalíticos nos diferentes lugares e processos (...)” e FOUCAULT (1992), que aponta dispositivo como um conjunto heterogêneo que engloba discurso, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. O autor traz, em suma, o dito e o não dito como elementos do dispositivo.

Voltando para a constituição do processo metodológico, busco apoio em MERHY (2004) neste trabalho, no qual me coloco na condição de pesquisadora e sujeito-implicado. Diz o autor:

“Muitos procuram submeter a processos investigativos o seu próprio agir, trazendo, com isso, para a análise o seu próprio modo de dar sentido ao que é problema a ser investigado, no qual também significa claramente a si mesmo e aos outros. Ou seja, traz antes de qualquer situação epistêmica a sua implicação, criando uma situação não típica como as investigações a que estamos mais envolvidos; pois, agora, o sujeito que ambiciona ser epistêmico está explicitamente subsumido na sua implicação, na sua forma desejante de apostar no agir no mundo de modo militante, não se reduzindo ao sujeito subsumido ao poder e à lógica ideológica, como o sujeito epistêmico imaginado pelos procedimentos científicos contemporâneos. Aqui, nestas novas situações, a conformação do trabalhador como sujeito epistêmico está marcada pressupostamente pelo seu lugar como sujeito militante implicado.” (MERHY, 2004)

Para construção da metodologia de pesquisa utilizada nessa dissertação, também o conceito de implicação foi fundamental pois traz como exigência para essa aposta a produção de questionamentos sobre a própria prática do pesquisador in-mundo. E, nesta pesquisa, a “inmundização” da pesquisadora é total! Esse trocadilho evocado pela palavra “in-mundo” é trazida por ABRAHÃO, MERHY et al (2014), quando problematizam a produção do conhecimento neutro, racional, visto de fora, em que há uma suposta imparcialidade do pesquisador frente ao objeto. Sobre esta questão, escrevem:

“Isola-se e recorta da realidade aquilo a ser estudado, sob o imperioso controle das variáveis intervenientes posto que elas confundem o objeto a ser pesquisado. A lógica: quanto mais isolado for o objeto do mundo, da vida, maior a possibilidade de se produzir conhecimento que não falseie “a”

verdade. Há uma aposta na necessária limpeza do campo de observação.”

Os autores, ao fazerem a crítica da forma tradicional, reconhecida como “científica” por não estar, teoricamente, sujeita a interferência e interpretações, falam sobre outras formas de produção de conhecimento que não operam na “cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências duras, ao contrário, operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, in-mundo, com o objeto” e afirmam, ainda, que “nesta perspectiva a implicação é intrínseca à produção do conhecimento.”

Na mesma linha, ROMAGNOLI (2014) afirma que “a implicação instaura uma dimensão de atravessamentos e transformações nas formas subjetivas e objetivas, com a certeza de que” o observador já está implicado no campo de observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o” (LOURAU, 2004 apud ROMAGNOLI, 2014, p.50).

A discussão sobre a implicação do pesquisador e a produção de conhecimento também é corroborada por FRANCO (2006), que conclui que a vida “(...) se produz a partir de múltiplas conexões e fluxos construídos em processos, que criam linhas de contato entre agentes sociais que são a fonte de produção da realidade”. O trabalho em saúde, sendo parte da vida (seja dos trabalhadores, seja dos usuários), também é produzido a partir desses múltiplos fluxos e conexões.

Esse processo de construção não é linear e nem passível de ser enquadrado, formatado. Por ser vivo, provoca movimentos de vai e vem, experimentações, aproximações sucessivas com os profissionais, pois se trata de construção de sentidos. Sentidos para os trabalhadores, sentidos para os gestores, sentidos para os usuários.

FEUERWERKER (2011) discute essa “não linearidade” ao falar da Cadeia do cuidado em saúde, ou seja, “arranjos que possibilitem articular o acesso aos serviços de diferentes tipos, mantendo vínculo e continuidade do cuidado de acordo com as diferentes situações clínicas.”.

Construir os caminhos da atenção especializada e os elos que a ligam a esta cadeia, tendo as necessidades do usuário como centro da organização do cuidado, com vistas à integralidade, foi o desafio do SUS em São Bernardo do Campo. Descrever e analisar este processo, por dentro, de forma implicada e a partir de sua apresentação objetiva e subjetiva, por meio da cartografia é o desafio a que me proponho nesta dissertação.

Conforme afirma ROMAGNOLI (2009) “mais do que procedimentos metodológicos delimitados, a cartografia é um modo de conceber a pesquisa e o encontro do pesquisador com seu campo. Entendemos que a cartografia pode ser compreendida como método, como outra possibilidade de conhecer, não como sinônimo de disciplina intelectual, de defesa da racionalidade ou de rigor sistemático para se dizer o que é ou não ciência, como propaga o paradigma moderno”.

Foi bastante instigante pensar em fazer pesquisa tendo como “tela”, ou melhor, paisagem dinâmica, o curso da ação e estudar os efeitos que a própria pesquisa tem sobre as pessoas que fazem parte do processo, me incluindo nele, e o recolhimento de alguns de seus resultados.

Trabalhei aqui com a noção de que a mudança nos processos de organização da oferta e serviços e de gestão do cuidado passa pela assunção de protagonismo dos trabalhadores, não para prescrição de modos de viver a vida, mas para ampliação da autonomia das pessoas, enquanto sujeitos. Não falo somente da autonomia do usuário, mas também dos trabalhadores, uns em relação aos outros.

Diferente da Atenção Básica, objeto de intensos debates, formulações e proposição de políticas e experimentações em diferentes lugares do SUS, a Atenção Ambulatorial Especializada não tem sido objeto, até o momento, de grandes debates que interroguem os arranjos instituídos e indiquem a possibilidade de novas modelagens, novos arranjos, tampouco novos modos de financiamento. Existem somente parâmetros organizativos baseados na oferta de consultas e procedimentos, voltados para grupos ou patologias específicas e debatidas segundo a lógica que cada um destes grupos (de especialistas) entende como sendo a melhor forma de organizar a oferta e o financiamento.

Entretanto, parâmetros construídos a partir de uma série histórica baseada na capacidade instalada, orientada pela oferta e não por qualquer tentativa de captar, mapear necessidades, parecem não ser suficientes para responder à complexidade desse desafio para o SUS.

Também não faltam protocolos de vários tipos, sejam voltados ao manejo de patologias específicas ou voltados à atenção a determinados grupos que, como a maioria dos protocolos, estabelece, a priori, um "que fazer" em determinada situação individual ou coletiva. Há também experiências e debates acerca do manejo de filas, já que o acesso insuficiente à atenção especializada é um dos problemas com maior visibilidade no âmbito do SUS.

Entender a organização e o papel da atenção especializada ambulatorial no SUS e especialmente, como produzir novos dispositivos de gestão do cuidado pactuados com trabalhadores e usuários e experimentar novas pactuações no modo de colocar a atenção especializada na rede de saúde é fundamental para que um pedaço importante na discussão da integralidade seja compreendido e reformulado.

As experiências da Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo entre os anos de 2009 e 2016 na constituição de rede e fortalecimento dos processos micropolíticos nos ajudam a dar visibilidades aos processos instituídos e a pensar sobre novas possibilidades.

Iniciei esta jornada de fazer um estudo cartográfico sobre a atenção especializada com base na experiência do município de São Bernardo do Campo com a ingênua ideia de apontar caminhos para a construção de uma política de atenção especializada. Entretanto, o conjunto de acontecimentos, histórias, experimentações e o estudo sobre o surgimento desse “nicho” que é conhecido como “atenção especializada ambulatorial” me levaram a pensar que o que estava chamando de política era a representação escrita de mais normas e portarias, que não dariam conta de transformar as relações entre os serviços, especialmente de atenção básica e atenção especializada.

Colocar os serviços de atenção especializada e a formulação vigente sobre esse assunto em análise tornou-se mais importante do que tentar formular uma

proposta pasteurizada de política. Sendo assim, me intrigou mais estudar questões como:

- Por que atenção especializada está organizada apartada dos outros pontos de atenção?
- Sob quais bases conceituais está assentada a organização do processo de trabalho da atenção especializada?
- A quem, por quem e para quem ela opera?
- Qual o papel dos especialistas (médicos e não médicos) na produção do cuidado?
- E, principalmente, como provocar deslocamentos na gestão e nos trabalhadores no sentido da produção de cuidado ao invés de produção de procedimentos?

Com facilidade, as perguntas acima poderiam ser respondidas de forma burocrática e administrativa. Poderiam ser feitos até desenhos esquemáticos (como já existem muitos) para indicar o sentido da relação entre os serviços... E ponto! Esses esquemas geralmente são construídos levando em conta somente o plano formal, das definições de papéis e funções, e não levam em conta as relações entre os diferentes atores envolvidos – gestores, trabalhadores e usuários movidos, muitas vezes, por apostas distintas.

Entender como a atenção especializada é produzida e por que se estabelece no sistema de saúde com a forma predominante de organização passa por entender o surgimento da “medicina moderna”, científica, bem como da organização da própria sociedade capitalista. Mas ainda não é o suficiente!

Para discutir melhor essa insuficiência, ou a limitação em abordar somente os aspectos formais na produção de uma política, cito FRANCO e MERHY (2013) ao dizer que “No campo da saúde, de forma hegemônica, se estruturam cenários de um devir capitalístico da produção do cuidado, marcado por um modelo tecnoassistencial centrado em procedimentos e alto consumo de insumos.” Na atenção especializada isso é muito mais forte e validado - não só pelos

trabalhadores e gestores, mas também pelos usuários. Entretanto, são muitos os vetores e diferentes aspectos que atravessam a construção dos processos de trabalho e de produção do cuidado em saúde.

Para acumular reflexões no sentido de propostas alternativas, considero fundamental o que escreveu MATUMOTO (2003), quando coloca que um dos aspectos mais importantes para compreensão das lógicas em disputa é a análise “da micropolítica da relação trabalhador-usuário, comandada por investimentos de interesse e desejo, conscientes e inconscientes e o modo como reproduzimos ou não a subjetividade dominante no processo de trabalho em saúde.”

A proposta da pesquisa se constituiu, portanto, em fazer uma cartografia do processo de construção de novos arranjos para organização da atenção especializada ambulatorial e analisar os movimentos, os encontros, os processos que geraram novos jeitos e dispositivos de estruturação da atenção especializada não como “ponto de atenção”, mas como parte do projeto cuidador, entendendo que o cuidado especializado pode ser feito em qualquer lugar da rede e pode ser organizado de diferentes modos, dependendo de cada especialidade, da disponibilidade e disposição dos trabalhadores, das possibilidades de encontros (presenciais ou não).

Utilizei, para análise, diários de campo, registro de reuniões, depoimentos de profissionais e gestores e fontes secundárias (análise documental). Esses documentos vieram da produção das reuniões, relatórios, e-mails, documentos internos, trabalhos apresentados em eventos, projetos institucionais, boletins epidemiológicos, etc. Como disse BERTUSSI (2010, pag.28) “Essa garimpagem foi feita na perspectiva de registrar a história, captar os sujeitos, suas afetações e sua formulação, em diferentes momentos do processo.”

Para tanto, pretendi problematizar a lógica e os conceitos que sustentam a atenção especializada e estudar os mecanismos, arranjos, dispositivos e estratégias de reorganização do cuidado que foram experimentados no município de São Bernardo, cartografando a experiência ali vivida, trazendo para a cena algumas visibilidades sobre como esses movimentos vêm mobilizando os trabalhadores, gestores e usuários implicados no processo.

Esta dissertação, apesar de montar uma certa memória da construção da atenção especializada na gestão 2009-2016, não cobre todos os momentos e cenas dessa experiência. Procurei trazer para a conversa uma análise crítica de nossos arranjos e formulações iniciais e produzir visibilidade sobre alguns dos movimentos que considero (consideramos coletivamente) abrir possibilidades para novas formulações acerca da atenção especializada no SUS.

As novas experimentações aconteceram sobretudo nos dois/três últimos anos do governo e podemos recolher delas apenas efeitos iniciais. O mais importante, no entanto, é poder aprender dessa processo de experimentação e não apresenta-lo como “a alternativa vitoriosa a ser seguida”.

Vamos a esse recolhimentos!!!

3. Conhecer a história para entender o presente: a especialização médica e a formação do pedaço chamado “média complexidade no SUS”

“A história é émula do tempo, repositório dos factos, testemunha do passado, exemplo do presente, advertência do futuro.” Dom Quixote

Em uma das disciplinas de que participei durante o mestrado, ao estudar a construção do hospital como instituição e mesmo da medicina moderna, uma afirmação feita por pelo menos duas professoras ecoou na minha cabeça por muito tempo (e ainda continua): "Não foi sempre assim".

Viver, na conjugação exata do presente que se apresenta, com o corpo marcado pelas verdades instituídas pela ciência oficial, nos produz a impressão de que as coisas são assim porque são e que a única verdade é aquela que se apresenta a nós como instituída. No caso, me refiro especialmente à forma como vemos e sentimos o corpo, a doença, a saúde, a cura. A forma como vemos nossos corpos e a representação que a doença tem na sociedade ocidental contemporânea determina fortemente como serão organizadas as estratégias para lidar com as doenças, a "não saúde".

Corroborando com essa ideia, MERHY (2011), ao escrever sobre as práticas de cuidado das diferentes profissões da área da saúde, afirma que “essa construção” (...) vai sendo processada durante séculos nas sociedades ocidentais, europeias centralmente, e vai se desenhando como a maneira mais comum de se olhar para o adoecimento humano, como processo de patologização do corpo biológico, de maneira muito errática e sempre em um campo de disputa de saberes e fazeres. Dois pensadores, pelo menos, nos mostram isso de forma muito efetiva:

Michel Foucault com seu texto “O Nascimento da clínica” (2004) e Madel T. Luz no seu material “Natural, racional e social” (2004).

Para entendermos a gênese deste modelo fragmentado e centrado no médico, especialmente quando analisamos a atenção especializada, remeto-me a LUZ (1988) quando, ao analisar histórica e politicamente a construção da medicina moderna, evidencia um deslocamento epistemológico e clínico – “de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças”, dando visibilidade à construção do pensamento mecanicista e sua contribuição para a constituição da racionalidade médica de fragmentação dos corpos.

LUZ (1988) traz uma discussão muito interessante de como certos conceitos que temos e que operam na nossa forma de ver e de estar no mundo foram sendo moldados ao longo dos últimos quatro séculos. Daí advém a primeira parte da (minha) crise: o mundo não foi sempre assim, a medicina (ou a racionalidade médica) não foi sempre essa e a construção desta racionalidade, bem como sua manutenção, responde a interesses não necessariamente sociais e nem mesmo somente corporativos.

FOUCAULT (2014) também deu base para essa construção ao marcar a historicidade e transitoriedade da "coincidência do corpo da doença com o corpo do homem doente". O autor ainda ressalta que "o espaço de configuração da doença e o espaço de localização do mal no corpo" só se cruzaram devido ao fortalecimento da anatomia patológica. (Pág. 1-2)

LUZ (1988) fornece indicações importantes para a compreensão do processo de transformação ou de constituição desta racionalidade médica que conhecemos, praticamos, que nos causa estranhezas e conflitos e com a qual buscamos rupturas, que não podem ser arranhões superficiais, mas implicam a desconstrução de lógicas às quais somos cotidianamente submetidos e que produzimos e reproduzimos.

Valho-me da excelente dissertação apresentada por ROCHA (2014) que, para analisar a construção atual da atenção especializada, coloca em questão as especialidades médicas, registrando haver relatos históricos que falam da existência de especialistas desde o antigo Egito (p.61). Sem querer ignorar os diferentes movimentos de ruptura conceitual na construção da medicina ocidental, em sua

dissertação de mestrado ROCHA (2014) se reporta a Weisz (2003), para indicar haver especialização entre os médicos já na Antiguidade, conforme o entendimento à época de que cada parte do corpo seria uma “entidade separada”, merecendo, portanto, o cuidado de um médico específico, direcionado a ela (WEISZ, 2003 in ROCHA 2014).

ROCHA (2014) refere que, ainda na Antiguidade, foram encontrados relatos da existência de especialistas entre os médicos romanos, segundo relato de Galeno, na contramão de um pensamento corrente, de natureza sistêmica (WEISZ, 2003, p. 540), bem como aponta que durante o século XVIII já existiam profissionais especialistas em procedimentos manuais específicos, muito embora não fossem reconhecidos como médicos: “Trata-se, porém, de práticos não reconhecidos como médicos entre essa categoria, que prestavam assistência, sobretudo à população com poucas posses. Eram identificados como “charlatões”, “barbeiros”, “operadores” e “experts”.” (ROCHA, 2014, p.62).

Tanto a produção quanto o reconhecimento social dos médicos especialistas como os entendemos hoje se darão somente após a década de 1830 (WEISZ, 2003), inicialmente em Paris, de onde se “expandiria” para outras cidades importantes da Europa, como Viena, não demorando a chegar à América do Norte (ROCHA, 2014, p. 62).

WEISZ (2003) sugere que a especialização se tornou percebida como uma necessidade da medicina que se organizava como ciência no século XIX, sendo resultado de duas pré-condições: primeiro, um emergente impulso para ampliação do conhecimento médico por meio da observação rigorosa de muitos casos com características semelhantes, levando os médicos a se focarem em nichos específicos e se constituírem como pesquisadores/cientistas. Segundo, o desenvolvimento de uma racionalidade administrativa de Estado que vislumbrava o melhor governo das populações mediante a classificação de indivíduos e sua separação em diferentes categorias.

ROCHA (2014) chama a atenção para o que diz Weisz (2003) quanto à importância da especialização para quem quisesse ficar rico e famoso “elegendo-se para cada órgão um sacerdote”. (ROCHA, 2014)

Essa ideia de que a especialização e, mais recentemente, a subespecialização, favorecem status e poder é produzida, portanto, no século XIX e está ligada a interesses que não os das necessidades de saúde. Ainda hoje, podemos observar, pelo número de vagas em residências médicas, a forte influência do mercado na "fabricação" de especialistas.

ROSEN (1994), em seu indispensável livro sobre a história da saúde pública, conta que os médicos na idade média eram, em geral, clérigos, mantidos pela igreja e que por isso mesmo faziam a medicina como forma de caridade e que, a partir do séc. XI, os leigos começaram a entrar na profissão de médicos e, para isso, aceitavam postos assalariados, como médicos de um senhor ou de uma cidade (p. 66).

A separação entre médicos e cirurgiões, segundo ROSEN (1994), é produzida na Idade Média. Entretanto, nem os médicos clínicos e tampouco os cirurgiões reconhecidos se arriscavam a fazer cirurgias complexas, dando espaço para o trabalho de uma "classe de empiristas itinerantes" que "(...) faziam operações difíceis e sérias, como cataratas, redução de hérnias e retirada de pedras da bexiga". Interessante é que esses "especialistas" não tinham ainda uma posição social relevante, embora seus serviços fossem sempre requisitados. ROSEN (1994) diz que, embora fossem itinerantes, há relatos desses "práticos oculistas, litotomistas e operadores de hérnia" se estabelecendo em comunidades da Alemanha na primeira metade de 1300. (ROSEN, 1994 p. 67)

Uma lógica, muito imbricada com a primeira, dizia respeito à expansão da prática privada, que apelava diretamente para captação de potenciais pacientes. Tais recursos não eram regulamentados, permitindo os tipos mais amplos de autodenominações de especialidades. Especialistas em actinologia, gota, doenças da velhice e da meia-idade, acne, anemia, auto-intoxicação, bronquite crônica, centroterapia nasal, havendo várias categorias representadas por um único médico em um dado período, evidenciando o charlatanismo em diversas dessas especialidades (WEIZ, 2006, apud ROCHA, 2014). Kurt Kloetzel (1988) em "O ABC do Charlatão" reúne com muito senso de humor alguns exemplos e máximas encontradas dentre a prática médica, que demonstram que o charlatanismo não é apenas coisa do Antigo Egito ou da Idade Média.

Segundo ROCHA (2014) desvela em suas pesquisas, existem diversos elementos documentais que permitem demarcar o período entre 1830 e 1850 como primeiro momento de ascensão consistente do processo de especialização médica, demarcada, também, pela criação dos primeiros periódicos médicos especializados, bem como pelo crescimento dos cursos oferecidos em áreas específicas. WEISZ (2003 apud ROCHA 2014) lista que em 1830 havia “10 cursos com temática especializada dentre 44 cursos médicos publicados, abrangendo obstetrícia, andrologia, medicina legal e doenças dos órgãos gênito-urinários. Vinte anos depois se contavam não menos que 89 cursos especializados, com diversificação crescente: além do predomínio de 20 cursos em obstetrícia, havia 06 dedicados a doenças dos olhos, 03 cursos sobre doenças venéreas, cursos em urologia, dermatologia, doenças mentais e doenças torácicas. Cresce entre os médicos a autodenominação como especialistas em alguma doença ou temática”.

WEIZ (2006, citado por Rocha, 2014), afirma que já na década de 1880, "mais de 10% dos médicos na maioria das grandes cidades (Paris, Berlim, Nova York etc.) se intitulavam especialistas". O autor ainda faz uma projeção, que se confirmou ao longo da história, de que a tendência de fortalecimento das especialidades médicas seria crescente.

Segundo WEIZ (2006, citado por Rocha, 2014), no início do século XX "quase um terço dos médicos passaria a se referir a si mesmos como médicos especialistas", tendência de aumento que se estenderia durante décadas daquele século.

ROCHA (2014) faz uma reflexão sobre as “distintas lógicas (que) atravessavam a crescente reivindicação ao estatuto de especialista”, afirmando que a “constituição de um status de elite, mediante o reconhecimento entre os demais profissionais de uma habilidade superior em uma área definida, era uma delas. Para isso havia que se demonstrar, nas escolas médicas, congressos e outros encontros profissionais, a criação de um significativo corpo de conhecimento técnico ou de procedimentos necessários a todos os médicos, mas que só poderiam ser ensinados por especialistas. Nessa lógica, apenas eles estariam aptos a manejar os casos mais difíceis”.

Esse processo foi formalizado por meio da criação de sociedades de especialistas e associações médicas, que se iniciaram por meio de seções especiais em congressos de medicina geral (WEIZ, 2006, apud Rocha, 2014)._Ainda segundo o mesmo autor, na metade do século XIX havia um núcleo de 10 ou mais especialidades bem delimitadas internacionalmente e começando a se organizar e fazer reivindicações de conhecimento específico e especializado.

Dentre esses conhecimentos específicos, o autor destaca a "obstetrícia, doenças dos olhos, doenças de mulheres, psiquiatria e neurologia (às vezes separados e às vezes combinados), doenças da pele (geralmente incluindo doença venérea), doenças do nariz e orelhas, e doenças da garganta. Alguns outros, incluindo doenças de crianças, urologia e ortopedia, eram visíveis em alguns países, mas não em outros. Com o tempo, novos campos apareciam: na virada do século, radiologia, endocrinologia, fisiologia, e vários campos dedicado a órgãos internos. Ocasionalmente disputas por práticas lucrativas levavam a tensões sobre fronteiras entre as especialidades. Exemplifica-se: as revistas médicas estiveram repletas de debates sobre quem melhor realizaria a cirurgia abdominal, tonsilectomias e parto" (WEIZ 2006, apud ROCHA, 2014).

Importante reforçar que a discussão sobre qual seria o profissional mais adequado para realizar determinado procedimento não estava conectada com as necessidades de cuidado aos usuários e sim à necessidade/desejo de diferenciar-se e disputar no mercado.

A construção existente hoje, de supervalorização das especialidades médicas, é marcada pelos interesses de mercado, mas também pela lógica de produção do conhecimento científico, que fragmenta/especializa para produzir conhecimento – ambos os processos desconectados das necessidades de saúde (aliás produtores ativos de novas necessidades construídas na lógica da medicalização crescente das sociedades ocidentais contemporâneas).

É a partir dos anos 70 que essa lógica se fortalece. No Brasil, o INAMPS teve um papel fundamental nessa construção, organizando o trabalho médico a partir das especialidades.

Conhecer como tem sido a produção das políticas da saúde no Brasil, a influência de determinados processos na configuração do SUS é fundamental para entender o porquê de determinados modos de fazer a gestão e a atenção em saúde no Brasil. Também nos ajuda a compreender histórica, geográfica, política e micropoliticamente em que terreno esta discussão está calçada.

PAIM (2008) apresenta a história da Reforma Sanitária Brasileira e ressalta como ela estava intimamente ligada ao momento político que o país atravessava, colocando a Reforma Sanitária Brasileira como “um fenômeno histórico e social”. A construção do SUS na sequência foi marcada por muitos problemas, discutidos por diversos autores, com ênfases distintas: seja pela insuficiência do financiamento, seja por questões relacionadas ao modelo de atenção, ainda que todas estas estejam imbricadas.

Também não se pode dizer que o problema tenha nascido com o SUS, mas que permaneceu com ele. Em 1975, Arouca já dizia que “o setor saúde encontra-se em uma crise de realização decorrente do baixo impacto e alto custo do atual conhecimento médico. “[...] A medicina contemporânea caracteriza-se pela crescente corporificação do conhecimento em tecnologia de alta densidade de capital, exercida por agentes altamente especializados, diversificados e prestigiados, em que cada vez mais o ato médico se transfigura na técnica e no instrumento, provocando uma baixa cobertura populacional. [...] O setor saúde possui como fator preponderante o diagnóstico e a terapêutica, e centra suas ações sobre o 'complexo de efeitos', reproduzindo constantemente uma população necessitada de serviços médicos”. (AROUCA, 1975, p.17-19).

4. A atenção especializada no SUS

São escassas as publicações sobre atenção especializada ambulatorial, tanto no Brasil como em outros países. E é importante ressaltar que estamos tratando de um pedaço do que se considera atenção especializada, a ambulatorial, pois não é verdade afirmar que não há formulações quando se trata de atenção especializada hospitalar, por exemplo.

SOLLA e CHIORO (2008 p.) numa das primeiras formulações brasileiras sobre a atenção especializada ambulatorial discutem o “campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, cumprindo o objetivo de garantir a retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal com a rede básica, que deve ser preservado”. Ao falarmos em preservação do vínculo com a atenção básica, não damos aos serviços de atenção especializada o tamanho da responsabilidade que estes deveriam ter com a manutenção desse vínculo, que na maioria das vezes fica sob a responsabilidade e desejo (ou não) do próprio usuário. Não pretendo aqui entrar na falaciosa discussão sobre o direito das pessoas de serem atendidas por especialistas e nos serviços que escolherem e/ou fizerem vínculo, mas o desgaste do “quase mantra” envolvido na discussão da manutenção do vínculo com a atenção básica, uma vez que, mesmo nas políticas de atenção especializada específica para determinadas patologias, sistemas ou condição, o modo de operar e de articular os serviços não concorre para essa continuidade do vínculo. Esse assunto será mais bem discutido mais à frente.

VALDERAS et al (2009) situam a Atenção Especializada como o lugar de atuação dos médicos especialistas, que entrariam com o cuidado de condições muito incomuns para a atenção primária, que exigiriam um alto nível de conhecimento técnico ou equipamento especializado. Afirmam que permanece a indefinição sobre as práticas de fato desempenhadas pela atenção especializada, ao contrário das funções da atenção primária que estariam bem estabelecidas e amplamente aceitas: atendimento de primeiro contato, seguimento com o mesmo

profissional ao longo do tempo, oferta de extensa gama de serviços e coordenação do cuidado.

A formulação de propostas e diretrizes do Ministério da Saúde para a atenção especializada reflete a fragmentação, evidenciada pelas proposições de organização do cuidado por patologias.

Uma breve análise comparativa das portarias publicadas sobre a atenção básica e o que se publica sobre a atenção especializada evidencia a fragmentação: a Política Nacional de Atenção Básica foi instituída pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a) e revisada por meio da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a); da Política Nacional de Urgências e Emergências, estabelecida por meio da Portaria nº 1863/GM/MS (BRASIL, 2003a), de 29 de setembro de 2003, reformulada pela Portaria nº 1.600/GM/MS, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b). O mesmo em relação à Atenção Hospitalar, para a qual o MS realizou consulta pública sobre portarias estruturantes (Consulta Pública 19 e 20 de 1o de novembro de 2012) (BRASIL, 2012a).

