



DANIEL CARVALHO ROCHA

**“GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA: ELEMENTOS PARA PENSAR UMA POLÍTICA”**

CAMPINAS
2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS**

DANIEL CARVALHO ROCHA

**“GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL
ESPECIALIZADA: ELEMENTOS PARA PENSAR UMA POLÍTICA”**

Orientadora: Profa. Dra. June Barreiros Freire

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

**ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO ALUNO DANIEL
CARVALHO ROCHA E ORIENTADO PELA PROFA. DRA. JUNE
BARREIROS FREIRE.**

Assinatura da Orientadora

CAMPINAS
2014

iii

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R582g Rocha, Daniel Carvalho, 1984-
Gestão do cuidado na atenção ambulatorial
especializada : elementos para pensar uma política /
Daniel Carvalho Rocha. -- Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador : June Barreiros Freire.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção secundária à saúde. 2. Gestão de
serviços de saúde. 3. Políticas públicas de saúde. I.
Freire, June Barreiros. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Health care management in specialized ambulatory care :
elements to

think about a policy

Palavras-chave em inglês:

Secondary care

Health services administration

Health public policy

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva, Política e Gestão

Banca examinadora:

June Barreiros Freire [Orientador]

Gustavo Tenório Cunha

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Data de defesa: 18-02-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

DANIEL CARVALHO ROCHA

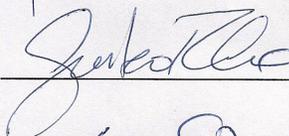
Orientador (a) PROF(A). DR(A). JUNE BARREIROS FREIRE

MEMBROS:

1. PROF(A). DR(A). JUNE BARREIROS FREIRE



2. PROF(A). DR(A). GUSTAVO TENÓRIO CUNHA



3. PROF(A). DR(A). LAURA MACRUZ FEURWERKER



Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 18 de fevereiro de 2014

DEDICATÓRIA

A meus pais e minha irmã
por virem me permitindo a
produção do que sou.
À Claudia, pela paciência com
este ser tão complicado.

AGRADECIMENTOS

Ao escrever essa lista de agradecimentos me dei conta do quanto ela seria insuficiente em expressar a dimensão da gratidão e, invariavelmente, injusta ao não conseguir abarcar a totalidade das pessoas que estiveram presentes no processo que resultou nesta dissertação. Por outro lado achei necessário, minimamente, registrar a coautoria inerente a todo esse percurso.

À minha orientadora June Freire agradeço pela convicção, mesmo nos períodos de maior loucura ou imobilidade, de que essa dissertação sairia. Sou extremamente grato ainda por vir, junto ao Sérgio Carvalho, me orientando, desde a graduação, na vida acadêmica, profissional e pessoal. À Maria por me acolher, nessa relação, como padrinho. À Lígia e à (Outra) Lígia pelo carinho de sempre.

À Laura Feuerwerker e ao Gustavo Tenório pela leitura cuidadosa e generosidade com que contribuíram na banca de qualificação, me dando segurança para seguir na escrita e produzindo pontes de diálogo com o material da dissertação e com a própria experiência vivida em Mauá.

Ao grupo de pesquisa Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade que, mesmo numa relação silenciosa, esteve tão presente na produção desse material.

À Lumena, pelo respeito e confiança com que me recebeu na Secretaria de Saúde de Mauá, pelo interesse genuíno nas pessoas com quem convive e pela dedicação diária e ilimitada à produção de vida e cidadania através do SUS. Ao Prefeito Donisete Braga por acreditar nesse projeto.

A toda a equipe da gestão de Mauá que experienciou comigo esse caminho e coproduziu esse mestrado. Citando apenas alguns: ao José Alexandre pela rapidez para todas as coisas e parceria na gafeira e à equipe da Urgência e Emergência alerta 24h; à Iacy e toda a turma da Atenção Básica pela proximidade e comunhão das dificuldades e soluções; ao Morris, Caio, Priscila, Bernardo, Reginaldo, Greice, Emerson, Vera pela interlocução contínua com o Hospital Nardini; à Ana Figueiredo pela doçura nas problematizações iniciais; à Mariângela pela correria atrás de assuntos de todas as ordens; à Soninha pelo acalento mauaense; à Kátia e Márcia Begerh, Laudicéia e Aquiles pela interface constante com a regulação; à Nadiege, Átila e Letícia pelo socorro nos incêndios

da gestão administrativa; à Célia e ao Joacyr por garantir a pauta das vigilâncias; à Ju Pacheco pela lucidez de suas análises e atenção para as pessoas no meio de tantas correrias; ao Moacyr pelas tantas correrias(!) e contínua militância; ao Daniel Scurato por se dispor a ser referência para a descentralização do cuidado em saúde mental quando ainda estava padecendo dos efeitos de sua dificuldade; à Alexandra por manter o mínimo de ordem entre a infinidade de demandas e à Sandra por ajudá-la nessa empreitada; à Alessandra Cássia por assumir os infundáveis pepinos dos SADTs e seus contratos; à Érica por me lembrar das histórias que existem com, pelas e apesar das mudanças; à Elisa por se dispor tão dedicadamente a experimentar o novo; à Suzana por mergulhar de tantos modos na reforma psiquiátrica; à Mirsa pela sensibilidade no apoio à retomada da cidade pelos usuários de saúde mental; à Cristiane Lauretti pelo extenuante e primoroso trabalho na consolidação dos dados analíticos sobre as filas de espera; ao André pela força e disponibilidade para todas as horas; à Aline pelo suporte perene e qualificado na temática da alimentação e nutrição; ao Mauro pela ajuda nas inaugurações e divulgação dos avanços; à Márcia pela segurança nas tramitações das pendências judiciais; à Lourdes pela resposta a todas as dúvidas de RH; à Edilene e Daniela por tratar da Saúde Bucal como área sem fronteira entre os Núcleos de Gestão; aos Apoiadores de Rede pela presença nos diferentes processos e paciência na própria redescoberta; à toda a turma da EP do Território 3 pelo aprendizado que me propiciaram como facilitador de grupo; e a cada uma das gerentes (e o gerente) dos serviços ambulatoriais especializados pela generosidade com que me acolheram e se dispuseram à produção coletiva: Marina, Mariana, Nílvia, Daniela, Simone Atore, Simone Camata, Sulamita, Cris Freire, Marília, Rita, Guida, Fernanda, Roseli e Pedro. À Maíra, em especial, por topar dar continuidade a essa experiência.

À Lêda Vasconcelos que me permitiu, tão cedo, experimentar ser gestor e pela admiração que há tanto tempo tenho e só aumenta.

À Cinthia Cristo, por me tutelar os primeiros passos no Ministério e pelos boas risadas em nossas análises e planos mirabolantes. Ao Pedro e à Alice, queridos que vieram com ela.

Aos companheiros do Ministério da Saúde que estiveram juntos na tecitura de diferentes “redes”, particularmente as de amizade.

Ao Emerson Canonici que discuti comigo vários pontos do que aqui apresento,

compartilhou experiências e estudos, me convidou para o LIGRESS-HCOR e entendeu quando não consegui acompanhá-lo.

Ao Eduardo Melo, por compartilhar comigo sua valiosa monografia sobre a experiência na Atenção Especializada de Aracajú-SE.

Ao Nilton Pereira Júnior pelo ouvido sempre disponível para um longo telefonema, bons conselhos e grande amizade. À também querida amiga Helga e à recém-chegada Elis por lhe sustentarem nessa disponibilidade.

À Carminha pela amizade, pela contribuição como “convidada especial” na qualificação e pelo exemplo de compromisso com o SUS.

Ao Bruno Mariani pelos esclarecimentos sobre o Diário de Campo e meandros do Comitê de Ética em Pesquisa.

À Raquel pelo auxílio na reflexão sobre a medicalização e Prevenção Quaternária.

Ao André, amigo descoberto nas praias de João Pessoa, pela colaboração com o terceiro capítulo.

À Taniele Rui e ao companheiro Firmino (Leonardo Ruffing) por, sem nem suspeitar, contribuírem muito nessa dissertação.

À turma do COSEMS, da qual destaco Elaine Giannotti e Márcia Tubone, por me provocarem, desde o período em que estava do Ministério, a encarar a perspectiva da gestão municipal. Ao Arthur Chioro por demonstrar possibilidades concretas de construí-la com competência.

À equipe-irmã da SMS de São Bernardo do Campo pelas trocas e boas conversas, em especial à Débora do Carmo, Samara Kielmann, Débora Bertussi, Larissa, Camila e Daniela Guerra.

A toda a turma de colegas e professores do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde que dialogou de diferentes formas com essa produção.

Aos professores Emerson Merhy, Luís Cecílio e Gastão Wagner, com quem dialoguei repetidamente nesse texto.

À Claudia pela primeira revisão desse escrito e por ter sido, mais que companhia por todo tempo, uma companheira presente em todas as etapas de sua produção.

A todos os trabalhadores dos serviços que produzem o SUS em Mauá e aos usuários-fabricadores que nos ensinam novos caminhos.

EPÍGRAFE

Escrever nem uma coisa
Nem outra -
A fim de dizer todas -
Ou, pelo menos, nenhuma.

Assim,
Ao poeta faz bem
Desexplicar -
Tanto quanto escurecer acende os vaga-lumes.

Manoel de Barros

RESUMO

No Brasil, o debate sobre a organização da assistência à saúde ocupou-se até o momento principalmente da discussão em torno da Atenção Básica (ou Atenção Primária em Saúde) e do ambiente hospitalar, em diferentes vertentes. Entre estes dois pólos, a Atenção Ambulatorial Especializada não teve o mesmo tratamento por parte de pesquisadores e formuladores de políticas públicas de saúde. As investigações sobre esse nível assistencial centraram seu foco, até o momento, na questão da oferta e demanda, sem avançar na discussão sobre especificidades que se passam no modo de produção do cuidado nos serviços especializados e sua interação com outros equipamentos. O princípio da integralidade, pressuposto constitucional do Sistema Único de Saúde, e o "nó crítico" que vem representando o acesso à Atenção Especializada no país, exigem um esforço no aprofundamento da compreensão desta área. O presente estudo, situado no âmbito de um Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, propõe-se a contribuir na redução dessa lacuna, realizando uma discussão sobre a gestão do cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada a partir de uma revisão de literatura analisada em diálogo com a vivência da coordenação da Atenção Especializada em uma Secretaria Municipal de Saúde registrada através de um Diário de Campo.

Palavras-chave: Atenção Secundária à Saúde; Gestão de Serviços de Saúde; Políticas Públicas de Saúde

ABSTRACT

In Brazil, the debate on the organization of health care has minded mainly the discussion on primary care (or Primary Health Care) and the hospital. Between these two poles, the Specialized Ambulatory Care did not have the same treatment by health researchers and policymakers. The investigations about this level of care your has focused, so far, the issue of supply and demand, without advancing the discussion about specifics that are in healthcare production on specialized services and their interaction with other services. The principle of comprehensive health care, a constitutional presumption of brazilian national health system, and the critical factor that has been representing the access to specialized care in the country, require an effort to deepen their understanding of this area. This study, situated within a Professional Master in Public Policy and Management Health Health, proposes to contribute to filling this gap by conducting a discussion of health care management in the Specialized Ambulatory Care with a literature review analyzed in dialogue with the experience of coordination of Specialized Care in a City Health Department recorded through a field diary.

Keywords: Secondary Care; Health Services Administration; Health Public Policy

LISTA DE ABREVIATURAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AD	Álcool e outras Drogas
AE	Atenção Especializada
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AME	Ambulatório Médico Especializado
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEMMA	Centro de Especialidades Médicas de Mauá
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGCSS	Coordenadoria de Gestão de Contratos dos Serviços de Saúde
CIAMA	Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNH	Centro de Nefrologia e Hipertensão de Mauá
COAP	Contrato Organizativo de Ação Pública
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CR	Consultório de Rua
CRAS	Centros de Referência em Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializada em Assistência Social
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
CRF	Centro de Reabilitação Física
CRS	Centro de Referência em Saúde/DST-AIDS e Hepatites Virais
CRSMCA	Centro de Referência Saúde Mulher, Criança e Adolescente

CRT	Centro Referência e Treinamento
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DHB	<i>District Health Boards</i>
DMP	<i>Disease Management Programs</i>
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle
DRS	Departamento Regional de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FENAM	Federação Nacional dos Médicos
GP	<i>General Practitioner</i>
HC-USP	Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo
HCDRN	Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i> - Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFHC	<i>Integrated Family Health Centers</i>
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IVR	Índice de Valorização de Resultados
LAGHOS	Laboratório de Gestão Hospitalar
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração
LIGRESS-HCOR	Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração
LInC	Laboratório de Inteligência Coletiva da PUC-SP

MAC	Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
MAPA	monitorização ambulatorial da pressão arterial
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NAVIS	Núcleo de Atenção à Violência Sexual
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
NHS	<i>National Health Service</i>
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSS	Organização Social da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAM	Posto de Assistência Médica
PNASS	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SADT	Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêuticos
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SSN	<i>Sistema Sanitario Nazionale</i>

SUS	Sistema Único de Saúde
Tabela SUS	Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde
TFAE	Teto Financeiro da Assistência do Estado
TFAM	Teto Financeiro da Assistência do Município
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UP	Unidade de Produção
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VISAT	Vigilância de Saúde do Trabalhador

Sumário

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO	18
1. Contexto.....	18
2. Objetivos.....	23
3. Sobre Mauá	24
4. Pressupostos Teóricos.....	43
CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO	50
CAPÍTULO III – ORIGENS DA ESPECIALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE.....	63
CAPÍTULO IV - A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NOS SISTEMAS DE SAÚDE ..	77
1. Em busca de uma definição.....	77
2. O lugar da especialização nos Sistemas de Saúde	84
3. A Atenção Ambulatorial Especializada no Sistema Único de Saúde.....	95
CAPÍTULO V –MODELANDO APOSTAS: DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM MAUÁ.....	126
1. Sobre Modelos Tecnoassistenciais	126
2. Filas de espera.....	132
3. Política centrada no agendamento de consultas	151
CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
REFERÊNCIAS	174

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

1. Contexto

São Paulo, verão de 2013

Caro leitor,

Há quem diga que em um trabalho científico a Introdução seja a última coisa que se escreva. Neste, não está sendo nem a última nem a primeira, de tal forma que mesmo a data com a qual encabeçar essa remetiva me causou muitas dúvidas. Seria janeiro de 2013, época em que inicio a escrita deste material, ou dezembro, mês em que tenho a ousadia de reformatá-lo por completo?

Como você bem viu, resolvi essa questão registrando: verão de 2013. Assim, não minto e ao mesmo tempo garanto uma coerência climática com o calor de escrever essa dissertação, ainda que com a surpreendente necessidade de agasalho que este dezembro tem nos reservado. Nas demais cartas utilizarei como marco para a datação o período em que estive mais intimamente ligado com o assunto de nossa conversa.

Não se empolgue! Talvez essa tenha sido uma das únicas dúvidas facilmente solucionadas de todo este escrito. Aliás, foi justamente na busca por um jeito mais confortável e transparente de comungar a imensidade de dúvidas que me tomaram no decorrer deste estudo que optei pelo formato de cartas para a produção dessa narrativa (BENJAMIN, 1994). Para que eu não me esconda e você, leitor, esteja presente neste matutar de ideias sobre a Atenção Ambulatorial Especializada.

Permita-me começar apontando como eu lhe vejo. Um gestor, que na procura por informações sobre Atenção Especializada se deparou com este material. Pode ser que tenha acabado de assumir a coordenação de um departamento de atenção especializada e resolveu

recorrer ao Google, pois o vasculhar do site do Ministério da Saúde não tenha sido muito frutífero. Ou esteja atrás de algum relato de experiência na área que dialogue com o que está vivendo no seu município. Um trabalhador que quer refletir sobre o próprio trabalho em um serviço ambulatorial especializado. Um usuário coletando argumentos para ter mais voz na Unidade de Saúde que frequenta. Um acadêmico se acercando do debate sobre Atenção Ambulatorial Especializada na Saúde Coletiva.

Vejo você como alguém disposto a passear por um cenário extenso e pouco explorado através de cartas em que compartilho coisas em que pensei quando estive por essas pairagens ou li sobre tantas outras. E que entenda que nos aprofundar em cada uma delas significaria trocar correspondências por toda a vida, além de me exigir mais dedicação em escrever do que em vivê-las. Adianto-lhe que minhas cartas compõem uma dissertação panorâmica, e como tal correndo o risco apontado por Umberto Eco (ECO, 1977, p.7), de parecer-lhe descuidadosa ao omitir autores ou assuntos que possa considerar importante.

Enxergo-lhe como alguém que, ao não encontrar um documento da Política Nacional de Atenção Ambulatorial Especializada publicado, não deixou de se esforçar em desbravar outros textos à procura de elementos que lhe permitam pensar que política se passa e a se produzir nesta área no Sistema Único de Saúde, mundo real, hoje. Ou, como disse minha amiga Carminha no dia da banca de qualificação desse mestrado, seguiu na procura de “elementos para ajudar a amassar o barro”.

Vou lhe contar, então, como eu mesmo cheguei até esse assunto.

Em janeiro de 2013, sob convite de Lumena de Castro Furtado, recém-empossada Secretária de Saúde de Mauá, assumi a frente da Coordenadoria de Controle dos Serviços Especializados de Atendimento à Saúde. Sim, a denominação oficial era essa mesmo, embora todos a chamassem apenas de “Coordenadoria de Especialidades”. Não tardou muito e ela foi rebatizada como Núcleo de Gestão da Atenção Especializada, após uma reforma administrativa (MAUÁ, 2013a). Como esperado, passou a ser corriqueiramente chamado por “Núcleo de Especialidades”.

Eu vinha de um período de 1 ano e 3 meses trabalhando no Ministério da Saúde (MS) como Apoiador para Articulação de Redes de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo e entrava na minha primeira vivência na gestão municipal. Na bagagem muita teoria,

da militância no campo da Saúde Coletiva desde a época da graduação, de uma especialização em Gestão do Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde e de um ano das disciplinas do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). De experiência prática, no entanto, apenas as trocas produzidas nos encontros com gestores municipais na atuação como Apoiador do Ministério da Saúde (MS); ter sido trabalhador na Atenção Básica no Distrito Sudoeste de Campinas-SP, em um hospital de pequeno porte em São Gabriel da Cachoeira-AM, e médico-residente no Instituto da Criança do HC-USP.

Nos movimentos iniciais da equipe dirigente da Secretaria, dialogávamos sobre o desafio de reorganizar e inovar na gestão e atenção à saúde no município de Mauá e ao mesmo tempo lidar com uma situação muito adversa nas finanças públicas, impeditiva de qualquer aumento de gastos e requerente de sua redução. Com muita frequência alguém evocava o fato de se tratar de um governo municipal de continuidade, do mesmo Partido. Assinalava-se a delicadeza de pensarmos mudanças sem deslegitimar o trabalho que vinha sendo realizado até então, mas o compromisso em tentar responder à expectativa de alterações expressadas pela população nas queixas cotidianas, em pesquisas de opinião (MAUÁ, 2013b) e durante o processo eleitoral de 2012.

Consoante com o panorama nacional, a saúde despontava como importante preocupação da população, que elencava como principais problemas a “desumanização” do cuidado em saúde, manifesta, em particular, pela postura pouco interessada em prestar um bom atendimento aos usuários; e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde: insuficiente número de médicos, principalmente especialistas, resultando em um prolongado tempo de espera para consultas; indisponibilidade de alguns recursos de exames de imagem (Ressonância Magnética e insuficiência de Tomografias e Ultrassonografias), implicando deslocamento de usuários para outros municípios para sua realização; e desproporção entre a oferta do Hospital Municipal e a demanda por atendimento, relacionada a seu caráter de referência microrregional (MAUÁ, 2013b).

No diagnóstico inicial que subsidiou o planejamento da Secretaria de Saúde, enumeramos como problemas a serem enfrentados a multiplicidade de vínculos e salários – havia 6 formas de contratação dos trabalhadores (estatutário, contrato emergencial, 3 Organizações Sociais de Saúde e uma Organização Não Governamental), cada qual com

um padrão distinto de remuneração; cumprimento parcial da jornada de trabalho pelos médicos; a inexistência de uma Política de Educação Permanente; baixa qualidade da assistência na rede de saúde ocasionando resultados sanitários ruins, como mortalidade infantil não decrescente; fragmentação da gestão com isolamento entre as Coordenadorias; desarticulação entre os serviços, com pouca troca entre seus gerentes e trabalhadores; estrutura predial das unidades de saúde mal-conservada e equipamentos quebrados e sem reparo; desabastecimento de insumos nas Unidades, que incluía desde papel higiênico nos banheiros a medicamentos nas farmácias; recursos financeiros insuficientes frente aos gastos já empenhados na Secretaria de Saúde e a necessidade de ampliação e qualificação da Rede; fragilidade do Controle Social, com atuação de conselheiros do Conselho Municipal de Saúde e Conselhos Locais de Saúde restrita a demandas pontuais (DIÁRIO DE CAMPO).

Para estabelecimento das diretrizes desse projeto de mudança combinamos na primeira reunião do Colegiado de Direção da Secretaria Municipal de Saúde que cada área apresentaria uma proposta de Política norteadora, compondo as bases da Política Municipal de Saúde em construção.

Diferentemente das áreas de Atenção Básica, cuja Política Nacional foi instituída pela Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a) e revisada através da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a); da Política Nacional de Urgências e Emergências, estabelecida através da Portaria nº 1863/GM/MS (BRASIL, 2003a), de 29 de setembro de 2003, reformulada pela Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011b); e mesmo da 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); a Atenção Ambulatorial Especializada não possui até o momento uma Política Nacional publicada, mas recortes específicos compreendidos dentro da chamada Média e Alta Complexidade em Saúde.

Além disso, por mais que o tema das especialidades médicas e o processo de trabalho em saúde já venha sendo objeto de atenção de gestores e formuladores de políticas de saúde, “dado a importância e a dimensão desta questão diante da produção dos serviços de saúde”, (CAMPOS, CHAKKOUR e SANTOS, 1997, p. 143), a discussão sobre a organização do cuidado na Atenção Especializada permanece como lacuna na Saúde

Coletiva. Veja o que comentam Emerson Merhy e Túlio Franco, dois eminentes sanitaristas com os quais ainda conversaremos muito:

O debate em torno da organização da assistência à saúde, ocupou-se até o momento, principalmente da discussão em torno do equipamento hospitalar, pela flagrante hegemonia do hospital na história da formação do modelo assistencial, e de outro lado, a atenção básica surgiu como um projeto contra hegemônico, ao qual se dedica grande parte dos estudos e da literatura disponível. Entre estes dois pólos, a atenção secundária não teve o mesmo tratamento por parte dos formuladores das políticas de saúde, tendo as formulações para gestão deste nível de cuidado, centrado sua atenção na questão da oferta e demanda, sem no entanto avançar para imaginar um cenário de construção de um modelo mais interativo com os outros equipamentos. A integralidade pressupõe e portanto exige um esforço em entender este outro conjunto de saberes e práticas no cuidado à saúde. Ao mesmo tempo estes serviços têm sido um “nó crítico” para gestores e usuários, onde esses têm o seu “caminhar na rede” dificultado por falta de integração destes recursos assistenciais. (MERHY e FRANCO, 2003, p. 321)

Isso me impulsionou a iniciar uma busca de material que subsidiasse a organização da Atenção Ambulatorial Especializada e sua gestão no município de Mauá. Mais do que isso, me fez deslocar uma segunda vez o objeto que havia definido para estudo no Mestrado Profissional, no sentido de casar uma necessidade do trabalho e uma necessidade acadêmica.

Ainda não tinha lhe contado isso. No projeto elaborado para a seleção do Mestrado Profissional em novembro de 2011 havia, na época trabalhando como Apoiador do MS, me proposto a analisar a relação entre o processo de elaboração dos Contratos Organizativos de Ação Pública (COAP) e a fase de contratualização da operacionalização das Redes Temáticas Prioritárias para o SUS. Fui demovido desse intento dado ao atraso na implementação dessas Políticas, o que dificultaria sua análise. Num segundo momento, ainda motivado pelo trabalho como Apoiador, propus uma pesquisa que visava caracterizar o modo como gestores de municípios de pequeno porte vivenciam as políticas nacionais de saúde.

Agora veja que coincidência (ou não!)... Se em janeiro de 2013 era o desafio de assumir a coordenação da Atenção Ambulatorial Especializada em Mauá que me arremessava para essa temática, leia o trecho de um email que escrevi em 08/02/11 para uma amiga:

(...) Acabo de terminar a residência em pediatria no Instituto da Criança (HC-

USP) e ser aprovado em um concurso para a rede da SMS- Campinas. Em paralelo à atuação clínica pretendo fazer o mestrado no DMPS/Unicamp (...) estou pensando como projeto de investigação o tema da Média Complexidade Ambulatorial, ante a angústia que já me deparei tanto na vivência da Atenção Básica (onde passei sufoco aguardando o aparecimento de vaga de especialidades para alguns pacientes) quanto da Alta Complexidade no HC (onde algumas vezes segurávamos a alta de alguns pacientes por não ter a garantia de seguimento ambulatorial, ou admitíamos no Pronto-Socorro pelo mesmo motivo).

Bem, isto posto, dá para ver que não me faltavam motivos para mergulhar no assunto. Nesse contexto, assinalo as perguntas que se colocavam para mim como centrais para pesquisa:

- O que vem a ser, conceitual e normativamente, a Atenção Especializada em Saúde e como ela se produziu historicamente?
- Quais as diretrizes para constituição de uma Política Municipal de Atenção Especializada?
- Quais modelos e experiências já desenvolvidas poderiam ser úteis para embasar a remodelagem da Atenção Especializada em Mauá?
- Como organizar a gestão do cuidado na Atenção Especializada em um município como Mauá?

A partir destas questões me propus como objetivos:

2. Objetivos

- Contextualizar historicamente e no Sistema Único de Saúde a organização dos cuidados na Atenção Especializada em Saúde;
- Delinear conceitualmente o plano de produção da Atenção Especializada em Saúde;
- Identificar na literatura experiências de organização da Atenção Especializada;
- Elencar, a partir do estudo, conceitos e diretrizes norteadores do processo de reorganização da Atenção Especializada do município de Mauá.

E o que dizer sobre Mauá? Tenha paciência e lhe farei uma carta só para falar

disso...

3. Sobre Mauá

Mauá, novembro de 2013

Meu prezado,

Como prometido, retorno trazendo algumas balizas que lhe permitam conhecer um pouco mais de Mauá. Talvez sinta algo de enfado, dado ao caráter descritivo do que lhe exporei, mas servirá como uma referência para nossas análises e conversas posteriores. A maior parte das informações que se seguem foram compiladas de documentos da Secretaria de Saúde, cabendo o registro de meu agradecimento a todos que trabalharam em sua elaboração.

Mauá é uma das 7 cidades que compõem o Grande ABC (Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra), situado na Região Metropolitana de São Paulo. O IBGE estimou em 2012 uma população total do município de 425.169 habitantes (IBGE 2012). É engraçado que apesar de ser o 11º município do Estado em população (está entre as 50 maiores cidades de todo o Brasil), várias vezes me falaram de Mauá como de uma cidade pequena (DIÁRIO DE CAMPO). Talvez pelo fato de estar ao lado da capital São Paulo, com 11 milhões de habitantes, o que torna qualquer comparação desproporcional. Ou ser uma cidade com uma densidade urbana elevada, com densidade demográfica de 6.463.7 hab/km², visto que um terço do município é área industrial e 10% de seus 62 Km² de extensão territorial pertencer à área rural e ao Parque Estadual da Serra do Mar (MAUÁ, 2013c).

Praticamente toda sua população vive no espaço urbano, com uma incidência de pobreza de 46,61% segundo IBGE, censo demográfico 2000 e pesquisa de orçamentos familiares 2002/2003, sendo que 2,6% da população (10.864 pessoas) se encontram em situação de extrema pobreza (IBGE, 2010).

Embora existam vários ramos de atividade econômica na cidade: Logística, Metalurgia, Indústrias Químicas e Materiais Elétricos e Petroquímico, ainda hoje, Mauá é lembrada como a "capital da louça e da cerâmica", devido à importância dessa atividade

para o desenvolvimento do município. Há dois pólos industriais (Capuava e Sertãozinho) e um grande pólo petroquímico onde está localizada a refinaria da Petrobrás, a Refinaria de Capuava (MAUÁ, 2013c). A arrecadação de impostos relativa à refinaria, contudo, fica com os municípios de Barueri e São Caetano do Sul, onde é operada a distribuição do combustível. A alteração dessa configuração tributária que deixa para Mauá os ônus e para outros municípios os bônus é uma das prioridades do governo atual (DIÁRIO DE CAMPO). Se der certo pode ajudar muito com o sufoco financeiro que passa a Prefeitura.

A Secretaria de Saúde de Mauá está organizada, após aquela reforma administrativa que eu havia mencionado na carta anterior, em 06 Núcleos: Núcleo de Gestão da Atenção Básica - responsável pela gerência de 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS); Núcleo de Gestão em Atenção Especializada - responsável pela gerência de 9 unidades ambulatoriais especializadas, além de duas residências substitutivas (Residência Terapêutica e República Terapêutica Infanto-Juvenil - Unidade de Acolhimento Transitório) e pelos contratos com os Serviços de Exames de Imagem e de Análises Clínicas; Núcleo de Gestão de Proteção da Saúde e Vigilâncias - responsável pela gestão da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e gerência do Centro de Controle de Zoonoses, Centro de Referência de Saúde do Trabalhador; Núcleo de Gestão da Atenção Hospitalar e de Urgências e Emergências - responsável pela gerência de 4 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h), Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), além do monitoramento do contrato de gestão do Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini e do convênio com a Santa Casa de Mauá; Núcleo de Apoio a Gestão em Saúde – responsável pela gerência do Complexo Regulador (regulação ambulatorial, hospitalar e de urgência), Unidade de Avaliação e Controle e Auditoria, Ouvidoria, Isenção Tarifária, pela gestão da informação e planejamento da Secretaria de Saúde, e relação com as Instituições de Ensino em Saúde; Núcleo de Gestão Administrativa – responsável pelos processos de acompanhamento da execução orçamentária, compras e licitações, apoio à infraestrutura e transporte, apoio à gestão do trabalho (Recursos Humanos), apoio à gestão dos contratos administrativos. A Assessoria de Gabinete da Secretária de Saúde é composta ainda pela Assessoria Jurídica, Gerência de Educação Permanente, Assistência Farmacêutica e Assessorias de Planejamento relação com o Controle Social (MAUÁ; 2013a, 2013c).

Trabalhar através de uma gestão democrática e compartilhada se colocou como diretriz principal do modo de fazer gestão da Secretaria. E também como desafio. Você pode imaginar as dificuldades e contradições que se apresentam quando se ousa caminhar nesse sentido, com mudanças de processos de trabalho e transformações de Sujeitos. A organização de Colegiados de Gestão foi, de início, o arranjo escolhido para construção de espaços coletivos que favorecessem a materialização dessa diretriz. Formamos o Colegiado de Direção da Secretaria, composto pela Secretária de Saúde, gestores de Núcleo e assessoria de Gabinete, reunindo-se semanalmente; Colegiado de cada um dos Núcleos, composto pelo gestor do Núcleo, equipe do nível central e gerentes dos serviços daquela área, também com reuniões semanais; e o Colegiado Pleno, composto pelos gerentes de todos os serviços de saúde do município e nível central da Secretaria, com reuniões mensais.

Concomitantemente, dois eixos de intervenção, a Gestão do Cuidado e a Educação Permanente, foram priorizados na abordagem da indissociabilidade entre gestão e atenção envolvida no processo de democratização institucional na saúde. Vêm ganhando corpo progressivamente e envolvendo diferentes dispositivos, entradas e espaços de encontro.

Para mobilizá-los há uma pessoa de referência para a Gestão de Cuidado e uma para a Educação Permanente em cada um dos Núcleos de Gestão da Secretaria. Elas compõem dois coletivos responsáveis pela condução das ações relacionadas a esses eixos, a Câmara Técnica e o Coletivo de Educação Permanente, cuja coordenação é assumida respectivamente pelo Secretário-Adjunto e pela Gerente de Educação Permanente, ambos da Assessoria de Gabinete. Pretende-se com esse arranjo harmonizar ações relacionadas à Gestão do Cuidado e Educação Permanente de um serviço ou Núcleo específico com a política geral da Secretaria e entre si, bem como fomentar ações que visem à transversalização entre Núcleos e a lógica do cuidado em Rede.

Em 2013 a Câmara Técnica se acercou principalmente do tema da mortalidade infantil, pactuando, implementando e acompanhando ações para ordenação da linha de cuidado materno-infantil, tais como reorganização e qualificação do atendimento de enfermagem e acolhimento às gestantes nas UBSs, com estabelecimento de enfermeiro de referência para cada gestante diagnosticada e acolhida; implantação de painel de monitoramento do pré-natal nas UBSs, para sistematização visual do acompanhamento da

equipe; implantação de coleta de swab para pesquisa de strepto B entre 35 a 37 semanas nas UBSs, anteriormente feito em serviço centralizado no município, e revisão do protocolo clínico intrahospitalar de profilaxia do Strepto-B; ampliação da disponibilização do teste para gravidez nas diversas unidades de saúde; inclusão de atendimento com nutricionista no Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente para gestantes de baixo peso, sobrepeso e obesas; elaboração do Protocolo de Infecção do Trato Urinário para Gestante; implantação do teste rápido de HIV e Sífilis nas UBS; viabilização de fluxo de informação semanal das UPAs às UBSs sobre gestantes que passaram pelo serviço por questões relacionadas à gestação; organização de monitoramento do absenteísmo das gestantes com busca ativa para compreensão das faltas; requalificação da alimentação e uso do SISPRENATAL; elaboração da Classificação de Risco no atendimento às gestantes no Hospital Nardini; matriciamento e ações de educação continuada dos ginecologistas e obstetras/generalistas e enfermeiros na atenção básica auxiliando e qualificando a equipe no pré-natal de risco habitual; organização do atendimento odontológico durante o pré-natal odontológico para todas as gestantes; cadastramento de proposta junto ao Ministério da Saúde para recursos para reforma e equipamentos médico-hospitalares para implantação de Centro de Parto Normal e Casa da Gestante do Bebê e da Puérpera no Hospital Nardini; viabilização de comunicação às UBSs dos nascimentos ocorridos no Nardini e Santa Casa; qualificação dos estudos de óbitos infantis junto ao Comitê de Mortalidade Materna e Infantil; fortalecimento das ações de promoção do aleitamento materno nas UBS; ampliação dos horários de coleta e transporte de exames para gestantes nas UBS; revisão do protocolo de encaminhamento para serviço de gestação de alto risco; estudo para viabilizar visita das gestantes à maternidade de referência (MAUÁ, 2013c).

Outras pautas permearam mais ou menos perenemente a agenda da Câmara Técnica, como a temática da Violência, tangendo tanto a dimensão da vigilância em saúde quanto o cuidado; a organização do Centro Especializado em Reabilitação e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; a Programação de Ação e Metas do Programa de DST/AIDS; a pactuação do uso do recurso do Fundo de Alimentação e Nutrição na Rede; enfim, questões que exigissem o desencadeamento de ações relativas à gestão do cuidado tanto de modo longitudinal, quanto mais imediato.

O Coletivo de Educação Permanente vem coordenando a experimentação de

diferentes dispositivos com vista à reflexão, análise e mudança nos processos de trabalho das equipes de saúde, partindo de um tensionamento constante entre produção de sujeitos reflexivos e autônomos e a defesa do SUS enquanto sistema de práticas disseminadoras de uma postura ético-política de defesa de uma vida livre, criativa e digna para todos. Utilizando-se de processos baseados em metodologias ativas e problematizadoras, com base no conhecimento prévio e da experiência de trabalho dos trabalhadores na construção e ressignificação de saberes e práticas vem fomentando produção de coletivos mais implicados e corresponsáveis pela criação e recriação do seu cotidiano (MAUÁ, 2013c).

Ligam-se à Gerência de Educação Permanente uma equipe de vinte Apoiadores de Rede que têm como função primordial fomentar a lógica do cuidado integral e em Rede bem como a gestão compartilhada dos processos de trabalho nos diferentes serviços do município. Já experimentado em São Bernardo do Campo desde 2010, de onde se inspira o arranjo de Mauá iniciado em 2013, o trabalho do Apoiador de Rede parte de uma recolocação da abrangência e do olhar dos profissionais que compõem os 4 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) credenciados pelo MS (fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física, psicólogos e assistente social), antes direcionados apenas para as Equipes de Saúde da Família na Atenção Básica. Entende-se como lógica de rede não apenas a relação entre serviços, mas também um certo modo de funcionar intra-serviço e nos diferentes encontros entre trabalhadores e usuários. Cada nó que possa tecer uma rede – o nó que se forma no encontro trabalhador-usuário, no encontro trabalhador-gestor, no encontro trabalhador-trabalhador, no encontro serviço-serviço – é um nó a ser fomentado e potencializado pelos Apoiadores (MAUÁ, 2013c).

Os principais projetos implantados em 2013 foram: Educação Permanente de Territórios; Oficina Municipal para qualificação do Acolhimento na Atenção Básica e formação de Grupo de Trabalho em Acolhimento para Atenção Básica; Ciclo de Oficinas para reflexão sobre processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Adulto; Ciclo de Oficinas sobre a Política de Assistência Farmacêutica para equipe de farmacêuticos da Secretaria de saúde; qualificação da clínica de enfermagem nas ações ligadas ao pré-natal; implantação de espaços de educação permanente no CAPS infantil, Equipe de Saúde Mental na Atenção Básica, Núcleo de Proteção à Saúde e Vigilâncias (contemplando as áreas de Vigilância Ambiental e Sanitária, Zoonoses, Centro de

Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e Vigilância Epidemiológica); ação de qualificação dos estudos de óbito materno-infantil; construção de processo de Educação Permanente para implantação do Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência; qualificação em Saúde Mental para médicos clínicos e generalistas, dentistas, enfermeiros e farmacêuticos da Atenção Básica; qualificação da Atenção à Crise na Rede de Atenção Psicossocial para profissionais dos CAPS adulto, infantil e Álcool e Drogas (AD), UPAs, SAMU, Hospital Nardini, Consultório de Rua, Repúblicas Terapêuticas e Residência Terapêutica; atividade permanente de integração de novos profissionais da Secretaria de Saúde; operacionalização dos cursos “Introdutório para Agente Comunitário de Saúde” e “Educação Popular em Saúde” para Agentes Comunitários de Saúde, Agentes de Zoonoses e Agentes Redutores de Danos (MAUÁ, 2013c).

E para você ter uma ideia geral da estrutura de serviços públicos de saúde de Mauá listo-os a seguir:

Quadro 1: Serviços de Saúde do SUS - Mauá-SP

Atenção Básica	
1.	UBS Flórida
2.	UBS Jd. Guapituba
3.	UBS Jd. Itapark
4.	UBS Santa Lídia
5.	UBS Jd. Zaíra II
6.	UBS São João
7.	UBS Sônia Maria
8.	UBS Jd. Mauá
9.	UBS Pq. São Vicente
10.	UBS Capuava
11.	UBS Jd. Oratório
12.	UBS Zaíra I
13.	UBS Jd. Primavera
14.	UBS Carlina
15.	UBS Feital
16.	UBS Paranavaí
17.	UBS Kennedy
18.	UBS Pq. Das Américas
19.	UBS Jd. Santista
20.	UBS Vila Assis
21.	UBS Vila Magini

22.	UBS Macuco
23.	UBS Zaira III
Atenção Especializada	
1.	CEMMA – Centro de Especialidades Médicas de Mauá
2.	CRS (Centro de Referência em Saúde/DST-AIDS)
3.	Centro de Reabilitação Física
4.	CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
5.	Centro de Referência Saúde Mulher, Criança e Adolescente
6.	CAPS Adulto
7.	CAPS Infantil
8.	CAPS Álcool e Drogas
9.	República Terapêutica Infanto-Juvenil
10.	Residência Terapêutica
11.	Consultório de Rua
12.	Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência
13.	Serviço de Exames de Imagem (contratado)
14.	Serviço de Análises Clínicas (contratado)
1.	SAD – Serviço de Atendimento Domiciliar
2.	SAMU – Serviço de atendimento móvel
3.	UPA Magini
4.	UPA Zaira
5.	UPA Vila Assis
6.	UPA Barão de Mauá
Atenção Hospitalar	
1.	Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini (HCDRN)
2.	Santa Casa de Mauá
Vigilância em Saúde	
1.	CEREST – Centro de referência saúde trabalhador
Gestão Estadual	
1.	Ambulatório Médico Especializado (AME)
2.	Centro de Nefrologia e Hipertensão de Mauá

Fonte: CNES - 2013

Em Mauá a Atenção Básica está organizada com base em um processo de territorialização feito em 2010 que dispôs as 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em 5 Territórios (identificadas pela numeração de 1 a 5). Essa divisão não tem fins de descentralização administrativa, mas serve de referência para praticamente todos os processos de planejamento da Secretaria.

Das UBSs 11 contam com 46 Equipes de Saúde da Família, compostas por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde que

cobrem 37,3% da população. As Equipes de Atenção Básica ditas tradicionais, compõem-se por médicos clínicos, pediatras, ginecologistas, enfermeiro e auxiliares de enfermagem. Há 38 Equipes de Saúde Bucal (ESB – ligadas a Equipes de Saúde da Família e compostas por dentista e Auxiliar de Saúde Bucal) distribuídas em 20 UBSs. Atualmente há no município 239 Agentes Comunitários de Saúde, que alcançam cobertura populacional de 32,3%.

A Atenção às Urgências e Emergências está conformada pelo componente móvel, que consiste no SAMU 192, e pelo componente fixo, que além das UBSs soma 4 Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o serviço de urgência do Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini (MAUÁ, 2013c).

O SAMU 192 é um serviço destinado ao atendimento inicial às urgências e emergências de saúde na modalidade pré-hospitalar móvel, ou seja, é uma ação de socorro inicial “in loco” e que antecede a ação prestada por uma unidade de saúde (Hospital ou Pronto-Socorro) e tem por missão atender, no menor tempo possível, as solicitações classificadas como emergências ou urgências médicas da microrregião de Mauá, Rio Grande da Serra e Ribeirão Pires, através de chamados telefônicos ao número nacional de urgências médicas (192). Foi implantado em 2004 e conta atualmente com uma frota de 08 ambulâncias (05 de atendimento básico e 03 de suporte avançado), 02 motolâncias e um quadro funcional de 135 servidores, distribuídos em diversas funções: condutores de veículos de emergência; auxiliares de enfermagem; enfermeiros; médicos intervencionistas, médicos reguladores; telefonistas auxiliares de regulação médica; operadores de rádio; além de funcionários em apoio operacional e administrativo (MAUÁ, 2013c).

As UPAs (UPA Barão de Mauá, UPA Magini, UPA Vila Assis, UPA Zaira) são unidades que funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e estão preparadas para prestar atendimento com resolubilidade aos pacientes acometidos por quadros agudos ou crônicos agudizados, na população adulta e infantil. A equipe das Unidades inclui médicos pediatras, clínicos gerais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, técnicos de radiologia, além da equipe de apoio administrativo e recepção. Conta com equipamento de Raios X convencional, eletrocardiógrafo, monitor de ECG, ventilador pulmonar e desfibrilador, além de retaguarda para análises clínicas de urgência com resultados em 3 a 6 horas. As instalações físicas para atendimento consistem em sala de acolhimento com classificação de risco, sala de atendimento ao paciente crítico, salas de atendimento indiferenciado, sala de

curativo, salas de repouso/observação masculina, feminina e pediátrica (MAUÁ, 2013c).

O Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini (HCDRN) também é um serviço de referência regional para os municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Foi construído no final da década de 1970 com recursos do Fundo de Assistência à Saúde, da Caixa Econômica Federal, por um grupo de médicos, entre eles Dr. Nardini, para ser um hospital privado, mas permaneceu fechado. Em 1985 foi assumido pelo Governo do Estado tendo iniciado o funcionamento no ano seguinte. A municipalização ocorreu em 1990, sendo as instalações físicas pertencentes ao Estado e gestão pelo Município de Mauá. É referência na realização de partos de alto risco (MAUÁ, 2013c).

Atualmente o Hospital Nardini ocupa uma área de 11978 m² e conta com 221 leitos informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), podendo ser considerado um hospital de grande porte segundo os critérios do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) (BRASIL, 2007). Possui mais de 600 profissionais de saúde, dentre os quais há profissionais médicos nas áreas de infectologia, nefrologia, neurologia, cardiologia, pediatria, clínica geral, psiquiatria, anestesiologia, gastroenterologia, hematologia, cirurgia vascular, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia plástica, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, urologia, endoscopia e radiologia (MAUÁ, 2013c).

Para as internações conta com 32 leitos cirúrgicos (cirurgia geral), 60 leitos clínicos (clínica geral), 65 leitos complementares (10 UTI neonatal tipo II, 20 UTI adulto tipo II, 12 unidade de cuidados intermediários neonatal convencional), 38 leitos obstétricos (sendo 12 de gestação de alto risco), 24 leitos pediátricos (pediatria clínica) e 08 leitos da psiquiatria (MAUÁ, 2013c).

Segundo o CNES as instalações físicas para atendimento a urgências e emergências consistem em: 08 consultórios médicos, 01 sala de choque com 03 leitos, 01 sala de atendimento ao paciente crítico com 10 leitos, 04 salas de atendimento indiferenciado, 01 sala de curativo, 01 sala de gesso, 01 sala de higienização, 01 sala de pequena cirurgia, 02 salas de repouso/observação pediátrica com 06 leitos, 10 poltronas de repouso/observação. O atendimento ambulatorial conta com 05 consultórios médicos, 03 consultórios para outros profissionais da saúde, 01 sala de cirurgia ambulatorial, 02 salas de enfermagem, 01 sala de nebulização. O atendimento hospitalar conta com 05 salas de

cirurgia, 01 sala de recuperação com 03 leitos, 01 sala de pré-parto com 05 leitos, 24 leitos de alojamento conjunto (MAUÁ, 2013c).

Os serviços prestados pelo hospital incluem: atenção à saúde reprodutiva (vasectomia, laqueadura), parto em gestação de risco habitual e alto risco, atenção à saúde mental, exames anatomopatológicos, exames citopatológicos, diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia computadorizada), diagnóstico por laboratório clínico, diagnóstico por métodos grafodinâmicos (exame eletrocardiográfico), endoscopia (aparelho urinário, aparelho digestivo), fisioterapia (diagnóstico cinético e funcional, assistência fisioterapêutica cardiovascular e pneumofuncional, em alterações obstétricas neonatais, em alterações em neurologia, nas disfunções músculo-esqueléticas), hemoterapia (diagnóstico, medicina transfusional, procedimentos destinados à obtenção do sangue e derivados), nefrologia (litotripsia), pronto atendimento (clínico, psiquiátrico, pediátrico, obstétrico), pronto socorro (geral/clínico, pediátrico, obstétrico, traumato-ortopédico) e transplante (doação e captação de órgãos) (MAUÁ, 2013c).

Em 2012 o movimento hospitalar incluiu: 8321 atendimentos de Emergência, 12874 atendimentos de consulta ambulatorial, 103737 atendimentos no pronto-socorro adulto, 11427 internações, 2216 cirurgias, 1647 partos e 287473 exames (MAUÁ, 2013^a).

Inaugurada em 1963, a Santa Casa foi o primeiro hospital a se instalar no município de Mauá. Após aberto oficialmente, os primeiros procedimentos de enfermagem eram realizados por freiras do convento de Santa Paulina (MAUÁ, 2013c).

Nas décadas de 70 e 80, o hospital estava consolidado na cidade e dedicava aproximadamente 95% do seu atendimento para filantropia. Na década de 90, a instituição criou o Plano de Saúde da Santa Casa de Mauá com ênfase no mercado dos planos populares (MAUÁ, 2013c).

Atualmente a Santa Casa de Mauá possui 6 mil m² de área construída, contando com 117 leitos hospitalares, sendo esses, 19 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), 11 UTI adultas e 08 UTI neonatal, 20 leitos de apartamento, 41 leitos de enfermaria, 28 leitos de berçário e 09 leitos na sala de pré-parto. Seu Centro Ambulatorial de Especialidades faz atendimentos ambulatoriais em especialidades médicas, exclusivamente para convênios e particulares, exames diagnósticos de análises clínicas, tomografia computadorizada, mamografia e ultrassonografia. Também o Centro de Nefrologia e

Hipertensão, serviço de hemodiálise sob gestão da Secretaria Estadual de Saúde, está instalado nas dependências da Santa Casa e realiza aproximadamente 1.500 procedimentos de diálise por mês (MAUÁ, 2013c).

O hospital possui 75 médicos e 135 profissionais de saúde com outra formação. A equipe de profissionais médicos inclui: 01 infectologista, 06 nefrologistas, 01 neurologista, 01 cardiologista, 16 pediatras, 33 clínicos gerais, 01 psiquiatra, 01 anatomopatologista, 04 intensivistas, 05 anestesiólogos, 01 geriatra, 01 hematologista, 02 cirurgiões vasculares, 01 cirurgião de cabeça e pescoço, 01 cirurgião do aparelho digestivo, 03 cirurgiões gerais, 10 ginecologistas obstetras, 01 oftalmologista, 05 ortopedistas, 02 otorrinolaringologistas, 01 urologista, 05 radiologistas, 01 patologista clínico, 01 hemoterapeuta (MAUÁ, 2013c).

Como leitos disponíveis para o SUS encontram-se 08 leitos cirúrgicos (cirurgia geral), 10 leitos clínicos (clínica geral), 21 leitos complementares (08 UTI neonatal tipo II, 10 UTI adulto tipo II, 03 unidade intermediária neonatal), 26 leitos obstétricos (20 obstetrícia clínica e 06 obstetrícia cirúrgica), 13 leitos pediátricos (pediatria clínica). Atualmente o convênio entre a Santa Casa e a Secretaria de Saúde de Mauá concentra-se na área de atenção ao parto de risco habitual, para os quais a instituição chega a superar 50% do total de partos pelo Sistema Único de Saúde no município (MAUÁ, 2013c).

As instalações físicas para atendimento a urgências e emergências consistem em: 04 consultórios médico, 01 sala de atendimento ao paciente crítico com 03 leitos, 01 sala de atendimento indiferenciado, 01 sala de curativo, 01 sala de gesso, 01 sala de repouso/observação indiferenciada com 03 leitos, 01 sala de repouso/observação pediátrica com 02 leitos. O atendimento ambulatorial conta com 07 consultórios médicos, 01 sala de curativo, 01 sala de enfermagem, 01 sala de gesso. O atendimento hospitalar conta com 03 salas de cirurgia, 01 sala de pré-parto com 09 leitos, 19 leitos de alojamento conjunto (MAUÁ, 2013c).

Os serviços prestados pelo hospital incluem: cirurgia vascular (fístula arteriovenosa sem enxerto), diagnóstico em audiologia/otologia, acompanhamento do pré-natal de baixo risco, parto em gestação de baixo risco, exames anatomopatológicos, diagnóstico por imagem (radiologia, mamografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada), diagnóstico por laboratório clínico, diagnóstico por métodos grafodinâmicos (exame eletrocardiográfico, teste ergométrico, exame

eletroencefalográfico), endoscopia do aparelho digestivo, fisioterapia (diagnóstico cinético e funcional, assistência fisioterapêutica cardiovascular e pneumofuncional, em alterações oncológicas, em alterações em neurologia, nas disfunções músculo-esqueléticas), hemoterapia (diagnóstico, medicina transfusional, procedimentos destinados à obtenção do sangue e derivados), diagnóstico em oftalmologia, pronto socorro (geral/clínico), transplante (doação e captação de órgãos) (MAUÁ, 2013c).

A gestão do Serviço de Atenção Domiciliar, na perspectiva de dispositivo para aumento da rotatividade de leitos hospitalares, também é realizado pelo Núcleo de Gestão da Atenção Hospitalar e de Urgências e Emergências.

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) conta atualmente com equipe multiprofissional composta por 02 médicos, 02 enfermeiros, 08 auxiliares de enfermagem, 01 nutricionista, 02 fisioterapeutas e 02 veículos com motorista. O serviço realiza seguimento e evolução clínica no domicílio, disponibiliza e distribui dieta enteral, faz dispensação de materiais de curativos e fraldas geriátricas, troca de sondas de ostomias e de sondas vesicais de demora, debridamentos e acompanhamento de úlceras de pressão. Atualmente assiste a 382 pacientes. Tem atuação pautada pela atenção humanizada, retorno ao núcleo familiar em tempo oportuno sem prolongamento desnecessário de internação, redução de exposição a riscos hospitalares e racionalização dos recursos disponíveis. Funciona das 7h as 19h de segunda à sexta-feira, com regime de plantão aos finais de semana (MAUÁ, 2013c).

O Centro de Especialidades Médicas de Mauá (CEMMA) é uma unidade de referência municipal para atendimento de consultas especializadas, agendadas pela Central de Regulação Ambulatorial, a partir de encaminhamentos realizados pela Atenção Básica. O serviço realiza em torno de seis mil atendimentos por mês e funciona de segunda a sexta-feira, das 7h às 21h.

Conta com 02 médicos neurologistas, 03 médicos cardiologistas, 01 médico pneumologista, 04 médicos dermatologistas, 01 médico reumatologista, 01 médico gastroenterologista, 01 médico hematologista, 01 médico cirurgião vascular, 03 médicos oftalmologistas, 02 médicos ortopedistas, 03 médicos otorrinolaringologistas, 01 médico fisiologista, 04 enfermeiros, 10 auxiliares de enfermagem e 01 fonoaudiólogo.

A unidade conta com 11 consultórios médicos, 01 sala de curativo e 01 sala de

enfermagem. Os equipamentos disponíveis incluem: eletrocardiógrafo, nasofibroscópio, audiômetro, aparelhos de diagnóstico em oftalmologia e aparelho para prova de função respiratória.

O Centro de Reabilitação Física presta atendimento ambulatorial, adulto e infantil, na área de reabilitação física. A equipe multiprofissional é composta por 09 fisioterapeutas, 02 fonoaudiólogos, 01 terapeuta ocupacional, 01 psicólogo e 01 assistente social. A unidade conta com 07 salas para atendimento. Os serviços oferecidos pela unidade incluem: diagnóstico cinético e funcional, assistência fisioterapêutica (em alterações neurológicas, nas disfunções músculo-esqueléticas, e respiratórias), intervenções terapêuticas fonoaudiológicas para distúrbios da deglutição, solicitação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares cuja dispensação é feita por serviço de referência regional localizado em Ribeirão Pires – APRAESPI. Funciona das 7h às 17h, com agendamento feito na própria Unidade, mediante encaminhamento médico (público ou privado).

O Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente é referência municipal para atendimento de consultas especializadas, encaminhadas pela Atenção Básica. Organiza-se através de equipes de Pré-natal de Alto Risco, Planejamento Familiar, Ambulatório de Cirurgia Ginecológica, Núcleo de Atenção à Violência Sexual (NAVIS), Saúde da Criança e Adolescente (especialidades pediátricas: alergologia, pneumologia, neurologia, endocrinologia, nutrologia e hebiatria), Centro de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAMA), além da oferta de exames complementares (colposcopia e ultrassonografia).

A unidade conta com 05 consultórios médicos, 03 consultórios para outros profissionais da saúde, 01 sala de enfermagem, 01 sala de nebulização e 01 sala de pequena cirurgia com 01 leito. Também dispõe de 02 equipamentos de ultrassom (doppler colorido e convencional).

O Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência é um serviço público intersetorial da Prefeitura Municipal de Mauá, funcionando em cogestão entre a Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde que integraram o Centro Municipal de Apoio à Educação Inclusiva e o Centro Especializado de Reabilitação. Visa proporcionar atenção integral às pessoas com deficiência temporária ou permanente.

Realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce, atendimento

educacional especializado e inclusão social nas áreas de reabilitação física, visual, intelectual, auditiva e de múltiplas deficiências. Conta com uma equipe multiprofissional formada por fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, professores, psicólogos, assistentes sociais e equipe de apoio, além de estarem sendo incorporados à Unidade novos profissionais como enfermeiros e médicos fisiatra, neurologista infantil, otorrinolaringologista e oftalmologista. Já realiza cerca de 4.500 atendimentos por mês, que deverão aumentar conforme etapas de ampliação do serviço.

Futuramente realizará concessão de recursos de tecnologia assistiva para as pessoas com indicação específica como cadeira de roda, calçados ortopédicos, aparelhos auditivos, prótese ocular e bengala articulada.

Os profissionais atendendo nesta unidade são: 01 médicos neurologista, 06 fisioterapeutas, 11 fonoaudiólogos, 04 terapeutas ocupacionais, 07 psicólogos, 02 assistentes sociais, 02 enfermeiros e 02 auxiliares de enfermagem.

A unidade conta com 04 consultórios médicos, 15 consultório para outros profissionais da saúde, 01 sala de curativos e 02 salas de enfermagem. Os serviços oferecidos pela unidade incluem: atenção à saúde auditiva (diagnóstico em audiologia), atendimento psicossocial, assistência fisioterapêutica (em alterações neurológicas, nas disfunções músculo-esqueléticas e em oftalmologia).

O Centro de Referência em Saúde (Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS e Hepatites Virais) é a unidade de referência para acompanhamento e tratamento das DST/AIDS e hepatites virais.

A equipe multiprofissional é composta por 05 médicos infectologistas, 02 enfermeiros, 04 auxiliares de enfermagem, 01 farmacêutico, 01 técnico em farmácia, 01 biomédico, 01 psicólogo e 02 assistentes sociais. A unidade conta com 06 consultórios médicos, 04 consultórios para outros profissionais da saúde e 01 sala de enfermagem. Realiza orientação sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças como hepatites virais, HIV/AIDS. O atendimento ocorre por demanda espontânea ou por meio de encaminhamento das unidades de saúde do município. Os serviços ofertados incluem: testes diagnósticos, grupos educativos, distribuição de preservativos, consulta médica em infectologia, atendimento psicossocial, aconselhamento e dispensação de medicamentos estratégicos.

O Consultório de Rua (CR) se constitui por uma equipe multiprofissional, integrada por psicólogos, enfermeiros, técnicos e agentes redutores de danos, que diariamente circula pelas ruas da cidade para abordagem a pessoas em situação de rua. Utilizam, para os deslocamentos, um veículo tipo Van, costumeiramente mencionado pela população na identificação da equipe.