Sobre a Atenção Especializada, foi publicada uma série de portarias que tratavam de “Redes”, mas que tinham como mote a organização de serviços orientados para determinadas doenças/agravos. São exemplos: Portaria 389, de 13 de março de 2014, que estabelece a linha de cuidado para pessoa com doença renal crônica e financiamento; a Portaria 140, de fevereiro de 2014, que estabelece a rede de oncologia; a Portaria 483, de 01 de abril de 2014, que redefine as diretrizes para a rede de atenção às pessoas com doenças crônicas e estabelece diretrizes para a organização da linha de cuidado. Existem diversas outras, mas o objetivo não é descrevê-las ou analisá-la, portanto, não o farei.

Apesar de todas as portarias que falam das Redes de Cuidados às Pessoas com algum tipo de patologia ou pertencentes a algum grupo por uma condição clínica, na maioria das vezes, estabelecerem tarefas para cada esfera de gestão e “nível de atenção” (as aspas são para marcar minha discordância com o emprego de níveis neste contexto), elas não se abrem para propor dinâmicas efetivas para articulação dos serviços e, menos ainda, dos trabalhadores, esgotando-se em sua

enunciação formal. No limite, estabelecem fluxos a partir do conceito de regulação de acesso. Além disso, regras ou portarias indicando as responsabilidades aos entes federados não são suficientes para propor ou operar mudanças que precisam ser trabalhadas no campo da micropolítica em todos os espaços.

O ponto de partida, para este trabalho, é um debate acerca da organização da atenção especializada ambulatorial, tomando para isso a análise da experiência da organização da atenção especializada no município de São Bernardo do Campo: seus arranjos, dispositivos e deslocamentos no período de 2009 a 2016.

A experimentação de outro modo de constituição de rede em São Bernardo possibilita interrogar fortemente a atenção especializada como lugar físico e dá pistas de como o convite e a prática da construção coletiva de arranjos cuidadores e de políticas pode envolver muita gente que se imaginava “Inconvidável”, sem porosidade e abertura para mudanças no seu processo de trabalho.

MERHY e CECILIO (2003) fazem uma importante discussão sobre o que é o Sistema de Saúde, partindo da premissa de que este “sistema de saúde” (colocado entre aspas pelos autores) é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre “racionais”, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora...”

Vamos dizer que os autores estavam falando do que chamamos "vida real", ou seja, o sentido e o uso que os cidadãos/usuários fazem dos serviços e como os profissionais atuam e se organizam dentro destes serviços e, mais, como os serviços se articulam entre si e como esta "racionalidade institucional ordenadora" facilita ou dificulta a movimentação dos "múltiplos circuitos e fluxos".

No processo de organização da atenção à saúde, a partir da intensificação da especialização, houve crescente perda do controle sobre os meios do trabalho e crescente incorporação de tecnologias duras (como equipamentos e medicamentos), em detrimento das tecnologias leve-duras (conhecimentos estruturados, como a clínica e epidemiologia) e mais ainda das tecnologias leves, relacionais, que envolvem escuta, vínculo, responsabilização, singularização e outras (MERHY,

1997). A clínica foi sendo degradada, marcada pelo ato médico, prescritivo e isolado, que valoriza os recursos de diagnose e terapia, incensados pela indústria, gerando um excesso de exames e encaminhamentos especializados, reproduzidos e alimentados por estes (MERHY, FRANCO & MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

Nos debates produzidos no âmbito do SUS, vem sendo proposta a organização do cuidado em rede, baseado em horizontalização da gestão e do cuidado, o que pressupõe investimento em novos arranjos de gestão e organização da atenção, bem como uma aposta muito forte numa interlocução mais direta entre os profissionais do “mundo da atenção básica” com os profissionais do “mundo da atenção especializada”.

Para tanto a atenção especializada, atualmente organizada em serviços isolados, centrados na produção de consultas e procedimentos especializados, precisa entrar em interrogação. De que modo essa lógica pode ser desarranjada para que seja possível alguma sintonia com a produção de um cuidado continuado e humanizado que, com o foco no usuário, respeite as singularidades, suporte o compartilhamento de decisões e contribua para a autonomia dos sujeitos?

5. Para além dos esbarrões... produzir encontros:

A construção do SUS em São Bernardo do Campo

“Cuidar é experimentar o outro como sujeito, numa relação em que a atitude não é de intervenção, mas de interação e mútua produção. Na área da saúde, o cuidado invade como uma matriz, possibilitando sempre um novo acordo entre os trabalhadores e usuários.” (LOPES, 2010a, p.13).

Segundo as apostas feitas em São Bernardo no período estudado, as redes de atenção devem se constituir como espaços de produção de cuidado. O cuidado integral pressupõe cuidar globalmente do outro nas suas necessidades de saúde, envolvendo para tanto as várias dimensões tecnológicas de ação dos profissionais de saúde. Isso significa fazer uma aposta forte no encontro e na produção do cuidado em rede. Nenhum ponto de atenção e nenhum trabalhador pode produzir a integralidade dos cuidados necessários isoladamente.

Considerando a dinâmica do trabalho em saúde, produzido por meio dos encontros entre trabalhadores e usuários, marcado pelas disputas de projeto assistencial, a micropolítica é um espaço fundamental de produção do mundo do trabalho e habitar esse espaço é fundamental para apoiar a constituição de redes vivas que reafirmem os territórios de produção de cuidado. MERHY (2005) salienta ser necessário ir “além dos esbarrões” e produzir encontros, fortalecendo as tecnologias relacionais leves, tão pouco valorizadas no contexto da saúde.

No SUS, ao mesmo tempo em que discutimos o conceito de integralidade e buscamos imprimi-lo na prática da organização dos serviços e processos de trabalho, contraditoriamente colocamos toda a responsabilidade de ampliação da clínica na atenção básica, como se somente nesse âmbito fosse importante trabalhar com um conceito ampliado de saúde, em equipe multiprofissional e assegurando vínculo, continuidade do cuidado, construção compartilhada com os usuário etc.

A solução, aparentemente mais fácil, esconde a dificuldade de pensarmos outros espaços de participação da chamada “atenção especializada”, aqui entre aspas para sinalizar que o que chamamos de atenção especializada é, na verdade, tradutível como “produção de consultas médicas especializadas”.

São muitas as tensões entre a concepção flexneriana e as formulações do SUS sobre integralidade, rede cuidadora, horizontalidade das relações entre serviços e trabalhadores para uma produção de cuidado efetiva. E elas se expressam nas relações entre os serviços especializados e os demais pontos de atenção.

Conforme descrevem BADUY et al (2011) a mudança das necessidades de saúde em consequência ao envelhecimento populacional, do aumento das doenças crônico-degenerativas e alta prevalência dos agravos e doenças não transmissíveis, amplia os desafios para os sistemas de saúde. Segundo as autoras “esses agravos requerem convivência prolongada dos usuários com os profissionais de saúde e reforçam a necessidade de projetos cuidadores que favoreçam a manutenção e ampliação da sua autonomia”.

Para tanto, além de o usuário ocupar um papel de protagonista na produção da saúde, são indispensáveis arranjos que propiciem a continuidade da atenção e que favoreçam a integralidade do cuidado. Também a articulação entre os diversos tipos de serviços é um desafio importante, já que a fragmentação e a operação segundo lógicas próprias são agravadas pelo financiamento segundo lógicas distintas. Isso implica limitada resolubilidade, descontinuidade, desresponsabilização, retrabalho e perda de qualidade da atenção prestada ao usuário (FEUERWERKER, 2014).

Para entendermos melhor sobre o campo em que esta experimentação/pesquisa foi efetivada, precisamos conhecer um pouco sobre São Bernardo do Campo, mesmo que de forma bem reduzida. São Bernardo do Campo é um município com população de 786 mil habitantes, segundo o último censo do IBGE (2010) e estimada em 827.437 (IBGE, 2017), com uma rede de serviços ampla, que inclui uma rede hospitalar municipal, não havendo serviços estaduais ou federais em seu território. A gestão de 2009 a 2016 organizou-se por meio de nove territórios,

cada um com três a quatro UBS, uma UPA, CAPS e outros serviços de referência de base municipal.

A rede de atenção básica era composta por 34 UBS. No período citado, as Equipes de Saúde da Família no município foram de 16 para 125, perfazendo uma cobertura de 55,65%* da população, de acordo com o Ministério da Saúde. Na saúde bucal, a ampliação do acesso foi tão importante que garantiu prêmios ao município. Em 2010 não havia no município nenhuma equipe implantada, e em 2017 havia um total de 79 ESB, sendo 15 na modalidade I e 64 na modalidade II.

O município contava também, até o início de 2017, com 34 apoiadores em saúde (inicialmente eram 50), que são profissionais de diversas formações na área de saúde (e também havia uma socióloga), cujo principal papel é produzir conexões, dispositivos, espaços de conversa e encontros para fortalecimento do cuidado em rede¹.

A rede de urgência e emergência também foi reestruturada nesse período. O SAMU 192 funcionava com bases descentralizadas nas nove UPAs; nas UBS Taboão e Santa Cruz, por serem em territórios estratégicos, seja pela distância e dificuldade de acesso, como é o caso da UBS Santa Cruz, seja pela proximidade com as rodovias e limites com outros municípios, como é o caso do Taboão; no quartel do Corpo de Bombeiros; e uma base central, localizada próximo ao Hospital e Pronto-Socorro Central. O município contava, no período que compreende até o final desta pesquisa, com 12 ambulâncias de suporte básico e duas de suporte avançado (UTI) e mais duas motolâncias.

Na Saúde Mental, São Bernardo do Campo passou a ser referência nacional, não só pela ampliação da rede de serviços substitutivos, mas efetivamente por ter construído as bases de sustentação para a desinstitucionalização de todos os “moradores” do Hospital Lacan, manicômio referência para toda a região do ABC, o que culminou com o encerramento do contrato do município e descredenciamento do Hospital do SUS. No final de 2016, a rede contava com 08 CAPS, 06 RT e duas

¹ Para saber mais sobre os apoiadores em São Bernardo do Campo, ver a tese de doutorado de Ana Cristina Sundfeld, defendida na FSP-USP em 2016, "Apoio como dispositivo: conexões, invenções e provocações à produção coletiva do cuidado e da gestão no município de São Bernardo do Campo"

UAT. Ainda possuía um Pronto Atendimento Psiquiátrico e uma equipe de Consultório na Rua.

Durante o primeiro período de rápida e grande expansão da rede assistencial (na gestão 2009-2012), não houve investimento na ampliação e reestruturação da atenção especializada ambulatorial, já que foram priorizadas a estruturação da atenção básica, urgência e emergência e da saúde mental. A base para essas decisões foram os documentos resultantes dos processos de planejamento da gestão municipal, incluindo os decorrentes das plenárias de Orçamento Participativo.

Em 2009, o município contava com quatro ambulatórios de especialidades médicas, sendo duas delas em unidades chamadas de “combo”, pois comportavam, num mesmo espaço físico, a UBS, o ambulatório de especialidades médicas (sem nenhuma preocupação de pensar uma lógica de distribuição territorial destes especialistas) e um Pronto Atendimento.

A partir de 2013, foram retomadas as conversas sobre atenção especializada, ainda centradas na discussão dos serviços (quantas policlínicas seriam implantadas) e da quantidade de médicos e de especialidades necessários. Entretanto, ainda não havia critérios para definir as necessidades de saúde em relação à atenção especializada.

O primeiro passo para avançar nessa compreensão foram as discussões sobre filas de espera para consulta com especialistas, a demora para conseguir atendimento, encaminhamentos desnecessários, retornos etc., entretanto, a maioria das experiências, nesse campo, relatadas na literatura se dão na esfera da regulação do acesso, implantação de protocolos e contratação de profissionais médicos, sem mudanças na lógica da atenção especializada conforme relatado na publicação da SMS/SBC (2014).

Para enfrentar esse problema, alguns municípios, como Curitiba, investiram na Atenção Básica como ordenadora do cuidado, apostando na qualificação dos profissionais e na elaboração de algoritmos de encaminhamento. Alguns, como São Bernardo do Campo, também apostaram nos processos regulatórios com classificação dos usuários por prioridade (que estava estabelecida em protocolos de acesso, porém, sem nenhum mecanismo de validação ou análise de efeitos)

De um modo geral, alguns questionamentos nos provocavam: quem garante que o próximo da fila é o que mais precisa? De todos os que estão na fila, quem de fato precisa do especialista? Existe uma segunda fila, que é a fila do retorno! Quem são essas pessoas? Quantas vezes e por que retornam? O que leva o médico a solicitar retorno “eternamente” para estes pacientes? Por que o famigerado “sistema de referência e contrarreferência” não funciona? Por que a Atenção Básica “devolve” o usuário para o especialista?

DELEUZE (1968), ao dizer que “Nossa vida moderna é tal que, quando nos encontramos diante das repetições mais mecânicas, mais estereotipadas, fora de nós e em nós, não cessamos de extrair delas pequenas diferenças, variantes e modificações” nos provoca a pensar que também a forma de organizar a atenção especializada tem variantes e possibilidade de modificações.

Interrogar as definições naturalizadas sobre a atenção especializada, possibilitar novos arranjos, incluir os profissionais da atenção especializada na rede, promover encontro entre profissionais, quebrar o muro que separa o mundo da atenção básica do mundo da atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e, mais do que isso, asfaltar estradas que levem os profissionais da atenção especializada até as outras unidades que compõem a rede de saúde do município, seja física ou virtualmente era o desafio posto para a gestão.

5.1. Atenção especializada em SBC

A Atenção Especializada Ambulatorial no SUS, sem privilégio para nenhum município, manteve a estrutura de organização praticada no INAMPS e que continua sendo praticada pela rede privada: atuação médico-centrada (na verdade, quase que médico-exclusiva), sem integração com a Atenção Básica, com encaminhamentos muitas vezes solicitados “a pedido” do usuário e com “fidelização de clientela” (bem à *La* plano de saúde).

A atuação dos especialistas é, na maior parte dos lugares, restrita ao consultório, sem integração com os demais profissionais de saúde e, acima de tudo,

sem integração com outros pontos de atenção da rede de serviços. Os profissionais “não médicos”, igualmente especialistas (nutricionista, enfermeira, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, dentista, psicólogo, etc.), por sua vez, demandam cada vez mais espaços privativos de atendimento, igualmente sem integração com o que há dentro e fora do serviço ambulatorial especializado. Ou seja, não é um problema da atuação da profissão médica, mas da racionalidade medicalizante que fortalece a fragmentação e descontextualização do trabalho dos profissionais, muitas vezes marcada pela queixa-conduta. E a atenção especializada em São Bernardo do Campo, em 2009, não era diferente.

O Departamento de Atenção Básica Especializada (nome oficial da pasta) é composto por duas divisões: a Divisão Ambulatorial e a Divisão de Saúde Mental (que não será discutida aqui). A Divisão Ambulatorial ainda é dividida em seções: a Seção de Saúde Funcional e Auditiva, responsável pelos serviços de reabilitação e monitoramento dos contratos de prestadores de serviço nesta área e a Seção de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, que é responsável pelo acompanhamento técnico dos prestadores de serviço em laboratório e imagem.

Nos primeiros anos de gestão do prefeito Luiz Marinho, tanto por decisão da gestão da Secretaria da Saúde como pelo desejo da população, expresso no Orçamento Participativo, houve um intenso investimento na melhoria da estrutura física de todas as Unidades Básicas de Saúde e a implantação das UPAS, bem como a ampliação da cobertura destes serviços e implantação do SAMU. Esta decisão, naquele momento, fazia muito sentido, dadas as condições da rede de saúde do município. Estruturar a atenção especializada sem antes estruturar a atenção básica significaria ampliar as filas, com tempo de espera muito grande e aumento da sensação de “descuidado”. Além da reformulação da estrutura física, foram feitos muitos investimentos na produção ativa de rede, na construção de espaços e dispositivos que favorecessem o encontro e o compartilhamento do cuidado.

Dentre esses investimentos, destaco a implantação da estratégia de apoiadores em saúde, divididos por território. Esse foi um investimento que não se pode categorizar como de estrutura, que é o mais comum ao se falar de investimento, mas na ampliação da capacidade de conexão, de costura de rede. Os

apoiadores foram um dispositivo para isso e ajudaram a impulsionar a mobilização pelo e para o cuidado, favorecendo que muitos outros trabalhadores se movimentassem produzindo conexões, responsabilizando-se, produzindo arranjos intra e extra setoriais.

Nesse mesmo período, como já comentado, as discussões acerca da organização da atenção especializada estavam ainda pautadas pela organização física e espacial da atenção especializada, pensando na quantidade de Policlínicas que o município deveria ter e em sua localização, bem como na quantidade de especialidades de cada uma delas.

A discussão sobre a política de atenção especializada iniciou com as pessoas que compunham o DAE, sem participação de outros setores da gestão e foi sistematizada numa apresentação em Power point, que indicava quantas e quais unidades de atenção especializada o município teria (o que implicava no fechamento de uma das existentes) e quais especialidades haveria em cada Policlínica (este seria o novo nome destas unidades especializadas). Também havia um documento elaborado por um Grupo Técnico composto por representantes do Departamento de Apoio à Gestão- DAG, Departamento De Atenção Especializada - DAE, Departamento de Atenção Básica - DAB e Complexo Hospitalar, coordenado pela equipe de Regulação.

Este documento era dividido em dois tópicos:

(1) Desenho regionalizado e (2) Estrutura e Programação das Policlínicas Regionais Descentralizadas.

No tópico chamado “DESENHO REGIONALIZADO”, era apresentada a proposta de desenho para a atenção especializada em SBC. O desenho regionalizado consistia em “03 unidades descentralizadas (Policlínicas Regionais), que atenderão a população das UBS de referência (...) e uma unidade centralizada, de referência para a população de todo o município” (São Bernardo, 2012).

O segundo tópico tratava da ESTRUTURA E PROGRAMAÇÃO DAS POLICLÍNICAS REGIONAIS DESCENTRALIZADAS e dizia: “As Policlínicas

Regionais descentralizadas do Alvarenga, Rudge Ramos e Centro constituirão referências diretas às Unidades Básicas de Saúde e contarão com as seguintes especialidades clínicas: Cardiologia Adulto, Dermatologia, Endocrinologia Adulto, Neurologia Adulto, Oftalmologia Básica (refração e suporte às Linhas de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e Diabetes Mellitus-Dm), Ortopedia, Pneumologia Adulto”. Foi construído, para este tópico, um quadro com a programação de consultas, a partir da oferta e cálculo de produção.

Tabela 1: Programação de primeiras consultas especializadas para as Policlínicas Regionais de SBC.

ESPECIALIDADE	OFERTA MÉDIA MENSAL	OFERTA SES MÉDIA MENSAL	TOTAL OFERTA	NECESSIDADE	DEMANDA REPRIMIDA	NECESSIDADE SES	INDICATIVO SES	PROPOSTA OFERTA MENSAL MUNICIPAL	INCREMENTO OFERTA MUNICIPAL
Cardiologia Adulto	779	110	889	919	152	138	MANTER	781	0%
Dermatologia	892	60	952	1.569	3.087	235	AMPLIAR	1.334	50%
Endocrinologia Adulto	341	36	377	588	1.056	88	AMPLIAR	500	47%
Neurologia Adulto	478	26	504	659	774	99	AMPLIAR	560	17%
Oftalmologia básica	1.628	0	1.628	2.650	5.108	265	AMPLIAR	2.385	46%
Ortopedia	1.480	20	1.500	1.843	1.714	171	AMPLIAR	1.671	13%
Pneumologia adulto	323	16	339	698	1.796	105	AMPLIAR	593	84%
TOTAL	5.921	268	6.189	8.926	13.687	1.101		7.825	32%

FONTE: Central Municipal de Regulação de SBC, 2012.

Não diferente do que se costuma fazer quando se discute atenção especializada no SUS, a construção da proposta foi feita com base na fila existente e somente sobre as especialidades médicas. O documento apresenta as considerações abaixo para explicar o que foi chamado de “metodologia para cálculo da **“necessidade”** de consultas especializadas” (o negrito e as aspas na palavra **necessidade** são do documento original):

- “Considerando que a demanda reprimida acumulada, em média, representa a entrada de pedidos dos últimos 10 meses;
- Considerando a oferta média mensal total de consultas;
- Considerando que mensalmente são utilizadas todas as vagas e 1/10 da demanda reprimida representa a quantidade de guias que ficam com agendamento pendente;

- Considerando um incremento de 10% da demanda reprimida na oferta de consultas para dar vazão ao agendamento da fila de espera.

O cálculo da necessidade é então realizado pela seguinte fórmula:

$$NECESSIDADE = Oferta\ total + 1/10\ da\ Demanda\ reprimida + 1/10\ da\ demanda\ reprimida$$

A proposta inicial era que as Policlínicas Regionais descentralizadas assumissem o atendimento e acompanhamento de toda a demanda de média complexidade e que somente as demandas de alta complexidade fossem encaminhadas para as referências regionais, com exceção das especialidades de Oftalmologia Básica e Ortopedia, que também demandariam vagas regionais, considerando a grande demanda.

Com base no cálculo de “necessidades” (continuarei usando aspas nesta palavra), foi construído um quadro calculado em necessidade de horas médicas, considerando a produção de 04 consultas/hora/profissional. Entretanto, o documento aponta “03 cenários para configurar o Matriciamento nessas especialidades” e fazia uma análise das possibilidades de implantação e quais as implicações de cada um dos cenários. (São Bernardo, 2012)

No Cenário 01, a proposta era de 04 horas semanais por especialidade. A análise do GT era de que, neste formato, seria possível “identificar entre os profissionais contratados, aquele com melhor perfil para o matriciamento, qualificando a atividade realizada. Por outro lado, não envolve todos os profissionais especialistas com relação ao trabalho em rede.” (São Bernardo, 2012)

No Cenário 02, o cálculo de programação considerava que 20% da carga horária semanal por profissional seria dedicada ao matriciamento e que assim seria possível “envolver todos os profissionais na atividade de matriciamento, promovendo maior sensibilização dos especialistas com relação ao trabalho em rede. Porém, isso dificultaria o processo já que não são todos os profissionais que possuem perfil ou se identificam com tal atividade.” (São Bernardo, 2012).

E o Cenário 03 previa 04 horas semanais de matriciamento por UBS, alternando entre as especialidades. Segundo a formulação do Grupo de trabalho, “este cenário considera o processo de trabalho das equipes da Atenção Básica, buscando não atrapalhar sua rotina de atendimento. Também proporciona que todos os profissionais especializados com perfil e interesse possam participar do processo.”

O GT considerou a última a proposta mais adequada e propôs um cálculo de necessidades de 136 horas semanais, considerando as 34 UBS existentes no município. Também foi feito um cálculo para “dividir a necessidade pelas especialidades”. O grupo também estabeleceu quais especialidades “estariam envolvidas no processo” e definiu “pesos diferentes, considerando que algumas especialidades possuem necessidade de um maior número de horas.”

Assim, a decisão foi de estruturar 03 Policlínicas: a Policlínica do Alvarenga, que já estava em reforma, junto com a UBS do Alvarenga (mesmo prédio, cada unidade em um andar, mas com a mesma entrada); a Policlínica do Rudge Ramos, que também já existia com o nome de Centro de Referência Especializado e a Policlínica Centro, que já existia com o nome de Ambulatório de Especialidades Médicas I – AEMI. Decidiu-se fechar o CRE Silvina, que funcionava em unidade que chamávamos de combo: UBS e Ambulatório de Especialidades.

Além desses ambulatorios, ainda havia o Ambulatório de Especialidades Médicas II, que congregava os especialistas do Hospital Anchieta e a Fisioterapia do município.

A partir de 2012, iniciou-se um processo de revisão da estrutura do departamento e a Policlínica Centro, até então chamada de AEMI, ganhou um projeto de reforma física importante. Entretanto, as definições sobre a atenção especializada ambulatorial tinham parado na proposta que fora apresentada pelo GT citado anteriormente.

Proposta pronta, cálculos realizados...o que estava faltando?

Naquele momento, não havia amadurecimento suficiente da equipe para colocar em prática o que havia sido proposto. Para além disso, pairava um

entendimento implícito de que enquanto não estivesse cada coisa no seu lugar, ou seja, enquanto as Policlínicas não estivessem reformadas, não daria para iniciar as mudanças de agenda, com a implantação do matriciamento conforme proposto pelo GT.

Naquele período, entre 2013 e 2015, a Policlínica do Alvarenga estava em reforma. A reforma da Policlínica Centro seria iniciada em janeiro de 2015. As demandas envolvendo contratos de prestação de serviços, especialmente de oftalmologia, estavam tomando muito tempo da equipe de atenção especializada. Mas a questão não era só essa. Mesmo as discussões sobre a oftalmologia eram muito truncadas. O debate foi iniciado, inclusive, para que o município pudesse cumprir as metas pactuadas do Programa Saúde na Escola – PSE e utilizar o recurso específico para cirurgias de catarata. O que poderia ter sido uma discussão sobre a atenção oftalmológica no município acabou girando em torno de um contrato temporário para dar conta de uma demanda específica.

Apesar disso, os debates que se iniciaram com as discussões sobre rede de atenção e a necessária inclusão da atenção especializada no processo fizeram emergir algumas formulações que começavam a fazer sentido para a equipe do DAE. Um dos investimentos mais importantes foi o fortalecimento da participação dos trabalhadores do DAE nos espaços de educação permanente nos territórios². Supostamente, já que a integralidade, a continuidade do cuidado, a corresponsabilização eram temas correntes nas discussões dos territórios, a atenção especializada seria convidada a repensar sua forma de trabalhar e, principalmente, de estar na rede.

A organização da rede e o modelo de gestão em São Bernardo do Campo não favoreciam o isolamento e as discussões rasas. A forte aposta na educação permanente a partir dos territórios, a organização da rede pautada nas necessidades dos usuários e na promoção de mecanismos de articulação horizontal da rede, com investimento grande na capacidade cuidadora de cada serviço, tendo o apoiador

² Em São Bernardo havia um espaço regional de encontro, denominado EP de Território. Eram 12 horas mensais de encontro, que reuniam gerentes de todos os serviços territoriais, apoiadores, trabalhadores dos diferentes departamentos da secretaria e das unidades de saúde para produzir uma dinâmica territorial de rede e cuidado.

como “costurador” dessa rede, colocava na cena algumas diretrizes que foram sendo construídas e debatidas em ato, no processo, sem dono, sem autor principal, a muitas mãos e cabeças.

Entretanto, o departamento de atenção especializada demorou a entrar nesse movimento, e apesar de haver melhorado a participação nas EPs de Território², esse não era um espaço em que os trabalhadores do departamento apostavam, salvo alguns poucos, que participavam mensalmente e que também eram facilitadores de educação permanente.

Foram feitos diversos movimentos para a inclusão de mais pessoas do departamento e das unidades de atenção especializada nos encontros de EP dos territórios, todos frustrados. Por outro lado, também não haviam sido feitos movimentos no sentido inverso, ou seja, dos trabalhadores das unidades básicas e mesmo dos apoiadores irem para dentro das unidades especializadas, com exceção da Saúde Mental e do Centro Especializado em Reabilitação (CER-IV), em que a gerente era facilitadora de EP e fez movimentos para que os apoiadores fossem até a unidade participar de discussões sobre a rede e construção de projetos terapêuticos singulares (PTS).

5.2 Primeiro movimento que operou como dispositivo a favor da produção do cuidado em rede: implantação do CER IV

A discussão acerca da atenção especializada não foi simplesmente escolher um modelo ou uma inspiração dentre as várias experiências vivenciadas por outros municípios, mas um processo de amadurecimento e construção bastante longo, já que as primeiras conversas giravam entorno da quantidade de unidades especializadas, as Policlínicas, e quantas e quais especialidades médicas atuariam em cada unidade. As propostas de arranjos que proporcionassem atuação em rede da atenção especializada, tais como o matriciamento, eram somente “apêndices” da organização da atenção especializada, e não o eixo estruturante da discussão até aquele momento.