Em Mauá quinze campos, pontos onde essas pessoas costumam se concentrar, foram identificados e vem sendo acessados pela equipe mediante planejamento e vinculação com esses territórios. A abordagem ocorre de forma sutil, respeitando a vontade do cidadão e buscando estabelecer vínculos para compreender a situação e necessidades do indivíduo. A equipe realiza escuta cuidadosa das pessoas que se dispõem a conversar com os profissionais, acolhe demandas e, quando pertinente, propõe encaminhamentos para intervenção sobre problemas e necessidades.

O Consultório de Rua atua de forma integrada aos demais serviços da Saúde, fortalecendo o atendimento em rede na saúde. Assim, o Consultório de Rua pode ser a porta de entrada para atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPAs), Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) e até mesmo em serviços de outras secretarias como os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) da secretaria de Cidadania e Ação Social.

O Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS - Adulto) é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja gravidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, fazendo o acompanhamento clínico e a inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos.

Em 2013, o Centro de Atenção Psicossocial Adulto foi reclassificado, passando a ser do tipo III, que oferece atendimento 24 horas, inclusive em finais de semana e feriado.

São oito leitos, sendo quatro femininos e quatro masculinos.

Recebe pacientes referenciados pela Atenção Básica, Hospital Nardini e Centro Especializado de Assistência Social – CREAS, mas também atende demanda espontânea. Para cada usuário é definido um Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual é acompanhado pela equipe multiprofissional. Esta equipe é que define junto ao paciente e família quando há necessidade do acolhimento noturno, que permite o pernoite no CAPS, preferencialmente por período curto. Além do atendimento individual, os usuários podem participar dos grupos terapêuticos, grupos de projetos culturais com visitas e contação de histórias e também das oficinas de informática, costura e tapeçaria. Atualmente o serviço conta com 1,4 mil matrículas e realiza cerca de 50 atendimentos diários. Os profissionais atendendo nesta unidade incluem: 03 médicos psiquiatras, 07 psicólogos, 03 assistentes sociais, 01 farmacêutico, 04 enfermeiros, 03 terapeutas ocupacionais e 01 nutricionista, que se organizam em Equipes de Referência por Território – “mini-equipes”.

A primeira Residência Terapêutica de Mauá foi inaugurada em agosto de 2013. É uma casa destinada a pessoas que ficaram longos períodos internadas em hospitais psiquiátricos, e que por meio da residência receberão o cuidado na cidade onde sua família vive ou que se dispôs a acolhê-los quando a família não é localizada. O serviço é ligado ao CAPS-Adulto, onde os moradores fazem seu acompanhamento e é construído o PTS. Também recebem o cuidado dos demais serviços de saúde e todos os recursos de outras áreas, como educação, cultura, lazer e trabalho. A residência tem capacidade para abrigar dez pessoas. Atualmente residem cinco pacientes, originários de Mauá, que deixaram o Hospital Psiquiátrico Lacan, em São Bernardo do Campo. Estão sendo providenciadas liberações de mais cinco pacientes do Hospital Lacan. O primeiro grupo tem faixa etária entre 40 e 60 anos e período de internação que varia de três a seis anos (MAUÁ, 2013c).

Na unidade atuam dez pessoas, sendo 09 cuidadores que se revezam para garantir acompanhamento 24 horas por dia. Estimula-se que os novos moradores integrem as tarefas rotineiras de um lar, como parte de sua reabilitação a viver na cidade. Os moradores são apoiados no cuidar da casa, higiene e pertences, além de ajudarem no preparo das refeições. Podem sair às ruas, gozar de atividades de lazer, como cinema e jogo de futebol, retomando a cidadania que lhes foi privada nos manicômios. Não há um tempo de permanência definido, sendo a saída da casa definida por iniciativa do usuário com a construção de um

novo projeto de vida ou mesmo por convite da família para retornar a convivência no lar (MAUÁ, 2013c).

O Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPS-i) é um serviço de atenção diária, destinado ao atendimento de crianças e adolescentes gravemente comprometidos psiquicamente. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais (MAUÁ, 2013c).

Pauta-se o cuidado na manutenção da criança ou adolescente em seu ambiente doméstico e familiar; na integração das famílias no tratamento, quando possível, pois se observa maior dificuldade de melhora quando se trata a criança ou adolescente isoladamente; na atenção integral à saúde das crianças e adolescentes, o que envolve ações não somente no âmbito da clínica, mas também ações intersetoriais (questões das relações familiares, afetivas, comunitárias, com a justiça, a educação, a saúde, a assistência, a moradia); na obtenção de progressos no nível de desenvolvimento, em qualquer aspecto de sua vida mental, mesmo quando não é possível trabalhar com a hipótese de remissão total do problema, o que pode significar melhora importante nas condições de vida para eles e suas famílias (MAUÁ, 2013c).

A equipe multiprofissional do CAPS-i atua de forma interdisciplinar, permitindo um enfoque ampliado dos problemas. Inclui 01 médico psiquiatra, 03 psicólogos, 03 assistentes sociais, 03 enfermeiros, 04 auxiliares de enfermagem, 01 farmacêutico, 01 terapeuta ocupacional, 01 fonoaudiólogo e 02 recreadores. Os profissionais se organizam para referência por Território (MAUÁ, 2013c).

Atividades de inclusão social em geral e escolar em particular são partes integrantes dos projetos terapêuticos. As atividades desenvolvidas no CAPSI incluem: atendimento individual, atendimento em grupo, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas e atividades externas. A unidade oferece ambiência e localização adequadas ao atendimento e espaços informais de convivência, bem como sala de espera interativa. Ao todo, são 11 salas de atendimento. O CAPS Infantil atende cerca de 700 pessoas, entre crianças, adolescentes e familiares. A idade varia de zero a 20 anos (MAUÁ, 2013c).

O CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) oferece atendimento diário a

pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim como o CAPS Adulto, se baseia em práticas de atenção comunitária de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Desenvolve uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) ao atendimento em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também oferece condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar, com retaguarda de leitos psiquiátricos no Hospital Nardini (MAUÁ, 2013c).

Desde junho de 2013 funciona 24h, como CAPS AD III. Conta 02 médicos psiquiatras, 09 psicólogos, 03 assistentes sociais, 01 farmacêutico, 05 enfermeiros, 09 auxiliares de enfermagem, 02 terapeutas ocupacionais e 02 artesãos, que se organizam em Equipes de Referência por Território – “mini-equipes” (MAUÁ, 2013c).

Em abril de 2013, teve início o processo de descentralização do atendimento de três ambulatórios de saúde mental para as 23 UBSs de Mauá. Inserido no contexto de mudança na forma de cuidado no município, apontava-se como principal de desafio uma mudança organizacional que favorecesse o deslocamento de práticas centradas no médico psiquiatra e na medicação para uma clínica centrada no Sujeito.

Com várias dificuldades e tropeços, muitas delas associadas à velocidade com que o processo teve curso, que paradoxalmente também é apontado por vários profissionais como um dos fatores determinantes para seu êxito, o cuidado em saúde mental entrou na agenda das Unidades Básicas de Saúde. Elas ampliaram sua oferta com grupos de acolhimentos aos pacientes egressos dos antigos ambulatórios e usuários com queixa de sofrimento mental, de modo geral; grupos terapêuticos com distintas configurações; atendimento em saúde mental pelos médicos clínicos e generalistas; orientação na própria unidade sobre isenção tarifária, a pacientes passíveis de recebimento do benefício; além de uma gama de oficinas, passeios, atividades culturais e de exercícios físicos com fins de promoção e cuidado em saúde e saúde mental da comunidade, organizados de maneira distinta em cada UBS. Passaram, para tanto, a contar com o apoio de Equipes de Matriciadores em Saúde Mental, compostas por psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras, organizados como referência

por Território, sendo parte dessas equipes compostas por profissionais advindos dos antigos ambulatorios. Essa descentralização, para exemplificar o que havia comentado anteriormente sobre a lógica de rede, vem sendo um dos processos para o qual a atuação dos Apoiadores de Rede tem sido de grande importância.

Inaugurado em 2011, o Ambulatório Médico de Especialidades atende mensalmente cerca de 10.000 consultas e 15.000 exames de apoio diagnóstico e terapêutico. Sob gestão da Secretaria de Estado é referência regional para o Grande ABC, sendo proporcionalmente mais acessado pela população residente nos municípios de Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra (MAUÁ, 2013c).

Os profissionais atendendo nesta unidade são: 02 médicos nefrologistas, 01 médico imunologista, 03 médicos neurologistas, 06 médicos cardiologistas, 02 médicos dermatologistas, 03 médicos endocrinologistas, 01 médico gastroenterologista, 01 médico ginecologista, 10 médicos oftalmologistas, 03 médicos ortopedistas, 04 médicos urologistas, 03 médicos endoscopistas, 03 médicos radiologistas, 03 enfermeiros, 09 auxiliares de enfermagem, 01 farmacêutico, 02 nutricionistas, 01 psicólogo e 01 assistente social (MAUÁ, 2013c).

A unidade conta com 17 consultórios médicos, 03 consultórios para outros profissionais da saúde, 01 sala de cirurgia ambulatorial, 02 salas de curativos, 01 sala de enfermagem, 01 sala de gesso e 01 sala de repouso/observação com 02 leitos (MAUÁ, 2013c).

Os serviços oferecidos pela unidade incluem: atendimento de cardiologia (incluindo exames de eletrocardiografia, ecocardiograma, monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), Holter e Teste Ergométrico), urologia (incluindo exame de avaliação urodinâmica), endocrinologia (incluindo ultrassonografia e exames laboratoriais), alergologia adulto e infantil (incluindo exame de “prick test” e “patch test”), dermatologia (incluindo pequenas cirurgias), ortopedia (incluindo radiografia e ultrassonografia), gastroenterologia (incluindo endoscopia), neurologia adulto e infantil (incluindo eletroencefalografia sem sedação e eletroneuromiografia) e oftalmologia (incluindo mapeamento de retina, fundoscopia, biometria, tonometria e teste ortóptico) (DIÁRIO DE CAMPO).

Em relação à estrutura privada não conveniada ao SUS Mauá conta com 2

hospitais (Hospital América – 59 leitos, Hospital Vital – 79 leitos), 10 clínicas de exames de imagem, 5 laboratórios de análises clínicas e 138 clínicas/consultórios (CNES, 2013).

Apesar de um registro de 198.952 beneficiários de Planos de Saúde residentes em Mauá em junho de 2013 (ANS, 2013), o que corresponderia a uma cobertura de saúde suplementar próxima a 48% da população, estima-se que a proporção de munícipes usuários exclusivamente do SUS seja superior à fração de 52% da população. Isso pela imprecisão do dado oficial, que se refere a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para um mesmo indivíduo, sobretudo pelo predomínio de planos coletivos, que somam 77% do total de contratos.

Dá para perceber nesta descrição que Mauá possui uma rede de serviços de saúde extensa, compatível com outros municípios de seu porte, e com predomínio do setor público. Você deve ter notado também que os serviços ambulatoriais especializados são numerosos, diversificados e com baixo adensamento tecnológico (com exceção do AME). Conversaremos mais sobre isso futuramente.

Esperando não tê-lo cansado demais, fico por aqui.

4. Pressupostos Teóricos

São Paulo, fevereiro de 2013

Meu caro,

Você não ficou curioso sobre os meandros que iremos navegar quando viu no título desse material a expressão “gestão do cuidado”? De minha parte tenho estado bastante intrigado com os inúmeros significados que as pessoas com quem tenho contato atribuem a ela, e certamente muito curioso sobre o que você mesmo está pensando sobre isso agora. Dado a esse caráter polissêmico, tentarei apontar nesta carta contornos que facilitem nossa comunicação.

Para situar sob qual noção de cuidado me amparo neste material, comungo da síntese realizada por Maria Lúcia Lopes (2010a), que, se remetendo a diferentes autores,

especialmente Heidegger (2005), aponta que:

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)

Compartilho ainda com a concepção de Merhy (2002) que afirma que o objeto primeiro do trabalho em saúde é o cuidado. Ele nos diz que:

no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar. (MERHY, 2002, p.117)

No que toca especificamente o trabalho em saúde acho importante demarcar, concordando com Feurwerker (2007, apud LOPES, 2010a) que as práticas de cuidado são comuns a todas as profissões, havendo potência em todas elas para contribuir na sua produção, a qual deve agregar diferentes saberes e tecnologias e se pautar na necessidade dos usuários.

Pinheiro e Guizardi (2004, p. 21) abrangem a noção de cuidado como uma ação integral com “significados e sentidos voltados para a compreensão de ser. É o tratar, o respeitar, o acolher, o atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social”. Os autores compreendem a referida noção como o “entre-relações” de pessoas, ou seja, “efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições que são traduzidas em atitudes como: tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo” (PINHEIRO e GUIZARDI, 2004, p.24).

Merhy (2005) aponta alguns dos pedidos inscritos nessa concepção de cuidado:

- relação intercessora com o mundo subjetivo do usuário e o seu modo de representar e construir necessidades de saúde;
- relação acolhedora que inclua o usuário como sujeito de saberes e práticas no campo das ações de saúde;
- relação acolhedora com o usuário que permita produzir vínculos e responsabilizações entre todos que estão implicados com os atos de saúde;
- relação que permita articulação de saberes para compor as valises tecnológicas e os projetos de intervenções em saúde do modo mais amplo possível;
- relação que possibilite o encontro dos núcleos profissionais a partir do mundo do usuário como lógica capturante das outras lógicas, e não ao contrário;
- relação que se compromete com a finalidade dos atos de saúde como efetivos

para a qualificação do viver individual e coletivo;

- relação que se orienta pela aposta no agenciamento de sujeitos morais implicados com a defesa da vida individual e coletiva;
- relação de inclusão cidadã, que opera na construção de autonomias e não de clones no campo da produção dos sujeitos sociais; entre outras. (MERHY, 2005, s/n)

Para Grabois (2011) a gestão do cuidado visa à qualificação da atenção à saúde com foco no usuário, suas necessidades e percursos, se valendo, para tanto, de

questões que demandam planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas. (GRABOIS, 2011, p.161)

Cecílio (2011, p. 589) define a gestão do cuidado em saúde como

o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. (CECÍLIO, 2011, p.589)

Essa definição se sustenta e desdobra em outros conceitos chave: integralidade, tecnologias e necessidades de saúde.

A ideia de integralidade remete a diferentes sentidos, categorizada por Mattos (2001) em três aspectos principais. Um primeiro relativo à articulação de ações assistenciais, preventivas e de promoção à saúde; o segundo relacionado a aspectos da organização dos serviços de saúde, no que tange à integração de seus diferentes níveis de atenção e unidades; o terceiro voltado para atributos das práticas de saúde defendendo antes de tudo que elas sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos/doenças.

Por tecnologias de saúde entendem-se os diferentes recursos utilizados pelos trabalhadores em seu encontro com o usuário, compondo “caixas de ferramentas” constituídas por tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2002; MERHY, FEUERWERKER, 2009). Como tecnologias duras entendem-se os equipamentos e insumos utilizados nas intervenções propedêuticas e terapêuticas, como o estetoscópio,

exames laboratoriais e de imagens, medicamentos, enfim, tudo aquilo que pode ser manuseado, daí também ser denominada por Merhy (2000a) como valise das mãos. As tecnologias leve-duras, valise da cabeça, referem-se aos conhecimentos empregados nas práticas de cuidado que permitem processar o olhar do profissional sobre o usuário. Constituem-se por saberes bem definidos, como o conhecimento em cardiologia ou epidemiologia, que em sua especificidade determinam os núcleos profissionais. As tecnologias leves, ou valise das relações, compreendem a ética do exercício profissional, os saberes sobre as relações entre as pessoas, as afecções produzidas nos encontros entre sujeitos. São as que permitem

a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança; é a que possibilita mais precisamente captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário. (MERHY, FEUERWERKER, 2009, s/n)

Cecílio e Matsumoto (2006), dialogando com distintos enfoques e perspectivas de necessidades de saúde, propuseram uma taxonomia de Necessidades de Saúde abrangendo quatro categorias. Merhy (2000b) adicionou como quinta dimensão a Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença e ilustrou como ideias materiais dessa taxonomia:

- a) Necessidade de boas condições de vida: boa moradia, alimentação, transporte, lazer, meio ambiente adequado, viver em processos sociais de inclusão;
- b) Necessidade de ser alguém singular com direito à diferença: ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído;
- c) Garantia de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida: sempre que for necessário poderá e deverá consumir serviços de saúde (equipamentos e práticas) que possam impactar e qualificar seu modo de andar na vida;
- d) Necessidade de ser acolhido e ter vínculo com um profissional ou equipe (sujeitos em relação): poder acessar e ser recebido e bem acolhido em qualquer serviço de saúde que necessitar, tendo sempre uma referência de responsabilização pelo atendimento dentro do sistema;
- e) Necessidade de autonomia e autocuidado na escolha do modo de “andar a vida” (construção do sujeito): ser tratado como sujeito do saber e do fazer, em produção que irá a cada momento “operar” seu próprio modo de andar na vida. (MERHY, 2000, s/n)

A gestão do cuidado em saúde se realiza em múltiplas dimensões que se conectam entre si. Cecilio (2011), realizando uma reflexão sobre avaliação em saúde, propôs sua divisão em cinco planos de análise: societária, sistêmica, organizacional, profissional, familiar e individual.

A dimensão societária da gestão do cuidado em saúde trata de como “em cada sociedade, se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado” (CECILIO, 2011, p.591). Trata-se do plano macropolítico, em que se passam “a disputa de diferentes projetos societários que resultarão em melhores ou piores condições de vida para amplos extratos da população” (CECILIO, 2011, p.591). A determinação constitucional da saúde como direito a ser provido por um sistema público, gratuito, universal e equânime e a contradição demonstrada pelo aumento crescente da expressão do setor privado na atenção à saúde, que já supera em valor nominal o gasto do Estado Brasileiro com saúde, exemplificam questões que atravessam essa dimensão.

A dimensão sistêmica da gestão do cuidado envolve, no caso do Sistema Único de Saúde, gestores federais, estaduais e, principalmente, os municipais, referindo-se ao plano em que se expressa a estruturação dos serviços de saúde e os processos de sua regulamentação formal.

É aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo "redes" ou "linhas" de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado. (...)

A despeito de tal complexidade e multiplicidade de atores e movimentos, os gestores, ou seja, aqueles que ocupam cargos de direção nos sistemas locais de saúde, têm uma responsabilidade intransferível na gestão sistêmica do cuidado em saúde, sendo essa, normalmente, sua atividade mais visível e trabalhosa. Estamos em pleno domínio: da construção da relação público-privado, em particular, a compra de serviços; da programação orçamentário-financeira; de regulação da relação Estado/prestadores privados; da formulação de políticas de prioridades; da política de investimentos etc. As equipes gestoras ocupam parte importante de suas agendas fazendo a gestão do cuidado nessa dimensão. (CECILIO, 2011, p.591)

A dimensão organizacional do cuidado se passa no universo interno aos serviços de saúde, evidenciando elementos afins à gerência da unidade, ao trabalho em equipe, à comunicação entre os trabalhadores e à coordenação entre os processos assistenciais (CECILIO, 2011).

Nela, assume centralidade a organização do processo de trabalho, em particular, a definição de fluxos e regras de atendimento e a adoção de dispositivos compartilhados por todos os profissionais, tais como: as agendas, protocolos únicos, reuniões de equipe, planejamento, avaliação etc. Aqui, a gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores, a ser alcançada em territórios marcados, frequentemente, pelo dissenso, pela diferença, pelas disputas e pelas assimetrias de poder. (CECILIO, 2011, p.591)

A dimensão profissional do cuidado se dá no encontro entre os trabalhadores e os usuários. É o plano em que se expressa, geralmente em um espaço reservado e alheio a controles externos, a autonomia do profissional na produção das práticas de cuidado e a do usuário em se valer ou reagir a elas. Envolve as distintas possibilidades tecnológicas acima abordadas e é regida por três elementos principais que lhe conferem maior ou menor capacidade de produzir o bom cuidado:

a) a competência técnica do profissional no seu núcleo profissional específico, ou seja, a capacidade que tem, por sua experiência e formação, de dar respostas para o(s) problema(s) vivido(s) pelo usuário; b) a postura ética do profissional, em particular, o modo com que se dispõe a mobilizar tudo o que sabe e tudo o que pode fazer, em suas condições reais de trabalho, para atender, da melhor forma possível, tais necessidades; c) não menos importante, a sua capacidade de construir vínculo com quem precisa de seus cuidados. (CECILIO, 2011, p.591)

A dimensão familiar da gestão do cuidado tem como atores privilegiados os familiares, os amigos, os vizinhos, enfim as pessoas que compõem a rede de convivência de um usuário em particular, perpassando relações afetuosas e conflituosas (CECÍLIO, 2011). É uma dimensão que se apresenta em diferentes intensidades de acordo com momentos e condições da vida. Um período de adoecimento que limite a independência de um usuário, por exemplo, trará à tona com maior vigor a necessidade de envolver familiares que possam lhe dar suporte. De modo semelhante, o cuidado a uma pessoa com deficiência múltipla exige da equipe de saúde uma atenção especial a essa dimensão, no intuito de reconhecer redes de apoio e evitar sobrecarga de trabalho para os cuidadores, para ilustrar.

A dimensão individual da gestão do cuidado em saúde abrange o “‘cuidar de si’, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de ‘andar a vida’” (CECILIO, 2011, p.589), remetendo-se às proposições de Foucault (2004)

do cuidado de si como prática de liberdade e de Canguilhem (2009, p.92) de que “curar é criar para si novas normas de vida”. Faz-se por outro lado, menção ao debate contemporâneo acerca dos conceitos de indivíduo e autonomia abrangendo:

A negação da subjetividade como algo coerente, durável e individualizado, ou seja, somos mais plurais do que pensamos (Rose, 2001).

A compreensão da autonomia não como algo que o "indivíduo" elabore no seu interior, mas, ao contrário, sua abertura, sempre, ao que é outro, e não ele mesmo. Assim, a autonomia resulta de uma longa história segundo a qual o organismo humano se distancia do que o rodeia; ela não é nada menos do que a ligação cada vez mais aberta, cada vez menos determinada, entre o organismo e seu meio (Beardsworth, 2003).

Os modos de subjetivação contemporâneos não podem ser desvinculados de um biopoder produtor de regras regulatórias que, afinal, definem nossos "eus" (Rabinow, Rose, 2006).

Mesmo reconhecendo que o "individual" é agenciado por um conjunto de forças, vetores e condições concretas de vida a depender da inserção de cada pessoa nos circuitos de produção e de consumo de determinada sociedade e em determinado momento histórico, é possível, sempre, reconhecer uma esfera "individual" na qual seria possível escapar da mão pesada das determinações sociais mais amplas, e que se traduziria na conquista, em maior ou menor medida, de graus ampliados de autonomia, de processos de cuidar de si, de viver a vida de forma mais plena. (CECILIO, 2011, p.589-90)

Esses planos de análise propostos por Cecílio (2011) serão muito úteis em nossa conversação, pois nos permitem enxergar arenas onde diferentes atores jogam, ou os mesmos atores jogam de diferentes maneiras.

Nas cartas que lhe enviarei conversaremos sobre a Atenção Ambulatorial Especializada passando por diferentes dimensões do cuidado em saúde, particularmente a societária, sistêmica e organizacional, fazendo algumas pontes indiretas, com as dimensões profissional, familiar e individual do cuidado em saúde.

Saúdo-lhe, desejando prosseguirmos nessa troca em breve.

CAPÍTULO II - PERCURSO METODOLÓGICO

Brasília/ São Paulo/ Mauá, fevereiro de 2012 a dezembro de 2013

Camarada,

Nesta missiva lhe contarei sobre os processos metodológicos percorridos na produção da dissertação, incluindo como elementos na compreensão do método as “concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador” (MINAYO, 2004, p.23), além da análise de implicações (PASSOS e BENEVIDES, 2000).

O percurso trilhado ao longo dessa pesquisa foi de idas e vindas. Inicialmente pensada como um trabalho de revisão de literatura em sua concepção mais tradicional, com estratégia de busca e seleção de artigos rigidamente definidos, seu desenvolvimento foi continuamente interrogado pelas provocações da vida prática, como gestor da Atenção Ambulatorial Especializada em um município. Nesse “mundo real”, os resultados que vinha encontrando na literatura indexada¹ valiam muito pouco como ferramentas para operar a gestão, particularmente quando esta concebida em uma perspectiva democrática e participativa.

Conversas com amigos que trabalharam na área, com quem ia compartilhando sonhos e angústias do trabalho que eu vinha começando em Mauá, me apontavam rumos muitos mais afeitos a situações concretas, provenientes de experiências de “quem já bateu cabeça para aprender”.

O próprio convívio e reflexões diárias na equipe que se formava no corpo de direção da Secretaria de Saúde e o coletivo que se constituía com os gerentes dos serviços especializados, no Colegiado de Gestão da Atenção Especializada, propunha, validava e descartava ideias que surgiam comigo ao me experimentar pesquisador.

Mesmo reconhecendo como artificial e sem querer estabelecer uma pretensa distância entre pesquisador e objeto, recorrente no discurso científico, várias vezes me peguei preocupado em não sair dos trilhos apontados no planejamento da pesquisa para não

¹ Literatura indexada é composta por artigos catalogados em Bases de Dados reconhecidos e

invalidá-la. Depois de ler 739 títulos/resumos, 53 artigos completos e encontrar pouquíssimos recursos que me ajudassem a responder as perguntas colocadas para este mestrado, me convenci que não era esse o caminho a seguir neste trabalho.

Tive que retomar a leitura de Merhy (2004) em “O Conhecer Militante do Sujeito Implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido”, para me tranquilizar em compreender que a intencionalidade na pesquisa, seleção e diálogo com o material encontrado, não diminuem o seu valor. Kastrup (2007) vai além ao afirmar que mais do que uma coleta de dados, há uma produção dos dados da pesquisa.

não há coleta de dados, mas, desde o início uma produção dos dados da pesquisa. A formulação paradoxal de uma “produção dos dados” visa ressaltar que há uma real produção, mas do que, em alguma medida, já estava lá de modo virtual. (KASTRUP, 2007, p.15)

Para admitir essa perspectiva foi importante para mim rever diversas vezes o princípio de que produzir um trabalho científico exige compreendê-lo como falível, carregado de implicações e limitado a um recorte escolhido pelo pesquisador.

A ciência possui uma fundação tal como qualquer outra forma de conhecimento, não se distinguindo por uma pureza ou soberania que transcenda ao mundo sobre o qual ela produz os seus efeitos de verdade e de objetividade. É neste sentido que podemos dizer que o conhecimento é uma forma de implicação e de interferência que é ativa na produção tanto do seu objeto quanto do sujeito de um determinado saber ou especialismo. (PASSOS E BENEVIDES, 2000, p.76)

Outro discernimento necessário para acalmar minhas pretensões foi entender que por mais original que possa ser um trabalho, dificilmente ele será revolucionário, na medida em que ele se estabelece sob cultura e paradigmas nos quais o pesquisador está envolvido e raramente se descolará (KUNH, 1992). Esse entendimento foi particularmente importante para conter a ansiedade de querer fazer de uma dissertação de mestrado um estudo absolutamente inovador. Sobre isso o professor Egberto Turato afirma ser consensual no meio acadêmico a expectativa que no mestrado:

o candidato demonstre um domínio teórico do tema escolhido e capacidade de sistematização satisfatória da literatura existente sobre o respectivo assunto e

defenda, perante a banca examinadora, uma discussão crítica pessoal desta matéria colhida e organizada (TURATO, 2003, p.124).

Como afirmam Passos e Benevides (2000, p.73), a noção de implicação não se resume a uma questão de decisão consciente do pesquisador, mas inclui o assinalamento do lugar que ele ocupa, busca ocupar e do que lhe é designado ocupar.

Aquilo para o que as correntes institucionalistas chamam a atenção é a necessidade da análise das implicações com as instituições em jogo numa determinada situação. A recusa da neutralidade do analista/pesquisador procura romper, dessa forma, as barreiras entre sujeito que conhece e objeto a ser conhecido. (PASSOS, BENEVIDES, 2000, p.73)

Na tentativa de fazer uma análise de minhas implicações, busquei reconhecer multiplicidades que me constituem como sujeito/pesquisador, destacando devires que me atravessam como militante, gestor, trabalhador/médico, mestrando.

Escrevemos o Anti-Édipo a dois. Como cada um de nós era vários, já era muita gente. Utilizamos tudo o que nos aproximava, o mais próximo e o mais distante. (DELEUZE e GUATTARI, 1995, p. 11)

De início, situo na matriz teórica sob a qual me apoio uma clara identificação com a corrente “Em Defesa da Vida”, no pensamento da Saúde Coletiva, esta entendida sinteticamente “como o campo do saber que estuda a saúde das populações, suas relações sociais, e a produção de Políticas Públicas” (FERIGATO, CARVALHO, 2009, p. 53).