Em meio ao debate acerca do que seria a atenção especializada no município, foi sendo construída a proposta de organização da atenção à pessoa com deficiência, em especial o segmento que trata da reabilitação, com esse destaque para a reabilitação para que não seja subentendido que o cuidado à pessoa com deficiência se resume à reabilitação.

Havia, em 2012, três espaços em que se realizavam os processos de reabilitação: CRE Rudge Ramos, com uma equipe de fisioterapia e de reabilitação auditiva; AEM II, que ficava nas dependências do Hospital Anchieta, em que havia outra equipe de fisioterapia e a escola Orlando Ramacciotti, anteriormente uma escola especial para crianças com deficiência, que abrigava uma equipe de reabilitação neuro-infantil e um grupo chamado NEA - Núcleo de Ensino e Aprendizagem, que era uma equipe multidisciplinar constituída com o objetivo de apoiar as escolas e atenção básica no diagnóstico de crianças com dificuldades de aprendizagem e que fazia testes para a definição de dificuldade de aprendizagem ou outros diagnósticos, como por exemplo, TDAH.

O mote para a reorganização interna dos serviços de reabilitação foi a criação de uma rede integrada com atenção básica e atenção hospitalar. A proposta era ofertar cuidado integral em tempo oportuno. Foi utilizada como referência a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde para a organização da reabilitação no município, de onde veio a ideia e a oportunidade de implantação de um Centro Especializado em Reabilitação tipo 4 - CER IV, considerando que estavam presentes todas as condições objetivas para isso: havia trabalhadores em número mais do que suficiente; havia equipamentos suficientes e havia espaço para implantação imediata do serviço.

A riqueza desse processo foi o envolvimento das (os) trabalhadoras (es) de todas as unidades em que havia algum serviço de reabilitação na reorganização e reorientação do trabalho. E, como todos estavam funcionando até então de modo isolado e desarticulado, não foi fácil construir com as (os) profissionais o processo de unificação dos serviços, já que isso implicaria em muita mudança: de prédio, de equipe, de horário, de público alvo e, acima de tudo, de processo de trabalho.

Apoiados na própria Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, portaria 793 e seu instrutivo, foi considerado que a reabilitação/habilitação pressupunha uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. As estratégias de ações para habilitação e reabilitação deveriam ser estabelecidas a partir das necessidades singulares de cada indivíduo, considerando o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, bem como, os fatores clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. Neste sentido, a troca de experiências e de conhecimentos entre os profissionais da equipe seria de fundamental importância para a qualificação do cuidado e para a eleição de aspectos prioritários a serem trabalhados em cada fase do processo de reabilitação.

A configuração que existia até então não propiciava o cuidado integral e o trabalho em equipe. Havia uma avaliação de que não seria possível manter a lógica organizacional em que cada profissional tinha sua agenda e fazia o “seu pedaço” da reabilitação. Essa dinâmica fazia com que uma pessoa que saísse do hospital após internação por AVC- Acidente Vascular Cerebral recebesse guias de encaminhamento para fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiólogo para tratamento de disfagia, neurologista e o que mais fosse necessário, e tivesse que entregar essas guias na UBS de referência, que agendaria cada uma das solicitações quando e onde houvesse vaga.

Equipes diferentes, em lugares diferentes, em tempos diferentes. Não havia um serviço que pudesse, de fato, cuidar das necessidades globais dos usuários que viviam com deficiências. O resultado era que, muitas vezes um usuário poderia iniciar a fisioterapia (em média 6 a 8 meses após o AVC) em um lugar e depois de mais três ou quatro meses iniciar a fonoaudiologia em outra unidade. Conseguia vaga com o fisioterapeuta, mas não com terapeuta ocupacional e nenhum desses profissionais conversava sobre seu projeto terapêutico, nem considerava todas as suas necessidades.

Da mesma forma, não havia uma priorização de pacientes por gravidade, nem tampouco por tempo de lesão, o que significa que alguém que teve um AVC na última semana ficaria oito meses na fila porque alguém que já estava há oito meses

na fila teria prioridade. Isso comprometia, segundo a equipe técnica e de gestão daquela política, as possibilidades de reabilitação de modo significativo.

Havia, portanto, a necessidade de fabricar um serviço complexo e integral de reabilitação e havia condições para tanto, já que pelo tamanho da população de São Bernardo e a quantidade de profissionais atuando na área, haveria condições de cumprimento das exigências para habilitar um CER IV. E o espaço para abrigá-lo também já existia, uma vez que a Escola Rolando Ramacciotti, que era uma escola especial, deveria deixar de existir como tal, pois o município tinha a meta de incluir todas as crianças com deficiência em escolas regulares. Tratava-se de um prédio totalmente acessível e subutilizado.

Foi iniciado um processo de planejamento intenso de como seriam realizadas as transformações na rede de atenção à pessoa com deficiência, sempre com grande participação dos trabalhadores e da sociedade civil por meio do Conselho da Pessoa com Deficiência, construindo desde o início pactuação de fluxos com atenção básica e os equipamentos hospitalares.

Reuniram-se as equipes numa única unidade, ainda mantendo separadas, em outros espaços, a reabilitação respiratória e a traumato-ortopédica. Os trabalhadores do centro de reabilitação foram divididos em equipes: reabilitação neuro-adulto, neuro-infantil, estimulação precoce, diagnóstico auditivo, reabilitação auditiva e deficiência intelectual. Num primeiro momento, ainda existia a equipe do NEA, que posteriormente foi desfeita e os profissionais que compunham aquela equipe foram distribuídos para compor as demais equipes.

A única equipe que não existia e que precisou ser configurada foi a equipe de reabilitação visual, já que o município, até então, nunca havia oferecido nenhum tipo de atendimento especializado a pessoas com cegueira ou baixa visão.

5.2.1 Acolhimento no CER: dispositivo para ampliação do acesso em tempo oportuno e constituição de equipes multidisciplinares.

“O acolhimento também é visto como uma espécie de “mola-mestra” da lógica tecnoassistencial e, mesmo, como um dispositivo indispensável para o bom desempenho da rede tecnoassistencial de um serviço de saúde” (TEIXEIRA, 2003)

Um dos grandes desafios nessa construção foi organizar o serviço de modo que o acesso do usuário fosse o mais oportuno possível e que o cuidado não fosse fragmentado. Uma alternativa encontrada foi construir um fluxo que a própria equipe batizou de “porta aberta referenciada”. Meio estranho, mas era um nome que cabia bem naquele contexto, pois havia mesmo uma questão paradoxal: por um lado, a decisão de estruturar uma central de regulação de consultas e exames como caminho para acessar os serviços e por outro a necessidade de garantir a chegada oportuna dos usuários ao serviço e orientação à rede sobre a forma correta de encaminhamento, para que o usuário não se “perdesse na fila”.

A equipe do CER IV de São Bernardo do Campo foi se constituindo como grupo a partir de muitas conversas sobre o modelo de organização do serviço. O espaço constituído para isso era a Reunião Geral semanal, incluindo todos os profissionais, para discussão de assuntos relativos à organização do serviço e, mais adiante, para discussão de casos.

Várias reuniões da equipe do CER foram utilizadas para debater as formas de acesso à unidade. O entendimento da equipe era de que os usuários não estavam chegando aos serviços de reabilitação em tempo oportuno. Não havia demanda visível, por assim dizer, expressa na fila de espera para reabilitação neuro-adulto ou amputados por exemplo, já que, como dito anteriormente, os usuários saíam da internação com encaminhamentos para fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, inclusive com indicações sobre quais e quantos procedimentos deveriam ser realizados e por quanto tempo. O primeiro objetivo era, portanto, facilitar e agilizar seu acesso ao serviço.

A outra questão dizia respeito à forma de encaminhamento. Usuários com deficiência eram encaminhados para diversos profissionais, por meio de guias de encaminhamento diferentes, o que fazia com que alguém pudesse começar a fisioterapia num serviço, a terapia ocupacional em outro, sem haver conexão entre os processos. Para quebrar essa lógica, decidimos que a pessoa com deficiência fosse encaminhada para o serviço de reabilitação e lá é que se decidiria qual a equipe, qual o tratamento e sua duração.

Na apresentação realizada para as (os) gerentes de unidade, no Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde, um dos slides dizia:

Figura 1 – Slide apresentado pela Coordenação de Saúde Funcional

CER- CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

- **ACOLHIMENTO:** O acolhimento é a porta de entrada do CER: acontece de forma individualizada e com escuta minuciosa. O acolhimento não só é responsável por receber o usuário que é perfil do Centro, como também, articula encaminhamentos daqueles que não são.

Terças e Quintas : 8:30 às 11:30 / 13 às 17:30

- O Paciente **NÃO** precisa comparecer ao acolhimento. Deve comparecer cuidadores /parentes/responsáveis ou qualquer pessoa em posse do encaminhamento que conheça o caso.
- Casos que não apresentem perfil CER são encaminhados por “referência responsável” para o local pertinente à demanda. Nenhum paciente sai do acolhimento sem a sua demanda atendida ou referenciada até que a mesma seja resolvida.

Fonte: apresentação institucional, SMS São Bernardo (maio/2014).

Deste modo, esperava-se que o usuário não precisasse sair do hospital, passar pela UBS para trocar o encaminhamento e ficar na fila de espera de três ou quatro especialidades simultânea e desconexamente. O fluxo pactuado foi que usuários que recebessem alta dos hospitais do município seriam encaminhados diretamente para o Centro de Reabilitação – CER IV, onde seria feito acolhimento às terças e quintas o dia inteiro. Neste acolhimento, o profissional aplicaria um

instrumento construído pela própria equipe do CER para avaliar as necessidades e providências correspondentes.

Esse modo de construir o processo de trabalho, com participação dos trabalhadores em todos os momentos, não é importante somente para que a qualidade técnica seja garantida, mas fundamentalmente para favorecer a implicação dos trabalhadores com o processo como um todo. As trabalhadoras do CER participaram ativamente da construção do instrumento de avaliação usado no acolhimento. Tinha que ser um instrumento objetivo e que direcionasse o usuário para a equipe certa e no tempo certo.

O fluxo pactuado rapidamente foi incorporado pelos trabalhadores dos hospitais e das UBS, que passaram a encaminhar os usuários para o acolhimento do CER sem especificar o profissional “de destino” (fisioterapeuta, fonoaudióloga, etc.), nem a prescrição dos procedimentos e quantidade de sessões. A própria equipe do CER, no dia de avaliação, quando era estabelecido o primeiro esboço do PTS (Projeto Terapêutico Singular), dialogando também com o próprio usuário e sua família, é que produzia esse desenho.

TEIXEIRA (2003) faz uma reflexão pertinente a este movimento feito no CER, ao analisar que a abertura de novos serviços e a ampliação de portas de entrada mudaram o foco da discussão no SUS: de necessidade de ampliação de portas de entrada e de acesso para a qualificação dessas portas de entrada, no sentido de uma “substituição progressiva das análises centradas no tema da extensão de cobertura, pelas análises centradas em temas como o do acolhimento nas unidades prestadoras”, saindo da discussão da quantidade para o problema da qualidade dos serviços.

Não significa dizer, com isso, que o problema da universalidade e necessidade de ampliação do acesso estejam resolvidos no âmbito do SUS, mas que somente a ampliação da oferta jamais dará conta da necessidade das pessoas, especialmente quando se reconhece que apenas consultas e procedimentos não responderão às necessidades dos usuários.

A ampliação do acesso não está relacionada somente à quantidade de serviços e oferta de procedimentos, mas aos arranjos que são feitos em casa

unidade e em suas conexões em rede para a produção de processos verdadeiramente cuidadores. Tais conexões não têm como referência somente serviços, trabalhadores específicos e suas possibilidades de oferta, mas sim as necessidades daqueles que procuram o serviço de saúde. Colocar usuários e suas necessidades em evidência, acima da racionalidade administrativa, expressa em estruturas e números, como centro da organização da rede.

Para implantar o acolhimento no CER, inclusive com esse nome, foram realizadas muitas discussões, o que não significou entrar em celeumas provocadas pela comparação entre o acolhimento ali construído e o as prescrições da PNH. Considero uma celeuma, já que a proposta de “acolhimento” foi produzida na saúde como conceito-prática, de entendimento e aplicação muitas vezes bem diferentes, especialmente em algumas áreas como Saúde Mental, atenção básica, Programa HIV/AIDS, Enfermagem e Organização de Serviços, bem antes de ser formulada a política nacional de humanização (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999); (TEIXEIRA, 2003).

Estou me atendo a esta questão, o acolhimento, porque foi a partir dessa vivência no centro de reabilitação que surgiram as discussões de introdução do acolhimento como dispositivo para garantir acesso oportuno também nas policlínicas. Chamo a atenção a esse tema devido a uma discussão que ocorreu entre os trabalhadores do CER, do CAPS ij e de uma UBS, que se reuniram para debater o PTS de um adolescente, e a gerente do CER foi questionada sobre estar chamando esse primeiro atendimento de acolhimento. Na formulação do trabalhador da atenção básica que a questionava, o termo acolhimento não poderia ser usado pelo CER por que ali só eram atendidas pessoas referenciadas. Não era um serviço de porta aberta. (Diário de Campo)

Foi um debate interessante, já que o entendimento da gerente do CER, corroborado pela equipe, era de que acolhimento é uma forma de garantir acesso de maneira qualificada. De fato, o CER não era porta aberta para qualquer necessidade, já que se tratava uma unidade especializada. Entretanto, havia uma preocupação maior com o cuidado e oportunidade do acesso do que com as regras de regulação. Tanto que, para facilitar a primeira aproximação, a pessoa com deficiência não precisava ir pessoalmente ao acolhimento. Bastava que um familiar

comparecesse levando o encaminhamento (que pretendia apenas assegurar que a pessoa era moradora de São Bernardo Campo) e o histórico da deficiência. Com isso, já era possível fazer o agendamento do primeiro atendimento pela equipe multidisciplinar.

Em relatório apresentado pelo CER IV, em maio de 2014, ao Colegiado de Gestão da SMS/SBC, para avaliação do processo de implantação do serviço, habilitado em agosto de 2013, foram apresentados os seguintes dados: eram realizados, aproximadamente, 20 acolhimentos/ dia, sendo 85% perfil CER, 10% casos encaminhados para o Rudge ou Anchieta por ser deficiência temporária e 5% de casos que não tinham perfil, dos quais a maior parte eram encaminhamentos para equoterapia e hidroterapia de usuários provenientes da saúde suplementar.

Quanto ao acolhimento, o relatório mostrava que 80% das pessoas que vinham ao acolhimento eram familiares (esposo (a) / filho (a)). Também constava no relatório que 60% dos usuários foram encaminhados do PS Central/ Hospital Anchieta; 30% da Atenção Básica e 10% dos ambulatorios. Quanto às queixas apresentadas, 70% dos casos eram pacientes com sequela de AVC; 20% DI/ Autismo; 10% Síndromes, Alterações Genéticas, Paralisia Cerebral. (Diário de Campo)

Esses dados são interessantes por mostrarem que não exigir a presença do paciente no acolhimento facilita a vida dos usuários e não compromete a "eficiência": 80% dos casos atendidos no acolhimento foram representados por familiares, majoritariamente corretamente encaminhados, pois somente 10% precisaram ser reencaminhados a outros serviços.

Outro dispositivo importante para a mudança no processo de cuidado no CER foi o Atendimento Interdisciplinar. Este processo foi especialmente difícil, pois significava não haver mais agenda específica e isolada por profissional e, tampouco salas com "dono": sala da fisioterapia, sala de T.O., sala de fonoaudiólogo, etc., as equipes trabalhavam juntas na mesma sala (no caso, em ginásios de reabilitação) e atenderiam os usuários em conjunto. Esse processo rendeu muitas reuniões, em que os trabalhadores tiveram que se colocar em análise e colocar o serviço em análise de forma muito profunda, produzindo, como efeito, transformações

igualmente profundas. Se houve um momento em que a resistência imperou, isso foi superado: os trabalhadores atualmente dizem que não saberiam trabalhar que não em equipe interdisciplinar (DIÁRIO DE CAMPO).

O depoimento de uma das trabalhadoras, que vou chamar de Gigi, durante um encontro de Educação Permanente da unidade (que acontecia toda sexta-feira, com todos os trabalhadores) ilustra bem esse momento:

Ela contou que estava atendendo um usuário idoso, que havia sofrido um AVC. Já estava com ele a algumas semanas, atendendo sozinha. Certo dia, a fonoaudióloga, que chamarei de Lola, entrou no ginásio para lhe perguntar algo e, enquanto Gigi atendia, Lola ficou observando. Foi aí que, de repente, ao observar que o idoso respondia com movimentos de cabeça e grunhidos às perguntas de Gigi, Lola não se conteve e disse: “Sr. José (nome fictício), porque o senhor está respondendo assim? O senhor fala!” A fisioterapeuta Gigi relata que ficou espantada e disse: como assim? Ele nunca falou comigo!!! E as duas passaram a discutir a situação do Sr. José, ali, no momento do atendimento e a construir novas relações com ele. Foi aí, neste momento, que Gigi disse que entendeu bem o que estávamos falando sobre a potência do cuidado interdisciplinar!

A equipe do centro de reabilitação foi ampliada e todos os novos trabalhadores foram incluídos nos processos de educação permanente, nas rodas de discussão; a introdução do conceito de trabalho em equipe fazia tanto sentido que não havia mais resistência, nem entre os médicos.

Outro movimento importante foi aproximação do Centro de Reabilitação às unidades básicas de saúde e ao CAPS infanto-juvenil. Foram muitas e muitas reuniões, discussão de casos e construção do PTS compartilhado entre as equipes para atendimento das mais diversas necessidades. Neste processo em especial, foi fundamental a participação dos Apoiadores em Saúde.

Especialmente no que diz respeito ao CAPS, cabe uma reflexão: os dispositivos de acolhimento, atendimento compartilhado, pactuação de PTS e matriciamento nasceram e se fortaleceram muito com a Luta Antimanicomial e com a ideia de cuidado em liberdade, fruto das discussões avançadas de rede de cuidados em saúde mental.

São Bernardo do Campo foi um celeiro de inovações e de radicalização da implantação de uma rede cuidadora em saúde mental, totalmente pautada nos direitos humanos, no fortalecimento dos serviços substitutivos, na ampliação de possibilidades de vida para as pessoas com transtorno mental e/ou em situação de uso prejudicial de álcool e outras drogas. Foram muitas as conexões com outros serviços, outros órgãos (a exemplo do Ministério Público) na luta para garantir que os usuários dos serviços de saúde mental, em especial dos CAPS, pudessem ter seus direitos garantidos, em especial o direito de viver a própria vida em liberdade.

Entretanto, apesar de a Coordenação de Saúde Mental ser também parte do Departamento de Atenção Especializada, não houve participação ativa do “povo da mental” em todo esse processo de mudança. Estavam localizados no departamento, mas tinham vida própria. No entanto, apesar disso, havia entre os trabalhadores da gestão do DAE pessoas que haviam anteriormente participado da produção de arranjos cuidadores da saúde mental, o que certamente favoreceu a apropriação dessa experiência em nosso processo, ainda que não explícita no momento.

5.2.2 Cuidado em rede das pessoas com dores osteomusculares crônicas - DOC

Este texto não segue uma ordem cronológica em relação às experimentações e arranjos produzidos no esforço de inovar a atenção especializada, mas algumas questões estão tão imbricadas e fazem tanto sentido no processo, que acredito que agora seja o momento de falar do “Cuidado às Pessoas com Dor Crônica”.

Essa construção foi fruto do amadurecimento dos trabalhadores de São Bernardo sobre o que significa cuidar das pessoas em rede, para além dos muros imaginários criados entre os tais “níveis de atenção”, e fruto direto da aprendizagem possibilitada pelo processo de construção do CER IV: especialmente a montagem da equipe, do processo de trabalho e da rede de reabilitação.

No início de 2015, os apoiadores e apoiadoras fizeram um estudo das filas de encaminhamento para a atenção especializada, incluindo uma análise das

especialidades mais demandadas, motivos de encaminhamento, frequência no território e correlação entre os "CIDs" e os encaminhamentos.

Essa discussão aconteceu com a participação de alguns técnicos do departamento de atenção especializada, em dois ou três encontros, até que todos os territórios tivessem apresentado suas reflexões. Na ortopedia geral, fisioterapia e reumatologia estavam as maiores filas, em praticamente todos os territórios. O principal motivo de encaminhamento para as três especialidades era dor em membros e dor em algum lugar específico (e a campeã era a lombalgia). A acupuntura, mais adiante, também entrou nesse rol, mas sua fila era mais difícil de ser estudada, já que, além da fila existente nas unidades e no sistema de informação, também havia uma fila num tal do “livro preto” no ambulatório de especialidades. (Diário de Campo)

De modo geral, os motivos dos encaminhamentos eram muito vagos e não indicavam se havia sido feita alguma investigação prévia da dor, nem tampouco os tratamentos já realizados. Nas reuniões que se seguiram foram apontados alguns caminhos, depois desenvolvidos. Primeira pergunta: estava sendo oferecido aos usuários o que eles precisavam? Parecia que não, já que as filas se renovavam e mais: o problema não seria resolvido contratando mais ortopedistas.

O município já contava com 300 horas de ortopedista geral e mais 20 horas de ortopedia infantil. Dentre esses ortopedistas, estava o especialista em coluna, que estava estudando os encaminhamentos para a subespecialidade para propor um protocolo de encaminhamento (importante essa nota entre parênteses: somente os ortopedistas podiam encaminhar para as subespecialidades ortopédicas, hipoteticamente somente para situações cirúrgicas) e também um protocolo de cuidado. Havia também um ortopedista muito disponível e subutilizado, que atendia somente os pacientes do CER.

Também se verificou que as filas se renovavam, pois a quase a totalidade dos atendidos pelo ortopedista geral ia parar nas filas de subespecialidades e de fisioterapia. Ou seja, a passagem pelo ortopedista geral era um filtro sem utilidade, já que gerava mais fila e mais outro problema: a partir da inserção nas filas, os usuários desapareciam do radar de suas equipes de referência na atenção básica.

Ocorre que a fila não é terapêutica! A fila não é analgésica, não é cuidadora. O resultado era que esse modo de operar empurrava as pessoas para tratamento sintomático sem fim nas UPAs, consumindo analgésicos e antiinflamatórios, enquanto aguardavam por anos na fila para as subespecialidades ortopédicas, não sendo cuidadas nem na atenção básica e nem na atenção especializada.

A partir desse debate, talvez o mais importante tenha sido o reconhecimento de que não seria possível cuidar das pessoas com dor crônica, a maioria absoluta sem indicação de cirurgia, sem que houvesse um trabalho intenso em rede, com construção de arranjos de forma compartilhada e cooperativa entre os departamentos, apagando as linhas que os separam, colocando o usuário e suas necessidades como centro, de verdade, da organização do processo e, é claro, do cuidado.

Foram realizadas muitas conversas, com diversos atores e disparados vários processos simultâneos em diferentes espaços. A partir das várias construções, incluindo experimentações envolvendo especialistas, apoiadores e trabalhadores da atenção básica, em vários territórios, chegou-se a uma proposta unificada.

A proposta inicial, então, foi de aproveitar dois fisioterapeutas (um que estava no DAE e outra na Policlínica Alvarenga) para que fizessem matriciamento nos territórios, apoiando os grupos que, de alguma forma, trabalhavam com usuários em situação de dor crônica. Também teriam a função de matricular os profissionais da atenção básica para qualificar melhor seus encaminhamentos para fisioterapia.

Nesse ínterim, foi realizado um estudo mais detalhado e a separação das guias de encaminhamento para fisioterapia por um grupo formado por fisioterapeutas do CER, um apoiador do DAE e apoiadores de rede (nesse caso, os que eram fisioterapeutas). A proposta foi, então, mais detalhada, avançando para a necessidade de organização de espaços de cuidado, que deveriam atender às diversas necessidades das pessoas com dor crônica, agora já delimitada sob o escopo das Dores Osteomusculares Crônicas. Esse projeto foi apelidado de Linha de Cuidado das DOC.

A linha de cuidado das DOC consistia em promover espaços de cuidado às pessoas com dores crônicas de origem osteomuscular a partir do seu território, da

sua unidade básica de referência e em articulação com os demais serviços, para que fosse produzido cuidado nos lugares mais próximo de suas casas e, se necessários, os encaminhamentos aos serviços mais adequados para cada caso pudessem ser mais ágeis.

Um dos arranjos propostos pelo grupo foi colocar fisioterapeutas nos territórios, para ofertar matriciamento às UBS, com o objetivo de potencializar os grupos que já estavam trabalhando com usuários em situação de dor crônica, ou propor outros, com o objetivo de cuidar das pessoas com dores crônicas.

Além do apoio matricial às UBS dos territórios elencados, esses fisioterapeutas também teriam o papel de apoiar a decisão sobre a melhor estratégia de cuidado para cada usuário, a depender de suas necessidades: se permaneceria no atendimento em grupo na UBS (também apoiado pelo fisioterapeuta), se seria atendido no que se chamou de **“fisio territorial”** ou se seria encaminhado para a equipe multidisciplinar de atenção à pessoa com dor crônica no CER.

Para ilustrar, abaixo está apresentado o desenho da rede e o fluxo que foram apresentados ao GSS e ao Conselho Municipal de Saúde:

Figura 2 - Fluxograma de atendimento à pessoa com Dor Osteomuscular Crônica

Fonte: Apresentação realizada ao GSS e Conselho Municipal de Saúde pelo DAE - 2016

A proposta foi construída a várias mãos e um marco foi uma das primeiras reuniões sobre o assunto, da qual participaram os diretores dos departamentos de Atenção Básica, Atenção Especializada e Apoio à Gestão, gerentes das UBS e apoiadores dos territórios que já haviam iniciado a discussão do projeto (Territórios 6 e 7) e também apoiadores do Território 3, que não estavam inicialmente no processo, mas que também já haviam feito um movimento de trabalhar a questão da dor crônica (interessante: onde os trabalhadores têm apropriação sobre o território- suas demandas e suas potências- também existe força para “impor” essa necessidade e participar do processo) e vários técnicos dos departamentos.

Pode-se dizer que essa foi a inauguração de um novo ciclo, em especial para o departamento de atenção especializada. A grande novidade foi o apagamento das paredes que separavam os departamentos, o que permitiu um processo de construção coletiva, o compartilhamento da autoria do processo com todos os que direta ou indiretamente estavam envolvidos com o debate sobre o cuidado às pessoas com dores crônicas.

Um elemento crucial da proposta era aproximar os fisioterapeutas do território, na perspectiva de apoiar a formação de grupos e/ou a ampliar a potência dos grupos existentes nas UBS. Inicialmente sem a preocupação de serem grupos específicos para pessoas com dores crônicas, mas para abordar o assunto e propor estratégias junto aos próprios usuários com a participação dos profissionais das UBS, em especial médicos, como forma de facilitar o acesso.

O objetivo do arranjo territorial era ampliar e qualificar o acesso ao cuidado necessário e oportuno, bem como ampliar a potência das ações que já eram realizadas nas UBS, a exemplo das atividades corporais que fazem parte da Política de Práticas Integrativas e Complementares, em especial o Lian Gong. Também se concluiu que o CER deveria cada vez mais ampliar as ações de matriciamento junto às UBS, de modo a potencializar sua capacidade de resposta em estratégias mais acessíveis aos usuários.

Rapidamente, o arranjo, criado a muitas mãos e muitas cabeças, foi tomando forma, sem dono, sem preocupação com ter autoria e por isso mesmo, foi nascendo com a implicação coletiva com o cuidado do próprio processo. E todos se sentiam responsáveis e comprometidos com isso.