A corrente Em Defesa da Vida surgiu ao final da década de 1980, das atividades acadêmicas de um grupo de sanitaristas vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp e de trabalhadores da Secretaria de Saúde de Campinas. A inseparabilidade entre teoria e prática é uma característica marcante dessa corrente. Suas formulações influenciaram importantes projetos de organização da rede de atenção na década de 90 (Ipatinga, Belo Horizonte, Campinas, Sumaré, Betim, Hospital Regional de Betim e Santa Casa do Pará). Entre concepções-chave dessa proposta com importantes consequências operacionais citamos, entre outras: a) o entendimento de que a política se realiza nos macro e microespaços das relações sociais; b) afirma o papel central dos trabalhadores, e neles dos médicos, para as mudanças do setor de saúde; c) preconiza a

reformulação do arcabouço teórico e das práticas Clínicas e de Saúde Pública que valorizem, em última instância, as relações intersubjetivas. (FERIGATO, CARVALHO, 2009, p. 54-55)

A proximidade com essa vertente teórico-prática remete-se a minha história pessoal e de formação. Criado em Ipatinga-MG e filho de uma assistente social sanitarista que, à ocasião de um dos primeiros projetos assessorados pelo Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, era gerente de uma Unidade Básica de Saúde em que se experimentou a “Porta-Aberta” - experiência analisada por Cecílio (2006) em “Inventando a Mudança da Saúde”; e de um médico sanitarista e generalista, que vem vivendo de diferentes perspectivas e lugares a produção da saúde pública no país, tive contato desde cedo com diversas discussões que vieram atravessando a construção do SUS. Isso se reforça ainda mais ao entrar na graduação em Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, onde acompanhei desde o primeiro ano atividades daquele Departamento, como aulas em cursos de especialização em políticas públicas de saúde, reuniões do Laboratório de Gestão Hospitalar (LAGHOS), espaços de reflexão sobre o ensino médico e a relação ensino-assistência, coletivo de pesquisa sobre gestão e subjetividade (Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade). Essa trajetória se implica fortemente com a defesa do Sistema Único de Saúde como uma política pública em defesa da vida e da democracia. Trata-se de um agir militante cuja lente há de ser considerada na leitura deste material e com o qual tive de lidar de modo a rever posições que frequentemente se aproximavam de uma perigosa idealização, o que Cecílio (2012) vem denominando como quimera:

Quimera, por derivação de sentido, a partir da mitologia, significa o produto da imaginação, um sonho ou fantasia. Lugar onde se encontrarão nossos sonhos, nossa imaginação... A linha de chegada ninguém conhece! Ou poderíamos usar livremente a ideia de quimera como o sonho que não se realiza plenamente...
(...) Qual o nosso sonho fugidio que parece nunca se realizar apesar de tudo o que fazemos? Uma ampla rede de serviços próxima dos usuários, de acesso universal, resolutiva, produtora de um cuidado integral, promotora de cidadania e consciência sanitária. Uma rede de serviços que, funcionando a pleno vapor e do modo como o movimento sanitário há anos prescreve, esvaziaria os pronto-socorros, reduziria drasticamente a demanda por atendimentos com especialistas e a realização de tantos procedimentos laboratoriais considerados desnecessários. (CECÍLIO, 2012, p. 283)

Esse agir militante intercede em grande parte com a posição assumida como gestor do SUS. Confundem-se no percurso e modo de constituição. Diferem-se na transitoriedade em ocupar um cargo de gestão e nos limites que esse posto impõe à militância, face à assunção de uma posição institucional. Considero como marco de estada no lugar da gestão propriamente dita, minha entrada no Ministério da Saúde, onde trabalhei como Apoiador Institucional para Articulação de Redes de Atenção à Saúde. Tinha como atribuição principal apoiar os Grupos Condutores Estaduais de Redes, instâncias constituídas por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde para operacionalização das Redes Temáticas prioritárias para o SUS: Rede Materno-Infantil (Rede Cegonha), Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção às Doenças Crônicas. Esperava-se dessa função as competências de:

- Fomentar o desenvolvimento das ações estratégicas para a estruturação e a gestão da Rede de Atenção à saúde nas regiões;
- Promover as articulações necessárias ao alinhamento de projetos com as diretrizes políticas nacionais, ao fortalecimento do trabalho dos apoiadores institucionais e destes com as equipes gestoras, na sua região;
- Contribuir para a construção de espaços coletivos de reflexão sobre as práticas de atenção e de gestão, a fim de favorecer a co-responsabilização e sistematização de decisões;
- Avaliar o desempenho dos indicadores e metas pactuados, identificando dificuldades para seu alcance e apoiando a mobilização de recursos necessários para a superação dos problemas;
- Contribuir com os processos de qualificação do cuidado em saúde, incentivando a definição e a implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de qualificação dos trabalhadores;
- Colaborar na análise das instituições, inserindo-se nos movimentos coletivos e buscando novos modos de ser e de proceder dos sujeitos e das organizações;
- Apoiar processos de negociação e pactuação no contexto do processo de contratualização intergestores. (BRASIL, 2011c, p. 23-24)

A experiência de atuar como apoiador no âmbito da relação interfederativa me permitiu um enorme aprendizado sobre o funcionamento político e burocrático-administrativo do Estado em suas diferentes esferas de governo, sua micropolítica e incoerências institucionais. A impressão de que o lugar em que a execução do SUS acontece de fato se passa no nível municipal me impulsionou a aceitar o convite de assumir a coordenação da Atenção Especializada em Mauá, reforçado pela sensação de que sem a

vivência da gestão municipal meu trabalho como apoiador corria o risco de se basear em uma noção fantasiosa das políticas que acompanhava.

À Coordenadoria de Controle dos Serviços Especializados de Atendimento à Saúde de Mauá, cuja denominação foi alterada para Núcleo de Gestão da Atenção Especializada após uma reorganização administrativa realizada com o intuito de conferir uma dinâmica de funcionamento à Secretaria baseada em um organograma matricial e menos verticalizado, estavam ligadas em janeiro de 2013 à gerência de 7 serviços, além dos contratos com duas empresas prestadoras de serviços de apoio diagnóstico e terapêuticos. Cada uma dessas unidades possuindo especialidades distintas, o que conferiu à tarefa de gerir a área relevante complexidade. Alinhado à concepção “Em Defesa da Vida” venho apostando, nessa primeira vivência como gestor no nível municipal, em um arranjo colegiado para cogestão da AE e no desafio de desenvolver dispositivos que envolvam e dialoguem com os trabalhadores para produção de práticas cuidadoras e de gestão do cuidado. Disputa com esse intento a captura cotidiana por questões burocrático-administrativas, o corriqueiro “apagar incêndio”, como escrita de projetos para captação de recursos do Governo Federal; processos de contratação, reposição e realocação de profissionais; acompanhamento de processos de locação de prédios para sede dos serviços; busca de resolução de problemas relativos à manutenção predial e conserto de equipamentos; bem como elaboração de resposta aos inúmeros requerimentos encaminhados pela Câmara dos Vereadores.

Outro de meus “eus”, o de trabalhador/médico, sente que a produção da Saúde Coletiva brasileira dialoga apenas superficialmente com a dimensão profissional do cuidado em saúde. Isso por parecer desconhecer ou minimizar grande parte das questões práticas com as quais os profissionais da saúde lidam no dia-a-dia. A epidemiologia olhando para “os grandes números, sobre o que é extensivo, sobre os coletivos” (CECÍLIO, 2012, p.285). A prática médica estudada “com ênfase na perspectiva de denúncia de sua cumplicidade com a biopolítica do Estado capitalista e sua articulação crescente com o complexo médico-industrial” (CECÍLIO, 2012, p. 285).

Mesmo grupos que reconhecem a importância da clínica o fazem utilizando uma linguagem própria e, muitas vezes, hermética e circunscrita aos sanitaristas, perdendo capacidade de interlocução. Esse desconforto piora quando o discurso do Movimento Sanitário é assumido por gestores que, advogando norma e controle em nome da

racionalidade do sistema ou adotando uma retórica cativante, desconsideraram solenemente dilemas éticos, sobrecarga e sofrimento de trabalhadores e usuários.

O Daniel mestrando, por sua vez, tentando achar espaço no que resta de tempo livre nos fins de semana, muitas vezes engolido pelo cansaço, outras vezes enrolado pela preguiça, busca dar passagem a suas multiplicidades nesta dissertação sem cair na superficialidade. Desorienta-se cada vez que retoma o texto e já não sabe se concorda com partes do que foi anteriormente escrito. Enxerga-se hora militante, em sua ânsia de mudar o mundo; hora gestor, no desafio de solucionar problemas; hora médico, almejando a aplicabilidade deste trabalho.

Isso exposto, resta demarcar o quanto o processo de construção dessa pesquisa/dissertação vem transformando minhas convicções sobre o objeto ao longo do percurso. Talvez sejam justamente essas mudanças durante o caminhar na pesquisa a maior validação de seus resultados, na medida em que a preocupação em não fazer uma investigação para meramente reafirmar o que já se sabia se desvanece com a evidência da transitoriedade desse saber.

*

E por que escrever cartas? Admito que nas primeiras versões deste texto predominava a construção discursiva impessoal, na voz passiva, da qual ainda encontrará diversos vestígios. Tal perspectiva na escrita, contudo, dificultava muito minha entrada na discussão. Toda essa “multiplicidade de eus”, a qual termino de me referir, permanecia como expectadores de uma produção alheia. Expectadores com muita vontade de falar.

Fiquei procurando, então, uma forma que me permitisse produzir uma narrativa capaz de intercambiar experiências (BENJAMIN, 1994). Que facultasse meu encontro com outros autores e com você que agora nos lê, criando nessa relação intercessora outras experiências, singularidades.

A experiência não é, portanto, o fundamento da verdade. Não é uma fonte estável de conhecimento, mas um evento que necessita de constantes reinterpretações à medida que novos contextos sociais, discursos e relações de poder se fazem presentes. Neste sentido, nega-se à representação a sua dimensão de permanência e transcendência para afirmar sua pertinência enquanto um indicativo de trânsito para novas experiências. (CARVALHO et al, 2012, s/n)

A ideia do gênero epistolar emergiu durante uma reunião do colegiado de gestão da Atenção Especializada em Mauá, enquanto discutíamos a possibilidade de enviar um relato de experiência para um congresso, e propus como gatilho para elencar o conteúdo do relato a pergunta: se fossemos escrever uma carta para gestores da AE de outros municípios ou futuros gestores, para contar aquilo que nos mobiliza e/ou incomoda na experiência que estamos vivendo, o quê destacaríamos?

Estou apostando que esse gênero textual possa não só me colocar, enquanto sujeito-implicado, sobre escrutínio na pesquisa, como “uma forma de desterritorializar a investigação abrindo espaço para o que nela está contido e silenciado: tensões, contradições, implicações, relações de poder, etc” (CARVALHO et al, 2012, s/n), como convidá-lo a se inscrever na relação com esse material e temática. Tento me aproximar do que Eisner (1981, apud CARVALHO et al, 2012) afirma como sendo “o poder da forma para informar”, me afastando do lugar descolado e distante frequentemente presente do “discurso científico” ou da “verdade científica”, esta se referindo ao “conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribuiu ao verdadeiro, efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 1988, p.13). Enfim, estou apostando que:

a utilização da linguagem cotidiana, pessoal e localizada, e a ênfase em textos que são abertos à interpretação podem fomentar o cuidado das pessoas consigo e com os outros e a luta contra as estruturas micro e macrosociais de dominação. (CARVALHO et al, 2012, s/n)

Lalande (1993, p.678, apud TURATO, 2003, p.124) define como método “o caminho pelo qual se chegou a determinado resultado, mesmo quando esse caminho não foi previamente fixado de uma maneira premeditada e refletida”. Com efeito, como já havia lhe dito na abertura desta carta, esta pesquisa não se estabeleceu em um caminho linear, premeditado, embora não tenha faltado reflexão na produção de seus rumos. Como sugerem Passos, Kastrup e Escóssia (2009, apud CARVALHO et al, 2012, s/n), ao invés de construir o caminho a partir de uma definição pressuposta de meta a ser alcançada, investi no processo de construção das metas no curso do caminhar, um “*hodos-meta*”, característico do método cartográfico que orienta este trabalho.

Segundo Kastrup (2007):

A cartografia é um método formulado por G. Deleuze e F. Guattari (1995) que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção. De saída, a idéia de desenvolver o método cartográfico para utilização em pesquisas de campo no estudo da subjetividade se afasta do objetivo de definir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim. A cartografia é sempre um método *ad hoc*. (KASTRUP, 2007, p. 15)

Numa revisão bibliográfica explorando as fronteiras entre a produção de conhecimento em saúde, as pesquisas qualitativas e a cartografia, Ferigato e Carvalho (2011) consignam um conjunto de trabalhos que vêm se dedicando a pesquisar e avaliar experiências de mudanças na atenção e gestão do SUS se valendo do método cartográfico. Em relação a seu uso no campo da Saúde Coletiva, afirmam ainda que:

mais do que uma escolha intelectual, esta vertente vem se impondo como uma possibilidade de criação de estratégias, arranjos e dispositivos junto aos serviços e práticas de atenção no SUS e para o desenvolvimento de pesquisas em saúde. (FERIGATO e CARVALHO, 2011, p. 670)

Sem a intenção de engessar regras para o desenvolvimento da pesquisa cartográfica, mas apontando pistas do método, Passos, Kastrup e Escócia (2009) sintetizaram em um livro oito ideias que me foram muito úteis no direcionamento metodológico. Peço sua licença para uma longa citação de Ferigato e Carvalho (2011) que as explanaram de modo muito preciso:

A pista (1) elaborada por Passos e Benevides (2009) indica que toda pesquisa é intervenção e que toda intervenção em saúde é sempre uma atitude clínica-política. Apoiados nos referenciais da Análise Institucional e na contribuição metodológica de Félix Guattari defendem a idéia que o campo de análise não se separa do campo de intervenção. Segundo tal abordagem, conhecer não é representar uma realidade pré-existente, mas é um processo de invenção de si e do mundo (Varela, 1995; Kastrup, 1999). Sujeito e objeto não são pólos prévios ao processo de conhecer, mas são engendrados pelas próprias ações cognitivas de modo recíproco e indissociável. Ocorre aqui, uma indissociabilidade entre a produção de conhecimento e a transformação da realidade.

Na Pista (2), adotando uma política construtivista, Kastrup (2009) define os quatro gestos da atenção cartográfica durante o trabalho de campo: o rastreo, o toque, o pouso e o reconhecimento atento – gestos propícios para acessar elementos processuais provenientes do território, de interesse do cartógrafo. Para inibir a atenção seletiva que habitualmente domina nosso funcionamento cognitivo, esse funcionamento atencional requer uma concentração sem

focalização, através da idéia de uma atenção à espreita, ao mesmo tempo flutuante, concentrada e aberta, conforme Deleuze indica em seu *Abécédaire*.

A terceira pista discute a idéia já apontada neste texto de que “cartografar é acompanhar processos”; processos em seu caráter de processualidade, que também estão presente em cada momento da pesquisa. Pozzana e Kastrup (2009) afirmam que a cartografia não visa isolar o objeto de suas articulações históricas e de suas conexões com o mundo. Para isso é preciso dar conta de suas modulações e de seus movimentos permanentes, “dar língua para afetos que pedem passagem” (Rolnik, 2007, p.23). Esse acompanhamento exige a produção coletiva do conhecimento (há um coletivo se fazendo *com* a pesquisa) e depende de uma atitude, de um *ethos* do pesquisador imerso no plano das intensidades de um território.

A pista (4), proposta por Kastrup e Benevides (2009), apresenta os *movimentos-funções* do dispositivo no método da cartografia. As autoras defendem que a cartografia enquanto método de pesquisa requer procedimentos concretos encarnados em dispositivos. Na concepção de Deleuze (1990) os dispositivos são máquinas que fazem ver e falar, compostas por linhas de força, de visibilidade, de enunciação e de subjetivação. O que caracteriza um dispositivo na pesquisa cartográfica é sua irrupção naquilo que se encontra bloqueado para a criação.

A quinta pista, formulada por Escóssia e Tedesco (2009), aponta que, ao lado das formas e dos objetos com seus contornos estáveis, existe *um plano coletivo* de forças que os produzem, um plano movente da realidade das coisas que não pode ser abandonado quando se pretende compreender um objeto. A cartografia aqui é apontada como estratégia de acesso, de análise e de construção desse plano.

A sexta pista, desenvolvida neste livro por Passos e Eirado (2009), aponta para a idéia de dissolução do ponto de vista do observador. A cartografia requer a suspensão da posição pessoal do pesquisador, marcada por interesses, expectativas e saberes anteriores, de modo que, no encontro entre pesquisador e o objeto da pesquisa, o primeiro possa colocar-se de forma efetivamente presente, ou seja, não perceber através do crivo de juízos prévios ou pré-conceitos (Kastrup, 2008). O texto revela uma recusa do objetivismo científico e ao mesmo tempo do subjetivismo, que apresentados a partir de posicionamentos diferentes são duas faces da mesma moeda.

A Pista (7) discursa sobre a importância da imersão do cartógrafo no território pesquisado. Partindo do conceito de território existencial proposto por Deleuze e Guattari em *Mil Platôs* - Em que é a expressividade e não a funcionalidade que explica a formação territorial - Alvarez e Passos (2009) defendem que a pesquisa cartográfica sempre pressupõe a habitação de um território, numa postura de receptividade afetiva, encarnada nas situações reais, o que permite ao observador falar “com” e não apenas falar “sobre” um objeto.

A oitava pista nos oferece indicações sobre a escrita dos textos cartográficos. Passos e Benevides (2009) apresentam a idéia de que esse método exige uma mudança nas práticas habituais de narrar uma pesquisa, num esforço para uma análise expressiva do discurso, em busca de uma “política da narratividade” – um modo de dizer que expresse processos de mudança de si e do mundo. Entendemos, de acordo com os autores, que as práticas clínicas e de pesquisa qualitativas sempre dizem respeito a narrativas. As diferentes formas de terapêutica e de produção de dados (entrevistas, grupos focais, observação participante, pesquisa bibliográfica...) indicam diferentes maneiras de narrar, associadas a um direcionamento político que escolhemos. (FERIGATO e CARVALHO, 2011, p. 668-669)

Na “produção dos dados” utilizei como técnicas de pesquisa a revisão bibliográfica e o diário de campo.

Para a revisão bibliográfica me vali da busca de artigos nas bases de dados de periódicos indexados: Pubmed, Lilacs e Google Acadêmico; da pesquisa na literatura não-indexada, também chamada de literatura cinza (livros, sites institucionais, manuais, legislação) a partir de pesquisa no Google, indicações de colegas, leitura durante as disciplinas do mestrado profissional ou de conhecimento prévio; do acesso a textos de interesse referenciados nas publicações primariamente encontradas.

Realizei a leitura do material com “um exercício de aproximações e confrontos com os textos, nos aprofundando e mergulhando nas linhas do nosso interesse – produção-criação-re-criação no ato de ler e escrever” (FERIGATO e CARVALHO, 2011, p.664), numa atitude de intercessão com as obras e produção de novos textos.

Optei pelo uso do diário de campo como técnica complementar à revisão bibliográfica depois da minha banca de qualificação do mestrado profissional, quando fui atentado para o fato de que meu texto não deixava claro se eu pretendia fazer uma revisão teórica ou uma discussão de caso.

Eu já realizava nas anotações para memória das tantas reuniões - que compreendem a rotina de um gestor - o registro de minhas impressões, observações sobre os processos que acompanhava, dúvidas, temas para resgatar ou me aproximar posteriormente. Também já tinha experimentado o diário de campo como técnica de investigação anos atrás, quando participei por um curto período como pesquisador da “Pesquisa Avaliativa Sobre a Gestão do Trabalho e a Formação de Graduandos e Trabalhadores de Saúde: explorando fronteiras”, desenvolvida pelo grupo de pesquisa “Conexões: Políticas da Subjetividade e Saúde Coletiva”.

A provocação da banca me serviu como potente faísca para resgatar essas memórias e fazer a análise do material de meu diário de campo, caracterizado segundo Minayo (2004), como o registro de informações, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo de pesquisa, de modo a permitir que se estabeleçam relações entre as vivências da pesquisa e o aporte teórico adquirido pelo pesquisador em seu campo de interesse.

Hess (2006) propõe como subtipo do diário de campo um diário institucional, considerando que este diário, ao se centrar na descrição cotidiana de fatos marcantes que se

organizam em torno da vivência de uma instituição, pode desvelar as implicações que se fazem presentes no trabalho e no estabelecimento e assinalar as contradições entre os projetos anunciados e as práticas institucionais.

Azevedo e Carvalho (2009) apontam o uso do diário na gestão como seguir a linha do diário institucional proposto por Hess, realizando anotações de momentos do cotidiano institucional, bem como coleta e agrupamento de dados de ações desenvolvidas, para posterior análise. Por essas definições qualifico o diário de campo que produzi como um diário institucional.

Para contextualização dos cenários me utilizo em diversos momentos de dados oriundos dos bancos de dados públicos do Departamento de Informática do SUS – DATASUS e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE, disponíveis respectivamente nos sites www.datasus.gov.br e www.ibge.gov.br.

Sobre a análise dos dados, já lhe situei que no método cartográfico ela ocorre como movimento indissociado da produção de dados, construídos ao longo do caminho da pesquisa. Ademais, me socorrendo da clareza de minha amiga Taniele Rui em sua tese de doutoramento, tentei me valer dos textos quando eles pudessem me ajudar a “ver mais, não menos” (RUI, 2012, p.12), e esquecê-los quando eles me empurravam para atrapalhar, duvidando dos dados e das teorias de modo a tentar me valer da narrativa que fui produzindo ao longo deste estudo como mestrando e gestor.

Por isso, não há nas páginas seguintes um autor ou uma teoria que sustente todo o trabalho. Há muitos, que iluminaram diferentes aspectos dele. (RUI, 2012, p.12)

O projeto de pesquisa que deu origem a essa dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-Unicamp no parecer 461.158, de 11 de novembro de 2013. Resgardei no manejo das informações registradas no Diário de Campo e aqui discutidas o cuidado para evitar a exposição de dados sigilosos ou que afetem a honra das pessoas.

Encerro essa carta sentindo que você já me conhece o suficiente para ler as próximas de um jeito diferente.

Com um cordial aperto de mão, me despeço.

CAPÍTULO III – ORIGENS DA ESPECIALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE

São Paulo, fevereiro a março de 2013

Conspícuo companheiro,

Uma das primeiras coisas que me intrigou quando decidi estudar a temática da Atenção Especializada em Saúde foi a curiosidade por compreender como ela se produziu historicamente. Isto é, quando e como surgem profissionais de saúde especialistas? O que determina ser ou não especialista? De que maneira as especialidades ganham um corpo a que nos habituamos chamar de Atenção Especializada?

Nesta carta me deterei nas duas primeiras perguntas, lhe apresentando alguns marcos relevantes do contexto em que as práticas de saúde se organizaram ordenadas por especialistas. Abordarei particularmente a medicina, por considerá-la a profissão mais demarcada pela divisão em especialidades. Dois autores, em especial, me ajudaram a navegar pelo assunto: Michel Foucault e George Weisz.

Fica combinado que em uma correspondência futura conversaremos sobre a terceira pergunta, quando tentarei registrar o lugar da especialização na constituição dos Sistemas Nacionais de Saúde e daí fazer um salto para suas especificidades no Sistema Único de Saúde, pode ser?

Bem... a medicina moderna, com data de nascimento fixada nos últimos anos do século XVIII, como afirma Foucault (1977), já traz em sua origem as raízes para o florescimento da especialização da medicina. Nota-se que, na transição do século XVIII para o XIX, houve, ainda segundo Foucault (1977), uma autêntica tradução de algo por parte dos médicos, que durante séculos permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável (1977, p. 06).

Relatos históricos registram a existência de especialistas desde ao menos o antigo Egito. Weisz (2003) aponta para o fenômeno da especialização entre os médicos já na Antiguidade, conforme o entendimento à época de que a especialização era necessária através do entendimento de que cada parte do corpo é uma “entidade separada”, merecendo, portanto, o cuidado de um médico específico, direcionado a ela (WEISZ, 2003,

p. 540). Ainda na Antiguidade, encontraremos o relato de Galeno, que registra a presença de especialistas entre os médicos romanos, na contramão de um pensamento corrente, de natureza sistêmica (WEISZ, 2003, p. 540).

Durante o século XVIII veremos profissionais se especializarem em procedimentos manuais específicos. 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”.

During the eighteenth century, low-status practitioners specializing in particular manual procedures—including tooth extraction, cutting for the stone, couching cataracts, and childbirth—existed in most Western nations. In France, they were known as *experts*; in Germany, as *opérateurs*. (WEISZ, 2003, p. 540)

A existência de médicos especialistas enquanto uma categoria socialmente reconhecível se dará, todavia, somente após a década de 1830 (WEISZ, 2003), fenômeno que teve maior destaque em Paris, inicialmente, e daí se “expandiria” para outras cidades importantes da Europa, como Viena. Não tardaria muito a este processo chegar à América do Norte. Ainda, Weisz (2003) oferece importante relato sobre a tendência que tomava corpo naquele tempo. A especialização tornava-se condição necessária para quem quisesse se tornar rico e famoso rapidamente, elegendo-se para cada órgão um sacerdote.

In striking contrast, another visitor to the French capital, the German physician Carl August Wunderlich (later to become a pioneer in the use of medical thermometry), published in 1841 his study comparing Paris medicine to that of Vienna, in which he made his much-quoted observations about the unique popularity of specialties in Paris: “Now a specialty is a necessary condition for everybody who wants to become rich and famous rapidly. Each organ has its priest, and for some, special clinics exist.” (WEISZ, 2003, p. 542)

Weisz (2003) sugere que a especialização tornou-se 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 através 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 através da classificação de

indivíduos e separação em diferentes categorias. Neste aspecto corrobora Foucault (1988) ao afirmar que

O capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 1988, p. 47)

Há diversos elementos documentais que permitem demarcar o período entre 1830 e 1850 como primeiro momento de ascensão consistente do processo de especialização médica. É nessa época que surgem os primeiros periódicos médicos especializados: “L’Esculape: Journal des spécialités médico-chirurgicales” e “Revue des spécialités et innovations médicales et chirurgicales”. Aumenta o número de cursos oferecidos em áreas específicas: em 1830 listavam-se 10 cursos com temática especializada entre 44 cursos médicos publicados, abrangendo obstetrícia, andrologia, medicina legal e doenças dos órgãos genito-urinários. Vinte anos depois se somavam 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 (WEISZ, 2003).

O senso comum de que a rápida expansão do conhecimento forçou a especialização dos médicos explica apenas parcialmente esse fenômeno e só veio a acontecer em período mais recente da história. É importante indagar quais as razões que permitiram que a especialidade se tornasse uma opção para o profissional. George Rosen, através de Weisz (2003), compreende esse processo como advindo de uma nova concepção da doença, baseada em pensamento anatomo-patológico e na intervenção através de novas tecnologias e instrumentos.

Specialization, he insists, was not a consequence of the accumulation of knowledge, but rather of a new conception of disease: it was specifically the influence of localist pathological thinking, based on pathological anatomy and subsequently on new technologies like the ophthalmoscope and laryngoscope,

that created “foci of interest” in organ systems around which specialties could develop. Rosen’s analysis is meant to explain the long-term development of specialties across the entire nineteenth century (WEISZ, 2003, p. 544)

Erwin Ackerknecht, conforme Weisz (2003), por seu turno, aponta que o surgimento das concepções patológicas que substituíram a teoria humoral, então vigente, seria a melhor explicação para o desenvolvimento das especialidades, sobretudo na década de 1840. Weisz (2003, p. 545) aceita que o surgimento e a consagração das especialidades teriam mais relação com a existência de populações específicas sob a qual se desenhariam intervenções – como o caso das gestantes, de crianças e de loucos -, o que teria forte envolvimento com as necessidades do Estado, assim como a criação em seu âmbito da medicina forense e da saúde pública.

Dentre os primeiros notáveis defensores da especialização, podemos destacar a figura de Jean-Emmanuel Gilibert, que confiava na especialização enquanto uma necessidade ao progresso da medicina (WEISZ, 2003, p. 546), e argumentava que a abordagem usual da clínica geral culminava em prejuízos, pois faltaria “profundidade” aos médicos. Afirmava que mesmo médicos medíocres, ao se especializarem, poderiam ter um desempenho melhor (idem, *ibidem*).

Pouco a pouco o desenvolvimento e a aceitação das especialidades foram ganhando adeptos, na mesma medida em que surgia uma literatura afeita a cada nova especialidade. Concomitantemente ao processo, surgiam, naturalmente, médicos especialistas. Dava-se assim um reconhecimento de que a ciência médica não mais deveria ser vista como um vasto campo dominado por poucos e grandiosos doutores, mas poderia ser “desmembrada” a fim de ter seus domínios “divididos” entre os novos médicos, os especialistas. Um único indivíduo não deveria carregar em si todas as diversas atribuições de um médico – por exemplo, a um só tempo ser o cirurgião, o oftalmologista, o obstetra. A concepção médica florescente no século XIX, desta forma, abria espaço para o procedimento da “individualização” de determinada prática médica, permitindo assim que um médico, se conhecedor de uma enfermidade específica e dotado a fundo, leitor do suporte literário técnico disponível, poderia destacar-se como referência em seu campo de atuação.

No decorrer do século XIX a tendência a especializações se expandiu, e em Paris já servia como fator a caracterizar o surgimento de uma nova comunidade médica, aponta

Weisz (2003). Ainda no começo daquele século, Paris já havia se tornado um autêntico centro de produção de conhecimento, talvez sem precedentes, no sentido não apenas da criação de literatura e pesquisa, mas da existência de uma rede integrada de instituições e indivíduos; havia a Faculdade de Medicina, também a Universidade de Sorbonne, o famoso Colégio da França, além do Museu de História Natural e os hospitais, todos com diversos alunos e professores, formando assim uma verdadeira comunidade acadêmica voltada para a pesquisa e com amplo campo do conhecimento humano para desbravar (WEISZ, 2003, p. 548)

Paris foi, assim, o primeiro grande pólo dedicado à pesquisa, ao menos na Idade Moderna, com tendência a integração entre diversas unidades de conhecimento, faculdades e universidades, aliadas aos hospitais da cidade. Weisz (2003) traz a dimensão em termos numéricos da importância das alterações ocorridas naquele período.