A proposta de fisioterapia territorial foi iniciada em 04 (quatro) territórios simultaneamente, com a realização de visitas dos fisioterapeutas às UBS para as quais seriam referência e com a participação dos fisioterapeutas nos grupos das UBS, com os seguintes objetivos principais:

- a) Conhecer os espaços e os educadores sociais, por exemplo, do De Bem com a Vida (DBV), que era um programa de práticas corporais e lazer coordenado pelas secretarias de Saúde e de Esporte e Lazer, lançado em outubro de 2010, cuja finalidade era oferecer práticas corporais e de lazer no cotidiano de usuários de UBS do município, havendo atividades diversificadas, como caminhada, yoga, danças circulares e relaxamento, entre outras, ofertadas nas 34 unidades.
- b) Valorizar o projeto como possível espaço para realizar o investimento em saúde como forma de prevenção do desenvolvimento das dores e manutenção das condições motoras;
- c) Pactuação com os usuários para continuidade do autocuidado.

Uma das estratégias utilizadas pelos fisioterapeutas, ao entrarem nas UBS, era a realização de Rodas de Conversa, nas quais os profissionais eram convidados a conhecer a proposta de cuidado das pessoas com Doenças Osteomusculares Crônicas (DOC) e a fisioterapia no território, bem como a iniciar uma discussão sobre as DOC's. A provocação era feita a partir de duas questões principais:

- a) **A dor crônica tem jeito?** Essa questão surgiu devido à dificuldade que as equipes de atenção básica têm em lidar com a pessoa com dor crônica
- b) **Por que trazer esse cuidado para a UBS?** A ideia era enfatizar a complexidade do desafio e fazer com as equipes uma discussão sobre a necessidade de novas ofertas de cuidado, que iam para além da consulta com especialistas ou subespecialidades da ortopedia, bem como a necessidade de reorientação postural e manejo da própria dor com a cooperação dos profissionais, incluindo os fisioterapeutas territoriais, no apoio às pessoas com dores crônicas osteomusculares.

Inicialmente a implantação da fisioterapia territorial ocorreu nos territórios 3,5,6 e 7, os mais populosos ou de maior vulnerabilidade. E assim foi feito, com resultados muito interessantes, iniciando pela melhor caracterização dos usuários que estavam aguardando atendimento. Os usuários foram chamados para uma avaliação com o fisioterapeuta que foi apelidado de “fisio territorial”.

Para ilustrar o processo, serão apresentadas as telas que compuseram uma apresentação feita ao Conselho Municipal de Saúde pelo Departamento de Atenção Especializada. As figuras são exatamente as apresentadas ao CMS:

Figura 3 – Slide extraído da apresentação do DAE ao CMS, 2016.

A maior parte das pessoas avaliadas, de um total de 260 atendidas, (69,2%) tinha idade entre 40 e 75 anos, com concentração na faixa de 40 a 59 anos, fase produtiva da vida adulta. Desse total, a maioria era composta por mulheres.

TABELA 2- Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia Territorial, segundo CID do encaminhamento. SBC, junho a outubro de 2016.

CID DO ENCAMINHAMENTO		N	%
M50 E M54	DISFUNÇÕES DA COLUNA	122	37,2
M65 E M75	DISFUNÇÕES DO MEMBRO SUPERIOR	62	18,9
M17 E M77	DISFUNÇÕES DE MEMBROS INFERIORES	44	13,4
M19	ARTROSE NÃO ESPECIFICADA	11	3,4
M25	DOR ARTICULAR	8	2,4
M79	MIALGIA	4	1,2
OD	OUTROS DIAGNÓSTICOS	26	7,9
SI	SEM INFORMAÇÃO	51	15,5
TOTAL		328	100,0

Fonte: DAE - apresentação realizada ao CMS, 2016.

A diferença de número total de usuários se deu por conta da não sistematização dos dados de todas as unidades dentro da mesma faixa de tempo, já que uma das unidades já havia iniciado as avaliações antes de ser iniciada a coleta de dados.

GRÁFICO 1- Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia territorial, segundo ocupação. SBC, junho a outubro de 2016.

Fonte: DAE - apresentação realizada ao CMS, 2016.

A coleta de dados sobre ocupação das pessoas atendidas foi proposta pelo Centro de Atenção à Saúde do Trabalhador, que também estava fazendo parte do grupo de discussão e avaliação da experimentação.

Um efeito muito interessante de todo o processo foi a integração entre os departamentos na construção dos arranjos. A participação de representantes de todos os Departamentos foi extremamente importante, não só para a construção da proposta, mas para que os departamentos, em especial o DAE, finalmente se articulassem em rede.

GRÁFICO 2 - Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia Territorial, segundo local de destino do usuário avaliado. SBC, junho a outubro de 2016.

Fonte: DAE - apresentação realizada ao CMS, 2016.

TABELA 3 - Distribuição dos usuários avaliados pela Fisioterapia Territorial, segundo local de destino do usuário avaliado. SBC, junho a outubro de 2016.

DESTINO	N	%
FISIOTERAPIA TERRITORIAL	579	90,19
FISIOTERAPIA AMBULATORIAL/CER	51	7,94
OUTROS LOCAIS	12	1,87
TOTAL	642	100,00

Fonte: DAE - apresentação realizada ao CMS, 2016.

Esse é um dado muito interessante, pois mostra que a maioria das pessoas que estão na fila para realização de fisioterapia pode ser atendida sem a necessidade de equipamentos e em grupo, exatamente o tipo de atividade ofertada na “fisio territorial”. Por outro lado, é preocupante ver que, dentre as pessoas avaliadas, quase 8%, que corresponde a 51 pessoas, tinham necessidade de

realização de fisioterapia individual ou com uso de equipamentos, e por isso foram encaminhadas ao CER.

Fazer grupos em unidades de atenção básica não é uma novidade. Quase todas as UBS fazem grupos de promoção da saúde e outras questões específicas. A novidade era colocar os grupos como parte do arranjo cuidador, articulados com outras ofertas que garantiriam a continuidade do cuidado conforme as necessidades dos usuários.

Também a divisão de regulação participou desse processo. Como a regulação, em São Bernardo do Campo, nasceu focada na organização das filas, o processo de construção de redes no município exigiu deles um deslocamento, de modo a se conectarem nos processos vivos e reconhecerem a possibilidade de relações diretas entre os serviços sempre que possível e necessário para melhor cuidar dos usuários. Vale dizer que essas possibilidades eram ampliadas pelo fato de estarmos falando de serviços de saúde exclusivamente municipais, o que favorece e muito as oportunidades de pactuação e construção compartilhada.

Interessados em poder medir o efeito das ações implementadas, o grupo construiu um instrumento de acompanhamento da evolução dos usuários, para que os profissionais das UBS e o fisioterapeuta territorial pudessem tomar decisões necessárias em tempo oportuno sobre os rumos do projeto, já que a experimentação estava sendo realizada em quatro territórios com a proposta de expandir para os demais. Para tanto foram construídos quatro indicadores (extraídos da apresentação realizada ao CMS):

1. Adesão ao tratamento - avaliação semanal do percentual de usuários presentes por categoria;
2. Intensidade da dor (EVA) - avaliação semanal da média de intensidade da dor entre os pacientes atendidos;
3. Necessidade de atendimento médico em decorrência da dor osteomuscular - avaliação do percentual de usuários que necessitaram de atendimento médico na última semana;

4. Uso de medicamento para dor osteomuscular na última semana - avaliação do percentual de usuários que necessitaram medicamento para dor osteomuscular na última semana.

Na fase inicial de coleta de dados, 125 pessoas responderam ao questionário.

A tabela seguinte, que também compunha a apresentação feita ao CMS, apresenta os resultados das respostas dos usuários antes de iniciarem a fisioterapia no território e na avaliação semanal:

TABELA 4 - Resultados obtidos no decorrer do tratamento com fisioterapeuta territorial. SBC, junho a outubro de 2016.

	AVALIAÇÃO INICIAL	AVALIAÇÃO SEMANAL				
		1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
ADESÃO (N° absoluto)		125	121	114	106	98
TAXA DE ADESÃO		100%	96,8	91,2	84,8	78,4
MÉDIA DE INTENSIDADE DA DOR	5,2	4,7	4	3,8	3,1	2,6
PRECISOU DE ATENDIMENTO MÉDICO (% SIM)	4,8	6,4	3,3	2,6	0	1
SIM		8	4	3	0	1
NÃO		117	117	111	106	97
PRECISOU DE MEDICAMENTO (% SIM)	40,8	33,6	30,6	23,7	20,8	16,3
SIM		42	37	27	22	16
NÃO		83	84	87	84	82

Fonte: DAE - apresentação realizada ao CMS, 2016.

A preparação dessa apresentação foi feita durante muitas reuniões, com a participação dos apoiadores dos territórios envolvidos, dos fisioterapeutas dos territórios, fisioterapeutas e gerente do CER e gestores do DAE (Diário de Campo). Foi um processo intenso de educação permanente, de construção de rede “a quente”, ao vivo. Naquele momento, a preocupação era em pensar sobre o processo, experimentar, construir de forma coletiva e aprender junto, fazendo. Foi muito intenso o envolvimento de todos e o cuidado coletivo com o processo.

O processo de elaboração da rede de cuidados às pessoas com dores crônicas foi resultado de uma série de discussões que se iniciaram com a análise das filas de reumatologia, fisioterapia e ortopedia, envolvendo somente a direção dos departamentos de atenção básica, especializada e apoio à gestão, e terminou com o envolvimento das médicas reumatologistas, que fizeram estudo dos encaminhamentos para reumatologia e construíram um protocolo, junto com uma proposta de matriciamento; dos ortopedistas, que participaram de todo o processo de discussão e também construíram protocolos e propostas de matriciamento e toda a equipe de reabilitação. Mas, foi a costura coletiva desses retalhos todos que construiu sentido à proposta.

5.3. Cuidado às pessoas que vivem com doença pulmonar crônica: matriciamento e cuidado em rede mostrando que atenção especializada não é um lugar

Fazer discussão sobre trabalho em equipe multidisciplinar, atendimento compartilhado, construção de PTS em equipe e com a participação do usuário e cuidadores; sobre acolhimento como mecanismo de facilitar a entrada e oportunizar o cuidado necessário no CER, em um contexto em que a maioria dos trabalhadores não é médico, foi um processo longo e intenso, mas ainda não dava pistas do que seria a rediscussão do trabalho nas policlínicas.

Emprestarei de MERHY (2007) um trecho que fala sobre um aspecto da construção dos modelos de atenção que geralmente não é levado em consideração, que é a questão da governabilidade, ou melhor dizendo, o entendimento de que, na saúde, em alguma medida, todos fazem gestão. Diz o autor: “(...) não é porque um grupo de indivíduos não seja formalmente governo que ele também não tenha governabilidade sobre certos processos, marcando com sua capacidade de governo o modo como se faz gestão das práticas institucionais e técnicas”. (MERHY, 2007 pag.16)

Talvez esta tenha sido a reflexão básica para o modo como os processos foram desencadeados nas policlínicas. Não seria suficiente criar protocolos (aliás, eles já existiam, em todas as cores e formatos) e instituir fluxos muito bem amarrados, para produzir mudanças na qualidade do cuidado e na participação da atenção especializada nesse processo. A quantidade de protocolos que existem e a qualidade dos encaminhamentos e tamanho das filas para consultas especializadas e exames mostram que protocolos não são suficientes.

E temos em MERHY (2007) uma pista do motivo para a insuficiência dos protocolos, quando o autor argumenta que “(...) todos os atores governam seus projetos e mobilizam os mais variados tipos de recursos (...) materiais ou não, que possam ser mobilizados para construir seu projeto – para negociá-lo ou até mesmo impô-lo.” A apresentação de protocolos ou a simples adoção de um (mesmo que tenha sido elaborado por um grupo de pessoas no próprio município ou serviço)

ignorando o fato de que todos fazem gestão e de que produção de rede é dependente da produção ativa de conexões entre trabalhadores de diferentes serviços, de construção compartilhada de critérios, de solidariedade e responsabilização é fadar o protocolo a perecer na gaveta. Ou seja, os meios e as formas devem fazer sentido para os trabalhadores. Caso contrário, rotas de fuga e de invenção serão criadas para atender a uma necessidade, um desejo ou uma expectativa gerada e não processada. E isso não é uma coisa ruim, mas fala de uma necessidade que é viva e transborda, vaza dos protocolos formais.

Embora a experiência do CER tenha sido extremamente importante e um grande laboratório de experimentações de modos de organizar o trabalho em rede e o processo de trabalho interno do serviço, com a constituição de equipes interdisciplinares, momentos para discussão de caso e análise das práticas de cuidado, todo esse processo ocorreu num vácuo deixado pela expectativa de início de reorganização da atenção especializada.

Uma característica muito interessante da gestão em São Bernardo do Campo era a forte implicação com a reorganização física da rede de saúde, construindo prédios acolhedores, funcionais e de qualidade. Entretanto, embora a reforma das unidades seja importante, será que é condição *sine qua non* para que sejam operadas mudanças profundas no processo de gestão do cuidado e de relação com a rede? Precisaríamos ter esperado a reformulação da estrutura física para mudar os modos de cuidar? Parece-nos claro que não e que a demora teve a ver primeiro com certas circunstâncias políticas e depois com nossos próprios limites de formulação. Foi somente no processo, aprendendo do vivido na rede, é que possíveis caminhos foram ganhando materialidade.

O incômodo, mesmo sem respostas prontas, existia e, assim, antes mesmo da reinauguração da Policlínica do Centro (até então chamada de Ambulatório de Especialidades Médicas I/ AEM-I), uma necessidade se impôs e foi se fortalecendo a partir da avaliação da fila de espera de pneumologia, corroborada com a contratação de profissionais especialistas em pneumologia com visão mais ampla das responsabilidades dos especialistas no processo de cuidado.

Havia uma fila muito grande de usuários aguardando consulta com pneumologista e mais outra quantidade de pessoas aguardando retorno com o especialista.

Dados obtidos da Central de Regulação em outubro de 2012, revelaram um total de 1104 pacientes na fila de espera para consultas com pneumologista, sendo que 70,28% dos encaminhamentos tinham como hipótese diagnóstica os agravos asma (26,63%) e DPOC (43,65%). Considerando que muitos encaminhamentos da lista por dispneia não especificada e outros transtornos respiratórios não especificados poderiam estar relacionados à Asma e DPOC, este número poderia chegar próximo de 80%.

Em 2013, havia 2.268 guias de encaminhamento para pneumologista na Central de Regulação, com tempo de espera para consulta de 18 meses.

Gráfico 3 - Proporção de Encaminhamentos por Asma e DPOC da Atenção Primária para a Pneumologia no município de SBC.

Fonte: Lista de espera de atendimentos para a Pneumologia. Central de Regulação – SMS SBC, outubro de 2012.

Em 2012, as discussões sobre organização do processo de cuidado no DAE eram ainda muito incipientes, mas já indicavam a necessidade de definição de arranjos que não ficassem restritos aos ambulatorios especializados, que tornassem

o cuidado especializado um componente do processo de cuidado, não restrito a ser um espaço físico de assistência.

O município, até 2010/2011, segundo informações dos trabalhadores do DAE, mantinha um ambulatório de doenças respiratórias e alergias, em parceria com a Faculdade de Medicina da fundação ABC. Ao ser fechado o ambulatório, vários profissionais saíram e o município precisou contratar outros pneumologistas. Nessa oportunidade, foram contratados profissionais ligados ao projeto denominado PROGRAMA E-QUALITY - RESPIRA APS: Programa Educacional Multidisciplinar para Desenvolver Conhecimento e Prática no Diagnóstico e Tratamento da Asma e DPOC. Esse projeto já havia sido apresentado antes de 2012, mas não havia “emplacado”. O elo entre o projeto e o DAE era uma das médicas que compunham a equipe técnica do departamento, especialista em Medicina de Família e Comunidade, que já participava de uma iniciativa semelhante em outro município e tinha interesse em experimentá-lo em São Bernardo do Campo.

O programa, como apresentado, era pontual e sim, com cara de programa, desenhado de forma a poder ser implantado em qualquer lugar. Isso não era nenhum demérito, ao contrário, foi tomado como uma oportunidade de fazer o que vinha sendo discutido e com a vantagem de facilitar a identificação de pneumologistas para contratação, cujo provimento era muito difícil pela escassez de profissionais. Para ilustrar melhor, trago um trecho do projeto, que fala de seus objetivos e metodologia:

“O projeto visa ampliar o conhecimento dos profissionais para diagnóstico e tratamento da Asma e DPOC. Destina-se às equipes da Estratégia Saúde da Família com nível superior (Médicos, Enfermeiros e equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família) (...) O Projeto de Educação Multidisciplinar em Asma e DPOC compreende duas etapas operacionais: a primeira refere-se ao momento presencial, incluindo exposição dialogada, discussão de casos clínicos com dispersão e a segunda ao momento de educação à distância. A dispersão refere-se ao momento em que os tutores e supervisores irão às unidades de saúde para atividades práticas com as equipes, as quais compreenderão consultas compartilhadas e rodas de conversa. A etapa presencial prevê a realização de uma

Oficina de Atualização em Asma e DPOC, com 16 horas de duração, sendo 8h para cada agravo, para médicos e enfermeiros das unidades básicas de saúde (UBS) com equipes de Saúde da Família."

As atividades serão desenvolvidas com a construção do conhecimento a partir das experiências expressadas pelos educandos, buscando a integração entre a teoria e prática, fundamentada na aprendizagem significativa, envolvendo os pressupostos da horizontalidade do cuidado, a humanização e a articulação entre os saberes.

Pactuamos previamente com os gestores a disponibilização de espaço físico, equipamentos multimídia e a garantia da liberação dos profissionais para treinamento. As melhores datas para a capacitação multiprofissional serão definidas com os gestores.

A atenção integral ao portador de Asma e DPOC deve ser pautada no acolhimento humanizado, na escuta qualificada; no fortalecimento do vínculo com o centro de saúde; na educação para a saúde; na ênfase na prevenção e na pré-crise; o que contribuirá para a redução de consultas e internações desnecessárias.

Esperamos com esta abordagem educativa promover mudanças no comportamento dos profissionais e que estes sejam capazes de melhorar a qualidade da assistência aos portadores de Asma e DPOC. - Projeto E-Quality, 2012 (mimeo)

A proposta se aproximava muito do que vínhamos discutindo no DAE, no que diz respeito ao matriciamento, à ampliação da clínica da atenção básica e à maior aproximação do especialista aos profissionais da atenção básica. Havia um ponto, entretanto, que não coincidia: a ênfase na capacitação como forma de promover mudança no comportamento dos profissionais. Entretanto, como os profissionais que fariam a implantação do projeto foram contratados como especialistas para os ambulatórios, foi possível essa primeira experimentação do processo de construção de rede e de uma nova forma de organizar o cuidado especializado como parte do processo integral de cuidado.

Foram realizadas algumas reuniões entre o DAE e o DAB (ainda com a participação muito centrada nos técnicos dos departamentos e com quase nenhum envolvimento das gerentes das UBS e dos apoiadores). A decisão tomada entre os departamentos e posteriormente apresentada ao colegiado da Secretaria de Saúde foi de iniciar a implantação do projeto, agora não mais como uma oferta externa, mas como parte de um processo de construção de um novo modo de organizar a atenção especializada no município. A limitada participação dos gerentes de unidade no processo de construção da proposta se apresentou, durante todo o processo, como um dos limitadores de sucesso, já que um dos maiores problemas para que os matriciamentos ocorressem era a dificuldade de proteger horários com os profissionais das unidades.

Uma discussão, que permeou praticamente todos os processos de implantação de novos dispositivos e de constituição de rede e de gestão do cuidado, merece uma reflexão: o conceito de projeto piloto. Projeto piloto remete a experiência, teste. Nossa discussão ia para além da implementação de testes que gerassem dados para comprovar uma tese. Tratava-se de uma experimentação, singular aos temas, contextos e envolvidos. Uma experimentação, ao contrário de um piloto, não será multiplicada do mesmo modo em diferentes cenas e cenários. Podemos apreender /aprender coisas a partir da experimentação e é o conteúdo dessa apreensão/aprendizagem que será levado para o debate de outras cenas, circunstâncias, problemas.

O que estava sendo proposto era o desenvolvimento de dispositivos de articulação em rede que dessem conta de envolver os profissionais da atenção básica e da atenção especializada no cuidado as pessoas com doenças respiratórias, em especial as pessoas com DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) e Asma, iniciando por três territórios, num processo de acúmulo de aprendizagem que fosse, ao mesmo tempo, sendo implantado e sendo aperfeiçoado, junto com os trabalhadores, apoiadores e gerentes de unidade.

Foi muito longo o processo de deslocamento e desconstrução da concepção de projeto piloto. Difícil o entendimento do "construir junto, em ato". Acredito que esse foi um dos maiores ganhos do processo que depois foi denominado de "Cuidado Compartilhado às Pessoas com Doença Respiratória Crônica".

Inicialmente, a proposta apresentada era de um arranjo já pronto, conforme dito acima.

No processo, o Departamento de Apoio à Gestão, especialmente a regulação, foi entrando cada vez mais no debate, contribuindo para o fortalecimento das estratégias de aproximação do especialista ao processo de regulação da média complexidade ambulatorial.

Essa aproximação se deu especialmente por que as guias de encaminhamento para o pneumologista não estavam digitadas, e ficou combinado que o especialista ajudaria os profissionais da regulação na análise dos encaminhamentos, para que pudessem separá-los por território e assim saber quais tinham maior fila de espera, e também separá-los por CID, analisando os motivos dos encaminhamentos.

A avaliação da fila, bem como a decisão de qual território seria priorizado, foi feita em conjunto, atenção especializada e regulação, e inaugurou a aproximação do especialista ao mundo da regulação, por meio da avaliação dos encaminhamentos. Mesmo com toda disposição de fazer diferente, de aproximar a atenção básica e a atenção especializada, os especialistas nunca haviam parado para olhar para os encaminhamentos com um olhar de quem quer apoiar, pensar sobre... assim como as equipes de atenção básica, especialmente os médicos, nunca haviam parado para pensar nas consequências dos encaminhamentos feitos sem critério, de forma inadequada, sem exames, sem informações que indicassem ao especialista qual a dúvida ou dificuldade do encaminhador.

Foram algumas semanas para análise e separação de todos os encaminhamentos da atenção básica para a pneumologia, momento do qual participaram a médica generalista do DAE, um dos pneumologistas e trabalhadores da regulação. As impressões trazidas pelo especialista eram muito interessantes: ele dizia o quanto conseguia perceber de dúvidas, mas, principalmente, de falta de cuidado no encaminhamento dos usuários, já que, pelos motivos do encaminhamento, não era possível sequer ter pistas sobre a situação do paciente e o motivo real do encaminhamento. Em sua maioria, os motivos do encaminhamento

eram, numa primeira análise, inadequados, como: pneumonia, tosse a esclarecer, falta de ar a esclarecer e outras coisas deste tipo.

Isso não era uma novidade. No SUS, inclusive, os profissionais costumam se referir a esta prática como “empurroterapia”. E esse neologismo com cara de “piada” acabou se cristalizando de tal forma que os profissionais em geral, e os gestores em particular, acabam aceitando-o como natural e fazem muito pouca análise sobre essa questão.

A quantidade de guias a serem separadas e avaliadas era muito grande. Em 2013, conforme já explicitado acima, havia mais de dois mil encaminhamentos para pneumologia. Olhando para os dados de internação e utilização de UPA por motivos respiratórios e pensando na vulnerabilidade, o grupo condutor decidiu fazer a primeira experimentação no T3 (Território 3). Deste modo, a proposta foi construída baseada em algumas apostas:

- 1) A primeira aposta era ampliar os espaços de participação dos especialistas (médicos e não médicos) para além do consultório. A análise dos encaminhamentos, por meio da revisão das guias que estavam na Central de Regulação, a análise da fila de espera segundo motivo do encaminhamento e prioridade e o contato com profissionais de outros espaços ampliaria o campo de visão do especialista, daria a oportunidade de conhecer nomes (de unidades, de profissionais) e fazer correlações, por exemplo, entre as unidades que mais encaminham e as possíveis dificuldades no diagnóstico e/ou manejo das patologias mais prevalentes.
- 2) A segunda aposta era na potência do encontro, no contato direto entre os especialistas e os profissionais da atenção básica, sem a mediação de guias, sistemas informatizados, etc. Ao se conhecerem, conversarem, ficava mais fácil, inclusive, a implementação de mecanismos de conversa à distância, como Skype.
- 3) A terceira aposta era na organização de dispositivo de acompanhamento e matriciamento das equipes de atenção básica. A proposta não era de capacitação, mas de um processo de educação permanente que, neste

caso, era uma via de mão dupla, já que tanto os especialistas tinham coisas para ensinar aos profissionais da atenção básica como o inverso também, já que a atenção básica tem muito a ensinar aos especialistas em relação ao contexto, aos modos de vida e à singularidade da produção de cada vida dos usuários em questão. E os relatos dos profissionais da atenção especializada, a cada encontro que fazíamos, era exatamente esse, de que não faziam ideia de como a rede funcionava.

Depois da análise das guias, foi realizado um alinhamento conceitual sobre DPOC e Asma para os profissionais da atenção básica em três territórios. A programação era bastante voltada para a fisiopatologia de Asma e DPOC, apresentação dos medicamentos adequados e disponíveis no SUS, exames a serem realizados e com que frequência, o que fazer em caso de crise ou agudização do quadro e quando encaminhar ao especialista.

Alinhamento conceitual era uma “aula” sobre fisiopatologia das doenças respiratórias, com foco em DPOC e asma. Durante o processo, este material foi sendo modificado para contemplar as dúvidas mais frequentes, que geralmente se remetiam ao diagnóstico e prescrição de medicamentos de alto custo.

Numa das oficinas de alinhamento conceitual e atualização que participei, ao acabar de falar sobre os medicamentos que devem ser prescritos para cada caso, um médico da atenção básica ergueu a mão e falou: “seria ótimo tudo isso se tivesse essas medicações no SUS”. O pneumologista respondeu que todos os medicamentos que estavam sendo citados faziam parte da RENAME e/ou da REMUME e que eram dispensados pelo SUS, alguns no próprio município e outros na farmácia de alto custo, que no caso de São Bernardo do Campo, ficava sediada no Hospital Estadual Mário Covas. (Diário de Campo)

Um relato muito interessante do pneumologista sobre os momentos de alinhamento dizia respeito ao mito de que somente o especialista poderia prescrever medicamentos de alto custo para DPOC ou Asma. Essa afirmação ocultava o receio que os generalistas tinham de prescrever os medicamentos, de não saberem manejar as crises e de não saberem interpretar a espirometria (Diário de Campo). Mais tarde, com a maior proximidade do especialista nos encontros matriciamento

nas UBS, especialmente durante as consultas compartilhadas, esses receios puderam ser discutidos e dirimidos.

Depois do alinhamento, as guias de encaminhamento ao pneumologista de cada unidade do território foram devolvidas, para que os profissionais das UBS, agora aquecidos em relação ao manejo das principais doenças respiratórias, pudessem reavaliar seus encaminhamentos. Esse momento rendeu alguns comentários muito interessantes por parte das gerentes das UBS que estavam participando do processo, e que se estendeu a todas as demais, em especial quanto à constatação de quanto os médicos ficavam espantados ao verem como eles haviam feito os encaminhamentos. Nem mesmo eles conseguiam entender o motivo de terem encaminhado. (Diário de Campo)

Além de reavaliarem os encaminhamentos e agendarem atendimento com o generalista para as pessoas que não necessitavam ir para o especialista, as equipes da atenção básica separavam casos mais complexos para serem atendidos de forma compartilhada com o especialista. Essa fase durava algumas semanas e era um momento muito rico de troca de experiências e aprendizagem. Mas talvez o maior ganho tenha sido a proximidade e a relação de confiança estabelecida entre os profissionais. E essa proximidade e confiança foram fundamentais para que o dispositivo chamado de telematriciamento (que acontecia pelo Skype) pudesse funcionar. As primeiras ações de alinhamento conceitual e de reavaliação dos encaminhamentos não foram recebidas da mesma forma por todos os profissionais, o que não é necessariamente um problema, mas enseja uma reflexão sobre qual mensagem está sendo passada.

Em certa ocasião, quando o matriciamento de pneumologia já havia chegado ao Território 3, fui convidada, como diretora da atenção especializada, a participar de uma roda de conversa com os profissionais de uma unidade básica. O tema da conversa era matriciamento. Iniciei a discussão perguntando aos profissionais, mas me dirigindo especialmente aos médicos, o que era matriciamento para eles. Depois de certo silêncio, um médico respondeu:

“matriciamento é uma forma da secretaria de saúde passar os casos para a atenção básica por falta de especialistas” (Diário de Campo).

Confesso que meu impulso foi de responder a minha própria pergunta, mas agora afetada pela fala do médico. Contive-me. Qualquer resposta minha nesta direção seria encarada como reativa (e seria mesmo!)... respirei fundo e provoqueei novamente: alguém mais quer falar como entende o matriciamento?

Outros profissionais se manifestaram, timidamente, dizendo que matriciamento era quando o especialista ia ensinar questões específicas da especialidade para os médicos da atenção básica. A discussão esquentou, pois, o mesmo médico que disse que matriciamento era empurrar responsabilidades para a atenção básica por falta de especialistas também disse que ele era ginecologista e que não adiantava querer ensinar coisas específicas da especialidade dele para médicos generalistas.

A gerente da unidade fez uma fala bastante desagregadora, como se a fala do médico estivesse me desrespeitando. Eu retomei a discussão devolvendo a pergunta aos profissionais: o que é matriciamento para vocês? Os apoiadores retomaram a experiência do matriciamento de pneumologia e o médico GO continuou esbravejando. O interessante foi que, mais para o final da conversa, os demais profissionais começaram a cortar as falas dele, me dizendo para não ligar para o que ele falava; começaram a censurá-lo e a dizer que todos entendiam o que era matriciamento, e que daquele jeito estava sendo bom, com acompanhamento constante do pneumologista e que só tinham receio de que esse suporte acabasse.

As experiências com matriciamento geralmente são pontuais ou vêm acompanhadas de uma transferência de responsabilidades e de usuários sem o devido acompanhamento. Neste sentido, a proposta de fazer a implantação paulatina, de três em três territórios, acabou sendo muito acertada, pois permitiu que o especialista permanecesse tempo suficiente para discutir todos os casos e pudesse manter uma programação de acompanhamento mensal a cada unidade.

Junto a esta experiência com a pneumologia, foram experimentadas outras formas de interação entre a AB e a AE, levando em consideração as especificidades

da especialidade e as demandas do território. Nas especialidades pediátricas, por exemplo, as experiências de matriciamento foram realizadas principalmente via Skype. Foi encaminhada uma agenda com os horários de matriciamento pela internet, indicando quando cada especialista estaria disponível para atender os profissionais da atenção básica para esclarecimento de dúvidas, discussão de caso e até tomada de decisão sobre encaminhamentos ao especialista para consultas ou necessidade de matriciamento presencial.

Neste processo foram percebidas algumas coisas: uma era a dificuldade de realização da agenda na unidade básica. Tanto no matriciamento de pneumologia, quanto de outras especialidades, não foram raras as vezes em que o matriciamento foi desmarcado em cima da hora, quando o médico especialista já não poderia recompor sua agenda ou até mesmo acontecer de o médico ir até a UBS e os generalistas não estarem com a agenda livre para o matriciamento. Esse tipo de “furo na agenda” levou ao questionamento e análise do processo diversas vezes, tentando entender o porquê da baixa implicação dos gerentes das UBS com o processo. A tendência sempre era de culpar o outro, mas isso pouco resolvia. Uma das questões já foi apresentada anteriormente: os gerentes não foram convidados a discutir a proposta, a construir as possibilidades de arranjos, mas somente para aderirem à proposta apresentada.

Apesar das dificuldades e de alguns “furos” na agenda, todas as UBS e quase todos os médicos da atenção básica passaram pelo processo de alinhamento conceitual sobre DPOC e Asma e também pelo processo de revisão de guias de encaminhamento, atendimento compartilhado e discussão de casos.

As ações de matriciamento continuavam, após a ação mais intensiva nas unidades, por meio do Skype. Inicialmente com frequência mensal e depois bimensalmente os especialistas iam até a unidade para discutir casos. Esse espaçamento das ações presenciais de matriciamento foram sendo pactuadas com as equipes à medida que as dúvidas e a demanda por matriciamento diminuía.

Havia quatro pneumologistas no ambulatório e um pneumologista coordenando o processo. Esse médico (que era chamado de matriciador), embora não fosse o único, era a pessoa que cuidava do processo. Esse foi um aprendizado

importante, também. As mudanças de conceitos e de arranjos dependem de muito cuidado, de muita atenção.

Acho importante trazer essa questão, pois não foram raras as vezes em que questionaram o fato de haver um especialista sem agenda, que ficava “sem atender”. Ocorre que esse profissional que ficava exclusivamente cuidando do processo de matriciamento, articulação com a rede de atenção básica e urgência e emergência, também ficava analisando, via sistema de informação, se o encaminhamento estava claro e correto. Caso não estivesse, poderia ser indeferido ou, como acontecia em boa parte dos casos, o médico pneumologista de referência era acionado para entrar em contato (por telefone, Skype ou no matriciamento in loco) para discutir o caso e, junto com a equipe da atenção básica, decidir o que fazer. Esse processo de análise do encaminhamento era realizado na Central de Regulação, pelo pneumologista matriciador e acabava servindo a um propósito que era maior que a regulação, que era o processo de educação permanente.

Vale dizer que no momento inicial, todas as guias de encaminhamento para pneumologista estavam somente em papel. A fila de espera de cada UBS era zerada à medida que iam passando pelo matriciamento, já que todas as guias eram reencaminhadas para reavaliação na UBS. Os territórios foram divididos entre os pneumologistas, que passaram a ser referência e matriciadores das unidades do seu território.

Internamente, no departamento, a equipe também começava a questionar muitas coisas sobre sua forma de organização. Uma delas foi a reunião de colegiado. Por mais que se tentasse fazer diferente, eram reuniões informativas, sem muita discussão, que formam perdendo o sentido. A equipe da Divisão de Atenção Especializada não se interessava pelos assuntos da Saúde Mental, que por sua vez também não compartilhava muito suas discussões.

Em meio a essas novas experimentações, em meio à implantação de novos arranjos de cuidado, foram intensificadas as discussões sobre a implantação da Policlínica do Centro que, com o apoio da assessoria do gabinete da secretaria, propiciou que os processos de trabalho do departamento fossem colocados em análise. Voltarei a esse assunto mais à frente, mas não poderia deixar de marcar

esse link importante entre as experimentações e o processo de amadurecimento da gestão do departamento.

5.4 O processo de organização das policlínicas: gestão do cuidado como responsabilidade de todos

Ainda em 2013, no início da segunda gestão do prefeito Luiz Marinho, foram iniciadas algumas conversas, provocadas pela regulação, sobre a relação entre vagas novas que eram ofertadas pelas unidades especializadas e as vagas de retorno. A relação era, em média, 60 a 70% de vagas de retorno e 30 a 40% de vagas de acesso (primeira vez). Numa das visitas à Policlínica Centro, ainda chamada de AEM-I, a gerente da unidade me falou que não sabia o que fazer, pois havia médicos que não aceitavam de maneira alguma que o número de retornos fosse diminuído e que a relação da agenda de alguns chegava a 20% de vagas novas e 80% de retorno. (Diário de Campo)

Achei que seria interessante conversar com alguns médicos para saber o que acontecia. A pergunta era: por que você não “devolve” o usuário para a atenção básica? Nesta mesma visita, entrei no consultório de um dos médicos, um cardiologista, que fora apontado como um dos mais resistentes a dar alta para os usuários. Apresentei-me e iniciei a conversa dizendo que estávamos pensando em estratégias para garantir mais acesso dos usuários aos especialistas, e que gostaríamos de entender o porquê dessa relação entre vagas de primeira vez e retorno e qual a dificuldade em dar alta para o paciente. Se havia palpites? Claro! Na nossa ideia, o especialista ficava confortável em receber sempre os mesmos pacientes em consulta de retorno, pois seria mais fácil, mais rápido e, com isso, teria menos trabalho.

A conversa não foi tão fácil e a resposta não foi tão óbvia! O médico ficou extremamente irritado, disse que se o obrigássemos a dar alta pediria demissão (obrigar a dar alta nem havia sido cogitado!) e que não devolveria os pacientes para a atenção básica de jeito nenhum. Retomei a conversa dizendo que estava somente tentando entender o que acontecia. Um pouco mais à vontade, ele disse que já havia tentado dar alta para alguns pacientes, e que duas coisas aconteciam: os pacientes que não precisavam mesmo ser acompanhados pelo cardiologista acabavam voltando em menos de dois meses e ele não entendia como isso era

possível, já que havia pessoas que chegavam ao seu consultório depois de mais de 4 meses de espera. Outra situação era dos usuários que recebiam alta com a contrarreferência e retornavam depois de algum tempo totalmente descompensados e com a medicação toda alterada. E terminou com uma pergunta: “como eu vou confiar em dar alta para meus pacientes se a atenção básica não consegue sequer manter a prescrição? Para que precisam do especialista, então, se não seguem o que a gente manda fazer?”.

Essa conversa confrontava com outra que vinha da atenção básica, que era sempre escutada durante as EP de território. Os profissionais da atenção básica (médicos, enfermeiros e gerentes) se queixavam muito que os especialistas não “devolviam” os usuários para a atenção básica e quando o faziam não encaminhavam a “tal” da contrarreferência preenchida. Que os usuários chegavam à consulta com o médico generalista sem prescrição, sem relatório e sem exames e que eles acabavam tendo que refazer a prescrição e/ou reencaminhar ao especialista.

A “ruideira” entre os serviços era reflexo da falta de dispositivos de conversa, pactuação, troca de informações e compartilhamento do cuidado entre os profissionais, entre os serviços. Alguma coisa acontecia no meio do caminho e que, apesar das mútuas acusações, o problema não estava nos profissionais, muito menos nos usuários, mas na forma como estavam estabelecidos os mecanismos de comunicação entre os serviços. Em resumo, foi identificado que um dos grandes problemas do clássico sistema de referência e contrarreferência, colocado como o grande elo de comunicação entre os serviços sobre o cuidado a determinadas pessoas, era a fragilidade da conexão, em parte explicada pela distância abissal entre os profissionais da atenção básica e os profissionais da atenção especializada (e todos os outros pontos da rede de atenção). E essa distância, durante a reforma da Policlínica Centro, tenderia a piorar.

Durante a reforma das Policlínicas, os trabalhadores foram distribuídos em unidades provisórias. As especialidades pediátricas ficaram num prédio locado, no centro da cidade. O programa de DST/AIDS/Hepatites passou a funcionar no Hospital de Clínicas e os demais profissionais passaram a atender no CRE Rudge Ramos. Situação bastante desconfortável e tensa, mas que não impediu que alguns

arranjos fossem criados. Um deles nasceu dessa discussão sobre o sistema de referência e contrarreferência que, do jeito que estava armado, não ajudava na garantia da integralidade.

Durante esse período, foram intensificadas as conversas com os profissionais da atenção especializada sobre integralidade e compartilhamento do cuidado. A construção que estava sendo feita era que o usuário não deveria, num sistema complexo e integrado como o SUS, ser o único responsável pela troca de informações sobre seu cuidado entre os serviços. A constatação, a partir das conversas com os profissionais, foi de que o sistema de referência e contrarreferência tinha o usuário como único porta-voz, como o único responsável por levar a informação de um lado para o outro e que se o usuário não levasse a contrarreferência ou se não aparecesse mais na unidade básica, esta não saberia que o usuário teve alta do serviço especializado.

Outra questão, não menos importante, era que não havia outra maneira de a atenção básica saber quando o usuário tivesse tido alta do especialista, a não ser que ele retornasse na UBS para agendar consulta. Como o usuário geralmente não quer deixar de ser acompanhado pelo especialista, não raro ele retornava à UBS solicitando novo encaminhamento ao especialista, criando diversos subterfúgios para isso. CECILIO (2010 p.53) fala dessa questão quando analisa o que categorizou como quatro problemas teórico-práticos, dentre os quais está o que ele descreve como “(...) tensão entre a pretensão de se produzir um usuário disciplinado, guiado pelos procedimentos padronizados e previsíveis – o usuário ideal – e o usuário real, que é autônomo, nômade, que faz escolhas e subverte a racionalidade planejada pelos administradores”.

Não podemos ignorar o fato de que as pessoas vão procurar as portas de entrada que lhes sejam mais convenientes e/ou seguras, e que também traçarão suas redes de cuidado da forma que puderem ou acharem melhor. Movimentos simplesmente disciplinadores nunca deram certo, seja por que são passíveis de furos; seja por que interditam o cuidado, o que é igualmente ruim (ou até pior).

Foram construídos, nessas conversas, alguns conceitos que acabaram sendo discutidos na rede inteira, como não poderia ser diferente. Um deles foi o de que

usuários vivendo com doenças crônicas não devem ter alta de qualquer ponto da rede, mas sim ter o seu cuidado compartilhado em rede. O fundamento presente nessa formulação era de que o usuário vivendo com doença ou condição crônica não pertence a um ou outro serviço. Ele é morador de um determinado território, com uma UBS de referência e, a qualquer tempo, pode necessitar retornar ao especialista, a critério da equipe de atenção básica. Esse usuário não deve entrar numa fila de regulação e ser encaminhado para qualquer especialista. Ele deverá retornar ao mesmo médico que cuidou dele antes, para continuidade do cuidado. A alta é fator de insegurança não só para o usuário, mas para os especialistas também. Portanto, arranjos que promovam a movimentação mais ágil e segura do usuário entre os serviços são bem vistos por ambas as partes. E mais, que isso, fundamentais para a continuidade do cuidado.

Outra ideia importante foi que o especialista deve ser visto como um consultor, um apoio especializado para o manejo de situações em que haja dúvida no diagnóstico, na condução terapêutica ou dificuldade de controle de determinada situação e que não deveria haver uma relação hierárquica destes com os profissionais da atenção básica. Para tanto, seria imprescindível o aprimoramento não só dos mecanismos de comunicação, mas das relações entre os serviços e entre os profissionais.

Um dos mecanismos propostos foi o que se chamou de Manejo Compartilhado do Cuidado. Nesta lógica de que o usuário é morador de um determinado local, com uma UBS de referência e que a responsabilidade pelo seu cuidado é dele e da rede e não de um único profissional ou serviço, torna-se necessário que os mecanismos de troca de informação e possibilidades de compartilhamento do cuidado sejam revistos. Para isso, os especialistas participaram da construção de um documento que substituiu a ficha de contrarreferência, que foi chamado de “Orientações para o Manejo Compartilhado do Cuidado” (ANEXO I).

Esse foi um movimento muito importante, articulado com o Departamento de Atenção Básica, pois significava uma mudança de postura e de forma de relacionamento entre os serviços. Além do documento de manejo compartilhado do cuidado, foi inserido no sistema de informação utilizado no município, o Hygia, um

campo onde era anotada a informação de que o usuário teve seu cuidado compartilhado (não se usava mais a palavra "alta" para condições crônicas). O objetivo era que a UBS pudesse verificar se o documento de compartilhamento havia sido encaminhado.

Uma das queixas dos profissionais, tanto da UBS quanto das policlínicas, era de que o usuário chegava ao serviço sem informações sobre o motivo do encaminhamento, exames realizados, prescrições feitas e demais recomendações. Constatou-se que um dos problemas era o fato de que o usuário era o único responsável por fazer chegar as informações, já que não havia prontuário eletrônico. Essa situação foi resolvida quando a equipe decidiu que a ficha de manejo compartilhado do cuidado não seria entregue ao usuário, mas seria encaminhada por malote diretamente à UBS de referência do usuário. A UBS, por sua vez, deveria, ao receber as fichas, programar o retorno desse usuário à sua equipe de referência na atenção básica para continuidade do cuidado.

Esse arranjo foi iniciado pela cardiologia, visto haver uma cardiologista disposta a discutir os casos com os trabalhadores das UBS de dois territórios e respectivos apoiadores. A avaliação desse processo foi muito boa, especialmente por que os trabalhadores da atenção básica sentiam maior proximidade com a especialista e conseguiam, a partir do debate desenvolvido com ela, dar continuidade ao cuidado dos usuários.

Apesar de haver uma avaliação positiva, não foi possível avançar na proposta de redução dos períodos dedicados a atendimentos dessa cardiologista no ambulatório de especialidades - para propiciar sua presença na discussão de casos nas UBS – em função da pressão da fila e da cobrança por mais vagas para atendimento especializado. Entretanto, essa lógica de "quanto mais vagas, menos fila" seria colocada em análise logo depois.

Em fevereiro de 2016, foi reinaugurada a Policlínica Alvarenga (uma das três Policlínicas planejadas. Na Semana de Integração dos trabalhadores da Policlínica foram realizadas algumas discussões sobre a rede de atenção de São Bernardo do Campo e, mais especificamente, num dos dias da semana de integração fizemos uma roda de conversa sobre algumas ações cuidadoras que já estavam sendo

experimentadas na rede. O objetivo era reiniciar os trabalhos da Policlínica na nova sede com alguns novos combinados e com os dispositivos de compartilhamento do cuidado pactuados entre os trabalhadores.

A esta altura, várias experiências de gestão do cuidado compartilhado em rede estavam sendo implementadas no município:

- a) nos hospitais municipais as equipes hospitalares discutiam com os apoiadores, por meio do Kanban, a alta e o PTS de casos complexos;
- b) também com o apoio da Central de Regulação e dos apoiadores, a comunicação direta entre hospitais e atenção especializada já estava estabelecida, tanto por meio de oferta de vagas em especialidades nos ambulatorios (as chamadas cotas) para os hospitais encaminharem os usuários que tinham necessidade de acompanhamento imediato com o especialista, como por contato direto com os ambulatorios. O objetivo era garantir o cuidado necessário e oportuno;
- c) mais de 90% das vagas de fisioterapia traumato-ortopédica estavam sendo destinadas ao hospital de referência para que o usuário pudesse iniciar a terapia fisioterápica imediatamente após a alta hospitalar, melhorando os resultados e encurtando o tempo de tratamento;
- d) a linha de cuidado para pessoas em anticoagulação, em que uma equipe formada por enfermeiro e cardiologista acompanhava, sem necessidade de agendamento, ao usuários que saíam da internação em uso de anticoagulante;
- e) as vagas de atendimento especializados gerenciadas diretamente pelo hospital, porém, sempre com conhecimento da atenção básica e dos apoiadores, para garantia da continuidade do cuidado.

Havia sido criado um ambiente institucional de organização e gestão do cuidado em que não existiam filtros e nem fórmulas para cuidar das pessoas, e sim princípios norteadores desse modo de fazer, que tinham como centro do cuidado ao usuário e como responsável por este cuidado toda a rede, o que implicava,

necessariamente, em quebra de barreiras e muita conversa e articulação entre os trabalhadores dos diferentes pontos de atenção.

Apesar de, naquele momento, podermos relatar um número muito grande de experiências de articulação em rede e de gestão do cuidado compartilhado, ainda era limitado o número de trabalhadores da AE que estavam operando este modo de fazer, ou seja, era um processo ainda restrito no âmbito da atenção especializada. O chamamento, o convite às pessoas para participarem dos processos, para pensarem sobre seu próprio processo de trabalho ainda era escasso, tímido.

Apesar de toda essa acumulação em rede, na semana de integração dos trabalhadores da Policlínica Alvarenga não planejamos conversas e provocações para colocar em análise os processos de trabalho da Policlínica. O formato do encontro ainda foi de transmissão de informação. Foram boas conversas, com discussão sobre as ofertas existentes. Porém, com pouca produção de deslocamento, pouco espaço para invenção. Foi um convite ao que já estava dado.

A constatação, pela gestão do DAE, de que estávamos fazendo mais do mesmo, ainda que trazendo elementos novos para o debate, convidava a refletir sobre a questão da democracia, da participação e da construção de sentido. MERHY (2005 p. 41), ao falar de democracia institucional, refere-se à importância de fortalecer os sujeitos, por meio da ampliação da capacidade de análise e de intervenção do sujeito e dos grupos. Segundo o autor, a democracia “é um produto social (...), que depende da capacidade social de se constituírem espaços de poder compartilhado: rodas”. E ainda conclui: “A democracia é, portanto, a possibilidade de exercício do poder: ter acesso a informações, tomar parte em discussões e na tomada de decisões. A democracia é, ao mesmo tempo, uma construção e uma instituição”. (MERHY, 2005)

Parto dessa afirmação de MERHY para analisar como vinha sendo operada a gestão na atenção especializada. Não se pode dizer que não existissem espaços de conversa. Havia um colegiado, havia rodas de conversa; eram rodas, mas pregadas no plano formal. Não necessariamente eram lugares onde/para se construía/construíam coisas. Predominava a transmissão de informações e a

tentativa de convencimento em relação a ideias e proposições. Enxergar/reconhecer isso também não foi processo fácil para mim.

Outra questão muito importante estava em disputa: a noção de rede e sua articulação com outra ideia, comum e corrente no país e em São Bernardo, a de que a atenção básica devesse ser a ordenadora do cuidado, conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (MS, 2012).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MS, 2012. Pag.9)

Uma Atenção Básica Fortalecida e Ordenadora das Redes de Atenção: a nova PNAB atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. (MS, 2012. Pag.10)

A ideia não é contradizer a PNAB, mas problematizar o que significa ser ordenadora do cuidado. Segundo o dicionário Aurélio, ordenar é um verbo transitivo direto, que significa dispor de forma organizada; arrumar, organizar.

Muitas vezes, e aconteceu também durante as discussões de rede em SBC, a afirmação de que a Atenção Básica é a ordenadora do cuidado foi traduzida de forma burocrática, formal, reduzida a um fluxo quase compulsório em que o usuário (com quaisquer necessidades e vindo de qualquer ponto de atenção) deveria retornar à sua UBS de referência para passar com o médico da unidade básica para que este o fizesse os necessários encaminhamentos.

A oportunidade desse fluxo compulsório era reforçada pela constatação de haver processos de “fidelização” de usuários em vários pontos da atenção especializada, o que “explicaria” a perda de conexão das Unidades Básicas de Saúde com esses usuários. Ou pior, com a parte do usuário que estava sendo “tratada” na atenção especializada.

Pensando na integralidade, entendida como organização da atenção tomando as necessidades dos usuários como centro, um dos conceitos trabalhados, vinculado às propostas de articulação direta do cuidado entre os pontos de atenção sem necessariamente haver intermediação da atenção básica, foi o conceito de Continuidade do Cuidado. A ideia fundamental era garantir que não houvesse quebra no fluxo de cuidado em nenhuma circunstância.

Em diferentes cenas, diferentes equipes ficariam responsáveis por organizar e articular o cuidado, dependendo das necessidades dos usuários. Por isso a alta hospitalar, por exemplo, começou a ser construída de modo compartilhado. Assim, os apoiadores participavam da construção da alta durante o Kanban e, junto com a equipe do hospital e com representantes das equipes que fossem necessárias, construíam todos os passos necessários ao cuidado de cada usuário, sem que fosse necessários que ele entrasse em nenhuma fila.

Alguns meses depois da reinauguração do CRE Alvarenga, agora como Policlínica, foi reinaugurada a Policlínica Centro (antigo AEM-I). Muita coisa aconteceu nesse período. A própria crítica ao processo de discussão com os trabalhadores da Policlínica Alvarenga suscitou na equipe do Departamento a necessidade de fazer diferente na Policlínica Centro, sob pena de perdermos outra oportunidade.

Mas não era só uma questão de perder ou não a oportunidade, mas de compreender profundamente o que levava aquele coletivo a fazer as escolhas que fazia, a operar do jeito que operava e quais as raízes da dificuldade de articulação da atenção especializada aos demais processos da rede.

A aposta feita pelo departamento foi nos processos de Educação Permanente, convidando os trabalhadores a refletirem sobre seu processo de trabalho e aprenderem a partir das experimentações que derivariam dessa reflexão.

5.5. Processo de educação permanente do DAE e a constituição de um coletivo

“Coletivo organizado designa aqueles agrupamentos que têm como objetivo e como tarefa a produção de algum bem ou serviço. (...) construir capacidade de análise e de cogestão para que os agrupamentos lidem tanto com a produção de bens e serviços quanto com a sua própria constituição” (MERHY, 2005)

Esse tema, o da coordenação do cuidado, muitas vezes era traduzido de modo burocrático, como já comentado. E não assegurava a continuidade do cuidado, nem era suficiente para instituir, a cada caso, a cada situação, um coordenador na prática, que seria produzido a partir das especificidades, das necessidades dos usuários, de seus vínculos, etc. A coordenação do cuidado é uma necessidade e precisa ser construída em cada situação.

Por que trago aqui este tema? De certo modo, a definição burocrática da coordenação não convidava os diferentes pontos da rede ao movimento, à interrogação. Toda essa experiência com a política de reabilitação e com o cuidado às pessoas com problemas respiratórios (além de outras iniciativas com protagonismo importante dos hospitais em SBC) tornava visível uma produção de rede muito mais complexa e em movimento. Para produzir cuidado em rede, todos estavam convocados, convidados, mas em arranjos móveis definidos a partir das circunstâncias. E era assim, entrando nessa movimentação, que seria possível incluir as especialidades médicas e não médicas na produção do cuidado. A ideia, então, seria fabricar cuidado especializado em rede, tendo as necessidades dos usuários e especificidades dos arranjos possíveis como referência.

Até então, a atenção especializada em São Bernardo do Campo não era diferente do que em geral se vê: a atenção especializada pensada como um prédio, um lugar de concentração dos médicos especialistas (seja ambulatório, policlínica, centro médico, ou outro nome que possam dar).

Somava-se a isso a relação de hierarquia entre as especialidades médicas e a atenção básica, produzida a partir da ideia da pirâmide do SUS. CECILIO (2014) descreve que “O que a pirâmide queria afinal representar seria a possibilidade de uma racionalização do atendimento, de forma que haveria um fluxo ordenado de pacientes tanto de baixo para cima como de cima para baixo, realizado através dos mecanismos de referência e contrarreferência, de forma que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços tecnológicos adequados”. No entanto, o desenho da pirâmide associado à ideia de um sistema hierarquizado levou à noção de valoração diferenciada entre os serviços e trabalhadores da base e os dos níveis mais elevados da pirâmide. Valoração diferenciada socialmente em relação à especialização, aos equipamentos sofisticados, à capacidade de resolver problemas; valoração diferenciada em relação à remuneração; valoração diferenciada em relação à complexidade dos problemas enfrentados em cada âmbito do sistema.

A racionalidade administrativa embutida na ideia da pirâmide pode até funcionar para orientar a distribuição de serviços em países menos heterogêneos e desiguais que o Brasil, nos quais a definição técnica em relação à localização de trabalhadores e de serviços pode se efetivar. Não é o caso do Brasil, em que as necessidades e a disponibilidade de recursos não se encontram.

No Brasil., médicos especialistas e prestadores especializados servem ao SUS e ao setor privado e, portanto, estão concentrados nos lugares onde o SUS coexiste com a saúde suplementar. Sua distribuição responde à lógica do mercado e não das necessidades de saúde. Ou seja, onde a presença da saúde suplementar é fraca, também não há especialista para atuar no SUS, a não ser como visitante.

Além disso, historicamente a atenção especializada está organizada a partir da oferta e da demanda e não das necessidades. Usar as necessidades para interrogar a organização dos serviços, sua distribuição, seus fluxos é uma coisa poderosa. Fundamental para problematizar e desconstruir a lógica que permeia o planejamento da atenção especializada, que parte das filas, e não das necessidades. E as filas não são boas orientadoras para o planejamento, já que sua produção tampouco é pautada nas necessidades, e sim na oferta de vagas, nos encaminhamentos indiscriminados, formando o que podemos chamar de “fila fake”.