The size of this research community, which numbered many hundreds of individuals, was unprecedented: the Paris Faculty of Medicine, the largest medical school in the world, had more than two dozen full professors and many junior personnel; the Parisian hospital system employed several hundred doctors and surgeons (including the vast majority of faculty professors); and to these one must add all the ambitious students and graduates who were seeking to make their mark in the world of academic medicine (WEISZ, 2003, p. 548-549)

Assim foi se consagrando o princípio da especialização, nascendo, com isso, uma nova cultura afeita a um novo espírito dentro da prática médica, no coração intelectual e científico da França. Para tanto, é importante mencionar o contexto da administração do Estado francês daquele tempo, que forneceu salvaguardas para inovações e implementações de novas práticas. O Estado francês agiu como patrocinador oficial do conhecimento médico naquele período, sob a forma de manutenção das academias, o que levaria paulatinamente à especialização dos hospitais - história complexa que começa após a Revolução, pois logo após o processo revolucionário uma rede de hospitais municipais foi criada em Paris (alguns antes da própria Revolução), conforme aponta Weisz (2003, p. 551). Alguns antecedentes são dignos de lembrança, com os hospitais para doenças venéreas, já apontando uma tendência para o tratamento específico, além de hospitais para loucos e outros criados a fim de conter as pestilências, antes mesmo do século XVIII.

Sabemos que no contexto da lógica administrativa do Estado francês de fins do

século XVIII, e sobretudo após a Revolução e a hegemonia de novos paradigmas, um extenso e relativamente complexo sistema hospitalar foi criado em Paris e arredores, e sem dúvida a construção deste aparato dialoga plenamente com a tendência progressiva às especialidades. Ao mesmo tempo, é possível enxergar também um contexto mais amplo, de burocratização das diversas instâncias da sociedade civil, enquanto consequência da urbanidade crescente e também, por conseguinte, do processo da revolução industrial e da tendência às concentrações nas cidades, principiadas naquele momento – embora a França, mesmo após a Revolução, se encontrasse muito atrás da Inglaterra em termos de recursos e acumulação de capitais.

Ainda sobre a primazia francesa, após a revolução houve a criação de diversos hospitais especializados com funções filantrópicas, e outras de preocupações sanitárias, que continham enfoques a um só tempo médicos e moral. A proteção dos contágios e pestilências deveria se dar num contexto de moralização das práticas humanas, e de controle e restrições do corpo.

An extensive municipal hospital system was set up in Paris following the Revolution. This included many specialist hospitals, some of which long preceded the Revolution: they might reflect philanthropic and administrative concerns to isolate certain types of patients in order to guard against disruption, immorality, or promiscuity, or they might be efforts to innovate in the provision of charitable care by catering to a group that was as yet not cared for. Or they might emerge for largely pragmatic reasons, as was the case with the St.-Louis Hospital: built by order of Henri IV in 1607, it was designed to isolate plague victims during epidemics; between epidemics, it admitted patients suffering from chronic skin conditions who could be sent home in the event of an epidemic (WEISZ, 2003, p. 551).

O excerto trazido por Weisz (2003), acima, reflete a curiosa preocupação médica à época, numa comunhão entre os conhecimentos científicos adquiridos e crenças de ordem religiosa e moral. Como apontaria Foucault (1988), o hospital antes do século XVIII era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, que cursava também como instituição de separação e exclusão, tornando-se território da saúde pública a partir do deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar:

Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente

e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica. (FOUCAULT, 1988, p.65)

Parte dos progressos derivados dos hospitais com especializações, divisões e subdivisões, bem como a separação dos doentes como forma de prevenir e evitar contágios, tinha como mote a classificação enquanto forma de controle e vigilância. Foucault (1988) e Weisz (2003) recordam a figura de Jacques Tenon, e sua participação como artífice de um projeto que propôs que o hospital mais antigo de Paris, o *Hôtel Dieu*, fosse substituído por quatro hospitais: “*one for maternity patients, a second for the insane, a third for ‘fetid’ diseases, and a fourth for contagious diseases*” (WEISZ, 2003, p. 551). Havia crescente preocupação quanto à distribuição dos doentes, de acordo com critérios médicos, mas também conforme preocupações de ordem social, moral e religiosa. Weisz (2003) relata:

The maternity ward of the Hôtel Dieu was transferred and became the Maternité Hospital on the Boulevard Port Royal; in 1814, the founding hospital associated with that institution was administratively separated (becoming the Hôpital des Enfants Trouvés); and a new hospital for children, the Enfants Malades, was set up in 1802. Venereal patients from throughout the system were transferred to the Vénériens Hospital (later to become the Midi) on the Faubourg St. Jacques; similarly, the insane were transferred into special hospitals or wards. In the postrevolutionary decades, children (Enfants Malades, Enfants Trouvés), women (Salpêtrière, Lourcine), the elderly (Salpêtrière, Bicêtre), the insane (St.-Anne, Charenton, special wards of the Salpêtrière and Bicêtre), and sufferers of chronic, venereal (Vénériens), and skin (St.-Louis) diseases were some of the categories of patients segregated in special hospitals. (WEISZ, 2003, p. 552)

Foucault (1998) bem recorda a relação entre as enfermidades e o problema da distribuição espacial dos doentes. Fica patente que a própria arquitetura dos hospitais, ou ainda, sua distribuição interna, contém não mais a opinião dos arquitetos, mas dos médicos. Ainda citando a figura de Jacques Tonon:

Encontra-se, também, uma pesquisa das relações entre fenômenos patológicos e espaciais. Tenon, por exemplo, investiga em que condições espaciais os doentes hospitalizados por ferimentos são melhor curados e quais as vizinhanças mais perigosas para eles. Estabelece, então, uma correlação entre a taxa de mortalidade crescente dos feridos e a vizinhança de doentes atingidos por febre maligna, como se chamava na época. A correlação espacial ferida-febre é nociva para os feridos.

Explica também que, se parturientes são colocadas em uma sala acima de onde estão os feridos, a taxa de mortalidade das parturientes aumenta. Não deve haver, portanto, feridos embaixo de mulheres grávidas. (FOUCAULT, 1988, p. 59)

Assim, o hospital passou, na Idade Moderna, de um depósito de moribundos, para um ambiente de cura. Deixou de ser, conforme explica Foucault (1988), um local que mais se assemelhava a um “morredouro”, com a função de coletar doentes miseráveis e separá-los do restante da população, a fim de evitar epidemias, e passou a exercer a função de espaço para atuação do médico. Ainda segundo Michel Foucault (1988),

É preciso não somente calcular sua localização, mas a distribuição interna de seu espaço. Isso será feito em função de alguns critérios: se é verdade que se cura a doença por uma ação sobre o meio, será necessário constituir em torno de cada doente um pequeno meio espacial individualizado, específico, modificável segundo o doente, a doença e sua evolução. Será preciso a realização de uma autonomia funcional, médica, do espaço de sobrevivência do doente. (FOUCAULT, 1988, p. 63).

Daí advém a noção de médico do hospital, visto que antes sua função era exercida em outras localidades. Nessa alteração do espaço de atuação se consagraria a figura do médico como um ator dos hospitais, intimamente ligado ao reconhecimento como especialista.

Weisz (2003) observa como, à medida em que a especialização da medicina se consagrava socialmente, através da ascensão de grandes nomes que dirigiam as instituições especializadas, abria-se espaço para a expansão de clínicas e hospitais privados, a partir da demanda que se constituía para a consulta e tratamento particular com esses notáveis.

Some individuals even created small private hospitals as extensions of their public hospital practice. In psychiatry these included J.-E.-D. Esquirol, who opened a private mental hospital in Ivry, and Jules Falret, whose private asylum was in Vanves. Jules Guérin had a private orthopedic clinic, as did S. H. V. Bouvier. Julius Sichel, an ophthalmologist from Vienna, established a private clinic in Paris in 1832, which was also the basis for the private courses he offered in the subject. The hospital administration set up a private venereal hospital under the direction of François Cullerier. (WEISZ, 2003, p.555)

Você há de convir comigo que essa disposição permanece muito atual, não? Com certeza, sem forçar muito a memória, se lembrará de algum nome que represente a combinação entre o reconhecimento acadêmico, exposição como autoridade em algum

assunto e um consultório ou clínica privada com muita procura.

Voltemos... Weisz (2006) 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, e certamente essa tendência cresceria nos anos subsequentes. Vinte anos mais tarde quase um terço dos médicos passaria a se referir a si mesmo com médicos especialistas, e este aumento continuaria de forma acentuada nas primeiras décadas do século XX.

Distintas lógicas atravessavam a crescente reivindicação ao estatuto de especialista. 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 procedimentos necessários a todos os médicos, mas que só poderiam ser ensinados por especialistas. Nessa lógica, apenas eles seriam aptos a manejar os casos mais difíceis. Esse processo era normatizado através da criação de sociedades de especialistas e associações médicas, que se iniciaram através da organização de seções especiais em congressos de medicina geral (WEISZ, 2006).

Por volta de 1860, existia um núcleo de 10 ou mais especialidades que estavam bem delimitadas internacionalmente e começando a se organizar e fazer reivindicações de conhecimento de ponta. Entre elas incluíam-se 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. Conforme o tempo passava 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 (WEISZ, 2006).

Outro elemento importante na legitimação e direcionamento da especialização da medicina passou pela organização do ensino médico. O Relatório Flexner, que com base na

análise da formação médica de 150 instituições nos EUA e Canadá, formulou uma proposta educativa amplamente adotada pelas escolas médicas, representa um marco desse paradigma (SILVA, 2001). Tinha como diretrizes: a concepção da Medicina como uma ciência embasada na física, na química e na biologia; a prática médica compreendida como aplicação e produção da ciência médica, indissociável da investigação científica; o método clínico como o método de elaboração próprio da ciência médica; a educação médica concebida como a aquisição de conhecimento da ciência médica e de suas ciências básicas; a aprendizagem compreendida como atividade técnica concreta da prática clínica, hospitalar e de pesquisa laboratorial; a garantia de uma educação científica, com vinculação da escola médica à “comunidade científica”; e currículo do curso médico dividido em ciclo básico (ensino das ciências básicas) e profissionalizante (ciências médicas e prática médico-hospitalar) (CRUZ, 2004).

Uma lógica, muito imbricada com a primeira, dizia respeito à expansão da prática privada e apelava diretamente para captação de potenciais pacientes. Tais recursos não eram regulamentados, permitindo que 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 (WEISZ, 2006). 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. Antes fosse!

Sejam quais forem as circunstâncias, o bom charlatão sempre exhibe uma inabalável segurança. Jamais uma sombra de incerteza turva-lhe os lábios, um ou outro “talvez”, um perdido “quem sabe se...”, um ocasional “na minha opinião...”. O bom charlatão não tem *opiniões* mas *convicções*. Ostenta sempre a firmeza de um granito, um predicado que, diga-se, muito lhe invejo.

(...)

Agora que tem a fama a trabalhar por ele, o mundo está disposto a conceder-lhe suas excentricidades, sua vaidade, e mesmo uma ocasional demonstração de prepotência.

A essas alturas já não se contenta em ser chamado por “Doutor” nem “Professor” mas faz questão fechada do “Professor Doutor”. Dá plena liberdade a que o fotografem na escada da aeronave, sabendo que no dia seguinte isso dará manchete (“Cientista parte para congresso no exterior”).

Também se habituou a conceder entrevistas sobre a AIDS (está convicto, diz ele, que tem como única causa a “lamentável licenciosidade verificada entre os jovens

e os perversos”), sobre o controle da natalidade, tema igualmente moderno, e que deverá ser encarado como um problema prioritário para a nação, “visto dele depender a solução definitiva do grave problema da delinquência juvenil”.

Por essa época é eleito presidente da Sociedade Brasileira de Infectologia Geriátrica (ou outra qualquer), entidade que, diga-se de passagem, ele mesmo inspirou.

É mesmo um legítimo “artista”! (KLOETZEL, 1988, p.30)

A constituição de outros núcleos profissionais na área da saúde pode ser considerada outra vertente da especialização, e tem como marco de origem mais expressivo o período entre o fim do século XIX e início do século XX. O trabalho de Florence Nightingale é reconhecido como precursor da enfermagem moderna em todo o mundo, tendo atuado na Guerra da Criméia em 1854, quando com 38 mulheres organizou um hospital para cerca de 4.000 soldados, cursando com a redução da mortalidade local de 40% para 2% (LIRA e BONFIM, 1989). As raízes da profissão de Nutricionista estão relacionadas à atuação de dietista nos Estados Unidos nos anos 1890, sendo o primeiro curso universitário datado de 1902 na Universidade de Toronto, no Canadá (TOLOZA, 2003). A Fisioterapia tem sua origem relacionada à organização profissional da classe de massagistas em Londres, 1894, havendo registros de publicação de artigos científicos sobre o emprego da massagem como recurso no tratamento de distúrbios ortopédicos, neurológicos, ginecológicos e reumatológicos e obesidade, desde 1884 no *British Medical Journal* (OLIVEIRA, s/d). A Terapia Ocupacional como profissão surgiu nos Estados Unidos, sendo sua primeira escola fundada 1915, em Chicago. Tinha como proposta o atendimento em reabilitação aos incapacitados físicos e mentais que retornavam dos campos de batalha da Primeira Guerra Mundial (MOREIRA, 2008). A figura do fonoaudiólogo, embora tenha como herança prática dos elocucionistas do século XIX, quando oradores, políticos, cantores, atores, pregadores desejavam melhorar o seu padrão de fala, oração ou canto, teve sua configuração profissional na década de 1930, derivada da produção acadêmica no campo da educação e medicina (LIMA, 1999).

Em relação à psicologia há especial dificuldade em delimitar uma referência histórica, dado a sua relação intrínseca e própria com o campo da filosofia e grande fragmentação pelas disputas teóricas. A história da psicologia caracterizou-se por grandes escolas ou sistemas que, distintamente da especialização médica no aprofundamento de temáticas específicas, consistiam no debate de formulações teóricas sobre o que era ou

deveria ser psicologia, tendo como expoentes a psicanálise, behaviorismo, Gestalt, e funcionalismo (MUELLER, 1978).

De tudo o que lhe disse fica claro que a especialização das práticas de saúde é resultado da ação do Estado e da própria categoria médica, transpassada por diferentes interesses e motivos. Sua legitimidade na sociedade é inscrita mediante tecnologias de governo diversas (VEIGA, 2010), constituindo um modelo hegemônico da medicina científica, que se arraiga no discurso de governantes, profissionais e usuários. Silva Junior (2006) o caracteriza com os seguintes elementos: a) mecanicismo: o corpo humano é visto como uma máquina; b) biologismo: pressupõe o reconhecimento, exclusivo e crescente, da natureza biológica das doenças e de duas causas e consequências; c) individualismo: o objeto da Medicina Científica é o indivíduo alienado de sua vida e dos aspectos sociais, de modo a responsabilizá-lo por sua doença, vista como um fenômeno relacionado a suas práticas individuais; d) especialização: “o mecanicismo induziu o aprofundamento do conhecimento científico na direção de partes mais específicas”; e) exclusão das práticas alternativas: a partir do mito da eficácia “cientificamente comprovada” anula-se ou restringe-se outras práticas de cuidado, tidas como “inefícazes”; f) tecnificação do ato médico: uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças estabeleceu-se com a incorporação de técnicas e equipamentos para investigação diagnóstica e para a terapêutica, ditando a lógica de quanto mais equipamentos utilizados e opções medicamentosas melhor o ato médico resultante; g) ênfase na medicina curativa: ao prestigiar o processo fisiopatológico como base do conhecimento para diagnóstico e a terapêutica objetivaram-se as doenças em “lesões” e o critério de cura na “remissão das lesões”; h) concentração de recursos: a necessidade de um aparato tecnológico e do suporte de especialistas passou a concentrar a medicina em determinados espaços físicos: os hospitais. Scraiber (1993) corrobora:

ao haver a adoção de uma prática técnica única (a prática médica); conferida sempre a um mesmo trabalhador (o médico); regulamentada subordinadamente a uma só forma de saber (a ciência das doenças); conferida por uma única via de qualificação profissional (a escola médica); e por todo esse conjunto, validada socialmente como a única forma legítima de serviço. Para que a prática médica moderna se constitua plenamente, ocorre, portanto, uma uniformização e unificação de todas as práticas “curadoras” que existiam até o final do século XVIII. Também se constrói um exclusivo saber a fundamentá-la: o conhecimento médico sobre o corpo doente; conhecimento que à mesma época já se havia

reorientado na direção de único saber sobre as doenças. (SCHRAIBER, 1993, p. 180)

Esse modelo hegemônico é amparado e reforçado pelo lugar que o especialista passa a ocupar na sociedade, legitimado social, moral e politicamente. Marilena Chauí (1989), em “O discurso competente”, assinala a “norma restritiva do ‘não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância’” (CHAUI, 1989, p. 10).

Sabemos também que haverá tantos discursos competentes quantos lugares hierárquicos autorizados a falar e a transmitir ordens aos degraus inferiores e aos demais pontos da hierarquia que lhe forem paritários. Sabemos também que é um discurso que não se inspira em ideias e valores, mas na suposta realidade dos fatos e na suposta eficácia dos meios de ação. Enfim, também sabemos que se trata de um discurso instituído ou da ciência institucionalizada e não de um saber instituinte e inaugural e que, como conhecimento instituído, tem o papel de dissimular sob a capa da cientificidade a existência real da dominação. (CHAUI, 1989, p. 11)

Veiga (2012) explora em relação à Psicologia, a partir das análises da Escola Inglesa de Governamentalidade sobre o governo, “o modo como os especialistas se infiltravam no cotidiano nos indivíduos, permeando a estrutura e o tecido social” (VEIGA, 2010, p. 45).

Essas autoridades sociais ajudaram a traduzir os problemas leigos em linguagem especializada, e passaram a sugerir que seus saberes e técnicas fossem considerados a chave do sucesso alcançado pelos indivíduos. Isso permitiu aos *experts* problematizar novos aspectos da existência e, ao mesmo tempo, oferecer ajuda para resolver esses mesmos problemas que descobriram. (VEIGA, 2010, p. 45)

Observa-se assim a definição de uma hierarquia onde a voz do especialista, em sua seara de atuação, passa a ser incontestável. O lugar do especialista torna-se estratégico como forma de dominação e defesa de distintos interesses e posições. Falando em nome da ciência, é possível defender quase qualquer coisa.

A ciência e a tecnologia contemporâneas submetidas à lógica neoliberal e à ideologia pós-moderna, parecem haver-se tornado contrário do que delas se

esperava: em lugar de fonte de conhecimento contra as superstições, criaram a ciência e a tecnologia como novos mitos e magias; em lugar de fonte libertadora das carências naturais e cerceamento das guerras, tornaram-se, por meio do complexo industrial militar, causas de carências e genocídios. Surgem como poderes desconhecidos, negando a possibilidade da ação ética com racionalidade consciente, voluntária, livre e responsável, sobretudo porque operam sob a forma do segredo (o controle das informações como segredos de Estado e dos oligopólios transnacionais) e da desinformação propiciada pelos meios de comunicação de massa. (CHAUÍ, 2001, p. 25).

Talvez você sinta essa carta se encerrando num clima excessivamente pessimista, devido à ênfase dada até aqui nos efeitos da especialização na domaçaõ dos órgõos, corpos e desejos na sociedade. Quero deixar claro que nela reconheço também efeitos potentes na produçaõ de vida. Tive a intençaõ, ao trazer essa visãõ crítica em uma análise da Atençaõ Especializada na dimensãõ societária, de deslocar uma noçaõ sedimentada da especializaçaõ na saúde como algo dado e natural, cuja única preocupaçaõ para a gestãõ seria como garantir o acesso a seus recursos de maneira racional.

CAPÍTULO IV - A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NOS SISTEMAS DE SAÚDE

1. Em busca de uma definição

Mauá, junho de 2013

Meu caro amigo,

Até agora venho lhe falado me utilizando do termo “Atenção Especializada” e me aproveitando de uma noção geral que fazemos dele, que às vezes é tão abrangente de modo a envolver tudo aquilo que extrapola a Atenção Primária em Saúde, e em alguns momentos, fortuitamente, se direciona para a imagem de serviços ambulatoriais comumente identificados com o “nível secundário de atenção à saúde”, como ambulatórios e policlínicas tradicionais.

Procurando por uma definição mais precisa para “Atenção Especializada” encontrei menos do que esperava. Compartilho nesta carta o que obtive.

Valderas et al (2009) situa a Atenção Especializada como o lugar de atuação dos médicos especialistas. Esta se daria no cuidado de condições muito incomuns para a atenção primária, que exigem um alto nível de conhecimento técnico ou equipamento especializado. Afirma 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.

Sturgess e Proudfoot (2009) citam as definições do Royal College of Physicians of London's para conceituação da atenção ambulatorial:

Ambulatory care is clinical care which may include diagnosis, observation, treatment and rehabilitation, not provided within the traditional hospital bed base or within the traditional outpatient services, and that can be provided across the primary/secondary care interface. (STURGESS e PROUDFOOT, 2009, p. 15)

Um aspecto relevante verificado na citação anterior é que a atenção especializada ambulatorial está compreendida dentro da atenção ambulatorial, que corresponderia à soma da atenção primária e secundária. Nesse sentido, pode ser estabelecida uma certa equivalência entre atenção especializada ambulatorial e atenção secundária, também corroborada em outras referências. “A atenção especializada é o segundo nível de acesso dos cidadãos à assistência sanitária e atua como referência e consultora da Atenção Primária.” (GRIFELL, 2011)

A própria indexação de palavras-chave nas bases de dado utilizadas nessa pesquisa remete ao nível de atenção como parâmetro para busca, não contendo a expressão “atenção especializada” e suas variantes no inglês como termo descritivo catalogado. Desse modo encontra-se:

Secondary care:

Specialized healthcare delivered as a follow-up or referral from a PRIMARY CARE provider. PUBMED - MeSH Terms (NCBI, 2013)

Atenção Secundária em Saúde:

Nível de atenção representado por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e pequenos hospitais de tecnologia intermediária, que incorpora funções do nível primário e acrescenta as de tratamento especializado, com objetivo de reabilitação. LILACS – DeCS (BIREME, 2013)

Tertiary Healthcare:

Care of a highly technical and specialized nature, provided in a medical center, usually one affiliated with a university, for patients with unusually severe, complex, or uncommon health problems. PUBMED - MeSH Terms (NCBI, 2013)

Atenção Terciária à Saúde:

Nível de atenção constituído por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços. LILACS – DeCS (BIREME, 2013)

No Brasil, também é corrente o uso das expressões como atenção secundária/terciária e nível secundário/terciário, especialmente em livros e textos de referência da Saúde Coletiva e documentos técnicos de diferentes organizações que militam na área. Mais recentemente, todavia, a utilização do termo Atenção Especializada tornou-se progressivamente mais difundida, aparentando se dar em substituição da noção de que esse tipo de cuidado se daria num nível ou lugar bem delimitado pela compreensão de algo que abarque um conjunto de ações e serviços de saúde de maior agregação tecnológica. A Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe (2013), para exemplificar, define:

A Atenção Especializada compreende um conjunto de ações e serviços de saúde realizados em ambiente ambulatorial, que incorporam a utilização de equipamentos médico-hospitalares e profissionais especializados para a produção do cuidado em média e alta complexidade. Essa atenção contempla cirurgias ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames de ultrassonografia, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses.

Smith, Allwright e O'Dowd (2008), ao trabalhar numa revisão sistemática sobre o cuidado compartilhado na interface entre a Atenção Primária e a Atenção Especializada, utilizam uma definição ampla, delimitada não pelo lugar que se passa o cuidado, mas na atenção baseada em determinadas condições clínicas ou sistemas fisiológicos, ou recortada pela idade dos pacientes.

Specialty care was defined as care delivered in hospital settings such as outpatient clinics and emergency departments or in community settings where care was delivered based on a certain physiologic system or clinical condition, or based principally on the age of patients. (SMITH, ALLWRIGHT e O'DOWD, 2008, p.)

Solla e Chioro (2008), por sua vez, situam que:

A área de atenção especializada, de uma maneira geral, pode ser conceituada e ao mesmo tempo delimitada pelo território em que é desenvolvido um conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas. (SOLLA e CHIORO, 2008, p. 3-4)

Eles discutem ainda o campo da atenção especializada como parte de um sistema de cuidados integrais, tendo como objetivo a oferta de retaguarda técnica, assumindo a responsabilidade pelos usuários, cujo processo de diagnóstico e tratamento fundamenta-se num vínculo principal a ser preservado com a atenção básica (SOLLA e CHIORO, 2008).

Para entender a rede de serviços de atenção especializada como um território estratégico de intervenção do sistema de saúde deve-se reconhecer que é a atenção básica que tem redefinido os papéis da atenção secundária e terciária. Enquanto a rede de serviços de atenção básica deve ser extremamente capilarizada com unidades de pequeno porte distribuídas o mais próximo possível de onde os usuários vivem e trabalham, tendo, portanto, como sua principal característica a descentralização, a atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada (economia de escala) para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada. (SOLLA e CHIORO, 2008, p. 4)

É possível perceber no material consultado uma tendência à dissolução dos cuidados especializados no contexto da assistência a pacientes não-internados, na língua inglesa referidos como “outpatient” ou “non-inpatient”. Isto é, a atenção especializada ambulatorial não é identificada com um lugar específico dentro do sistema de saúde, mas compreendida dentre a diversidade de práticas de cuidado que podem ser ofertadas aos usuários que não estejam internados. Não significa o desaparecimento de serviços ambulatoriais com a finalidade específica de cuidados especializados, mas que os cuidados especializados ambulatoriais não são prestados exclusivamente nesses serviços.

Consoante com essa direção o Governo do território da Austrália Ocidental aproxima o uso de “atenção ambulatorial” e “cuidado baseado na comunidade” como termos equivalentes para descrever o atendimento prestado a um usuário não-internado, em uma unidade de saúde ou em seu domicílio.

Ambulatory care’ and ‘community-based care’ are broad terms that can be used interchangeably to describe care that takes place as a day attendance at a health care facility or at the patient’s home. The terms cover a broad range of care delivery from preventative and primary care, through to specialist services and tertiary level care, and are collectively referred to as non-inpatient care. (AUSTRALIA, 2007, s/n)

Ainda nesse sentido encontrei na literatura análises sobre a ampliação crescente dos cuidados ambulatoriais em substituição a internações hospitalares. Johnson (2010),

com um foco analítico embasado no mercado de serviços de saúde, caracteriza a estagnação do número de internações hospitalares nos Estados Unidos e o crescimento e incremento de complexidade dos procedimentos ambulatoriais entre 1987 e 2007, e assinala elementos da Reforma da Saúde promovida pelo Governo do Presidente Barack Obama que reforçam essa tendência. A legislação de saúde aprovada em março de 2010 inclui recursos destinados a reduzir o número de pacientes não-segurados, aumentando a demanda por serviços ambulatoriais e exigindo sua maior eficiência para acomodar essa elevação; recompensa prestadores que gerenciem e coordenem os serviços de forma mais econômica e melhorem a qualidade de atendimento; tem ênfase em cuidados primários e preventivos reforçando a oferta de serviços ambulatoriais para garantir a continuidade do atendimento; e altera o pagamento por procedimento para pagamento orientado por resultados.

Para garantir um “pedaço do bolo” nesse crescente mercado, Johnson (2010) sugere como estratégias (1) identificar e enfrentar as barreiras aos serviços eficientes e com foco no cliente, como longos tempos de espera para agendar uma consulta, oferta baseada em especialidades fragmentadas, insatisfação do usuário relacionada ao acesso e conveniência, apontando que a organização de serviços integrados pode responder a muitas dessas questões; (2) avaliar oportunidades de mercado para adicionar ou aumentar os serviços prestados, incluindo uma análise das características demográficas do território e a demanda por serviços hospitalares e ambulatoriais; (3) rever o rol de serviços já prestados ou aqueles que potencialmente poderiam ser oferecidos por médicos de fora da organização de saúde, avaliando em seguida as oportunidades para alinhar os médicos mais estreitamente com as metas e objetivos da organização, podendo incluir uma ampla gama de acordos de colaboração; (4) garantir infraestrutura para suportar esses serviços, processos, sistemas e equipamentos organizados, amigáveis para o consumidor e bem integrados à prestação de cuidados eficaz.