Considerando toda a acumulação já relatada aqui, em termos de movimentação, entrelaçamento e aprendizagens, quando chegou a vez da inauguração da Policlínica Centro, a equipe do DAE estava segura de que não seria possível inaugurar a unidade fazendo mais do mesmo; não seria admissível perpetuar as mesmas formas de gestão, de organização, de articulação com as demais unidades de atenção.

A semana de Integração (não chamamos de sensibilização; não era esse o caso!) foi um grande marco para nós. Tivemos a participação de ampla maioria dos trabalhadores – muitos médicos presentes e participantes!

Foi um momento muito intenso, já que foi a primeira vez que aqueles trabalhadores e trabalhadoras puderam parar suas atividades durante uma semana para sentarem-se em roda e discutirem sobre seu processo de trabalho. Mais do que isso: foi a primeira vez que estiveram todos juntos. Alguns sequer se conheciam, especialmente os médicos que têm cargas horárias muito distintas e entram e saem dos consultórios sem terem a oportunidade de interagirem com os demais trabalhadores. Divididos em grupos, conversaram sobre o trabalho, sobre o que faziam e o que esperavam da Policlínica após a reinauguração.

O momento mais interessante foi a visita às unidades da rede: o VER-SUS. Foi a primeira vez que a maioria dos trabalhadores, especialmente os médicos, pôde ver uma unidade básica, conhecer seu funcionamento. Os comentários eram incríveis! Uma funcionária da Policlínica, auxiliar de enfermagem, fez um comentário tão simples, mas tão profundo, que conseguiu me desestruturar. “Tudo isso já está acontecendo? Ou é assim que é para acontecer?” (Diário de Campo). Ela falou isso se referindo ao relato de como as coisas funcionavam na atenção básica: acolhimento, reunião de território, atendimento prioritário nas unidades especializadas para pessoas classificadas como Prioridade zero (P0).

Além da visita às UBS, foram realizadas visitas ao Hospital de Clínicas, ao CAPS e à UPA. Uma das turmas que pude acompanhar durante a visita não conseguiu fazer a visita à UPA. E foi uma decisão dos trabalhadores da Policlínica, em especial dos médicos que estavam participando da visita, tão impactados estavam pela primeira atividade.

Eles foram recebidos no CAPS pelos usuários. Participaram da apresentação de um filme de curta metragem que fora feito por uma usuária. Depois, ouviram um pouco sobre a Política de Saúde Mental do município, contada por um usuário do CAPS e pela gestora da unidade. (DIÁRIO DE CAMPO)

A proposta era visitar uma UPA, mas não foi possível como interromper a visita ao CAPS. Ao convidar a equipe para a próxima visita, um médico falou: “unidade de emergência a gente já conhece. Nunca pensei que tivéssemos esse tipo de serviço no município. Por que não conhecíamos?”. (DIÁRIO DE CAMPO). Pergunta desconcertante, mas ao mesmo tempo, motivadora. Como é que um município que havia investido tanto na construção de uma rede de saúde forte, com unidades bonitas, acolhedoras, bem equipadas e com trabalhadores das UBS discutindo o cuidado, trabalhadores das UPAS fazendo classificação de risco de Manchester, discutindo e monitorando tempo entre acolhimento dos usuários com suspeita de IAM e angioplastia primária tinha deixado a atenção especializada tão à parte? Os profissionais da atenção especializada sequer sabiam que as unidades reformadas tinham aquela “cara”, aquele padrão e, principalmente, todas aquelas discussões e ações de cuidado.

A visita aos serviços e as discussões realizadas em plenária e também em pequenos grupos, com a participação dos gestores de todos os departamentos e hospitais que compunham a rede de saúde de São Bernardo do Campo foram disparadoras de um processo muito complexo e rico. A conclusão a que chegaram os trabalhadores e o conjunto de gestores foi de que não daria para iniciar o trabalho na nova policlínica fazendo mais do mesmo. O desconforto, o desejo, os sentimentos, tudo pulsava. Dava para sentir a excitação de alguns, a ansiedade de outros, a desconfiança de uns tantos, mas não indiferença.

Essa agitação de moléculas não poderia ser perdida sendo reiniciados os atendimentos na Policlínica Centro sem colocar em análise o modo como os trabalhadores se relacionavam entre si, os trabalhadores com os gestores e esse conjunto com os usuários e demais serviços da rede de atenção à saúde.

Durante esse processo, alguns estranhamentos, se é que é possível chamar as inquietações desta forma, foram aparecendo. O primeiro deles foi:

Estranhamento nº1: como os trabalhadores da atenção especializada não sabiam das mudanças e dos dispositivos de cuidado que estavam sendo implementados na própria atenção especializada?

Durante a semana de integração, os trabalhadores puderam conhecer os diretores e diretoras dos demais departamentos, conhecer os superintendentes dos hospitais e saber que a linha de cuidado para usuários com quadros de isquemia cardíaca (que possibilitava acesso muito rápido ao cateterismo no hospital, acesso aos cardiologistas e aos procedimentos necessários para delimitar a lesão isquêmica) tinha sido construída por decisão conjunta de gestão, por decisão política e não por que havia uma equipe nova, que montara o serviço, oferecendo vagas.

Souberam que no município os casos complexos eram cuidados por meio de Projetos Terapêuticos Singulares; que os apoiadores participam do Kanban e que as UBS se preparam para receber os usuários que receberam alta de uma internação. Também entenderam o porquê de estarem recebendo pessoas que acabaram de sair do hospital para serem atendidas na atenção especializada. E essa havia sido uma construção bastante tensa, especialmente com a Central de Regulação, já que havia uma fila, um sistema de regulação e o que estava sendo construído era outro modelo de regulação, chamado de "regulação a quente", em que os trabalhadores das diferentes unidades conversavam entre si e podiam encaminhar usuários diretamente entre os serviços, sem necessidade de passar pela central de regulação, se esse fosse o melhor caminho para o usuário.

Foi também durante a semana de integração que os profissionais da atenção especializada souberam que havia um observatório de rede para monitoramento dos casos de reinternação com menos de um mês pós-alta, pois nem tudo são flores e algumas coisas escapam. A atenção especializada estava participando do observatório, muito mais pelo envolvimento da gestão e menos por envolvimento dos trabalhadores das unidades, especialmente no início. Entretanto, começaram a ser realizados, após a reinauguração da Policlínica Centro, movimentos para que os especialistas pudessem participar das reuniões do observatório.

Em uma determinada cena, uma das fisioterapeutas da equipe de reabilitação respiratória foi participar de uma reunião do observatório, onde estaria sendo

discutidos um caso de DPOC grave e, por mera coincidência, tratava-se de um paciente que ela já havia atendido e conhecia há muitos anos. Ela acabou participando da discussão do caso, trazendo elementos muito importantes e, principalmente, trazendo à tona a necessidade de participação dos profissionais das policlínicas nas discussões de casos. Nesse dia ficou pactuado que os casos seriam selecionados e passados ao DAE com antecedência para que a participação dos profissionais que deveriam ser envolvidos na discussão pudesse ser viabilizada.

Outro ganho importante foi a reflexão, a partir das discussões de casos do observatório, sobre os fluxos de atendimento na atenção especializada e se essas pessoas com quadros graves, recém-saídas de uma internação, estariam sendo cuidadas ou se estariam sendo interditadas pela tal da fila da regulação.

A experiência vivida na semana de integração foi bastante impactante. Trabalhadores de diferentes pontos da rede participaram junto com os trabalhadores da Policlínica na discussão dessa experimentação. Foram formados espaços de debate em grupos. Muita surpresa e também interrogações: por que não sabiam de tudo isso? Mais: por que não eram parte de toda essa construção? Por que na policlínica não havia reunião de equipe? Aliás, por que na policlínica não havia equipes?

Esses questionamentos, que saíam das discussões nos grupos, só reforçavam a constatação de que o que a “direção” havia imaginado para a policlínica não responderia essas questões. No máximo havia sido pensada a constituição de colegiados dentro da policlínica, talvez por andar, que já haviam sido divididos por linhas de cuidado com o objetivo de tentar aproximar os profissionais das áreas afins. De novo o que havia era uma proposta centrada no espaço e não no processo, no plano formal e não na intensa rede de interações necessária à produção do cuidado. Embora não parecesse suficiente, não se havia conseguido pensar arranjos mais ousados.

Estranhamento 2 – A ideia de fazer colegiados por andar, que correspondia a alguns núcleos de cuidado comuns, apesar de ser inovadora em se falando de espaços de cogestão na policlínica, já que nunca houvera, ainda soava estranho, forçada, com o peso do que vinha sendo o próprio colegiado do departamento:

espaço de troca de informações. E, apesar de não haver outra proposta ainda, de como fazer diferente, havia a certeza de que esse "diferente" proposto não seria suficiente.

Foram, portanto, as perguntas e expectativas expressas pelos trabalhadores da policlínica que produziram o reconhecimento ou aceitação de que o departamento e o modo de fazer gestão teriam que ser postos em análise. Esse movimento era condição para ser possível propor outra dinâmica de pensar e fazer gestão da Policlínica Centro, policlínica em rede, produção de ações cuidadoras em rede.

E, para operar essas mudanças e transpor as barreiras do pensar que impediam que os processos avançassem, foi necessário pedir ajuda. E essa ajuda veio de uma assessora do gabinete da secretaria que, não por acaso, coordenava o processo de apoio em rede no município.

Colocar os processos e análise e nos colocar em análise como parte integrante do processo não é algo fácil, daí a necessidade de apoio. Na atenção especializada, o envolvimento dos trabalhadores nos processos era bastante heterogêneo, muito pautado em tarefas, sem muita reflexão. Era necessário começar a ativar os espaços de encontro, produzir outras visibilidades, provocar, escutar o que cada um pensava, pensar junto e, principalmente, colocar em análise o modo de operar, o modo de trabalhar.

Neste processo, emerge a ideia de que técnicos pudessem fazer parte de um colegiado de gestão da policlínica, sem cargo, sem atribuição de chefia, mas como referências e com a tarefa de constituir coletivos problematizadores, para colocarem em análise os processos de trabalho de cada linha de cuidado: surge, então, a ideia de Gestores do Cuidado da Policlínica Centro.

Esse movimento de falar da Policlínica e falar do Departamento aparece assim, muito misturado, justamente por que foi esse o processo de construção. A discussão da Policlínica invadindo a agenda de discussão do departamento e o processo em si trazendo estas tantas reflexões sobre o modo de operar do DAE.

Estranhamento número 3: as novas proposições só poderiam ser produzidas em ato, em movimento, a partir da construção de outro modo de inserção da gestão do DAE no trabalho desenvolvido nas Policlínicas. Daí uma proposta de reorganização da dinâmica do Departamento: os trabalhadores que compunham a gestão central do departamento se organizariam como apoiadores do DAE para as unidades (Poli Centro, Alvarenga e CER), em dupla. Cada dupla se aproximaria do cotidiano de trabalho de uma das unidades. Também foi produzida a ideia de um colegiado de gestão, sem cargo, sem carga de chefia, mas como coletivo de referências com a tarefa de constituir coletivos problematizadores, para colocar em análise o processo de trabalho de cada linha de cuidado.

Esse coletivo seria formado por trabalhadores escolhidos em cada uma das linhas de cuidado. E esses trabalhadores, membros do coletivo de gestão da Policlínica Centro, foram chamados de Gestores do Cuidado da Poli Centro.

A aposta que estava sendo feita no Departamento era de que não seria possível constituir um coletivo de pessoas que pudessem de fato participar da gestão do cuidado na policlínica sem que a direção do departamento estivesse sentindo na pele o que era fazer gestão em coletivo. E as fichas dessa aposta estavam sendo jogadas no Processo de Educação Permanente do DAE.

Empresto da tese de doutorado da Débora Bertussi, (2010), não por acaso a pessoa que estava assessorando o departamento no seu processo de análise e mudança, o relato dos fundamentos de sua experiência em João Pessoa:

“Como alternativa, reconhecendo a micropolítica e as especificidades do trabalho em saúde, o apoio institucional matricial. Tomamos o conceito de matriz, definido por Aurélio como o —lugar onde algo se gera e se cria e produzimos, dentro da organização, o conceito de matricial como alternativa ao vertical, para possibilitar relações horizontais entre profissionais de distintas áreas/projetos para endereçar problemas. A ideia fundamental é colocar todas as partes da gestão em contato direto e articulado com o cotidiano do trabalho, operando a seu favor e não tentando subordinar o cotidiano da produção do cuidado às lógicas de cada departamento, coordenação ou setor do nível central.” (BERTUSSI, 2010)

Era essa a proposta; era essa a aposta. Embora esse texto esteja falando da construção do papel apoiador de diferentes partes da gestão central da SMS João Pessoa aos distritos de saúde e sua configuração matricial, ele se aplica de forma integral ao que estava sendo proposto para o Departamento de Atenção Especializada. Entretanto, a função apoio, neste caso, deveria emergir como um dever dos trabalhadores que compunham a gestão do DAE.

Essas reflexões mostram que, mais do que pensar a estrutura física dos serviços, era fundamental que todo o conjunto de trabalhadores da atenção especializada, em especial os trabalhadores da gestão, fossem deslocados, provocados a pensar sobre a organização da rede e o lugar da atenção especializada. Esse processamento sobre o departamento se deu por meio da educação permanente, numa proposta de aprender fazendo e a partir dos conhecimentos e práticas existentes. Esse processo foi apelidado de EP do DAE.

CECCIM (2005), ao falar do tema de educação permanente em saúde no trecho abaixo, ilustra bem o referencial que estava sendo base para a reflexão do departamento:

“O tema da *Educação Permanente em Saúde* coloca um corte na didática geral: não se trata da passagem de um estado de desconhecimento ao de conhecimento, não se trata da melhor e mais eficiente transmissão de saberes, não é uma metodologia pedagógica que se esgota à demonstração pelo aluno da aquisição de informação ou habilidade. Creio que aprofundam este corte os dois instigantes pontos que colho das arguições de ROVERE e MERHY: os processos de territorialização e os processos de subjetivação, a que podemos chamar implicação política e implicação ética ou produção do mundo e produção de si.” CECCIM (2005)

Ainda que tardiamente, pensando no tempo político da gestão, foi feita uma aposta na provocação da análise dos processos a partir da vivência de cada trabalhador para a produção de arranjos que dessem conta do tamanho do desafio, que era produzir a atenção especializada deslocada do seu lugar físico, as Policlínicas, e com foco nas necessidades e não nas ofertas. A própria BERTUSSI

(2010), em sua tese de doutorado, traz os elementos do que estava sendo esperado para esse processo:

“Partia-se do pressuposto de que cada um dos trabalhadores do SUS, na atenção e na gestão, têm ideias, conceitos, concepções acerca da saúde, de sua produção, do sistema de saúde, de sua operação e do papel que cada trabalhador e cada unidade deve cumprir na prestação de serviços de saúde. É a partir dessas concepções que cada trabalhador se integra às equipes ou agrupamentos de profissionais em cada ponto do sistema. É a partir dessas concepções, mediadas pela organização dos serviços e do sistema, que cada profissional opera. A vivência e/ou a reflexão sobre as práticas vividas é que poderiam produzir o desconforto e a disposição para produzir alternativas de práticas e de conceitos para enfrentar o desafio de fazer transformações. Uma informação ou experiência pedagógica só faria sentido quando dialogasse com toda a acumulação que as pessoas traziam consigo. Partir do vivido/experimentado, essas seriam as chaves para a aprendizagem significativa.” (BERTUSSI, 2010)

Foi assim que se deu início à EP do DAE (ainda que a divisão de saúde mental, que também compunha o departamento, não participasse), que substituiu definitivamente a reunião de colegiado. Na primeira reunião, que foi logo após a Semana de Integração dos trabalhadores da Policlínica Centro, o tema discutido foi o papel do DAE no apoio à Policlínica para reestruturação radical dos seus processos de trabalho.

A Policlínica Centro, maior policlínica do município, foi reinaugurada no dia 20/06/2016. A estrutura física da policlínica foi pensada de modo que pudessem ser organizadas as equipes por núcleos de cuidado, os quais foram chamados de Linhas de Cuidado (embora linha de cuidado não possa ser pensada somente dentro de um âmbito de atenção, esse era um convite para que os núcleos da Policlínica já se sentissem provocados a pensar a articulação para fora da policlínica).

A primeira reunião sobre esse assunto foi realizada no dia 29/06/2016, com a participação dos trabalhadores que faziam parte da gestão central do DAE. Com

base na divisão física que havia sido feita na unidade, a assessora de EP propôs a confecção de um mapa da policlínica. A proposta do mapa era identificar quais especialidades compunham cada andar da Policlínica e qual era a ocupação do andar pelos trabalhadores e agrupá-los nas tais linhas do cuidado.

Esse mapeamento resultou, inicialmente, em 06 grupos. No momento da realização desse mapeamento, foi discutido um nome dos grupos que representariam espaços de conversa e organização do cuidado. Esses grupos estavam sendo chamados de Grupo de Linhas de Cuidado (nome que já vinha sendo usado no DAE) e foi tomada a decisão de continuar chamando assim, sem entrar na discussão teórica sobre o assunto. E esse ficou sendo o “apelido” desses grupos.

O objetivo inicial era mapear os trabalhadores, as especialidades, os espaços e a oferta existente e possível em cada andar. O grupo achou que era mais fácil mapear por Recepção. Para entender melhor esta decisão, é importante saber que a Policlínica Centro tem 4 pisos e 5 recepções: a Recepção Central, no térreo; a recepção1, da pediatria, também no térreo; a recepção 2, das pequenas cirurgias; a recepção 3, de doenças infectocontagiosas e doenças osteomusculares e a recepção 4, das doenças cardiovasculares e respiratórias.

Essa divisão dos andares e a aproximação das especialidades que se conectavam diretamente no cuidado de determinados grupos havia sido tomada dois anos antes, quando da discussão da planta de reforma do Ambulatório de Especialidades Médicas I (AEM-I). A discussão sobre esse desenho não havia sido feita com nenhum trabalhador da Policlínica, mas somente entre as pessoas que compunham a gestão (do DAE e da Policlínica). Desenho desconectado do processo... e feito sem a participação dos próprios trabalhadores.

Apesar disso, durante o ano em que a policlínica estava sendo reformada, várias discussões para organização do cuidado foram realizadas e implementadas, embora ainda nas estruturas precárias. O grande problema era a forma como era feito o convite aos profissionais: muito focado nas pessoas que sabidamente aceitariam o desafio, que já eram as consideradas “legais”, “as que topam”. Isso fez com que a maioria dos trabalhadores estivesse à parte do processo, sem saber que

o município era dividido em 9 territórios, com apoiadores trabalhando para articular o cuidado em rede, e que mensalmente todas as unidades dos territórios se reuniam para discutir fluxos, casos, processos de trabalho, etc.

O objetivo das nossas reuniões, agora, era não só pensar a estrutura e o modo de organizar as policlínicas, mas construir um coletivo.

Após a discussão com os trabalhadores da policlínica, foram identificadas 7 linhas de cuidados: linha de cuidado traumato-ortopédica, linha de cuidado infanto-juvenil, linha de cuidado das dores osteomusculares crônicas, linha de cuidado das doenças respiratórias, linha de cuidado infecto-parasitária, linha de cuidado das doenças de pele e pequenas cirurgias e linha de cuidado das doenças metabólicas, mantendo a lógica que havia sido pensada a ocupação física da Policlínica Centro.

Essa forma de ocupar o espaço, levando em consideração a proximidade técnica entre as especialidades médicas (agrupadas nas linhas de cuidado), chegou a ser posta em debate, mas a equipe chegou à conclusão de que o nome usado no momento não importava. Importava o processo de aproximação e conversa. Ao mesmo tempo, era uma lógica fácil de compreender e, associada à inclusão dos demais profissionais da equipe (enfermeiras, nutricionistas, técnicas de enfermagem, etc.), poderia facilitar processos de discussão sobre o cuidado.

Não é novidade e é fala corrente, inclusive naturalizada demais, que os trabalhadores das unidades especializadas acabam ficando muito distantes das discussões de organização de rede, do funcionamento dos serviços, da organização do município, do planejamento, etc. A própria forma de contratação, as encomendas e convites que são feitos a cada trabalhador favorecem esse distanciamento, especialmente quando falamos de médicos. Mas não só deles!

A dificuldade de contratação de médicos especialistas levou a gestão a contratar profissionais com carga horária semanal muito variada, de 10, 12 ou 20 horas semanais, o que desfavorece o vínculo do médico com os demais trabalhadores do serviço. A formação do médico especialista para atendimento privado acaba fortalecendo ainda mais este comportamento isolado e distanciado do serviço. Mas, além da escassez de médicos especialistas para trabalharem no serviço público, opera fortemente a expectativa de quem contrata, os objetivos que

lhes são colocados: expectativa de consultas, expressa em números. Podemos dizer que o tipo de convite interfere no modo como os médicos se aproximam e se vinculam aos serviços.

E estamos dizendo também que o problema não está somente no médico especialista e que é importante discutir o trabalho dos demais profissionais da atenção especializada, também descontextualizado, fragmentado e centrado em procedimentos, a exemplo da fisioterapia, da fonoaudiologia, dentre outros profissionais.

Para que pudesse ser produzido um cuidado em rede era fundamental convidar de outro modo os trabalhadores das policlínicas (como já vinha sendo feito na saúde mental e na reabilitação). Era preciso romper com a alienação e o taylorismo, marcantes na organização existente.

Segundo MARX, a alienação, no processo produtivo do trabalho industrial, é total, já que o processo de trabalho é desmontado e remontado pelo capital segundo sua própria lógica, o que não permite ao trabalhador conhecer ou dominar o resultado final do seu trabalho. Há uma clara separação entre trabalho intelectual e produção. Essa separação entre quem pensa e quem executa também fortalece a relação de hierarquia entre elas (MARX, 1989).

MERHY (2005) discute a ideia de que mesmo no socialismo a sociedade não foi capaz de “fazer cumprir” a possibilidade idealizada por Marx, na qual os trabalhadores, superando a exploração e a alienação, inventariam “um mundo solidário em que haveria lugar para toda a humanidade” (MARX, 1989 apud MERHY, 2005). E atribui a dificuldade, entre outros elementos, à redução das “possibilidades de exercício de uma subjetividade voltada para a resistência à dominação, para a ousadia, para a criatividade e para a composição de interesses com outros sujeitos relativamente autônomos”. O autor ainda associa essa dificuldade à falta de espaço para criação de uma cultura radicalmente democrática.

Em sua dissertação de mestrado, LUZ (2008) traz a discussão de Marx ao procurar mostrar que, “pelo trabalho alienado, o trabalhador não se identifica com o produto do seu trabalho, com seu próprio trabalho, bem como não se identifica enquanto membro da espécie humana. Portanto, a superação do trabalho alienado é

a condição que possibilita a superação de um sistema que impede o desenvolvimento do ser humano.” (LUZ, 2008)

Não estamos falando de produção de carros ou de manufatura de tecidos. Estamos falando da produção de cuidado. Tampouco estamos falando de operários, cujo trabalho pode ser medido em quantidade de peças, que devem ser feitas sempre da mesma maneira. Estamos falando de produção de cuidado que se dá em relações, que podem ser mais ou menos cuidadoras e que podem produzir subordinação entre gestor e trabalhador, trabalhador e trabalhador, trabalhador e usuário, comprometendo o efeito esperado – o cuidado. A padronização do trabalho, a descontextualização, a invisibilidade dos usuários e de suas singularidades comprometem a possibilidade de cuidar.

Estamos falando da implicação, da necessidade de que o processo de cuidar faça sentido tanto para trabalhadores como para usuários. E isso pode ser produzido ativamente, dependendo do convite que se faz, dos arranjos que se constroem, da possibilidade de cada um participar da construção e da produção de sentidos em seu trabalho (FEUERWERKER, 2014). E é nessa perspectiva, de discutir a horizontalidade, a construção coletiva como dispositivo de deslocamento e construção de sentidos compartilhados, que trago a discussão de alienação do trabalho como algo a ser superado também na produção do cuidado em saúde.

Não foi fácil entender essa questão, mas foi fundamental, para poder sair do maniqueísmo de achar que somos produzidos unilateralmente por um modo de viver, e sim reconhecer que somos produtores desse modo de viver. Para entender esse movimento, a leitura de DELEUZE foi fundamental. Especialmente sobre a segmentaridade. FEUERWERKER (2014), apoiada naquele filósofo, diz que “o homem é um animal segmentário - a segmentaridade pertence a todos os estratos que nos compõem, desde o biológico, afetivo ao social e ao político. Somos segmentarizados a partir de linhas de diversas naturezas, que podem ser agrupadas em três tipos: linhas de segmentaridade dura, de segmentaridade flexível e as linhas de fuga.”

Feuerwerker (2014) ainda ressalta que “Exatamente aí nesse encontro entre as duas primeiras linhas é que se configura o terceiro conjunto de linhas (que

precede as outras e ao mesmo tempo sai delas), composto pelas linhas de fuga, que produzem uma máquina mutante, fabricante de todos os movimentos de desterritorialização. Esse é o plano do instituinte, da invenção”.

E era essa invenção, a produção de sentido, a fabricação de linhas de fuga que se buscava para que as Policlínicas passassem a fazer parte da rede. Não por que estava escrito num protocolo, mas por que isso fazia sentido para os trabalhadores.

Ao mesmo tempo em que eram discutidos os modos de fazer gestão, colocando em análise o processo de trabalho, o modo do departamento se relacionar com os gestores e com trabalhadores das unidades, eram operadas mudanças profundas no modo de organizar os processos de trabalho na Policlínica Centro.

Uma das preocupações apresentadas pelos gestores do DAE foi a de garantir sustentabilidade para as mudanças que estavam sendo discutidas e implementadas na atenção especializada. Se fossem mudanças somente de fluxo de usuários entre as UBS e as policlínicas/CER, seria muito mais tranquilo. Entretanto, estávamos falando de mudanças mais profundas, que alteraram não só a rotina dos profissionais, mas que deslocaram, desconfortaram todos os atores: equipe de saúde, equipe de gestão e população.

A grande questão é que estes deslocamentos, estes desconfortos deveriam, antes de qualquer coisa, fazer sentido: tanto para os trabalhadores quanto para o conjunto de gestores e apoiadores. Entretanto, quando falamos em apoiadores do departamento, estamos falando exatamente do que?

Este foi um dos primeiros temas a serem tratados no departamento dentro do colegiado. O colegiado foi formado pelas gerentes das Policlínicas (Centro e Alvarenga) e CER, pela diretora e assistente de direção, pela coordenadora e apoiadora técnica da sessão de SADT, pela coordenadora do apoio administrativo do DAE e pelas 3 médicas, a fonoaudióloga e o sanitarista que conformavam o grupo de apoio da divisão ambulatorial. Já havia certa divisão de tarefas na organização do departamento, segundo a qual cada médica apoiava uma das policlínicas. Esse apoio, até então, era muito voltado à resolução de problemas

administrativos, tais como contratação ou demissão de profissionais, conversas sobre agendas (individualmente) entre outras questões.

Como sair desse lugar de “braço da gestão do departamento” para a construção de um lugar de “função apoiadora”?

A proposta da realização da EP do Departamento foi de levar todos a pensarem sobre seus processos de trabalho e no que poderiam contribuir para a mudança de modelo de atenção e de gestão na atenção especializada, com rápida repercussão nas unidades. O efeito esperado era a ampliação da caixinha de ferramentas dos apoiadores do departamento para serem apoiadores de processos de cuidado e não de processos administrativos. Ainda que a discussão sobre a organização das agendas fosse alguma coisa necessária à organização dos processos de cuidado, na linha do “desconfortar-discutir-fazer sentido”, é fundamental que as equipes participem da construção das agendas.

Na primeira reunião de EP do DAE, o assunto principal foi a organização do processo de trabalho da Policlínica. Entretanto, esse era um convite a repensarmos o processo de trabalho do departamento. Portanto, uma das primeiras questões pactuadas foi a de que o Coletivo de Gestão do DAE deveria também ser composto pelos gerentes das unidades especializadas.

Até então, havia um colegiado do DAE de que participavam somente os técnicos sediados no departamento e um colegiado geral, do qual participavam todos os técnicos do DAE (das duas divisões: ambulatorial e saúde mental) e os gerentes das unidades.

Nesse novo formato, não haveria mais o colegiado geral e sim um coletivo com a participação de todos os gestores das unidades ambulatoriais (policlínicas e CER).

Outra questão importante foi a construção da ideia de um departamento apoiador e não um departamento ditador de regras e protocolos. A função apoiadora para o Departamento era algo extremamente novo. O desenho departamental vem, eu seu interior, carregado de uma hierarquização das relações que é transferida a todos os campos da gestão, inclusive para a gestão das unidades.

Era necessário sair do lugar de quem dita as regras diretamente do gabinete e vai até os serviços para monitorar seu funcionamento a partir de regras e metas pré-estabelecidas, para a função de provocador, de problematizador dos processos, com o objetivo de levar cada trabalhadora e cada trabalhador a refletir sobre seu processo de trabalho, de modo que as propostas e mudanças que viessem a ser pactuadas de forma coletiva, num processo de produção compartilhada de sentido.

“Como reconhecemos que cada trabalhador de saúde e cada usuário operam com uma concepção de saúde e de cuidado, que é no espaço do encontro com o usuário que se concretiza o momento de autonomia do trabalhador para expressar e operar suas concepções e que na unidade de saúde, portanto, há múltiplos projetos de saúde (ocultos) operando, em disputa, tentando prevalecer sobre os demais, reconhecemos que a gestão precisa alcançar esse espaço. Reconhecemos que para fazer gestão é necessário mediar essa disputa, criar espaços de encontro para produzir diálogo e pactuação entre gestão e trabalhadores, entre os trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.” (BERTUSSI, 2010)

Dentre todas as reflexões realizadas sobre a atenção especializada, a mais profunda talvez tenha sido a levou ao reconhecimento de que o cuidado especializado não está localizado somente nos serviços especializados. Existe cuidado especializado em todas as unidades de saúde, inclusive na atenção básica e a interseção entre os especialistas e médicos generalistas precisa transcender os muros das unidades. Um dos dispositivos para isso ocorrer era justamente a ampliação dos espaços de matriciamento e atendimento compartilhado. Tirar os especialistas de dentro do ambulatório. A experiência da pneumologia mostrou que esse era um arranjo muito potente.

Outra questão muito importante era produzir cuidado pensando na transição do cuidado em rede, ou seja, o fortalecimento de processos comunicativos entre os trabalhadores das unidades, de modo a diminuir a chance de solução de continuidade no cuidado entre os serviços responsáveis pela produção de cuidado a dado usuário.

Ainda, nesta primeira reunião, foram elencados assuntos que, para os trabalhadores do departamento, deveriam ser debatidos e problematizados:

- a) Pensar no cuidado das pessoas com processos menos graves que agudizam e cujo único caminho acaba sendo a UPA;
- b) Problematicar o que significa “atenção básica como ordenadora e coordenadora do cuidado”, uma vez que estava se falando de rede poliárquica e de continuidade do cuidado no conceito de integralidade;
- c) Organização da Policlínica Centro: colocar os trabalhadores em outros espaços de discussão, com responsabilidade de pensar coletivamente o processo de cuidado. Saiu daí a ideia de propor aos trabalhadores que constituíssem grupos por linhas de cuidado, com participação de todos os trabalhadores, e que estes elegessem representantes de cada linha, os “gestores de cuidado”, que mensalmente se reuniriam, também num processo de educação permanente, para discussão dos processos de trabalho e de gestão do cuidado da policlínica.

A proposta do grupo de apoiadores do departamento era de organização de sete linhas de cuidado, cada qual com duas referências, perfazendo um grupo de gestores do cuidado formado por 14 trabalhadores, com a recomendação de que houvesse pelo menos um médico em cada dupla. O objetivo era somente de aproximar os médicos das discussões mais coletivas e incluí-los nos processos coletivos de gestão da unidade, já que esses quatorze trabalhadores constituiriam o Colegiado de Gestão da Policlínica.

Não era possível separar o processo de educação permanente do departamento da necessidade de instituir o mesmo processo na policlínica centro. A política de Educação Permanente, ao colocar a problematização do trabalho em saúde como estratégia metodológica, já nos dá pistas do porquê dessa indissociabilidade:

“(...) A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se, portanto, que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação

das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização da atuação e da gestão setorial em saúde. Neste caso, a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e no seu foco central. A formação e o desenvolvimento englobam aspectos de produção de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento do SUS. (...) As demandas para a capacitação não se definem somente a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, prioritariamente, desde a origem dos problemas que acontecem no dia-a-dia do trabalho referentes à atenção à saúde e à organização do trabalho, considerando, sobretudo, a necessidade de realizar ações e serviços relevantes e de qualidade. É a partir da problematização do processo e da qualidade do trabalho – em cada serviço de saúde – que são identificadas as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas”. (BRASIL, 2004)

O coletivo do DAE pactuou reorganizar o apoio das unidades de atenção especializada, fazer encontros de EP de 15 em 15 dias com o grupo de gestores do cuidado da Policlínica Centro, com a participação de toda a direção do DAE e da Débora Bertussi, para fortalecer, especialmente neste início, a instituição desse novo espaço de gestão. Aliás, essa era uma questão importante: cuidar do processo e construir a governabilidade dos apoiadores dentro do serviço.

6. Policlínica Centro: dentro da nova roupagem, um novo modo de cuidar

A Policlínica Centro é uma unidade que contava com 228 trabalhadores, sendo 99 médicos; era referência nas especialidades: acupuntura, alergologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, gastroenterologia, geriatria, ginecologia e urologia (específicos para o programa DST/HIV/hepatites), hematologia, hepatologia, infectologia, nefrologia, neurologia, oftalmologia, ortopedia, pneumologia e reumatologia. Também era referência para as especialidades pediátricas de alergologia, cardiologia, endocrinologia, gastroenterologia, hematologia, infectologia, nefrologia, pneumologia, reumatologia.

Além das especialidades médicas, a unidade também era referência em reabilitação respiratória, traúmato-ortopédica e lipodistrofia. Também contava com profissionais da área de Terapia Ocupacional e Nutrição.

Uma das características previstas para a Policlínica Centro era ter maior resolubilidade e, para isso, seria necessário dispor de exames que garantissem mais agilidade ao diagnóstico e acompanhamento dos usuários. Portanto, era referência para exames e procedimentos que atendiam a maioria das especialidades da unidade, como auto refração e ceratometria, ECG, espirometria, imunoterapia, mapeamento de retina, pequena cirurgia, pHmetria, testes alérgicos, baciloscopia (para tuberculose e hanseníase), PPD, teste de Mitsuda, coleta de exames de CD4, CD8, carga viral, genotipagem, genotipagem hepatite e biópsia de pele.

O Ambulatório de Especialidades Médicas I, como era chamada a Policlínica antes da inauguração, teve que ser desmembrado durante sua reforma. Os profissionais foram alocados no Centro de Referência Especializada do Rudge Ramos, para onde foram a maioria dos trabalhadores; no Hospital Municipal de Clínicas, onde passou a funcionar o SAE de DST/AIDS e Programa de Hepatites e Tuberculose, além de uma unidade provisória que fora alugada para abrigar as especialidades pediátricas, que depois foram novamente relocadas, desta vez para o Centro de Reabilitação – CER IV.

Durante esse período, que durou um ano e meio, apesar dos problemas, cada espaço com um grau de dificuldade e de conflito diferente, algumas ações avançaram. Uma delas havia sido o matriciamento de pneumologia. A outra foi a implantação do manejo compartilhado, do atendimento compartilhado e do atendimento por Skype pelas especialidades pediátricas. Nesse período também foram estreitados os laços com a regulação, o que fez emergir discordâncias, conflitos e possibilidades de construção de acordos, o que viabilizou uma série de processos, dentre eles, a aproximação dos especialistas e da ideia de cuidado da frieza dos encaminhamentos feitos de qualquer maneira.

Embora tenha havido alguns avanços, a junção de dois serviços num único prédio foi extremamente desgastante. Não era tarefa fácil constituir uma unidade entre os trabalhadores nas condições em que estavam, o que se expressava, por exemplo, na divisão de tarefas dentro da unidade, especialmente do CRE Rudge Ramos. Havia dois SAME, duas recepções e até no administrativo havia problemas, como encaminharem as folhas de ponto separadamente, atrasando as folhas dos profissionais do AEMI.

Na ocasião, o que pareceu solução para o problema foi a unificação da gerência da unidade (havia duas gerentes, que foram transformadas em gerente e uma coordenadora médica). Parece óbvio, depois de todo o processo vivido e do que aprendemos com ele, que mexer na estrutura de comando não necessariamente refletiria na configuração micropolítica do serviço, que continuava dividido em dois.

6.1 Gestores do cuidado: o cuidado entrando na agenda dos trabalhadores da policlínica centro

Como já mencionado, uma semana após a inauguração, foram iniciadas as discussões com a equipe de trabalhadores do DAE para construção da proposta de Educação Permanente para a Policlínica Centro.

Dentre os movimentos pensados para a Policlínica Centro, estava a necessidade de incluir os trabalhadores no processo de gestão do cuidado. Inicialmente, deslocando os trabalhadores do lugar de executores de procedimentos para o lugar de responsáveis pelo cuidado, tanto dentro da unidade quanto na rede de saúde.

O arranjo proposto pelo coletivo de gestão do DAE foi de formação de grupos por linhas de cuidado, com uma dupla (ou trio) como referências de cada grupo. Conforme já relatado acima, essas pessoas de referência foram chamadas de gestores do cuidado.

Havia um desafio muito interessante nessa proposta, que era trabalhar para que os gestores do cuidado tivessem legitimidade suficiente para levar as discussões de cada Linha de Cuidado para o coletivo de Gestão da Policlínica sem que se tornassem chefes, coordenadores ou coisa do tipo.

A proposta foi levada pela equipe de apoiadores do departamento para os trabalhadores da Policlínica. Em reuniões por andar, foi solicitado aos trabalhadores que se candidatassem ou indicassem colegas para serem os "Gestores do Cuidado" daquela linha de cuidado à qual faziam parte.

Participei de algumas dessas reuniões e, em especial, na LC de Pediatria, a receptividade foi muito boa. Houve participação de todos os médicos que estavam atendendo no dia da reunião. Participaram, também, a psicóloga, a enfermeira e a nutricionista. Elegeram as representantes do grupo: uma médica e a nutricionista.

E assim aconteceu com todas as sete linhas de cuidado propostas.

A resposta dos trabalhadores ao movimento proposto foi tão rápida que, na primeira reunião, que chamamos de EP dos Gestores do Cuidado, todos os representantes das Linhas de Cuidado já estavam participando, com exceção da LC de ortopedia.

Nessa reunião, discutimos os "Como (s), Por que (s) e Para que (s)" ligados à gestão do cuidado. Foram realizadas discussões em grupo, com uso de tarjetas, e depois da apresentação e discussão algumas tarjetas foram reescritas, em conjunto, com todo o grupo. Depois da produção das questões, cada linha pôde colocar como

estava processando em suas reuniões o tema do cuidado e os desafios que vinham enfrentando.

Alguns depoimentos chamaram a atenção pela expressão da implicação, da motivação com o trabalho:

“o residente pediu um potinho. Eu deixei meu paciente para resolver, por que eu disse pra ele que o que ele precisasse eu estaria aqui para ajudar. Isso é gestão. É outra dinâmica que temos que arrumar no nosso andar. Além de estarmos levando a proposta da gestão, nós mesmos já estamos com outro olhar. Nós não só estamos levando a proposta de gestão do cuidado para a equipe, mas nós já estamos vivendo isso.”

Essa é a transcrição do relato de uma enfermeira (que era técnica de enfermagem, mas foi promovida durante o processo, já que tinha formação em enfermagem), gestora do cuidado da LC de Pele e Subcutâneo, sobre as discussões da linha de cuidado, da qual participavam também os cirurgiões, que faziam pequenas cirurgias, e as dermatologistas.

Numa das reuniões dessa linha de cuidado, estava participando também uma alergologista. Foi muito interessante o depoimento que ela trouxe da reunião que havia sido realizada na Linha de Cuidado de Pediatria, em que as alergologistas reivindicavam que algumas especialidades deveriam participar de mais de uma linha de cuidado. Ela trouxe como exemplo a própria alergologia, que fazia interface com a Pediatria, com a Linha de Cuidado de Doenças Respiratórias e com a Linha de Cuidado de Pele e Subcutâneo.

Foi interessante ver nesta reunião a troca de experiências no processo de discussão com os “membros das linhas de cuidado”.

Uma médica que era gestora do cuidado da linha de cuidado de Pediatria fez o seguinte depoimento depois da fala de uma gestora do cuidado da Linha de

Tráumato-ortopedia, que disse que na pediatria o processo era mais fácil, assim como na conversa com geriatras:

“na pediatria foi mais fácil, mas também tem resistências. Ouvi xingo, que “tô sobrecarregada, etc., achando que é para dar mais trabalho, já tô sobrecarregada”. Eu entrei nesse negócio para tentar melhorar a vida de todo mundo e não para dar mais trabalho. Fui na tentativa de falar a mesma língua.”

Cada Linha de Cuidado estava em um momento de discussão, até por que algumas iniciativas e alguns outros convites já haviam sido feitos anteriormente a algumas especialidades. As gastroenterologistas, por exemplo, já haviam trabalhado um protocolo de acesso e de cuidado e já haviam construído uma relação de trabalho mais próxima com a enfermagem, que fazia as avaliações dos usuários encaminhados para colonoscopia. No relato da enfermeira que era gestora de cuidado da Linha de Cuidado de Gastrointestinal, ela diz:

"As médicas propuseram fazer uma lista de médicos que estão encaminhando de forma incorreta para que elas pudessem entrar em contato"

A própria trabalhadora relata que os médicos estão propondo, sem perceber, o matriciamento dos médicos da atenção básica.

As reuniões terminavam sempre com alguma tarefa ou a proposta de uma pauta de discussão para ser feita nas reuniões de linha de cuidado e uma avaliação. Numa das primeiras reuniões, por exemplo, algumas questões para reflexão surgiram do próprio grupo, e foram deixadas como disparadoras para as reuniões das linhas de cuidado:

De que apoio as pessoas das Linhas de Cuidado precisam?

Como produzimos deslocamentos do lugar onde estamos?

O lugar mais confortável é o lugar a que estamos acostumados. Como produzir desconfortos? O desconforto produz mudança? O desconforto precisa ser sempre ruim?

O processo de constituição de coletivos tanto no DAE quanto na Policlínica foi fruto do amadurecimento de uma série de processos intensos, porém desconexos, que já estavam sendo implementados. Esses movimentos ficaram marcados e refletidos no depoimento da Gerente da Policlínica Centro:

“Entendo que a mudança é extremamente difícil, pois há muitos anos estamos nos mantendo nessa forma de construção. A desconstrução disso é um grande desafio para qualquer gestor que estiver nessa unidade com certeza. (...) Iniciamos o acolhimento com a enfermagem na frente ajudando a recepção na inspeção de problemas e após essas pessoas seguiam para uma sala de maior privacidade, foi uma loucura essa desconstrução, visto que nesse momento ainda tínhamos filas de espera para retorno de mais de um ano em todas as especialidades, foi um grande desafio e conseguimos após alguns meses estabelecer um acolhimento resolutivo e reflexivo (com escuta mais qualificada e níveis interessantes de solução de problemas)”;

Fizemos acontecer várias coisas ao mesmo tempo: o matriciamento, acolhimento, a adesão dos funcionários ao projeto e a população entendendo e também achando que a resolução dos problemas era maior.

Deixamos de dizer não para tudo e iniciamos a resolução dos problemas de formas e maneiras diferentes para ajudar o usuário, ou seja, deixamos um pouco de estarmos dentro do núcleo profissional de atuação, o mais técnico da enfermagem e, saímos para um mundo um pouco mais informal e de gestão de processos.

Ajudamos na introdução do Compartilhamento do Cuidado com a meta para estabelecer maior vínculo com a (atenção) básica além do telematriciamento.

Fizemos e iniciamos as reuniões de equipe (por especialidade) e colocamos pessoas nas reuniões de território; fizemos visitas às UBS e levamos os especialistas para fora dos muros, o que foi muito legal para criar vínculo.

Iniciamos muitos processos internos como gestores dos cuidados em doenças respiratórias (cuidado multiprofissional) e, estamos Apostando Ainda na sua maior resolutividade; as reuniões de linhas de cuidado que uniu profissionais de todas as áreas para discussão dos processos. Após a reforma já na policlínica, iniciamos as EP internas e, tantas coisas eu aprendi com tudo isso, e ainda estou aprendendo. Foram muitas coisas que mudamos desde que iniciei na policlínica. Nada é igual ao que era antes graças a Deus!!!! Todos os processos foram de alguma forma, discutidos e construídos e desconstruídos e de alguma forma alinhado em sua grupalidade; Ainda lógico, temos muito a fazer. “Gerente da Policlínica Centro” (Diário de Campo, dezembro de 2016)

7. Aprender a ser outro é um processo de educação permanente

RETRATO DO ARTISTA QUANDO COISA

*A maior riqueza
do homem
é sua incompletude.
Nesse ponto
sou abastado.
Palavras que me aceitam
como sou
— eu não aceito.
Não aguento ser apenas
um sujeito que abre
portas, que puxa
válvulas, que olha o
relógio, que compra pão
às 6 da tarde, que vai
lá fora, que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai. Mas eu
preciso ser Outros.
Eu penso
renovar o homem usando borboletas.
Manoel de Barros*

Iniciei essa dissertação falando bastante do como fui me constituindo como trabalhadora do SUS e como gestora, do quanto me acomodei, fazendo o mesmo, o designado, o combinado, muitas vezes incomodada, mas sem saber como fazer diferente.

Havia aprendido que fazer gestão significava, na maior parte do tempo, conhecer as portarias, os cadernos de orientação técnica e as publicações oficiais e, com este arsenal, trabalhar para concretizar os princípios do SUS. Entretanto, a vida, e especialmente trabalhar na chamada atenção especializada, me mostrou que portarias e boa intenção não eram suficientes. A grande diferença aqui foi a proximidade dos problemas concretos de pessoas concretas. Significava que pensar grandes projetos para serem executados por outras pessoas, que não participaram de sua elaboração, fazia com que os tais projetos não tivessem sentido para os "executores".

Hoje me parece obvio, e custei a escrever esse parágrafo, pois me soou até ridículo. Mas talvez seja essa a beleza de tudo. Reconhecer que também sou sujeito de um processo, que também preciso repensar e ter possibilidade de aprender, na prática, a fazer diferente.

Constituir-me como pesquisadora, e uma pesquisadora totalmente *in-mundizada*, me fez colocar em análise não só o processo de trabalho instituído no Departamento de Atenção Especializada, mas minha própria maneira de colocar em prática aquilo que, na teoria, já me era muito familiar e em que eu acreditava.

E o que mobiliza a fazer diferente? Como chegar a tamanho incômodo, a ponto de dizer "*Perdoai. Mas eu preciso ser Outros.*"? (Manoel Bandeira)

E é aqui que entrou a educação permanente. Não foi durante a participação nos processos de consolidação do SUS em São Bernardo do Campo que tive contato e discuti educação permanente pela primeira vez. Já no governo da Marta Suplicy em São Paulo, durante o processo de reconstrução do SUS pós-PAS (desastre iniciado no governo do Maluf. Porém, apesar da vontade de falar mais sobre isso, não o farei neste trabalho), iniciamos, em algumas Coordenadorias de Saúde de Subprefeituras, a discussão sobre educação permanente.

A própria concepção das subprefeituras trazia, em sua gênese, a perspectiva de criar espaços de poder com autonomia na construção de agendas locais, "originadas das demandas públicas e populares, expressão da diversidade de cenários encontrados em cada bairro, dentro dele ou em grupos deles." (CAPUCCI e GARIBE FILHO, 2004).

Portanto, era do âmbito de decisão de cada Coordenadoria de Saúde o que priorizar, que modelagem de organização do cuidado fazer, etc. E neste período, com apoio do Túlio Franco, iniciamos "rodas de educação permanente", com o objetivo de formar um Núcleo de Educação Permanente na Subprefeitura.

Estávamos, neste período, iniciando as discussões da Política de Educação Permanente, recentemente publicada pelo MS por meio da Portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004. Tivemos apoio do Tulio Franco para darmos início ao polo de educação permanente da região Leste II, portanto, o contato com a política de

educação permanente, a disponibilidade para movimentar os trabalhadores, discutir processo de trabalho, etc. já estavam presentes. Mas, ainda assim, não virou.

Há uma frase que escutei muito durante este processo todo e que acabou virando um mantra, já que fez total sentido para mim: a maior ou menor participação das pessoas nos processos de mudança; a maior ou menor implicação dos trabalhadores e trabalhadoras depende muito de como é feito o convite e o que este convite mobiliza. Podemos, dependendo de como fazemos o convite (ou como somos convidados), mobilizar o que as pessoas têm de melhor ou, ao contrário, mobilizar todas as forças contrárias ao processo de mudança (FEUERWERKER, 2014).

CECÍLIO (2007), ao introduzir a discussão de quão fácil é a "gestão em saúde" enxergar os trabalhadores como um recurso (recursos materiais, recursos financeiros, recursos humanos) traz um conceito que me ajuda a pensar o que se passava comigo e, provavelmente, influenciava sobremaneira minha forma de fazer gestão: o conceito de "trabalhador moral". Segundo CECÍLIO:

"trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes /intelectuais/ gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários. Então, trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais —participativos e democráticos propostos por aqueles atores, como consegue traduzir e implementar, na sua prática cotidiana, os conceitos que eles apresentam. O trabalhador moral seria, então, uma folha em branco onde os gestores ou gerentes escreveriam o seu texto, por mais que tal ideia possa parecer, à primeira vista, aparentemente superada e grosseiramente simplificadora. Enfim, o trabalhador moral poderia ser caracterizado como um ator des-historizado, desterritorializado e pronto a orientar, de forma automática, sua prática pelas diretrizes definidas pelos dirigentes das organizações."

Essa é a grande questão da educação permanente: por meio destes que reconhecemos como os justos, os que sabem do que estão falando, somados à nossa prática cotidiana e ao reconhecimento dos saberes e daquilo que mobiliza

cada trabalhador, podermos analisar criticamente as propostas, as formulações, as experiências, as políticas e traduzirmos isso tudo em práticas e novos saberes.

Durante os primeiros anos à frente do DAE, colocar-me na postura de quem deveria sempre ter as ideias, as respostas e as iniciativas era algo natural, afinal de contas, eu era a diretora. Ao colocar em análise o processo de apagamento do departamento, desconstrução das funções pré-estabelecidas e encaixotadas e construção da função apoiador do DAE em cada componente da gestão, tudo isso fazendo parte da construção desta dissertação, também eu tive que me rever enquanto trabalhadora, gestora e militante do SUS.

O processo de Educação Permanente do DAE, sob a batuta provocadora de deslocamentos de uma companheira de gestão e de luta, a Débora Bertussi, nos desafiou a colocarmos o departamento e o nosso processo de trabalho em análise. A construção de sentido para tudo o que estávamos fazendo e ainda o que estávamos propondo ficou expressa numa das últimas atividades do período, na qual todos nós fomos provocados a fazer uma análise do processo e levar para processamento na última reunião. Não tem como não achar emocionante e extremamente mobilizador, especialmente relacionando com uma das reuniões realizadas, na qual construímos o conceito de gestão do cuidado.

Na reunião na qual discutimos o conceito de gestão do cuidado, cujo produto transcrevo aqui:

GESTÃO DE CUIDADO

PRINCÍPIOS:

- Acesso/equidade.
- Gestão participativa.
- Indivisibilidade entre o cuidado e o administrativo.
- Integralidade.
- Multidisciplinaridade.
- Produção de coletivo(s).
- Resolutividade.
- Usuário centrado.

O QUE?

Forma de organizar o processo de trabalho considerando:

- Cuidar dos diferentes encontros necessários para a produção dos coletivos.
- Fazer o usuário perceber que o cuidado é compartilhado.
- Garantir a continuidade do cuidado na rede, através da articulação dos diversos serviços e ofertas de cuidado, buscando atender as necessidades dos usuários, de forma oportuna e integral.
- Garantir a participação do usuário na construção de seu PTS, promovendo sua autonomia e corresponsabilização.

COMO?

- Articulação das tecnologias leve; leve/dura; dura.
- Atenção especializada em e na rede.
- Compartilhar o cuidado do usuário de forma multiprofissional.
- Coordenar discussões, que considerem as diferentes disputas de conhecimento, dentre outras.
- Discussão de caso.
- Educação permanente.
- Interconsulta.
- Mapear o conjunto de casos atendidos pela equipe.
- Produzir cuidado de forma multidisciplinar, tendo o usuário como centro.
- Projeto terapêutico compartilhado.
- Matriciamento entre equipes e na rede.
- Monitoramento das ações.

O processo de discussão para que o grupo chegasse a esse produto foi muito intenso e resgatou, deu sentido, a várias coisas que vinha sendo feito (ou se pensava fazer) na relação entre a gestão e as unidades. Lembrando que participaram deste processo não só as pessoas da gestão central do departamento, mas também as gerentes dos serviços.

Voltemos à última reunião, cujo objetivo não era mais a discussão de conceitos, mas a avaliação do processo, e por isso mesmo carregada de afetos e de sentidos. Para localizar as análises realizadas pelos trabalhadores que estavam participando da EP do DAE no momento histórico que estava sendo vivenciado,

vale lembrar que, a esta altura, já havia ocorrido o processo de eleições municipais e haveria a troca de comando e, por conseguinte, de projeto na prefeitura. Mas algumas pessoas permaneceriam e a esperança de consolidação desse projeto, também.

O convite que foi feito pela "provocadora" ao grupo era de fazer uma reflexão, por meio de uma narrativa, sobre como cada um estava se vendo como gestor e o que aprendeu no processo e seu papel como parte do Departamento de Atenção Especializada. Transcrevo abaixo trechos destas reflexões:

Gestora da Policlínica Centro:

“Nos últimos meses após a inauguração da policlínica, aprendi muito, principalmente em relação à disputa de poderes diversos, muitos deles bem difíceis, pois, 3 serviços que estavam separados se uniram em um só local”. A pediatria e a unidade adulta já me reconheciam e me viam como sua líder acha que o reconhecimento de um novo líder para o setor de infectologia foi e ainda é o maior desafio. Acho que a forma e os jeitos até hoje introduzidos nesse local são realmente bem diferentes, ainda tratam as coisas como Programa (todos separados) e, uma maneira de fazer que a, meu ver, precisa de alinhamentos;

Entendo que a mudança é extremamente difícil pois há muitos anos estão se mantendo nessa forma de construção. A desconstrução disso é um grande desafio para qualquer gestor que estiver nessa unidade com certeza.

Quanto a enfermagem pude contar sempre com todos e, enquanto não tínhamos os grupos de gestores do cuidado, os enfermeiros e a equipe de enfermagem foram quem me ajudaram em vários processos internos administrativos (...) e de iniciar o projeto acolhimento na atenção especializada (adulto), esse desafio foi muito interessante por que, vindo da atenção básica, sabia o quanto poderia ajudar na resolutividade dos processos, principalmente quando cheguei no Rudge onde não tínhamos nem mesmo datas de férias dos profissionais médicos organizados e

tínhamos furos diários de agenda com reclamações e ouvidorias diárias e em grandes quantidades.