A ambulatorização do cuidado, viabilizada tanto pela ampliação do conhecimento acerca de uma série de doenças e condições de saúde quanto pelo aumento da capacidade de intervenção clínica sem necessidade de internação, é definida por Lopes (2010b):

a alteração do paradigma de prestação de um determinado tipo de cuidados médicos ou cirúrgicos, transitando de um regime de tratamento preferencial em internamento para um regime preferencial em ambulatório. (LOPES, 2010b, s/n)

O Ministério da Saúde do Chile (s/d) relaciona como ações afeitas à ambulatorização da atenção em saúde:

- Incrementar la proporción de horas médicas asignadas a la atención ambulatoria.
- Integrar la gestión de la Atención Abierta de Especialidad, incorporando centros de especialidades ambulatorias, unidades de apoyo diagnóstico, unidades de procedimientos, unidades funcionales de cirugía ambulatoria. Se deben constituir en la práctica formas organizacionales que garanticen dicha integración, por ejemplo; complejos asistenciales, subdirección de atención abierta u otras instancias.
- Priorizar el cierre de brechas de equipamiento en especialidades ambulatorias.
- Organizar los servicios de apoyo diagnóstico para mejorar el acceso de las especialidades ambulatorias a exámenes y procedimientos.
- Incrementar proporcionalmente la Cirugía mayor ambulatoria.
- Intervenir los flujos de atención, mediante incremento de la proporción de altas del nivel secundario, aumento de consultas nuevas para atención primaria y disminución de la proporción de interconsultas internas en la atención de especialidad.
- Incorporar la gestión por proceso clínico
- Fortalecer sistemas de información a los usuarios, dando garantías de respuesta a los reclamos y sugerencias de pacientes y familiares.
- Medir la satisfacción usuaria en forma sistemática.
- Atención especializada de urgencia accesible a la población derivada desde la red asistencial.
- Instalación de prácticas de mejoramiento continuo de calidad.
- Incorporación del consentimiento informado en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos pertinentes. (CHILE, s/d, s/n)

A ambulatorização do cuidado de procedimentos cirúrgicos é hoje, inclusive, tratada como um indicador de qualidade da atenção hospitalar. Isso por trazer benefícios relacionados à segurança do paciente, que não precisa se submeter a todos os riscos advindos de uma internação hospitalar, quanto ao melhor uso dos recursos da instituição, financeiros e estruturais. O Ministério da Saúde de Portugal (PORTUGAL, 2011), por exemplo, definiu como meta de seu plano de reforma hospitalar a expansão das cirurgias ambulatoriais para 70% do total de cirurgias, visando redução do peso das internações no conjunto dos cuidados hospitalares e seu consequente custo.

Voltando a definições vigentes no Brasil, o Decreto 7.508 (BRASIL, 2011d), que regulamentou a Lei no 8.080, estabelece como um dos dispositivos organizativos do SUS a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES). Ela divide a Atenção Especializada em três subcomponentes: Atenção Ambulatorial Especializada, Odontologia

Especializada e Atenção Hospitalar. Define como:

Atenção Ambulatorial Especializada:

os cuidados ou tratamentos que extrapolam a capacidade de resolução dos serviços de atenção primária; que são referenciados ou encaminhados pelas portas de entrada do sistema e são prestados a indivíduos e/ou grupos. (BRASIL, 2012b, s/d)

Odontologia Especializada:

As ações e serviços da Assistência Odontológica Especializada e de Reabilitação Protética abrangem o conjunto de ações odontológicas de média e alta complexidade realizadas em ambiente ambulatorial e/ou hospitalar, e as ações de reabilitação oral com a oferta de próteses, de acordo com a necessidade. (BRASIL, 2012b, s/d)

Atenção Hospitalar:

Compreende o conjunto de ações realizadas em regime de internação hospitalar. Abrange procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, assistência farmacêutica, assistência hemoterápica, reabilitação, consultas especializadas e preparação para alta. Contempla também a modalidade Hospital-Dia. (BRASIL, 2012b, s/d)

Já havia lhe dito em uma carta anterior que meu foco de interesse reside neste momento particularmente na Atenção Ambulatorial Especializada, haja visto ser a área sob minha coordenação no município de Mauá. Tentarei, por isso, terminar essa missiva compartilhando o que estou entendendo como esse objeto, dialogando com as definições que expus até aqui e as que compõem as Políticas Nacionais de Atenção Básica, Urgência e Emergência, e Hospitalar, publicadas pelo Ministério da Saúde.

Compreendo a Atenção Ambulatorial Especializada como um conjunto de ações e serviços de saúde caracteristicamente demarcadas pela incorporação de tecnologias especializadas, englobando processos de trabalho de densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Hospitalar. Por tecnologias especializadas entendo tanto aquelas que se referem a conhecimentos específicos, tecnologias leve-duras, quanto a aparato instrumental específico, tecnologia dura, assimilando que as tecnologias relacionais, leves, transversalizam de maneira singular todas as modalidades de cuidado em saúde.

Assumo que a Atenção Ambulatorial Especializada deve corresponsabilizar-se pelos usuários, cumprindo o objetivo de garantir retaguarda assistencial e consultora a processos cuidadores que se fundamentam num vínculo principal mais frequente com Atenção Básica, articulando-se ainda com a Atenção Hospitalar e Atenção às Urgências e Emergências. Como elas, devem orientar-se 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, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sócio-cultural.

Não sei se fica nítido que na minha concepção da Atenção Ambulatorial Especializada não se encerra nos serviços ambulatoriais especializados propriamente ditos, apesar de partir de uma visão sistêmica da organização de serviços de saúde. Voltarei a isso futuramente. Antes, me permita escrever outras cartas para dar contorno à dimensão sistêmica da gestão do cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada.

2. O lugar da especialização nos Sistemas de Saúde

Mauá, julho de 2013

Meu camarada,

Retomo de onde paramos.

Considero o Informe Dawson como o principal marco na definição da Atenção Especializada organizada no contexto de um sistema de saúde, cunhando as expressões de atenção primária e secundária como níveis de atenção em saúde. Foi publicado na Inglaterra em 1920, a partir de encomenda do recém-criado Ministério da Saúde ao Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, presidido pelo Lorde Dawson de Penn. Esperava-se do Conselho a formulação de recomendações sobre o esquema necessário para disponibilizar aos habitantes de uma dada região serviços de saúde de forma sistemática (OPAS, 1964). Veio a ser base para a implementação do National Health Service (NHS) no Reino Unido a partir de 1948 (KUSCHNIR e CHORNY, 2010)

O documento afirmava que a disponibilidade dos serviços médicos só poderia

assegurar-se mediante uma organização ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Justificava que, com a expansão do conhecimento, as medidas necessárias para resolver os problemas de saúde e doença se tornavam mais complexas, exigindo esforços combinados de ação individual e na comunidade. Para tanto deveriam se estruturar os Centros de Saúde, estabelecimentos onde se concentrariam os diversos serviços médicos, tanto preventivos, quanto curativos, podendo ser primários ou secundários: os primeiros prestando ações mais sensíveis e o último mais especializado (OPAS, 1964).

Os Centros Primários de Saúde estariam a cargo dos médicos gerais, junto com um eficiente serviço de enfermagem e com a ajuda de consultores e especialistas visitantes, variando de tamanho e complexidade de acordo com as condições locais e com a situação urbana ou rural (OPAS, 1964).

Um grupo de Centros Primários de Saúde deveria ter, por sua vez, um Centro Secundário de Saúde como referência, para os quais seriam direcionados os casos difíceis e que requisessem tratamento especial. Estes teriam equipe mais variada e pessoal médico mais especializado, consultores e especialistas, estando obrigatoriamente localizados em cidades para garantia de recursos de pessoal e comunicação (OPAS, 1964).

Deveriam também se vincular a um Hospital de Ensino que contasse com uma escola de medicina. Pressupunha-se que isso seria conveniente para o benefício de pacientes com casos mais difíceis, que poderiam desfrutar das técnicas mais avançadas e para os próprios médicos que poderiam acompanhar até as últimas etapas as enfermidades que começassem a tratar, familiarizando-se com o tratamento adotado e apreciando as necessidades do paciente para o regresso a sua localidade (OPAS, 1964).

Serviços complementares se relacionariam com os Centros Primários e Secundários de Saúde, estando voltados para atender necessidades especiais como pacientes com tuberculose, doenças mentais, epilepsia, algumas doenças infecciosas e aqueles que precisassem de tratamento ortopédico (OPAS, 1964).

É possível afirmar que o informe Dawson estabeleceu-se como paradigma quanto à constituição de um modelo de atenção à saúde e até hoje constitui bibliografia referencial a respeito. Nele se explicita a forte preocupação em racionalizar os recursos, direcionando-os conforme escala, determinando a ideia de níveis de atenção à saúde regionalizados e hierarquizados. É com essa lógica que a especialização se consolida como um lugar nos

sistemas de saúde, se firmando como Atenção Especializada a ser exercida em hospitais e centros secundários (policlínicas, clínicas especializadas e suas variantes).

La disponibilidad general de los servicios médicos sólo puede asegurarse mediante una organización nueva y ampliada, distribuída en función de las necesidades de la comunidad. " Tal organización es indispensable por razones de eficiencia y costo, como asimismo en beneficio del público y de la profesión médica. Con la expansión del conocimiento, las medidas necesarias para resolver los problemas de la salud y las enfermedades se tornan más complejas, reduciéndose el ámbito de la acción individual y exigiendo, en cambio, esfuerzos combinados. Para que éstos puedan rendir los mejores resultados deben concentrarse en la institución. A medida que aumentan la complejidad y el costo del tratamiento, disminuye el número de personas que pueden pagar toda la gama de servicios. Además, la opinión pública mejor informada reconoce que el hogar no siempre ofrece las mejores condiciones higiénicas para el tratamiento de enfermedades graves, que requieren atención especial para dar al paciente plenas oportunidades de recuperación. (OPAS, 1964, p. 03).

Em artigo de 1974 publicado em boletim da Organização Panamericana de Saúde Bravo (1974) enumeram-se experiências de países que vinham se utilizando da regionalização como conceito estruturante da organização de seus sistemas de saúde, citando o Chile, algumas regiões dos Estados Unidos, Venezuela e os países socialistas da Europa Oriental, apontando a validade nas recomendações do Informe Dawson para tanto. É interessante observar a inspiração neste relatório, explícita na definição de regionalização empregada:

La regionalización a que se refiere este trabajo es un mecanismo complejo dedescentralización técnica y administrativa y comprende el establecimiento de niveles de atención, que van desde el centro primario de salud de la comunidad hasta el hospital general y los policlinicas de especialidades en el nivel intermedio para alcanzar su máximo desarrollo en centros médicos nacionales. El conjunto de estos tres niveles de atención constituye el sistema regional de asistencia médica que debe ser parte integrante del sistema nacional de salud. (BRAVO, 1974, p. 231)

Trata-se da base da proposta dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), estratégia desenvolvida pela Organização Panamericana da Saúde a partir de meados da década de oitenta e preconizada pela Organização Mundial de Saúde, tendo sido experimentada em diversos países, como relatado em publicação da instituição: províncias argentinas de

Neuquén e Salta, Bolívia, Brasil, Canadá (Quebec), Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Paraguai e Perú (PANINI e CAPOTE, 1990).

Kuschnir & Chorny (2010) consideram que pela relação intrínseca entre os princípios de universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização, esse modelo de organização foi seguido por todos os países que construíram sistemas nacionais de saúde, como os nórdicos e o Canadá, com as devidas adaptações às especificidades locais.

Campos (2009) vai além: considera que o Informe Dawson pode ser vislumbrado como um texto fundador da tradição das políticas públicas em saúde e dos sistemas nacionais.

Este informe sugere reformas radicais e amplas na atenção à saúde, nos planos da política, da gestão e do modelo de atenção (teoria e prática sanitária). Em sua dimensão política introduz a noção do direito universal à saúde, admite a estatização do mercado médico hospitalar porque não atenderia às necessidades da população e sugere formas de financiamento público para estes sistemas. Inova bastante na organização, sugerindo uma nova engenharia para concretizar aquelas diretrizes. Pela primeira vez se utiliza o conceito de sistema (rede de serviços) como modo para ordenar o cuidado. É desta ocasião a invenção da atenção primária à saúde e da regionalização do atendimento com base em rede de serviços com vários níveis de complexidade, sempre interconectados. Por outro lado, este informe avança na crítica e em linhas de recomposição do paradigma médico tradicional. Naquele documento aparece ainda a recomendação da "integração sanitária", que ocorreria mediante a fusão de saberes e de práticas da saúde pública e da clínica. O relatório opera com uma concepção ampliada de intervenção sanitária, contemplando atenção individual, familiar e comunitária. Entre os profissionais listados para compor a equipe dos "Centros de Saúde Primários" já aparecia o "visitador sanitário", uma antecipação do nosso agente de saúde comunitário. (CAMPOS, 2009, p. 50)

Mendes (2010) apresenta uma revisão bibliográfica dos fundamentos e experiências de Redes de Atenção à Saúde (RAS), desde a concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde até a proposição contemporânea, surgida nos Estados Unidos nos anos 90, dos sistemas integrados de saúde.

As redes de atenção à saúde e os sistemas integrados de saúde são propostas que se assemelham, entendidas aqui como sinônimos e definidas, respectivamente, como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010a, s/n)

An organized delivery system is a network of organizations that provides or arranges to provide a coordinated continuum of services to a defined population and is willing to be held clinically and fiscally accountable for the outcomes and the health status of the population served. (SHORTTELL, 1993, s/n)

As diferentes experiências de redes de atenção à saúde analisadas por Mendes (2010) trazem, em relação à Atenção Especializada, como elemento comum a concentração de serviços especializados de acordo com a disponibilidade de recursos e necessidades de saúde, assentados nos fundamentos de economia de escala e economia de escopo.

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala. (MENDES, 2011, p. 72)

Os serviços de saúde, como outras formas de produção, podem ser implementados em configurações mais concentradas ou mais dispersas, ou em arranjos híbridos que combinem elementos de concentração e dispersão. Os serviços que devem ser dispersos são aqueles que não se beneficiam de economias de escala – menores custos unitários em unidades maiores -, como os serviços de atenção primária à saúde. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de economias de escopo – menores custos unitários quando se ofertam numa mesma unidade uma variedade de serviços -, como os serviços hospitalares. Esses serviços são aqueles que ofertam intervenções que são altamente especializadas e custosas e que requerem equipes de profissionais com habilidades distintas e com menor oferta no mercado. (MENDES, 2010, s/n)

Essa ideia relaciona-se fortemente com outro fundamento das RAS apontado por Mendes (2011) e inspirado no Informe Dawson, o de níveis de atenção à saúde.

Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde. (MENDES, 2011, p.78)

Com base nesses fundamentos Mendes (2011) explora que os serviços especializados nas RASs, organizados nos pontos de atenção secundária e terciária, se diferenciam segundo especificidade de oferta e densidade tecnológica, que também determinariam sua concentração espacial e, portanto, um lugar para que a Atenção Especializada aconteça. Outros fundamentos das RASs, citados por Mendes, seriam a qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; e processos de substituição e territórios sanitários (MENDES, 2011).

Essa noção de lugar, contudo, há de ser relativizada como disse em minha carta anterior. Já mencionei a tendência de dissolução das práticas de cuidado ambulatorial especializado sem a fixação em local específico e a noção de que a Atenção Ambulatorial Especializada não se encerra nos serviços ambulatoriais especializados propriamente ditos. Em outro trecho Mendes reconhece (2011):

As evidências demonstram que a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os generalistas. O modelo tradicional da referência e contrarreferência não é efetivo. Alguns casos, poucos no total, identificados nas diretrizes clínicas – em geral casos de maiores riscos – devem ficar sob os cuidados definitivos da equipe da atenção especializada. (MENDES, 2011, p. 106)

Na literatura internacional diversos arranjos visando a coordenação de serviços tem sido discutidos sob a denominação de “shared care” - cuidado compartilhado ou “integrated care” – cuidados integrados.

Shared care has been defined as the joint participation of primary and specialty care practitioners in “the planned delivery of care for patients with a chronic condition, informed by an enhanced information exchange, over and above routine discharge and referral notices.” It has been promoted for the management of many chronic conditions, with the assumption that it will deliver better care than either primary or specialty care alone. At times, there also has been an assumption that shared care will allow more efficient use of limited specialist resources. Shared care, also referred to as integrated care, frequently includes an interface worker, prespecified clinical protocols, referral guidelines, continuing education of participating clinicians, specifically designed information exchange systems, and ongoing audit and evaluation of services delivered. Theoretically, shared care presents an opportunity to provide patients with the benefits of specialist intervention combined with continuity of care and management of comorbidity from generalists who are responsible for all aspects of the patient’s healthcare beyond the specified chronic disease. Starfield described a “strong

imperative” for a shared model of relationship between primary care and specialty care physicians in the management of common chronic conditions. However, little is known about the nature of the primary care–specialty care interface, and there is a need to identify evidence that will guide healthcare planning and provide a framework for improved chronic disease management. (SMITH, ALLWRIGHT e O’DOWD, 2008)

Dentre os artigos publicados analisando intervenções de cuidado compartilhado destacam-se condições relacionadas aos cuidados em saúde mental (DEY et al, 2002; KATON et al, 1999; KATON et al, 2001; LLEWELLYN-JONES et al, 1999; SWINDLE, 2003, UNUTZER et al, 2002; WARNER et al, 2000; WOOD E ANDERSON, 1995; BYNG et al, 1995) diabetes (DIABETES INTEGRATED CARE EVALUATION TEAM, 1994; DONOHOE et al, 2000; HOSKINS et al, 1993; SMITH et al, 2004; KATON, 2004; SMITH et al, 2003) , asma e DPOC (DRUMMOND et al, 1994; REA et al, 2004), hipertensão arterial (MCGHEE et al, 1994) , ICC (DOUGHTY et al, 2002) , uso de anticoagulante oral (HOLM et al, 2002) e câncer (JOHANSSON et al, 2001). Revisão sistemática conduzida por Smith, Allwright e O’Dowd (2007) destaca a complexidade da temática, não evidência mensurável conclusiva de benefícios sobre o cuidado compartilhado até o momento, segundo os autores.

Hickman, Drummond e Grinshaw (1994), com base na análise de diferentes experiências, propuseram uma taxonomia dividindo-as em 6 grupos conforme o tipo de intervenção desencadeado para compartilhamento do cuidado entre atenção básica e especializada: I) clínicas comunitárias, onde o especialista encarrega-se de uma clínica geral; (II) básico, onde a comunicação compreende a troca regular de cartas ou folhas de registo padronizados; (III) de ligação, onde a equipe da Atenção Especializada e médico da Atenção Primária se reúnem para discutir e acordar o manejo de pacientes sob cuidados compartilhados; (IV) fichas de cuidados compartilhado, onde a troca de informações é feita através de um folheto ou "cartão de cooperação", portado pelo paciente; (V) cuidado compartilhado assistido por computador, onde um circuito de informação é estabelecido entre o médico da Atenção Primária e o especialista com base em dados coletados em cada visita do paciente e mediados através de resumos gerados por computador; (VI) prontuário eletrônico/ correio eletrônico, por meio do qual especialistas e médicos da Atenção Primária tem acesso aos mesmos dados sobre pacientes compartilhados entre eles.

Sem considerar a imensa variedade de cenários locais possíveis, podemos

exemplificar com arranjos propostos por sistemas nacionais de saúde a diversidade de configurações para organização da Atenção Ambulatorial Especializada. Tratarei de alguns dos países membros do “The Commonwealth Fund”, com base em material editado por THOMSON et al (2012). Devemos fazer essa leitura com cautela, para não tomar o todo por especificidades, como aconteceria se tentássemos entender o SUS em toda sua diversidade apenas através das publicações do Ministério da Saúde.

Na Inglaterra, país de origem do Informe Dawson e experiência seminal de sistema universal de saúde, quase a totalidade dos especialistas médicos são empregados assalariados dos hospitais do “National Health Service” (NHS) - Sistema Nacional de Saúde (THOMSON et al, 2012). Os usuários têm a opção de escolher o hospital para a consulta e encontra-se em fase de implementação a possibilidade de escolha de um especialista em particular em um hospital específico. Embora a maior parte das consultas ambulatoriais especializadas seja feita nos hospitais elas também podem se dar nos consultórios dos médicos generalistas - General Practitioners (GP), ofertadas por médicos generalistas com interesse em especialidades - “GPs with specialist interests” (THOMSON et al, 2012). Nesse caso, se utilizarmos a denominação proposta por Mendes (2011), haveria a coincidência de ponto de atenção primário e ponto de atenção secundário.

Na Austrália os pacientes que necessitem de avaliação ou seguimento ambulatorial especializado, referenciados pelos GPs, podem escolher o especialista no cuidado extra-hospitalar – “out-of-hospital care”. Os especialistas são pagos por procedimentos e atuam tanto no setor público quanto privado, geralmente mantendo consultórios na comunidade e atendendo em hospitais públicos e privados a pacientes internados e em regime ambulatorial (THOMSON et al, 2012). Nos centros de saúde da comunidade, equivalentes às nossas Unidades Básicas de Saúde, existem equipes multidisciplinares, o que não acontece nos consultórios privados. O governo australiano vem estimulando a organização de equipes multidisciplinares através do programa “GP Super Clinics” (THOMSON et al, 2012).

A maior parte dos cuidados especializados no Canadá é ofertada em hospitais, embora haja uma tendência à organização de serviços privados extrahospitalares. Os especialistas são pagos por procedimento pelo governo e os pacientes podem acessá-los diretamente, embora seja comum o encaminhamento por médicos de família, dado que

muitas províncias pagam um valor menor pelas consultas não referenciadas (THOMSON et al, 2012). A organização do cuidado em equipes multidisciplinares na atenção primária vem crescendo como parte do plano intergovernamental “10-Year Plan to Strengthen Health Care” (no Canadá as províncias e territórios tem autonomia para gestão da atenção à saúde) (THOMSON et al, 2012).

Na Dinamarca a Atenção Ambulatorial Especializada é ofertada em ambulatórios integrados a hospitais públicos ou por especialistas autônomos em consultórios privados. Os serviços privados são pagos por procedimento mediante encaminhamento, de acordo com contratos nas regiões de saúde. A Dinamarca se destaca pela ambulatorização do cuidado, levando a uma rápida redução no tempo de permanência hospitalar dos pacientes internados (THOMSON et al, 2012). Várias municipalidades e regiões ofertam serviços com múltiplas especialidades, denominados “casas de saúde” – “health houses”. As composições variam conforme a localidade, mas costumam incluir médicos generalistas, médicos especialistas, fisioterapeutas, dentre outros profissionais.

A França tem como característica a atuação isolada dos médicos, generalistas e especialistas, a maior parte (59%) autônomos, com pagamento por consulta de igual valor entre eles (€23). A partir de 2009 estabeleceu-se a possibilidade de pagamento por performance. Os pacientes são livres para escolha dos GPs e especialistas, não existindo a obrigatoriedade de encaminhamento, havendo porém estímulo financeiro para que os GPs exerçam a função filtro, recebendo um valor mais alto pelas consultas e prescrições que não envolvam encaminhamento. Apesar de não haver obrigação legal de vinculação à atenção primária, 85% da população está registrada com um médico generalista (THOMSON et al, 2012). Desde 4 de março de 2002 a Lei Kouchner, relativa aos direitos dos pacientes e qualidade do sistema de saúde, prevê diversas iniciativas baseadas no conceito de redes de saúde – “réseaux de santé”, com objetivo de favorecer o acesso, a coordenação, a continuidade, a interdisciplinaridade no cuidado em saúde, particularmente aqueles que são específicos para determinadas populações, doenças ou atividades de saúde (THOMSON et al e JUN, 2012).

Na Alemanha os usuários têm livre acesso a GPs, especialistas e, se encaminhado para internação em hospitais. Não é requerido o cadastramento com um médico generalista, os quais não têm formalmente a função filtro, apesar de incentivos nesse sentido estarem se

desenvolvendo desde 2004. Os médicos, generalistas e especialistas, são legalmente obrigados a serem membros de associações regionais, que negociam contratos com fundos públicos de saúde para organização do cuidado, sendo a remuneração feita por pagamento por procedimento – “fee-for-service”, e o exercício profissional realizado em consultórios próprios. Desde 2004 vem sendo introduzido o atendimento ambulatorial por especialistas em hospitais, para o tratamento de condições graves e doenças raras, bem como realização de procedimentos altamente especializados. Também em 2004 foram criadas policlínicas para atenção ambulatorial e desde 2002 programas para gestão de doenças crônicas - “Disease Management Programs” (DMPs), para coordenação do cuidado entre os prestadores, com foco no manejo de diabetes tipo 1 e 2, câncer de mama, doença coronariana, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica. A participação nesses programas é de adesão voluntária para os pacientes e pode ser conduzida tanto pelos médicos generalistas, quanto pelos especialistas (THOMSON et al e JUN, 2012).

No “Sistema Sanitario Nazionale” (SSN), sistema nacional de saúde italiano, o cuidado ambulatorial especializado é ofertado em unidades locais ou hospitais públicos e privados contratados por uma unidade de saúde local. Os pacientes, desde que encaminhados, têm liberdade para escolher os especialistas. Os especialistas que atuam em ambulatorios são geralmente pagos por hora, enquanto os médicos com atuação hospitalar são assalariados. Nos últimos anos mudanças na legislação italiana têm estimulado alterações nas formas de organização da atenção em saúde, com mudança da atuação médica isolada para equipes multidisciplinares com compartilhamento do cuidado (THOMSON et al e JUN, 2012).

No Japão a Atenção Primária e a Atenção Ambulatorial Especializada não são tratadas como áreas distintas. Os médicos são tradicionalmente formados como especialistas e escolhem por atuar em clínicas, que prestam cuidados primários e especializados, ou hospitais. Condições que demandem hospitalização ou recursos caros são atendidas em ambulatorios hospitalares. Embora não haja a obrigação de registro o governo solicita aos usuários que escolham seus médicos de família. Embora não se preconize a função filtro há incentivos que priorizam o uso das clínicas ao invés de ambulatorios hospitalares (THOMSON et al e JUN, 2012).

Na Holanda quase a totalidade dos especialistas tem como base hospitais, atuando

organizados tanto como medicina de grupo (65-75%), quanto assalariados, principalmente em hospitais universitários. Há uma incipiente e marginal tendência de atendimento dos especialistas fora do ambiente hospitalar (THOMSON et al, OSBORN, SQUIRES e JUN, 2012).

A maioria dos especialistas da Nova Zelândia é contratada pelos distritos regionais de saúde - District Health Boards (DHBs), sendo permitido que eles atuem em suas próprias clínicas privadas ou atendam pacientes em hospitais privados, quando recebem por procedimento. Nos hospitais públicos os pacientes tem pouca possibilidade de escolha dos especialistas. Os especialistas que atuam no setor privado estão concentrados nos grandes centros urbanos (THOMSON et al e JUN, 2012). O governo neozelandês começou, em 2008, a desenvolver grandes Centros Integrados de Saúde da Família - Integrated Family Health Centers (IFHC), com a linha política de cuidado “melhor, mais cedo, mais conveniente” para fortalecimento da coordenação do cuidado (THOMSON et al, 2012).

Na Noruega, os especialistas com atuação hospitalar são assalariados e os que atuam em consultórios são pagos por procedimento e anualmente pelo número de pacientes acompanhados. O número de serviços multidisciplinares tem crescido com ação combinada de médicos generalistas, como fisioterapeutas, ortopedistas, oftalmologistas, dentistas, pediatras, técnicos de laboratórios e enfermeiros. Na alta de hospitalizações eletivas ou de emergência um relatório é enviado para os médicos generalistas (THOMSON et al, 2012).

A Suécia tem vivido, nas duas últimas décadas mudanças focadas na transformação de internações em cuidados ambulatoriais ou em regime de hospital-dia e na concentração do cuidado altamente especializado. A população encontra-se agrupada em seis regiões de saúde para facilitar a cooperação e organizar a distribuição de recursos de maior adensamento tecnológico. A maior parte dos hospitais são públicos, com sistema de pagamento misto - por orçamento global, relação de grupos de doenças e por performance (THOMSON et al e JUN, 2012). Desde 2005, vige uma regra para garantia de acesso que prevê o primeiro contato com o sistema de saúde sem espera; consulta com médico generalista em 7 dias; consulta com médico especialista, se necessário, em 90 dias; e espera de não mais de 90 dias para início do tratamento após um diagnóstico ter sido estabelecido (THOMSON et al e JUN, 2012).

Imagino que você esteja ansioso por falarmos mais sobre o Sistema Único de

Saúde no Brasil. Não tardarei, na próxima carta.

3. A Atenção Ambulatorial Especializada no Sistema Único de Saúde

Mauá, final de julho de 2013

Caro amigo,

Falar do Sistema Único de Saúde é falar de um arranjo organizacional que dá suporte à efetivação da política de saúde de Estado no Brasil e norteia os princípios e diretrizes dessa política (VASCONCELOS e PASCHE, 2008). A Constituição de 1988 o define como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1988, Art.4o).

O SUS é reconhecido como uma conquista do projeto de reforma sanitária desenvolvido ao longo das décadas de 70 e 80, na medida em que consolidou o reconhecimento do direito universal à saúde vinculado ao conceito de Seguridade Social reforçando a noção de cidadania (PAIM, 2008). Merhy, Malta e Santos (2004), apontam:

Todo o movimento em torno do projeto contra-hegemônico, desde os anos 70, confluiu na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na formatação de um relatório final que, em 1988, no texto constitucional, deu o arcabouço jurídico para este projeto, resultando em três aspectos fundamentais: a) a saúde define-se num contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pelo cidadão em suas lutas cotidianas, sendo o resultante das condições gerais de vida; b) saúde é um direito de

cidadania e dever do estado; c) o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular. (MERHY, MALTA, SANTOS, 2004)

Campos (2009, p. 50) considera que o “SUS inspirou-se em ideologias e em uma racionalidade política, gerencial e de organização do trabalho desenvolvidas como alternativa às crises econômicas e sociais da primeira metade do século XX”, dentre as quais cita as matrizes discursivas do comunismo, socialdemocracia e keynesianismo, esclarecendo que, ponderadas suas diferenças, geraram

algumas formas de intervenção social com vários elementos em comum: ampliação do Estado, planejamento e gestão de organizações e de sistemas com base em necessidades sociais e não na lógica competitiva do mercado, financiamento público e legião de servidores (CAMPOS, 2009, p. 50).