Iniciamos o acolhimento com a enfermagem na frente ajudando a recepção na inspeção de problemas e após essas pessoas seguiam para uma sala de maior privacidade, foi uma loucura essa desconstrução, visto que nesse momento ainda tínhamos filas de espera para retorno de mais de um ano em todas as especialidades, foi um grande desafio e conseguimos após alguns meses estabelecer um acolhimento resolutivo e reflexivo. (com escuta mais qualificada e níveis interessantes de solução de problemas);

Fizemos acontecer várias coisas ao mesmo tempo: o matriciamento, acolhimento, a adesão dos funcionários ao projeto e a população entendendo e também achando que a resolução dos problemas era maior. Deixamos de dizer não para tudo e, iniciamos a resolução dos problemas de formas e maneiras diferentes para ajudar o usuário, ou seja, deixamos um pouco de estarmos dentro do núcleo profissional de atuação, o mais técnico da enfermagem e, saímos para um mundo um pouco mais informal e de gestão de processos.

Ajudamos na introdução do compartilhamento do cuidado com a meta de estabelecer maior vínculo com a (atenção) básica (...), e colocamos pessoas nas reuniões de território;

Iniciamos muitos processos internos como gestores dos cuidados em doenças respiratórias (cuidado multiprofissional) e, estamos apostando ainda na sua maior resolutividade; as reuniões de linhas de cuidado que uniu profissionais de todas as áreas para discussão dos processos.

Tantas coisas eu aprendi com tudo isso, e ainda estou aprendendo.

Foram muitas coisas que mudamos desde que iniciei na policlínica nada é igual ao que era antes graças a Deus!!!! Todos os processos foram de alguma forma discutidos e construídos e desconstruídos e de alguma forma alinhado em sua grupalidade (...).

A gestão compartilhada pra mim sempre e a melhor forma, obviamente e a mais difícil, mas também acho que é a mais democrática e responsável.

Ceder pra ganhar esse foi um aprendizado também muito rico, se ver nos processos e se policiar para deixar as coisas acontecerem de forma compartilhada foi também um aprendizado, aprender a confiar e delegar a mais pessoas e não só as que você realmente confia, foi outro aprendizado.

Acreditar que pode fazer a diferença é quando você fala "chega não aguento mais" por que a disputa é muito grande e, vai pra casa e no outro dia pensa que a está fazendo para uma população carente e, para um SUS que pode dar certo e, aí segura tudo e, vai trabalhar tranquilamente, foi mais um aprendizado. Decidir ser uma gestora melhor a cada dia, me policiando, me auto-podando muitas vezes por dia, deixando com que o outro reveja os processos por ele mesmo e discuta, foi outro aprendizado.

E quanto à EP do departamento acho que foi rico para todos, é muito difícil você ouvir críticas sobre si, e sobre o departamento como um todo mesmo quando essas são construtivas. Isso foi um grande desafio para todos.

Mas de uma forma geral foi muito intenso e produtivo, acho que sua presença (Bertussi) foi essencial para alcançarmos alguns amadurecimentos em relação a vários processos de trabalho e internos (pessoais). Eu realmente acho que tudo poderia ter sido realizado antes lá atrás, quando eu fui para a unidade adulta (em referência ao CRE Rudge Ramos) por que teria tido maior aprendizado, me senti sozinha muito tempo, pois só com o apoio da Débora do Carmo como apoio direto (o que não foi fácil também para ela, pois além de me apoiar em tudo ainda é a diretora, com todos seus afazeres, mas sem ela do meu lado não conseguiria certamente realizar todas as coisas citadas acima) e, talvez hoje a qualidade dos processos na policlínica poderiam ser mais potentes, penso eu."

Essa reflexão mostra muito do amadurecimento da gestora, que inicia pontuando questões duramente administrativas e se colocando no papel de

responsável por tudo, aquela que é ajudada. Ela inicia a narrativa se colocando nesse papel, reforçando a ideia de que deve dar satisfação e contabilizar os feitos dela como gestora, passando por uma reflexão de como foi desafiador aprender a ceder, a confiar no potencial das pessoas, a convidar as pessoas a fazerem parte do processo, todas as pessoas e não somente aquelas que já são do seu núcleo de confiança. Esse tipo de reflexão, vindo de uma gestora que sempre trabalhou com "fiéis escudeiros" para tocarem o serviço todo e serem seus braços, olhos e ouvidos é, a meu ver, uma das maiores "desterritorializações" observadas e sentidas por ela, e tenho que dizer que talvez até mais por mim.

Cabe aqui citar novamente CECÍLIO (2012), que nos apresenta o que eu chamaria de "a grande armadilha":

"O trabalhador moral, na concepção que estou utilizando, disputaria seus próprios projetos, sentidos, desejos, nos espaços públicos constituídos para tanto (CAMPOS, 2000; CECILIO, 1994), nos quais abriria suas práticas e as submeteria ao crivo dos coletivos, e não mais teceria e circularia por uma complexa rede de relações humanas que escapa a toda pretensão de controle e visibilidade. Ou, no mínimo, tal rede de relações ficaria como que "subsumida" à lógica "publicizante" construída em tais espaços coletivos. Algo como se as seis funções administrativas pensadas por Fayol (1968) (administrar, prever, organizar, comandar, coordenar e controlar) pudessem ser deslocadas, integralmente, do sentido vertical em que tradicionalmente são pensadas, para outro mais horizontalizado, normativo, compartilhado, produtivo, nos espaços coletivos de gestão. O trabalhador moral seria, então, aquele trabalhador ideal (izado) perscrutado pelo grande olho (o "coletivo") que tudo vê, que tudo avalia, que tudo controla, que tudo sabe, em nome de uma necessária "publicização" das relações organizacionais, por mais que tal ideia possa nos chocar. O trabalhador moral seria, assim, um ator que pensa, formula e joga nos espaços que os dirigentes definem, sempre dentro de uma moldura definida pelos objetivos organizacionais."

CECÍLIO afirma ainda que, mesmo que se deseje "superar formas verticais de controle, consideradas "autoritárias", por outras de cunho mais normativo e

horizontalizado", como o que corremos o risco de fazer o tempo todo, ainda que constituindo espaços de discussão e compartilhamento de ideias, "logo transborda desses espaços e se realiza nos territórios da micropolítica organizacional".

Penso que a narrativa trazida acima mostra que o rumo tomado na gestão da atenção especializada em rede estava no caminho certo; mostra a potência dos processos de educação permanente para a construção de sentido que criam marcas no corpo e na alma de cada trabalhador e gestor, cicatrizes que não deixam que o tecido volte a ser o mesmo, pois passa a ser constituído de novas fibras, com tensões ainda, mas com forças diferentes.

Outro trabalhador, na sua narrativa sobre o processo de educação permanente do DAE e da Policlínica escreveu:

"A vida implica a criação de novas normas, luta e expansão". Escutar, conhecer, experimentar, se conectar com o diferente, experimentar o não saber. São ferramentas para a produção de uma gestão implicada com a liberdade. E esse foi um movimento feito pela atual direção do DAE.

O não saber faz parte do saber e, assim, prosseguimos na luta por um SUS Universal, Equânime, Integral, buscando fortalecer a participação social como algo que deve sempre nos auxiliar nas conduções. O gestor em saúde é aquele trabalhador que ajuda na tomada de decisão a partir da escuta dessas diferentes singularidades. Tomar decisão é uma tarefa que não se enquadra entre as mais simples realizadas por um gestor, mas que se faz fundamental para a realização dos processos.

Esses processos interrogam, colocam em cena diferenças, necessidades, acordos, decisões, tensões; e nesta fabricação será que compreendemos que todos somos gestores? A produção da gestão se dá na conexão de variados planos e o encontro entre os diferentes atores. É preciso que o gestor busque ampliar a sua caixa de ferramentas para fazer enfrentamentos. É preciso que estes atores entendam os desdobramentos no campo da sensibilidade, da linguagem, da apropriação de conceitos e de práticas com potência para armar novas combinações no cotidiano. É preciso investir nessa caixa de ferramentas e na politização dos espaços de produção coletiva.

(...) Nesse sentido novas questões aparecem: como fabricar porosidade em ato com potência para novos agenciamentos? O que os coletivos podem dizer sobre suas experiências? Quais enfrentamentos são possíveis? Será que os encontros mobilizados pelo DAE abrem possibilidades reais de conversa? É diante de todos esses questionamentos que verifico a importância dos encontros do DAE. Entendo que eles se tornam mais potentes na medida em que são realizadas como espaços de Educação Permanente. Devem ser pensadas de uma forma que consigam ter como meta a mobilização para conversa e a autoanálise.

(...) Devem agenciar construções e favorecer acumulações para o coletivo. É preciso tomar cuidado para que não virem um espaço de autoajuda, pois não é essa a finalidade. Esse espaço precisa ser visto pelos diferentes atores como um lugar seguro para expor os reais problemas com a finalidade de refletir sobre essas questões com o intuito de buscar se conectar com outros tantos coletivos diferentes e agenciar neles a busca pela produção de possibilidades de enfrentamento.

Percebe-se que é um trabalhador com um acúmulo muito maior do ponto de vista teórico, trazendo formulações avançadas e muito complexas, porém, em processo de experimentação, o que não é desvantagem alguma, ao contrário, potencializa o processo de aprendizagem mútua, aliando todo conhecimento que o constituiu, até então, como trabalhador e gestor, à experiência de quem já trabalha há anos no serviço, porém, sem muito acúmulo em processos dialógicos e, especialmente, sem vivência de ser colocado também no papel de gestor, papel esse que certamente já lhe pertencia, porém, sem consciência disso e, mais ainda, sem o reconhecimento de sua existência por parte do "gestor formal".

Acredito que um dos principais ganhos nesse processo foi entender que educação permanente se faz, na expressão mais "ação" que o verbo fazer possa apresentar. Podemos estudar sobre educação permanente, podemos falar sobre educação permanente, podemos até mesmo escrever páginas e mais páginas sobre educação permanente, mas somente na vivência, no compartilhamento de ideias, na desconstrução, na desterritorialização, na dor e na delícia de se colocar em análise, de se permitir aprender fazendo e, mais do que isso, reconhecer o aprendido no

"fazimento" e na costura de tudo isso que podemos entender não o conceito, mas a força dos processos de educação permanente.

8. Contribuições para repensar a construção e a gestão do cuidado especializado em rede

Iniciei esta dissertação mencionando quanto era difícil encontrar publicações discutindo a atenção especializada. E também, interrogando os arranjos que perpetuam a distância colossal entre a atenção especializada e a atenção básica.

O mestrado, articulado com a experiência de São Bernardo, possibilitou dois anos de experimentação e reflexão completamente implicadas. Colocar-me em análise foi uma exigência tanto do mestrado (expressa na qualificação), como do processo (se eu quisesse mesmo que ele fosse interessante, coletivo, inventivo).

Coloquei-me, então, observando, agindo, agindo e me percebendo, questionando e colocando em análise, até compreender o não escrito, o não observado, o que foge à regra, aos protocolos: o cuidado especializado não precisa ser circunscrito às policlínicas, ambulatorios de especialidades, ou qualquer outro nome atribuído a um espaço estanque que concentra especialistas e equipamentos.

Uma rede de cuidados implica construção compartilhada de responsabilidades, implica que em momentos diferentes um ou outro ponto da rede ou profissional poderá ter maior protagonismo, mas isso não "localiza" os usuários permanentemente em um ponto específico. Assim, não se trata de elaborar critérios para localizar ou "devolver" usuários.

Além do mais, questão central, os usuários precisam ter voz ativa na construção de seus projetos terapêuticos, que precisam estar focados em suas necessidades e não nas conveniências de trabalhadores e serviços. Esse processo é mais intenso quando se trata de usuários vivendo processos crônicos de adoecimento, cujas necessidades variam ao longo do tempo.

Os processos de implantação da Rede de Atenção às Pessoas com Doença Respiratória Crônica, a discussão sobre o instrumento de “Manejo Compartilhado do Cuidado”, o processo de implantação do CER e a construção da Linha de Cuidado das DOC mostraram que usuários com processos crônicos de adoecimento não recebem alta e muito menos têm serviços como “donos”. O cuidado deve ser compartilhado e a aproximação dos trabalhadores da atenção especializada e da atenção básica pautada no respeito, na solidariedade, na corresponsabilização e na

educação permanente possibilita a fabricação de arranjos que façam sentido para todos: trabalhadores, usuários e gestores.

Também pudemos perceber que produzir a trama comunicativa é uma tarefa de todos – gestores, trabalhadores e usuários. Ao contrário do que frequentemente se vê: quando gestores definem fluxos formais, que não se efetivam magicamente e o usuário torna-se o único e principal responsável pelas informações que circulam entre os serviços.

Ou seja, para fazer uma rede inteligente, de fato preocupada em cuidar das pessoas, devem ser fabricados arranjos que possibilitem aproximações, diálogos, reconhecimentos mútuos e as trocas (de informação e de experiências) entre as unidades. E, antes que alguém pense nisso, não estou falando de prontuário eletrônico. Existem outras maneiras de garantir trocas entre os serviços mais vivas e que não dependem de tanta tecnologia.

A questão mais difícil para desmontar em mim, surpreendente diante de minha experiência prévia, e que só foi sendo remoída, desconstruída e reconstruída durante a escrita desta dissertação, foi o reconhecimento de que a atenção especializada não se faz exclusivamente nos espaços onde os especialistas estão.

Reconheço que existe um sentido de racionalização de recursos ao se reunir especialistas e tecnologias de diagnóstico num mesmo espaço. Reconheço também (e experimentamos isso) a possibilidade de organizar esses espaços especializados de outro modo - proporcionando a configuração de equipes, maior interação entre os especialistas, com reuniões de equipe, discussão de casos, fazendo interconsulta. Isso já é bem diferente do que se faz na maioria dos equipamentos especializados – organizados como máquinas de produção de consultas e procedimentos.

A experiência da implantação das linhas de cuidado de pneumologia e de dor crônica mostrou que a atenção especializada pode se dar na unidade básica e ser feita pelo generalista e especialista de forma compartilhada, o que não significa necessariamente atender junto, mas de forma solidaria e corresponsável.

Mostrou, também, que nem sempre o cuidado especializado tem o médico como centro. No caso das dores crônicas, o fisioterapeuta tem um papel fundamental, também não restrito ao ginásio de fisioterapia com toda sua

“parafernália”. Cuidado prestado no território, em rede e de forma compartilhada é possível, necessário e sustentável. E deve envolver outros trabalhadores - médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, todos contribuindo para avaliação oportuna e ampliação de ofertas para responder às necessidades mutantes dos usuários.

O que fomos inventando em São Bernardo não partiu do nada. Existem experiências e acúmulos produzidos na construção do SUS.

Diferente dos ambulatorios especializados, médico-centrados e isolados da rede, temos, por exemplo, o arranjo produzido na política de saúde mental. Existem equipamentos específicos (CAPS, CECCOs, RTs), com equipe multiprofissional, mas pensados e muitas vezes efetivamente produzidos em rede, em conexão com as UBS, com as equipes de consultório de/na rua, com os hospitais gerais, com o SAMU. Fazem parte do esforço de produzir o cuidado em saúde mental em rede as visitas domiciliares compartilhadas, as primeiras e bem-sucedidas experiências de matriciamento. Tentativas de rede com maior ou menor sucesso, mas sempre perseguidas. E dentro do CAPS: acolhimento como parte da construção do projeto terapêutico, valorização do vínculo na definição do profissional de referência, aposta na equipe e no compartilhamento do cuidado inclusive com o usuário...

Como destacam MERHY e FEUERWERKER (2008), também na atenção domiciliar, há importantes aprendizagens em relação ao trabalho em equipe multiprofissional, apesar das disputas, cuidado compartilhado com os usuários e cuidadores, foco nas necessidades, conexão em rede para mobilizar os recursos necessários ao cuidado. E também forte vínculo, profissional de referência a depender da situação.

Muitas destas ideias da saúde mental e da atenção domiciliar, não especificamente por trocas com esses lugares em São Bernardo (não aconteceram), mas por aprendizagens gerais que são patrimônio do SUS, foram fundamentais na experiência de organização do CER IV em rede e não como equipamento isolado. PTS, equipe de referência definida a partir do vínculo e das necessidades dos usuários (ao invés de obrigatoriamente ter a atenção básica como ordenadora do cuidado), dispositivos para produção de rede e continuidade do cuidado também são conceitos e dispositivos que já haviam sido experimentados.

Os especialistas podem participar dos cuidados em todo lugar da rede. Onde e quando vão se inserir depende das necessidades dos usuários, da necessidade de apoio das equipes e das especificidades de cada especialidade. Daí somente poucos casos ficam para acompanhamento direto pelos especialistas, no ambulatório ou no hospital, dependendo da intensidade do cuidado necessário e da estabilidade clínica em cada situação.

Nestas linhas que finalizam esta reflexão, não posso também deixar de destacar minhas aprendizagens em relação ao modo como construímos as relações na gestão dos serviços de saúde. Não ajuda classificar os trabalhadores entre parceiros - os que topam tudo - e difíceis e resistentes - os que questionam tudo e não topam.

Ao colocar em análise o modo como as coisas aconteciam, ou deixavam de acontecer e, principalmente, como os trabalhadores foram incluídos no processo, foi possível concluir que as pessoas agem ou reagem de forma diferente a depender do convite feito a elas (qual o convite e o modo como é feito).

Ou seja, é menos uma questão de classe, personalidade ou caráter, como é frequente avaliado, e mais de como construímos os processos COM trabalhadores e usuários. Ou as discussões e propostas fazem sentido, ou tendem a não dar certo só por que a “turma dos que elaboram” tiveram uma ideia brilhante para que a “turma dos que executam”. A possibilidade de fazer diferente trata-se, sobretudo, de construção coletiva e fabricação de sentido.

Para finalizar, pelo menos por enquanto, vou tomar emprestado de ROLNIK (1993) uma passagem da sua aula para aquisição do título de Professora Titular da PUC, que faz total sentido para mim, especialmente depois de ter me identificado e citado o poema de Manoel de Barros - RETRATO DO ARTISTA QUANDO COISA:

“Ao longo de nossa existência inteira e em cada uma das dimensões de que ela vai se compondo, vivemos mergulhados em toda espécie de ambiente, não só humano. Proponho que consideremos o que se passa em cada um destes ambientes, e não apenas no plano visível, o mais óbvio, mas também no invisível, igualmente real, embora menos óbvio. Pois bem, no visível há uma relação entre um eu e um ou vários outros (como disse,

não só humanos), unidades separáveis e independentes; mas no invisível, o que há é uma textura (ontológica) que vai se fazendo dos fluxos que constituem nossa composição atual, conectando-se com outros fluxos, somando-se e esboçando outras composições. Tais composições, a partir de certo limiar, geram em nós estados inéditos, inteiramente estranhos em relação àquilo de que é feita a consistência subjetiva de nossa atual figura. Rompe-se assim o equilíbrio desta nossa atual figura, tremem seus contornos. Podemos dizer que a cada vez que isto acontece, é uma violência vivida por nosso corpo em sua forma atual, pois nos desestabiliza e nos coloca a exigência de criarmos um novo corpo - em nossa existência, em nosso modo de sentir, de pensar, de agir etc. - que venha encarnar este estado inédito que se fez em nós. E a cada vez que respondemos à exigência imposta por um destes estados, nos tornamos outros.”

9. Referências Bibliográficas

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. disponível em File:///C:/Users/Usuario/Downloads/Bvs_Gest%C3%A3o-De-Fila-De-Espera-Da-Aten%C3%A7%C3%A3o-Especializada-Ambulatorial-Resgatando-O-Passado-E-Buscando-Um-Novo-Olhar-Para-O-Futuro.Pdf

ABRAHÃO, Ana Lúcia et al O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde in GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Orgs.) Pesquisadores IN-MUNDO : um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 176 p. : il. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

BADUY, R.S.; FEUERWERKER, L.C.M.; ZUCOLI, M; BORIAN, J.T - A Regulação Assistencial e a Produção Do Cuidado: Um Arranjo Potente Para Qualificar A Atenção, Cad. Saúde Pública Vol. 27 No. 2 - Rio De Janeiro, Fev. 2011

BADUY, R.S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200011&lng=en&nrm=iso. access on 08 Março 2016.

BERTUSSI, D.C. O apoio matricial rizomático e a produção de coletivos na gestão municipal em saúde / Débora Cristina Bertussi. – Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010. 234 f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente. Brasília: 2004. 68p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade. Brasília: CONASS, 2011f. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, v.4)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. INSTRUTIVOS DE REABILITAÇÃO AUDITIVA, FÍSICA, INTELECTUAL E VISUAL (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) Ref. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) disponível no endereço eletrônico <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> último acesso em 22/05/2017.

CAMPOS, G.W.de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda – São Paulo: HUCITEC, 2005, 2ª edição. Pág.21-40

CARDOSO JUNIOR, H. R. A Origem do conceito de multiplicidade segundo Gilles Deleuze. TransFormIAção (São Paulo), v.19, p.151-161. 1996.

CECCIM, R.B. Réplica - Interface - Comunicação, Saúde, Educação On-line version ISSN 1807-5762 Print version ISSN 1414-3283 Interface (Botucatu) vol.9 n.16 Botucatu Sep./Feb. 2005, disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100016

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Publica. 1997; 13(3): 469-78. [Links]

CECÍLIO, L.C.O. (org.), CARAPINHEIRO, G., ANDREAZZA, R. Os mapas do cuidado: o agir leigo em saúde –1ª Edição: São Paulo: Ed.Hucitec: FAPESP, 2014, 198 p.

CECÍLIO, L.C.O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. Interface (Botucatu) [online]. 2007, vol.11, n.22 [cited 017-07-09], pp.345-351. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200012&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>.

DELEUZE, G. e GUATTARI, F. Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia, Vol. 1. Rio de Janeiro: editora 34, 1995.

DELEUZE, G. DIFERENÇA E REPETIÇÃO coleção: FILOSOFIA, 1968 páginas: 493, disponível em <http://conexoesclinicas.com.br/wp-content/uploads/2015/12/DELEUZE-G.-Diferenca-e-repeticao1.pdf>

ELIAS, P. E. PAS: um perfil neoliberal de gestão de sistema público de saúde. Estudos avançados. [online]. 1999, vol.13, n.35 [cited 2017-06-27], pp.125-137. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100013>.

FEUERWERKER, L. C. M. A Cadeia Do Cuidado Em Saúde In Marins J.J Et Al (Org.) Educação, Saúde E Gestão, Rio De Janeiro E São Paulo: Abem- Hucitec, 2011.

FEUERWERKER, L.C.M. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação - Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

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.

FRANCO, T.B. As Redes Na Micropolítica Do Processo De Trabalho Em Saúde, In Pinheiro R. E Mattos R.A. (Orgs.), Gestão Em Redes: Práticas De Avaliação, Formação E Participação Na Saúde; Rio De Janeiro, Cepesc-Ims/UERJ-Abrasco, 2006.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. MERHY E, FRANCO T.B. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, p. 151-171, 2013.

FRANCO, T. B; BUENO, W.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2): 345-353 abr-jun, 1999.

GEROLIN, F.S.F; CUNHA, I.C.K.O. Modelos Assistenciais na Enfermagem - Revisão de Literatura. O Enfermagem em Foco 2013; 4(1): 33-36.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE Panorama das cidades. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-bernardo-do-campo/panorama>. Acesso em 30/05/2017.

LUZ, M.T. A Disciplina Das Doenças E A Razão Social – Categorias Médico-Sociais No Século XIX, Pág. 83-116 In Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna, Rio De Janeiro, Campus, 1988.

LUZ, R.S. TRABALHO ALIENADO EM MARX: A BASE DO CAPITALISMO Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Orientador: Prof. Dr. Agemir Bavaresco, 2008.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T.M.G. Dizer, Escutar, Escrever: Redes De Tradução Impressas Na Arte De Cartografar. Psicologia Em Estudo, Maringá, V. 7, N. 2, P. 111-116, Jul./Dez. 2002.

MARTINES, W. R.V.; MACHADO, A.L.; COLVERO, L. A. A Cartografia Como Inovação Metodológica Na Pesquisa Em Saúde. Tempus Actas De Saúde Coletiva, [S.L.], V. 7, N. 2, P. Pág. 203-211, Set. 2013. Issn 1982-8829. Disponível Em: <Http://Www.Tempusactas.Unb.Br/Index.Php/Tempus/Article/View/1354>.

MATUMOTO, Silvia. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. doi:10.11606/T.22.2003.tde-18052004-094556. Acesso em: 23-03-2017.

MERHY, E.E.; CECILIO, L.C.O. A Integralidade Do Cuidado Como Eixo Da Gestão Hospitalar-Campinas, Março De 2003. Mimeo.

MERHY, E. E. Engravidando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. A. (Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe e participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco, 2005. p. 195-206. Disponível em <<http://www.eeaac.uff.br/professores/MERHY/capitulos-06.pdf>>

MERHY, E. E. “O Conhecer Militante Do Sujeito Implicado: O Desafio De Reconhecê-Lo Como Saber Válido”. In: FRANCO,T. B; Peres, M. A. A. (Org.) 2004. Acolher Chapecó. Uma Experiência De Mudança Do Modelo Assistencial, Com Base No Processo De Trabalho. São Paulo: Editora Hucitec, V. 1, P. 21-45.

MERHY, E. E. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias. Em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. Revista LUGAR COMUM Nº27, pp. 281- 306 - 2011 <http://uninomade.net/lugarcomum/27>

MERHY. E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY et al. (Orgs.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 15-35.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am. J Public Health 24(3), 2008.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição Para A Compreensão E Crítica. Salvador: Edufba/Rio De Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações in Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas

em saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS- UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111

FRATINI JRG, SAUPE R., MASSAROLI A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde, Cienc Cuid Saude 2008 Jan/Mar; 7(1):065-072 disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/0> acessado pela última vez em 15/06/2017.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 2, p. 345-53

ROCHA, D.C. “Gestão Do Cuidado Na Atenção Ambulatorial Especializada: Elementos Para Pensar Uma Política”. Dissertação De Mestrado. Unicamp. 2014. <Http://Www.Bibliotecadigital.Unicamp.Br/Document/?View=000936717>

ROLNIK, S. Palestra proferida no concurso para o cargo de Professor Titular da PUC/SP, realizado em 23/06/93, publicada no Cadernos de Subjetividade, v.1 n.2: 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós Graduated de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, set./fev. 1993. Disponível em <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensamentocorpodevir.pdf>

ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida Revista Psicologia & Sociedade; 21 (2): 166-173, 2009, disponível em www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf. Visualizado em 19/04/16

ROMAGNOLI, R. C. O conceito de implicação e a pesquisa intervenção institucionalista. Psicologia & Sociedade, 26 (1), 44-52, 2014

SOLLA, J; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura De Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho De; Carvalho, Antonio Ivo De. Políticas E Sistema De Saúde No Brasil. Rio De Janeiro, Fiocruz, 2008. P.627-663.

VALDERAS, J. M. Et Al. Ambulatory Care Provided By Office-Based Specialists In The United States. Ann Fam Med., V. 7, N. 2, P. 104-111, 2009.

WEISZ, G. Divide And Conquerer. A Comparative History Of Medical Specialization. Oxford: University Press, 2006.

ANEXO I – Ficha de Orientações para Manejo Compartilhado do Cuidado

	ORIENTAÇÕES PARA MANEJO COMPARTILHADO DO CUIDADO
--	---	---

ESPECIALIDADE:
LINHA DE CUIDADOS:

1 – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:	
NOME:	
IDADE: ANOS	HY:
UBS REFERÊNCIA:	FONE:

2 – SUMÁRIO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

3 – COMORBIDADES ☐ HAS ☐ DISLIPIDEMIAS ☐ DIABETES ☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS ☐ ETILISMO ☐ RINITE ☐ TABAGISMO ☐ ASMA ☐ OUTRAS PATOLOGIAS	4 – MEDICAÇÃO EM USO:
--	--

5 – CUIDADOS REALIZADOS NA ESPECIALIDADE / HD (CID 10):

6 – RECOMENDAÇÕES PARA CONTINUIDADE DO CUIDADO:	
a) SOLICITAR EXAMES DE ROTINA	
☐ SIM ☐ NÃO	EM QUANTO TEMPO: QUAIS EXAMES:
b) RETORNO AO ESPECIALISTA	
☐ SIM ☐ NÃO	EM QUANTO TEMPO:
c) OBSERVAÇÕES GERAIS:	