Como já assinalado anteriormente, tanto Kuschnir e Chorny (2010), quanto Campos (2009) enxergam o Informe Dawson como inspiração para todos os países que constituíram sistemas nacionais de saúde. Particularmente em relação ao Sistema Único de Saúde reproduzo uma citação de Campos explicitando essa relação:

Se fizermos uma comparação conceitual entre este informe e os documentos seminais do SUS, o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde e os textos legais, a Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Brasil/MS; 1990), encontraremos uma semelhança espantosa. Poderemos considerar que a maioria das diretrizes do SUS tem origem e fundamentação naquele relatório e naquela tradição. O direito à saúde, o dever do Estado e da sociedade com sua implementação, a organização do sistema com base em necessidades de saúde, a regionalização e a hierarquização da atenção segundo níveis, a ideia de "comando único" da rede por território, todos estes conceitos o SUS retirou daquela tradição. Há, com certeza, inovações e reconstituição ampliada de alguns outros fundamentos. No campo das novidades temos a diretriz da descentralização/municipalização, um dos eixos ordenadores da constituição do sistema brasileiro e ausente na doutrina tradicional. Outra inovação foi a incorporação pelo SUS de recomendações do campo da democracia direta, qual sejam a gestão participativa e o controle social da sociedade civil sobre o Estado, com a constituição de espaços coletivos, conferências e conselhos, com poder de deliberação e de fiscalização do executivo. A concepção ampliada sobre saúde, ainda que com menor precisão conceitual, já aparece no relatório Dawson; o mesmo pode-se constatar em relação à integralidade recomendada no SUS e apresentada no informe como a recomendação da "integração sanitária", um conceito bastante inovador para a época, mas ainda mais restrito do que as várias acepções com que a integralidade tem sido tomada hoje em dia. Enfim, a análise comparativa destes documentos não deixa dúvida quanto à filiação do SUS. (CAMPOS, 2009, p. 51)

É sob a imagem dos níveis de atenção hierarquizados segundo “complexidade”, precisamente dos níveis secundário e terciário, que se encontra majoritariamente a concepção sobre Atenção Especializada no Sistema Único de Saúde.

Cecilio (1997) problematiza com a figura da pirâmide o modelo elegido para capitanear as políticas aplicadas pelos SUS. Resume-o da seguinte maneira: a base da pirâmide contém o conjunto de unidades de saúde, as quais são responsáveis pela atenção primária em suas respectivas áreas de cobertura; sua missão é garantir atenção integral aos usuários, agindo como uma espécie de “porta de entrada” para os níveis de maior complexidade tecnológica do sistema de saúde.

Na parte intermediária da pirâmide estariam localizados os serviços ditos de atenção secundária, basicamente os serviços ambulatoriais com suas especialidades clínicas e cirúrgicas, o conjunto de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais, normalmente pensados como sendo hospitais distritais. O topo da pirâmide, finalmente, estaria ocupado pelos serviços hospitalares de maior complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários, de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional (CECILIO, 1997, p. 470)

Assim, a pirâmide representaria um modelo com constante intercâmbio de fluxos ascendentes e descendentes de usuários, que poderiam dispor dos recursos disponíveis em distintos graus de especialização e complexidade, atuando como força racionalizadora dos recursos do sistema de saúde. Ela propõe uma possibilidade de racionalização do atendimento e agiria assim como modelo de gestão dos diversos fluxos, de cima para baixo, de baixo para cima. Dentre suas vantagens, enumeradas por Cecilio (1997), estão: sua indissociável vinculação a uma noção democratizante do acesso à saúde, pois “a formulação de uma “porta de entrada” para garantir acesso universal ao sistema pode ser vista como a expressão semiótica desta diretiva política do movimento sanitário” (CECILIO, 1997, p. 471); a hierarquização dos serviços agiria como fator de racionalização dos recursos, uma vez que, teoricamente, o paciente teria acesso aos diversos níveis de complexidade tecnológica conforme suas necessidades, e assim “a pirâmide, nessa medida, tem o valor quase de um símbolo em defesa da vida” (CECILIO, 1997, p. 471); o sistema teria como pressuposto a proximidade dos serviços da residência ao usuário; e a pirâmide

agiria como um modelo a orientar os investimentos corretamente, seja em tecnologia, seja em recursos humanos, e estaria de acordo com as reais necessidades da população. Por fim, ainda conforme Cecilio (1997), haveria neste modelo da pirâmide uma forma intrínseca de possibilidade de questionamento de práticas consagradas e hegemônicas que não necessariamente são adequadas às reais exigências da saúde pública:

O espaço propiciado por uma ampla rede básica de serviços de saúde, com responsabilidade pela atenção a grupos populacionais bem definidos (população adscrita), sempre nos pareceu como o ideal para o exercício de práticas e saberes alternativos ao modelo hegemônico vigente, sabidamente centrado no atendimento médico, medicamentozante, com pouca ou nenhuma prática de prevenção das doenças e promoção da saúde. O espaço da rede básica seria então o *locus* privilegiado para a testagem e construção de um modelo contra-hegemônico de atenção à saúde (CECILIO, 1997, p. 471)

O modelo da pirâmide parece ter atingido tamanho grau de legitimação que seu próprio questionamento tornou-se algo estranho, de difícil consecução. Embora críticas tenham-se desenvolvido críticas e experiências como proposta alternativa a ele, com muita frequência retorna-se à mesma lógica sob outra roupagem. Conquanto eu fique muito instigado com o que poderia ser explorado a partir de uma genealogia da subjetivação (VEIGA, 2010), buscando entender os caminhos e interesses que marcam a inscrição dessa imagem como algo tão presente, não enveredarei por esse rumo por não ser o objeto dessa dissertação. O que tentarei é lhe situar como o regramento da operacionalização do SUS, mormente produzido sob a forma de portarias do Ministério da Saúde e induzido através de mecanismos de financiamento, vem contribuindo para a fixação de um lugar da Atenção Ambulatorial Especializada nessa pirâmide.

A Constituição Federal coloca os fundamentos e os princípios do Sistema Único de Saúde, os quais foram regulamentados pelas Lei n.º 8.080 - Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a) e Lei n.º 8.142 - Controle Social (BRASIL, 1990b), promulgadas em dezembro de 1990, dois anos após a promulgação da Constituição. Posteriormente foram publicadas a Emenda Constitucional n.º 29 (BRASIL, 2000), versando sobre recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, Lei Complementar n.º 141 (BRASIL, 2012c), que a regulamenta e estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo. Em 2011, 21 anos após o início da

vigência da Lei Orgânica da Saúde, foi assinado o Decreto 7.508 para sua regulamentação, dispondo sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Apesar de diversas outras leis terem sido oficializadas tratando de determinações específicas (BRASIL, 2013a), é principalmente por meio das portarias publicadas pelo Ministério da Saúde que a normatização da operacionalização do SUS vem se produzindo desde a sua criação (CARVALHO, 2001; MACHADO, 2007; CARVALHO, 2010).

Isso se deve, segundo análise de Machado (2007, p. 2113-2114), à atuação do Ministério da Saúde não se restringir à construção do SUS como agenda única, sendo influenciada por diferentes variáveis. A primeira, aponta, diz respeito à tendência global de substituição, a partir dos anos 1980, do “Estado positivo” – planejador, produtor direto de bens e serviços e empregador – pelo “Estado regulador”, levando ao fortalecimento da regulação exercida por meio dos Ministérios da Saúde de países que se orientam por concepções neoliberais (MACHADO, 2007, p.2114).

Uma segunda variável, endossada por Pasche et al (2006) e Mendes (1996) se relaciona à presença e ação de resquícios da “cultura inampiana” caracterizada pela trajetória histórica de centralização decisória e administrativa do sistema de saúde brasileiro com predominância da ótica da supervisão e controle que cursam com a “utilização de critérios excessivamente normativos para o regramento da presença das esferas subnacionais na gestão do SUS” (PASCHE et al, 2006, p.421). Podemos ir ainda mais atrás e retomar também a herança do “sanitarismo campanhista”, extensamente analisado por Merhy (1992), que foi preponderante no país no início do século XXI, ligado ao modelo econômico assentado na agroexportação cafeeira que exigia do sistema de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que pudessem afetar a exportação. Estruturava-se sob uma visão militarista que centralizava a tomada de decisões e um aparato normativo e de agentes sanitários destinados ao combate às doenças de massa, “um estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social”. (MERHY; MALTA; PEREIRA, 2004)

Esse formato de verticalização deixou profundas raízes na cultura institucional do Sistema de Saúde brasileiro. Esse comportamento estende-se para outras ações conduzidas pelo Ministério da Saúde, como os seus inúmeros programas centralizados, que dispõem de uma administração única e vertical, constituindo

um conjunto de normas e pressupostos definidos centralmente, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais. Todo o esforço de democratização e descentralização após a criação do SUS não conseguiu reverter esse formato. (MERHY; MALTA; PEREIRA, 2004)

O peso político do Ministério da Saúde, relacionado à sua importância orçamentária e visibilidade pública, configurando-o como posto potencial de expressão das prioridades dos sucessivos governos e dirigentes federais, em interação com outros atores, consistiria a terceira variável (MACHADO, 2007, p.2114). Ela repercute, entre outros problemas, na não adoção de planejamento e estratégias de intervenção de longo prazo, e na consequente temporalidade, compatível com a expressão de marcas de governo.

Além disso, o baixo grau de integração e insuficiente coordenação interna entre as áreas do Ministério da Saúde (PAIM e TEIXEIRA, 2007) contribui para o caráter fragmentado da condução das políticas, cada qual normatizada por um conjunto de portarias, dificultando a identificação de um projeto único e a direcionalidade da ação federal na saúde (MACHADO, 2007).

A mudança de uma situação de execução direta de recursos federais pelo Ministério da Saúde para uma gestão descentralizada com transferências fundo a fundo para os outros entes federativos foi condicionada pelo ritmo e modelos de descentralização em saúde nos anos 90, tendo, porém, sido acompanhada de estratégias de financiamento que visaram a manter o poder de decisão da União sobre a utilização de recursos federais transferidos, de forma que as prioridades nacionalmente definidas se expressassem nos diversos Estados e Municípios (MACHADO 2007).

Com base no que lhe escrevi até aqui me permito afirmar, sem temor de ser inconsequente e concordando com Machado (2007), que o Governo Federal mantém um expressivo poder de regulação da ação dos estados e municípios no que diz respeito ao direcionamento do Sistema Único de Saúde. Isso justifica tomar para análise as normatizações e mecanismos financeiros de indução do Ministério da Saúde relacionados à Média e Alta Complexidade, correspondentes aos níveis secundário e terciário na pirâmide previamente apresentada, para melhor compreender a organização da Atenção Ambulatorial Especializada no SUS.

De partida, lembro-lhe que o Sistema Único de Saúde iniciou seu funcionamento concreto coexistindo com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS), que só veio a ser extinto através da Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993, três anos após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8080/90). Do INAMPS, herdou não só os equipamentos assistenciais então existentes, assumidos em quase sua totalidade pelos estados e municípios, mas também a lógica de financiamento e de alocação de recursos financeiros baseada na produção de procedimentos, com concentração de recursos na União e posterior repasse aos outros entes.

O processo de implantação do SUS foi primordialmente orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, instituídas por meio de resoluções e portarias, inicialmente assinadas pelo Presidente do INAMPS e depois pelo Ministro da Saúde (BRASIL, 2011e). Se você tiver tempo para analisá-las, haverá de concordar comigo que elas trataram da atenção ambulatorial principalmente sob a perspectiva da transferência de recursos.

A NOB de 1991 estabeleceu que as transferências de recursos do INAMPS para custeio da assistência à saúde a estados e municípios, se dariam por meio de convênios, mantendo a lógica do INAMPS como gestor do sistema e atribuindo aos estados e municípios não o papel de gestores, mas de prestadores de serviços (BRASIL, 2011e).

A NOB de 1992, ainda editada pelo INAMPS, resultou de consenso entre o Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Criou o Sistema de Informação Ambulatorial – SIA - e adaptou o sistema de informações hospitalares do INAMPS para o SIH, e embora tenha reforçado a defesa da produção do Sistema Único de Saúde como um processo continuado, manteve mecanismos de gestão semelhantes ao da NOB/1991 (BRASIL, 2011e).

A NOB de 1993 foi a primeira editada exclusivamente pelo Ministério da Saúde. Desencadeou o processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena), criou a transferência regular e automática fundo a fundo do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena e possibilitou que alguns estados e municípios saíssem da condição de prestadores de serviço para a de gestores do sistema (BRASIL, 2011e).

A NOB de 1996, ao propor as modalidades de Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, assumiu formalmente a distinção entre Atenção

(Ambulatorial) Básica e Atenção Ambulatorial Especializada. Também criou a Fração Assistencial Especializada como “um montante que corresponde a procedimentos ambulatoriais de média complexidade, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e Tratamento Fora do Domicílio (TFD), sob gestão do estado” (Brasil, 1996), além do Piso de Atenção Básica (PAB), Teto Financeiro da Assistência do Município e do Estado (TFAM e TFAE) e Índice de Valorização de Resultados (IVR) como mecanismos de transferência regular e automática (Fundo a Fundo) (BRASIL, 2011e).

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e de 2002 definiram pela primeira vez Média Complexidade como:

um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país. (BRASIL, 2011e, p.177)

Embora não conceitue a Alta Complexidade as NOAS atribuíram ao Ministério da Saúde a responsabilidade pela definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, sendo a responsabilidade pela garantia de acessos a esses procedimentos compartilhada com as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal (BRASIL, 2011e).

O Pacto pela Saúde, de 2006, que constituiu um conjunto de reformas institucionais acordado entre as três esferas de gestão do SUS com o objetivo de “promover inovações nos processos e instrumentos de gestão”, ousou estabelecer um formato mais horizontal para o direcionamento operacional do SUS, em substituição das Normas Operacionais. Avançou na problematização do modo de produção do cuidado nos serviços de saúde, apontando, em um de seus documentos, “Diretrizes para a Programação Pactuada Integrada”, que:

As ações de saúde atualmente consideradas de média complexidade, no modelo de atenção à saúde, devem se concretizar como um estágio assistencial aberto às demandas oriundas da atenção básica, tendo como missão principal o alcance de um grau de resolubilidade de ações que possa evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas, com vistas a reduzir ao máximo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade. (BRASIL, 2006b, p.

O Pacto reorganizou o modo de transferência de recursos entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde estabelecendo os Blocos de Financiamento da I - Atenção Básica; II – Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III – Vigilância em Saúde; IV – Assistência Farmacêutica; V – Gestão do SUS; VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Agregou no Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a diversidade de formas de repasse existentes até então, por pactuação de série histórica de produção ou programações específicas (ex: financiamento por custeio global do CEO e SAMU) (BRASIL, 2006b).

O financiamento da Atenção Ambulatorial Especializada é desde então realizado com recursos do Bloco de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC). A maior parte desses recursos está alocada em um teto financeiro, pactuado a partir de uma programação físico-financeira. Esse teto atualmente é composto por: i) série histórica de produção, e; ii) incentivos financeiros pré-fixados, para financiamento de serviços específicos (CAPS, Portas de Entrada de Hospitais de Urgência, Centros de Parto Normal, Casa da Gestante do Bebê e da Puérpera, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento Transitório, Centros Especializados em Reabilitação, dentre outros). Além disso, existe uma outra parte dos recursos que é repassada pós-produção, para financiamento de procedimentos considerados estratégicos ou recém-criados, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

Em um dos raros documentos em que o Ministério da Saúde tangencia a contextualização da Atenção Especializada no âmbito do SUS, a instituição situa a reestruturação promovida no início do Governo Lula, sintonizada com a produção do Pacto pela Saúde, com o objetivo de “integrar na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS-MS) a gestão dos diferentes níveis e dimensões assistenciais do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2004a, p.9), reformulando-a através da estruturação dos Departamento de Atenção Básica (DAB), Departamento de Atenção Especializada (DAE), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) e Departamento de Regulação, Avaliação e Controle (DRAC). Aponta o DAE como responsável

pelas áreas assistenciais de maior densidade tecnológica, ditas especializadas. O limite entre essas áreas e a atenção básica não é preciso, mesmo porque a abrangência desta depende de definições políticas, adotadas em função das circunstâncias sociais e econômicas conjunturais.

Dessa forma, a circunscrição das áreas de responsabilidade dão-se, atualmente, pela enumeração de procedimentos afetos a cada um daqueles níveis, a partir das tabelas originalmente utilizadas para normatizar as transferências de recursos aos entes públicos e privados integrantes do SUS. (BRASIL, 2004a, p.9)

Constituído pelas coordenações-gerais de A. Atenção Hospitalar; B. Alta Complexidade Ambulatorial; C. Média Complexidade Ambulatorial; D. Urgências e Emergências; E. Programa Nacional de Transplantes; e F. Sangue e Hemoderivados, o DAE convive com pelo menos três lógicas em sua organização, segundo o mesmo documento do MS. A de (1) nível assistencial, exemplificada pelas áreas hospitalar e de urgência/emergência; a (2) lógica de faturamento - que delimita a alta e média complexidade; e a (3) dos programas específicos ou especiais - representados pelas políticas de transplantes e de sangue (BRASIL, 2004a, p.9). Reconhece ainda que:

As áreas compreendidas na esfera de responsabilidade do Departamento de Atenção Especializada caracterizam-se pela grande diversidade de ações e serviços, com significativas especificidades técnicas e organizacionais. Além disso, por serem essencialmente definidas pelo alto grau de incorporação de tecnologia material, concentram uma parcela substantiva dos gastos públicos em saúde - praticamente a metade do orçamento anual do Ministério da Saúde.

(...)

Essa dupla dimensão - complexidade técnico-organizacional e concentração de recursos financeiros - torna a tarefa gerencial especialmente desafiadora, na medida em que a formulação de políticas e as ações de avaliação e controle, suficientemente intrincadas em si, transcorrem em um ambiente de grande pressão de grupos que refletem interesses sociais e econômicos. (BRASIL, 2004a, p.9)

Sobre a Média Complexidade:

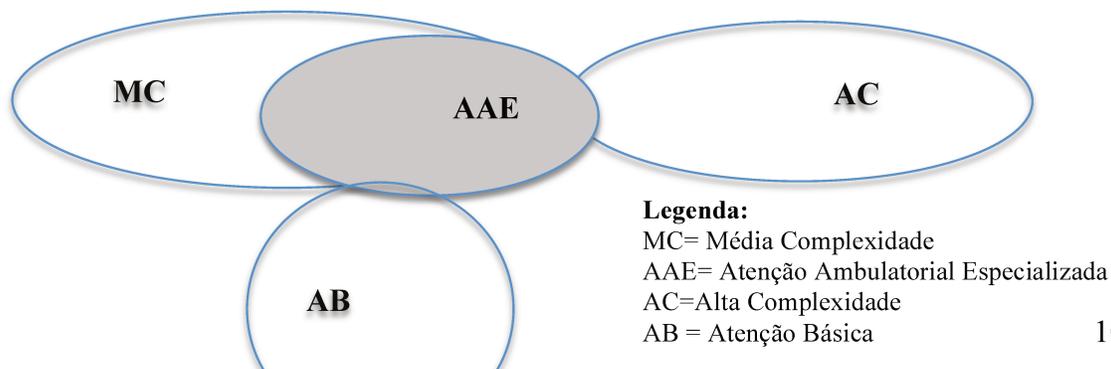
Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnósticos; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. (BRASIL, 2009a, p. 207)

No livro SUS de A a Z a Alta Complexidade é definida como:

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas que compõem a alta complexidade do SUS, e que estão organizadas em “redes”, são: assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia-ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional; distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida. Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar do SUS, e estão também no Sistema de Informações Ambulatorial em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia. (BRASIL, 2009a, p. 32-33)

Essas definições nos levam a entender que a Atenção Ambulatorial Especializada no SUS está majoritariamente contida na Média Complexidade, ainda que esta também abarque procedimentos hospitalares em regime de internação, o que tento representar na figura abaixo. Elas detalham ainda a lógica de faturamento que define o que se compreende por Média e Alta Complexidade, do que subentende-se médio e alto custo.

Figura 1: Representação esquemática da relação entre a Atenção Ambulatorial Especializada e a Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar no SUS



Em 2011 uma publicação do CONASS enumerava 17 (dezessete) Políticas Nacionais e 10 (dez) Áreas de Atenção compreendidas dentro da Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2011f), consolidadas no Quadro 2.

Quadro 2: Políticas Nacionais e Áreas de Atenção relacionadas à assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do SUS - 2011

Políticas Nacionais componentes da atenção de Média e Alta Complexidade
Política Nacional de Atenção Cardiovascular
Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal
Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade
Política Nacional de Atenção Oncológica
Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
Política Nacional de Saúde Bucal
Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia
Política Nacional de Atenção às Urgências
Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica
Política Nacional para Hospitais de Pequeno Porte
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
Política Nacional de Saúde Mental
Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica
Política Nacional de Oftalmologia
Outras áreas de atenção de Média e Alta Complexidade
Assistência em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI)
Redes estaduais de assistência a queimados
Assistência de alta complexidade ao portador de obesidade grave
Assistência de alta complexidade em terapia nutricional
Programa Nacional de Triagem Neonatal
Sistema Nacional de Transplantes
Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos
Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva
Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário
Assistência ao portador de lesão labiopalatal ou craniofacial

Fonte: elaborado com base na publicação do CONASS - Coleção para entender a gestão do SUS 2011, v.4 (BRASIL, 2011f)

Analisando o conteúdo das normativas e outros documentos relativos a essas

políticas o que verificamos é o predomínio da regulamentação de ações e serviços hospitalares, particularmente no que tange a alta complexidade, embora seja frequente a menção a linhas de cuidados integrais. Eles recorrem, com poucas variações, às diretrizes de realização de ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção dos danos, bem como ações clínicas de controle das doenças e/ou fatores de risco pela Atenção Básica, e da garantia de atenção diagnóstica e terapêutica especializada a partir do processo de referência e contra referência pela média complexidade.

Acho importante destacar a demarcação de princípios norteadores para o cuidado, transversal aos serviços, presentes nas Políticas de Saúde Mental, Atenção Integral à Saúde da Mulher, Atenção Integral à Saúde do Homem, Saúde da Pessoa Idosa, Atenção Integral à Saúde da Criança e Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Isso as diferencia das demais por extrapolar um aparente viés estruturalista, preponderante nos documentos consultados.

Externos ao escopo da Coordenação-Geral de Média e Alta Complexidade, mas por definição também compoem a Atenção Ambulatorial Especializada, programas coordenados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde preveem ações específicas em “ambulatórios de referência secundária” e “serviços de maior complexidade” ou sugerem a implantação de serviços assistenciais específicos. Este último caso diz respeito à Política Nacional de DST e AIDS que estimula a organização de unidades como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Serviço de Atenção Especializada (SAE), Centro Referência e Treinamento (CRT), Assistência Domiciliar Terapêutica e Unidade Dispensadora Medicamentos e à Política Nacional de Saúde do Trabalhador que prevê a implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BRASIL, 2009b).

Também em 2011 o Ministério da Saúde definiu como agenda prioritária a implementação de Redes Temáticas como eixos para estruturação das Redes de Atenção à Saúde, conjugando um processo aquecido de discussão junto ao CONASS e CONASEMS² aos compromissos de campanha da Presidenta Dilma Rouseff³.

² que resultou na publicação da Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 pactuada na Comissão Intergestores Tripartite de 16 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

³ Expresso no documento “Os 13 Compromissos Programáticos de Dilma Rouseff” o compromisso “Universalizar a saúde e garantir a qualidade do atendimento do SUS” aponta como prioridades: - aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde e de seus mecanismos de gestão, de fiscalização e de controle de qualidade dos serviços prestados; continuidade e ampliação do Samu, ao Programa Brasil Sorridente, às Farmácias Populares; expansão das equipes do Programa Saúde da Família e implantação das Unidades de Pronto

Pactuadas como diretrizes do Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2011g), foram priorizadas cinco Redes Temáticas: a Rede Cegonha, visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011h); a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011b); a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011i); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com objetivo de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS (BRASIL, 2012d) e a Rede de Atenção às Doenças Crônicas, com vistas à garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção (BRASIL, 2013b).

Embora eu não tenha encontrado na literatura uma conceituação clara de Rede Temática proponho compreendê-las como arranjos para operacionalização das Redes de Atenção à Saúde, estruturadas a partir de uma ou mais linhas de cuidado. Estas entendidas como

uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. (BRASIL, 2010).

Mendes (2010, p.87) afirma que nelas “somente os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são verdadeiramente temáticos”, visto que os demais componentes da RAS (a atenção primária, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de

Atendimento (UPA) e policlínicas; reestruturação da atenção hospitalar; especial atenção aos programas de saúde mental, especialmente no tratamento do alcoolismo, do consumo de crack e de outras drogas; oferta gratuita de remédios contra a hipertensão e o diabetes; desenvolvimento de programas nacionais de prevenção do câncer, de reabilitação de pessoas com deficiência e de atenção aos idosos; desenvolvimento do complexo produtivo da saúde para avançar em direção à auto-suficiência científica e tecnológica na produção de fármacos e na ampliação da fabricação de genéricos; expansão do saneamento básico.

governança) seriam comuns a todas as redes e organizam-se de forma transversal.

Isso coincide com o padrão de financiamento regulamentado nas portarias normatizadoras dessas Redes, em que prevalecem incentivos para serviços ambulatoriais especializados (Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência) e hospitais (Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede Cegonha). É possível afirmar, pois, que a proposta das Redes Temáticas produz uma intervenção na Atenção Especializada, ambulatorial e hospitalar, na medida em que aponta prioridades a serem observadas em sua organização. Não obstante, os mecanismos previstos para sua operacionalização não parecem se descolar da imagem da pirâmide e dos programas verticais. Estes são assim chamados por serem dirigidos, supervisionados e executados, no todo ou em grande parte, por um serviço especializado e/ou por profissionais de saúde especificamente dedicados a seu objeto de intervenção (MILLS, 1983 apud ATUN et al, 2008). Souza (2013) acrescenta a crítica de que:

A hierarquização da atenção gera redes de especialidades (ou redes temáticas) que tendem a desvalorizar a produção generalista da atenção básica. Organiza-se a rede a partir da noção de níveis de atenção em que os casos mais graves são encaminhados da atenção básica para a atenção especializada. Produz-se, com isso, uma desresponsabilização da rede básica pelo acompanhamento dos casos e perda da comunicação entre a rede de atenção e os territórios existenciais dos usuários. (SOUZA, 2013, p.244)

O Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011d), que já mencionei em outra carta, através do dispositivo da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) publicada na Portaria No 841, de 2 de maio de 2012 (BRASIL, 2012b), tem a importância de sistematizar o conjunto de ações e serviços ofertados pelo SUS até a data de sua publicação. Revisando-a e ao conjunto de portarias com regulamentação específica sobre serviços que desempenham ações ambulatoriais especializadas no SUS, elaborei o Quadro 3, para nos facilitar a visualização do conjunto dessas unidades de saúde. Analisando-o tendo a dizer que as normatizações relativas à Atenção Ambulatorial Especializada têm pequeno alcance diante da grande diversidade de arranjos de serviços estruturados no SUS país afora. Ao mesmo tempo, por mais contraditório que possa parecer, o recorte escolhido para algumas das Políticas Nacionais, focado em especialidades médicas, contribui para a fragmentação da compreensão dessa área. Por fim, acho interessante observar a inexistência de diretrizes

para o funcionamento das Policlínicas⁴ e Centros de Especialidades⁵, organizações das mais frequentes entre os serviços ambulatoriais especializados, atualmente somando respectivamente 6022 e 34487 unidades cadastradas no CNES (públicas e privadas) (CNES, 2013).

Quadro 3: Serviços que desempenham ações ambulatoriais especializados previstos em normativas do Ministério da Saúde

<p>Serviços não-hospitalares</p> <p>Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)</p> <p>Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)</p> <p>Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi)</p> <p>Centros Especializado em Reabilitação (CER)</p> <p>Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)</p> <p>Serviços de Atenção Especializada (SAE)</p> <p>Centros de Referência e Treinamento (CRT)</p> <p>Unidades Dispensadoras de Medicamentos</p> <p>Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)</p> <p>Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)</p> <p>Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia</p> <p>Serviços de Nefrologia</p> <p>Centros de Referência especializado em hipertensão e diabetes</p> <p>Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual</p> <p>Serviços de Atenção Especializada em Genética Clínica</p> <p>Serviços hospitalares</p> <p>Centros de Referência em Oftalmologia</p> <p>Serviços de Atenção à Saúde Auditiva na Média e na Alta Complexidade</p> <p>Centros de Referência em Nefrologia</p> <p>Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON)</p> <p>Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)</p> <p>Centros de Referência em Tratamento de Dor Crônica</p> <p>Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Traumatologia e Ortopedia</p>
--

⁴ Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm acessado 25/11/13).

⁵ Clínica Especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência (http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm acessado 25/11/13).

Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia de Alta Complexidade
Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia
Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurocirurgia
Centros de Referência em Genética Clínica
Unidade de Assistência de Alta Complexidade ao Paciente Portador de Obesidade Grave

Fonte: RENASES (BRASIL 2012b) e Legislação Federal da Saúde (BRASIL, 2013a) – jul. 2013

Não sei se notou na Figura 1 uma área de intersecção entre a Atenção Ambulatorial Especializada e a Atenção Básica. Essa zona não foi um lapso. Trata-se da perspectiva de entender as equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como equipes que compõem Atenção Ambulatorial Especializada através do exercício do cuidado próximo (e junto) às equipes da Atenção Básica em ações de matriciamento. Também é algo esperado das equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011i), Centros Especializados em Reabilitação (BRASIL, 2012d) e, por que não, desejável para a atuação de outros especialistas hoje situados em espaços de ambulatórios. Além disso, para a maior parte dos municípios brasileiros, cuja caracterização populacional é de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes), após a alteração de parâmetros para organização dos NASF com a publicação da Portaria N° 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012e) trata-se da única possibilidade concreta hoje de financiamento federal para ações especializadas.

Se do ponto de vista da macrorregulação da política nacional de saúde o Ministério da Saúde exerceu papel central, no que se refere a sua materialização o processo de municipalização inerente à constituição do SUS não deixa dúvida sobre a importância assumida pelos municípios (PIMENTA, 2006).

À medida que o processo de municipalização foi avançando, os gestores municipais ganharam novos papéis na cena política e sanitária do país e buscaram responder às demandas do Ministério da Saúde, de acordo com sua governabilidade. Mas há sempre uma certa tensão entre a implementação das diretrizes políticas definidas na esfera federal e a realidade do município. Esse tensionamento é distinto de um município para outro e depende das realidades locais, tendo em vista a diversidade dos municípios brasileiros, seja do ponto de vista demográfico, de perfil epidemiológico, de história política, de produção de riqueza, de cultura, de disponibilidades de recursos financeiros e tecnológicos para garantir atenção integral à saúde de seus municípios. (PIMENTA, 2006, p. 120)

Permita-me, por isso, retomar um pouco a história dos serviços ambulatoriais especializados de Mauá, que lhe citei na carta de fevereiro, para um outro olhar na compreensão da dimensão sistêmica da gestão do cuidado na AAE, já interseccionando a dimensão organizacional.

O Centro de Especialidades Médicas de Mauá (CEMMA) tem sua origem a partir da municipalização do então Núcleo de Gestão Assistencial 64 (NGA-64) da Secretaria de Estado da Saúde em 1997. Os Núcleos de Gestão Assistencial foram criados a partir de 1991 com a função de gerir e administrar os Postos de Assistência Médica (PAMs) herdados do INAMPS. Os primeiros 49 (quarenta e nove) foram criados pelo Decreto nº 32.897, de 31 de janeiro de 1991, assinado pelo Governador Orestes Quércia, sendo o de Mauá criado pelo Decreto nº 35.112, de 15 de junho de 1992 já na vigência do Governo Fleury. Tinham como finalidade:

prestar serviços à comunidade, visando a promoção, preservação e recuperação da saúde da população, tendo como atividade principal o atendimento ambulatorial especializado e, secundariamente, o atendimento ambulatorial geral (SÃO PAULO, 1991).

A estrutura designada para seu funcionamento previa Diretoria; Unidade Técnico-Assistencial; Seção de Enfermagem; Setor de Apoio Técnico; Setor de Prontuário de Paciente; Setor de Administração, com Setor de Administração, com Setor de Faturamento (SÃO PAULO, 1991).

Cabia à Unidade Técnico-Assistencial:

- a) prestar atendimento médico especializado e geral, odontológico e psicológico, constituindo-se em referência de nível local ou regional;
- b) estabelecer sistema de referência com os serviços de níveis hierárquicos superiores e contra-referência com as demais unidades básicas da rede; (SÃO PAULO, 1991)

À Seção de Enfermagem e Setor de Apoio Técnico cabiam funções de suporte ao corpo clínico da Unidade Técnico-Assistencial e aos demais setores a organização administrativa do serviço (SÃO PAULO, 1991).

Na constituição do Ambulatório de Especialidades de Mauá, em 1997, além da municipalização do NGA-64, houve a centralização de médicos especialistas que até então atendiam em algumas das Unidades Básicas de Saúde do município.

Em 2000, por um motivo mais relacionado à pressão para devolução do prédio

alugado do que por concepção de modelo (DIÁRIO DE CAMPO), o Ambulatório de Especialidades foi transferido para o Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini, integrando-se ao Ambulatório que já funcionava na instituição com o perfil de atendimento a pacientes egressos de internações. Lá permaneceu até 2009, quando houve nova mudança das especialidades clínicas para reinauguração como Centro de Especialidades Médicas de Mauá, em prédio alugado que se mantém como sede atual do serviço.

Não é de se estranhar, ao retomar a história de constituição deste serviço, que a organização dos processos de trabalho se caracterize por um arranjo médico-centrado e baseado em procedimentos/consultas (DIÁRIO DE CAMPO). Em outras palavras, o CEMMA expressa a continuidade do modelo inampsiiano e reproduzindo o modelo liberal privatista.

O modelo *Liberal Privatista*, ou *médico assistencial privatista*, teve início no Brasil com o surgimento da *Assistência Médica Previdenciária*, na década de 20, sob a influência da Medicina Liberal, ligando-se à necessidade de assistência aos trabalhadores urbanos e industriais. O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir da década de 40 dando início à compra de serviços privados. Este formato serviu como um embrião e um catalisador do modelo liberal privatista que se acentuou após 1964 através da rede privada contratada, constituindo na década de 90, 76% da oferta de leitos no país. Grande parte do financiamento para a expansão do setor privado veio do setor público, em consonância com a política de sustentação do capital, a partir do Estado. Este modelo constituiu-se no modelo neoliberal de organizar serviços, sendo hegemônico no país. A criação do INAMPS na década de 70 conferiu um novo impulso nesse modelo de assistência. O setor público na prática é responsável por parcela significativa do financiamento e sustentação deste modelo, já que a grande maioria dos leitos hospitalares e apoios diagnósticos são "comprados" diretamente do setor privado. No período cresceu enormemente a prestação de serviços privados, devido à facilidade das condições ofertadas pelo Estado: capital fixo subsidiado pelo governo (FAS), quase sem risco empresarial e nenhuma competitividade. A dicotomia preventivo/curativa foi cristalizada formalmente com a criação do Sistema Nacional de saúde em 1975, onde as questões assistenciais ficam a cargo da Previdência Social e as ações ditas coletivas passavam a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde. Paralelamente ocorreu a expansão do Convênio-empresa, estimulada pela Previdência e que, na década de 80, passou a ocupar um espaço significativo na atenção médica no Brasil: a atenção médica suplementar. Este setor rapidamente se constituiu, passando a prescindir do Estado nas suas relações comerciais (planos individuais ou coletivos – empresariais ou não), mas se alicerçando no poder público, seja através da renúncia fiscal, seja na utilização do sistema pública para o atendimento considerado de alta complexidade ou custo. Define-se o modelo médico assistencial privatista com: Estado como financiador direto e indireto (renúncia fiscal), setor privado como o prestador e setor privado internacional como fornecedor de equipamentos biomédicos. O Estado oferta

políticas compensatórias, através de ações simplificadas, para se legitimar. (MERHY, MALTA e SANTOS, 2004 – grifo dos autores)

Médici apontava já em 1989 que ao lado do modelo estatal universalizante que vinha se gestando, se desenvolvia um modelo liberal privatista, caracterizado pela presença de formas de organização da atenção médica autônomas em relação ao setor público (MÉDICI, 1989, apud BAHIA, 1999). Bahia (2005) vai além ao afirmar que “apesar das profundas mudanças em sua arquitetura, o sistema de saúde brasileiro mantém inalteradas, desde os anos 70, algumas de suas características básicas”, sobretudo a presença de uma capacidade instalada constituída majoritariamente por hospitais privados e o fato de que a maioria dos médicos brasileiros atuarem em consultórios particulares. Essa condição só é possível, quando considerada que 25% da população brasileira tem contratados planos privados de assistência médica (ANS, 2013), porque esses mesmos médicos e boa parcela dos hospitais particulares integram duplamente o setor privado e a rede do SUS.

A adaptação da mesma base física de recursos para o atendimento de demandas diferenciadas se concretiza na existência de duas portas de entrada nos hospitais (uma para os clientes do SUS e outra para os de planos e seguros de saúde), no trabalho médico em regime parcial no setor público e ainda no fluxo de clientes de planos de saúde, cujos contratos não propiciam ou dificultam coberturas para determinados procedimentos remuneradas pelo SUS. Os estabelecimentos especializados em diagnose e terapia estão voltados, principalmente, ao atendimento de clientes de planos de saúde. A duplicidade do atendimento às demandas no atendimento de exames de alto custo ocorre em estabelecimentos hospitalares. Em outros casos, como por exemplo a terapia renal substitutiva o SUS remunera praticamente toda a demanda atendida em clínicas privadas (BAHIA, 2005).

Estudo publicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) confirma a atuação simultânea dos médicos no setor público e na assistência médica suplementar, sendo que mais de 30% acumula quatro ou mais locais de trabalho. Assinala ainda que, em 2010, dos 636.017 postos de trabalho ocupados por médicos no Brasil, 354.536 estão em estabelecimentos privados e 281.481 são postos de trabalho com vínculo público (SCHEFER, BIANCARELLI, CASSENOTE, 2011), isto é, estabelecimentos que recebem recursos do Estado, sejam eles instituições públicas, da administração direta, ou prestadores de serviços

ao SUS, o que inclui serviços particulares e filantrópicos conveniados.

O Ministério da Saúde aponta uma desproporção entre o número de novos postos de trabalho criados e o número de novos médicos formados, respectivamente 147 mil vagas de emprego e 93.156 médicos formados nos últimos 10 anos (BRASIL, 2013c).

No Estado de São Paulo, em 2007, 40% dos médicos atuavam em consultórios particulares e 28% em clínicas, 57% tinham 03 ou mais empregos (CREMESP, 2007). Pode-se pressumir que em relação aos médicos especialistas essa proporção seja ainda maior. No caso específico de Mauá uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) permite verificar que dos 38 médicos atuando nos serviços ambulatoriais da Atenção Especializada, apenas 03 não constam atuando no setor privado e só 02 ocupam menos que 03 postos de trabalho.

Não é difícil imaginar o interesse em encerrar o atendimento às consultas agendadas no menor tempo possível, a fim de conciliar a atuação em outros locais de trabalhos. Também, é claro supôr que a atuação isolada no consultório, focada no cumprimento da agenda e procedimentos, reproduza prática exercida no setor privado.

Além disso, retomando a dimensão societária em uma conexão com a organizacional, a consulta médica relaciona-se ao lugar de especialista ocupado pelo médico na sociedade. Schraiber destaca:

Assim sendo, se a “naturalização” do social no corpo doente significou a conquista da razão moderna na tomada do sofrimento humano enquanto problemática, também determinou o fato de que o trabalho médico fosse estruturado como relação interindividual, evidenciando que este movimento progressivamente *individualizante* de apropriação do real é parte do mesmo processo de sua objetivação científica. Na medicina isso representa não apenas o deslocamento do sofrimento do doente para o corpo patológico e não apenas, no mesmo procedimento, aplicar-se sempre a indivíduos singulares, senão aplicar-se progressivamente a segmentos cada vez mais restritos da totalidade orgânica. A relação interindividual, que já pertencia à prática sobre doentes na sociedade feudal, deverá manter-se, portanto, na medicina moderna: ao mesmo tempo transformada, da confissão para a investigação positiva, como vimos; ao mesmo tempo preservada, nesta qualidade mais geral de relação exclusiva e privada entre dois personagens. E se esta “exigência” da racionalidade moderna seria mais facilmente satisfeita pelas características históricas da prática dos médicos, para eles esta preservação da consulta como unidade de produção do trabalho representou outras duas conquistas fundamentais antes mencionadas; responder às novas exigências da ordem social, na reprodução da igualdade tendencial e desigualdade efetiva das classes sociais, e simultaneamente manter-se na categoria de trabalhador essencialmente intelectual na sociedade. (SCHRAIBER, 1993, p.192 – grifo da autora)

É interessante observar que o “ideal da autonomia”, outrora reivindicado por correntes políticas do movimento dos médicos através da bandeira de defesa do exercício liberal da medicina fazendo frente ao processo de capitalização e intervenção do Estado na saúde e contra o assalariamento (CAMPOS, 1988), recoloca-se mediante a pauta de atos privativos aos médicos, como a Lei do Ato Médico, e luta contra medidas que apontem para o número de médicos no país.

Apesar de ocupar o topo do ranking de remuneração global somando todos os vínculos (NERI, 2008), da ordem de R\$6.192,00 em 2006, a insatisfação com o salário configura uma das principais imagens negativas autoatribuídas à profissão (CREMESP, 2007). A Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) defende como piso salarial o valor de R\$10.412,00 para a carga horária de 20 horas semanais, ainda que nem mesmo os concursos realizados pelos Conselhos Regionais para a vaga de médico-fiscal tenham como salário o valor que preconizam (CREMESP, 2012).

Schraiber (1993) denomina como “produção individualizada de profissão consultante” a prática liberal em que o médico é produtor e também vendedor direto de seu trabalho, determinando diretamente a remuneração de seu trabalho no consultório particular. Isso só se tornou possível porque na medicina “ao contrário da alienação do trabalhador direto em relação a seu trabalho, foi *a prática técnica que se revestiu da qualidade de trabalho intelectual*” (Schraiber, 1993, p. 181, grifo da autora).

Outro ponto interessante de se observar com base na experiência municipal é o surgimento de serviços ambulatoriais especializados a partir da externalização de ações hospitalares.

Assim como parte do CEMMA, o Centro de Reabilitação Física surgiu a partir de atendimentos ambulatoriais de fisioterapia em reabilitação ortopédica iniciados dentro do Hospital Nardini, em 1987, e que foram transferidos para um espaço agregado à Unidade Básica de Saúde Vila Assis em 1989, quando teve aumentada sua capacidade de atenção para reabilitação de condições neurológicas. Em 1998 foi transferido para a Unidade Básica de Saúde Central do município (UBS Central), visando facilitar o acesso dos usuários, e em 2010 foi reinaugurado em sua sede atual.

Também os atendimentos de infectologia, antes realizados ambulatorialmente no Hospital Nardini, foram “desospitalizados” na organização do Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico no prédio da UBS Central em dezembro de 1997. Lá funcionou até 2004, quando estabeleceu-se em um prédio alugado para sua ampliação como Centro de Referência e Treinamento em DST AIDS.

Isso se refere à tendência que já mencionei anteriormente, de ambulatorização do cuidado. No caso de Mauá, e certamente de muitos outros municípios, a saída de cuidados ambulatoriais do ambiente hospitalar teve também relação com a competição de espaço na estrutura física do hospital, associado à ausência de plano diretor e “divórcio físico-administrativo-técnico-funcional-racional” (MENDES, 2007). Registre que a definição de um Plano Diretor Hospitalar encontra-se atualmente em processo no Hospital Nardini, inclusive com a previsão de reorganização do ambulatório de especialidades cirúrgicas e ampliação das cirurgias ambulatoriais, atualmente mínimas.

O conjunto de políticas e programas nacionais publicados pelo Ministério da Saúde aparece de diferentes maneiras nos municípios e divide opiniões quanto à invasão da autonomia administrativa entre os entes. De um lado autores como PIMENTA (2006), Marques e Mendes (2005), consideram uma lesão à autonomia municipal a extrapolação pelo governo federal de um papel de indução de políticas para uma interferência “de maneira autoritária e controlista sobre os municípios” (PIMENTA, 2006, p.118). Há outros autores, como Abrucio, que defendem que a descentralização requer “um projeto nacional e a construção de novas capacidades dos governos subnacionais e do próprio governo federal, que deve se habilitar para o repasse de funções e o exercício de um papel coordenador” (VIANA e MACHADO, 2009, p. 810) e Arretche, que defende “estratégias bem-sucedidas de indução” para reconfiguração de um modelo nacional de prestação de serviços sociais em um “Estado federativo com marcadas diferenças regionais e dotado de uma esmagadora maioria de municípios fracos” (ARRETCHE, 1999, p. 135).

Talvez você ache interessante observar como em Mauá não só a lógica de funcionamento mas também a denominação dos serviços municipais foram influenciadas por políticas nacionais, por diferentes motivos.

Em alguns casos a exigência de padronização visual e requisitos mínimos para obtenção de recurso financeiro foi preponderante. Em 2004 o setor de odontologia da então

UBS Central foi reorganizado segundo as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente, para ser habilitado como Centro de Especialidades Odontológicas II em 2005, passando a receber recurso de custeio federal. Em 2009 mudou de sede para o 3º andar do mesmo edifício alugado para o CEMMA, tendo ampliação de serviços oferecidos que possibilitou alteração de sua habilitação para CEO III em 2010. Em novembro de 2013 foi inaugurado o Laboratório Regional de Prótese Dentária como nova oferta do CEO para o município. Veja que nesta circunstância o nome do serviço leva a denominação de regional apesar de ter abrangência municipal.

No caso do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS a proximidade de relação entre as coordenações técnicas dos diferentes entes federativos, com encontros periódicos para capacitações e acompanhamento do Programa Nacional de DST AIDS, contribuiu com os diferentes momentos de alteração da nomenclatura e organização do serviço – atendimentos ambulatoriais no Hospital Nardini sem denominação específica, COAS e CRT. O incentivo financeiro de custeio às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e Hepatites Virais é feito segundo relação de municípios prioritários definidos pelos critérios de porte populacional e carga de doenças (número de casos de AIDS, Hepatite B, Hepatite C e número de crianças nascidas com Sífilis Congênita). Vale notar que esta unidade oscilou de coordenação na configuração interna da Secretaria de Saúde de Mauá em diferentes momentos, hora estando sob no escopo da Vigilância em Saúde, hora na Atenção Especializada, atual arranjo.

Essa alteração também aconteceu em um momento com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), implantado em 2005 a partir da publicação da Portaria Nº 2.437/GM de 7 dezembro 2005, que ampliou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador instituída em 2002. O serviço foi estruturado através da reconfiguração da equipe de Vigilância de Saúde do Trabalhador (VISAT) então constituída por um engenheiro do trabalho, uma assistente social, uma psicóloga e dois médicos do trabalho, que havia sido transferida do Ambulatório de Especialidades de Mauá para uma sede isolada junto à Coordenadoria de Vigilância à Saúde anos atrás.

O Centro de Reabilitação Física, de que lhe falei em parágrafos anteriores, encontra-se hoje em processo de transição para constituir, junto ao Centro Municipal de Apoio à Educação Inclusiva, o Centro Integrado de de Atenção à Pessoa com Deficiência,

ampliando as ações nas áreas de reabilitação intelectual, auditiva e visual, em consonância às diretrizes para funcionamento dos Centros Especializados de Reabilitação da política nacional para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Neste caso optamos por dar uma nomenclatura específica do município dando à condição singular de integração de serviços intersetorialmente.

O caso dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial é emblemático no que diz respeito tanto à indução por financiamento, quanto pelo alinhamento de concepção de política de saúde entre governo municipal e federal. Em que pese a Política Nacional de Saúde Mental no Brasil ter se desenvolvido com base nas pressões de movimentos sociais e experiências conduzidas desde o início por gestões municipais ainda na década de 80 (Brasil, 2005), tendo o desenho organizacional dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sido objeto de normatização federal por meio das Portarias nºs 189/1991, 224/1992 e chegado a somar 424 unidades custeadas exclusivamente por recursos dos municípios antes que houvesse definição de incentivo financeiro federal, a publicação da Portaria 336/2002, que passa a prever recurso de custeio específico da União para os serviços, “resultou em novo impulso de crescimento de 282% na disponibilidade de CAPS no SUS em 2010 quando comparado com 2002” (COSTA et al, 2011). Em Mauá os CAPS Adulto, Infantil e Álcool e Drogas foram criados respectivamente em 2004, 2005 e 2006. Em 2013 os dois primeiros passaram a funcionar 24 horas, em consonância com a política da Rede de Atenção Psicossocial, a qual também levou à inauguração de uma Residência Terapêutica e uma República Terapêutica e uma Equipe de Consultório de Rua – respectivamente Serviço Residencial Terapêutico, Unidade de Acolhimento Transitório e Consultório na Rua segundo a nomenclatura do Ministério da Saúde, além da reorganização em curso do processo de cuidado em saúde mental do Hospital Nardini e na Atenção Básica.

O Centro de Referência em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (CRSMCA) foi inaugurado em 2010, integrando profissionais e ofertas antes estruturadas em outras unidades de saúde. Do Hospital Nardini, incorporou o ambulatório de Cirurgia Ginecológica; do CEMMA, o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco e algumas especialidades pediátricas; da UBS Central, a Colposcopia e algumas especialidades pediátricas; e do então Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico (COAS), o Núcleo de Atenção à Violência Sexual. Trata-se de um serviço sem equivalente em

proposição de política nacional, cujo financiamento, assim como no caso do CEMMA se dá apenas com base de produção de referência para pactuação do Teto de Média e Alta Complexidade do município.

Você deve ter notado que até aqui praticamente não mencionei a participação estadual na definição de política interfederativa de saúde. Trata-se de uma característica de alguns dos estados brasileiros, muito marcada no estado de São Paulo, de atuar no Sistema Único de Saúde através da gestão de seus serviços próprios – particularmente na média e alta complexidade, por meio da administração direta ou de contratos de gestão com Organizações Sociais da Saúde (OSSs), sem cofinanciar ações e serviços executados pelos municípios.

Como já lhe disse, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) é gestora de dois serviços em Mauá.

O Centro de Nefrologia e Hipertensão (CNH), que realiza procedimentos de diálise e localiza-se na Santa Casa de Mauá, possui contrato com a SES-SP sob a foma de credenciamento, com pagamento de procedimentos com base no faturamento de produção com valor de referência conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde (Tabela SUS). Se você acompanhar a publicação de portarias do Ministério da Saúde relativas a alterações de valores na Tabela SUS notará que os procedimentos de hemodiálise, considerados de alta complexidade ambulatorial, são reajustados com uma frequência muito maior que a de procedimentos de média complexidade, o que os torna mais atrativos para prestadores privados, caso do CNH.

O Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Mauá foi inaugurado em dezembro de 2011. Os AMEs foram instituídos pelo Governo do Estado de São Paulo em 2007 com os objetivos de:

1. Ampliar e aperfeiçoar a oferta de atendimento e procedimentos de saúde especializados para as redes básicas de saúde municipais;
2. Facilitar o acesso da população aos cuidados e procedimentos especializados;
3. Reduzir o tempo de espera para o diagnóstico e o início do tratamento em casos que exigem atenção à saúde de maior complexidade;
4. Ampliar a realização de cirurgias e outros procedimentos terapêuticos ambulatoriais, com redução de necessidade de internação;
5. Melhorar a resolubilidade da rede regional de assistência à saúde do SUS/SP, com impactos positivos sobre a situação de saúde da população. (SÃO PAULO, 2008, p.24)

Sua idealização pelo então Secretário Estadual de Saúde Luiz Roberto Barradas Barata (*in memorian*), com base em unidades de saúde observadas por ele em Málaga-Espanha (BARATA et al, 2010), seria estabelecer um serviço de alta resolubilidade concentrando em um único dia consultas, exames especializados e retorno ao médico. Como princípios chave que diferenciariam os AMEs dos ambulatórios médicos tradicionais se destacariam: a origem dos pacientes com encaminhamento apenas pelas Unidades Básicas de Saúde e, em casos excepcionais pactuados, por ambulatórios médicos tradicionais; marcação de consultas por meio de sistema informatizado *online*; perfil de atendimento definido por acordo entre as Secretarias Municipais de Saúde, hospitais da região e o Departamento Regional de Saúde da Secretaria de Estado, que coordenaria o processo técnico para estabelecimento desse perfil e posteriores mudanças; seguimento breve no AME, com alta após a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, com “devolução dos pacientes para acompanhamento e tratamento na rede básica ou na rede de alta complexidade” (BARATA et al, 2010, p. 128).

Com esses princípios a SES-SP planejou quatro tipos de AMEs:

o AME Geral, para a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos mais comumente utilizados pela rede SUS; o AME Cirúrgico, que realiza especialmente procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, específico para regiões com demanda reprimida nesse tipo de procedimento; o AME de Apoio à Atenção Básica, que, concomitantemente aos atendimentos, foi planejado para capacitação da rede básica, contando com monitoria ou supervisão para unidades de saúde da família, especialmente vinculadas ao serviço; e o quarto tipo de unidade, o AME de Psiquiatria, que, diferentemente das unidades anteriormente citadas, realizará seguimento dos pacientes em cinco linhas de cuidados: dependência química, psicoses, transtornos bipolares/depressão, transtornos obsessivo-compulsivos (TOC) e psicogeriatría, porém respeitará os demais princípios citados anteriormente. (BARRADAS et al, 2010, p.128)

O AME de Mauá, segundo essa tipologia um AME Geral, é gerenciado pela OSS Fundação do ABC, com a qual a SES-SP celebrou contrato de gestão em setembro de 2011 prevendo atendimento nas especialidades médicas de acupuntura, dermatologia, endocrinologia adulto e infantil, gastroenterologia, oftalmologia, alergia e imunologia, cardiologia, nefrologia, reumatologia, urologia, ortopedia e traumatologia, neurologia adulto e infantil; especialidades não médicas de enfermagem, farmácia, psicologia, nutrição

e serviço social; pequenas cirurgias ambulatoriais; exames de radiologia, ultrassonografia e Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico externo não especificados; com valor de custeio mensal próximo a R\$250.000,00 e R\$3.584.444,20 de investimento inicial (SÃO PAULO, 2011).

Apesar da relação cortês estabelecida entre a gestão municipal de Mauá e a direção do AME a ideia de definição e revisão do perfil de atendimento da unidade com participação das Secretarias Municipais vem acontecendo de maneira pontual e burocratizada. O Grupo Técnico de Regulação, espaço eleito para as pactuações regionais relativas às ofertas de ações e serviços especializados – incluindo as dos AME de Mauá, apresenta-se como uma instância de baixa governabilidade, haja visto que a subordinação dos serviços geridos por OSSs estabelece-se de maneira direta com a Coordenadoria de Gestão de Contratos dos Serviços de Saúde (CGCSS) da SES-SP e a atuação do Departamento Regional de Saúde, principal interlocução dos municípios com a SES-SP, ocorre de maneira frágil técnica e política. Essa disposição cursa com situações como a não-oferta de especialidades contratadas, sob alegação de insuficiência de recursos financeiros, e ampliação de ofertas com pactuação direta com a CGCSS sem planejamento prévio junto aos municípios, incorrendo muitas vezes em duplicação de oferta e/ou desassistência.

Também o princípio de seguimento breve vem se apresentado distante da realidade para a maior parte das especialidades não cirúrgicas, por diferentes motivos, que vão da complexidade do cuidado de pacientes com doenças crônicas, com prevalência crescente, à insuficiência das Unidades Básicas de Saúde no exercício do papel de coordenação e acompanhamento longitudinal do cuidado, passando pela ausência de interlocução entre os profissionais do AME e dos demais serviços ambulatoriais especializados do município. Aliás, ausência de interlocução entre o AME e todos os serviços da rede municipal que não por meio de formulários de encaminhamento e receituários, contradizendo outras das características chave idealizadas para os AMEs.

Embora o AME de Psiquiatria não esteja presente em Mauá, gostaria de assinalar a divergência entre sua proposta e a política de Rede de Atenção Psicossocial. Em primeiro lugar o princípio do vínculo terapêutico, inerente aos cuidados de saúde mental, me parece incompatível com um ambulatório que se oriente por consultas médicas especializadas de

curto seguimento, as quais podem, pior ainda, resultar em expressiva medicalização e medicamentação do sofrimento, marca dos ambulatórios psiquiátricos tradicionais. Ademais a propositura desses serviços resulta em competição de recursos, financeiros e humanos, com a organização dos Centros de Atenção Psicossocial. A opção da SES-SP em financiar um modelo próprio de saúde mental, que inclui os hospitais psiquiátricos em confronto com as diretrizes da reforma psiquiátrica, significa na prática antagonizar o modelo da RAPS na medida em que desincentiva municípios a implantarem os CAPS por desfinanciamento – a SES-SP não participa do custeio de CAPS municipais – e falta de profissionais – os AMEs de Psiquiatria e hospitais psiquiátricos competem por médicos psiquiatras com os CAPSs.

Proponho que conversemos um pouco mais sobre o conceito de adensamento tecnológico, norteador de serviços de alta resolutividade como a proposta dos AMEs, mais adiante.

Um dos aspectos relevantes para ampliação dos serviços ambulatoriais especializados pelos municípios diz respeito ao impacto financeiro que essa área pode representar no orçamento da Secretaria de Saúde e do Tesouro Municipal de modo geral. No caso do estado de São Paulo, em particular, cuja participação do Governo Estadual no cofinanciamento dos serviços municipalizados é praticamente nula, o custo de manutenção das unidades de saúde recai de modo muitas vezes impeditivos às Prefeituras. Em Mauá o percentual de recursos do Tesouro empenhado em despesas com a Saúde foi de 24,9% em 2011, superando em quase 10% a previsão constitucional mínima de 15%.

Para dar materialidade a esse impacto, recorro como exemplo a estudo feito pela Gerência de Saúde Mental do município de Mauá, comparando os gastos⁶ mensais dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial no município e o valor de custeio mensal repassado pelo Ministério da Saúde (Quadro 4).

⁶ Gasto: “despesa com bens ou serviços adquiridos” (Brasil, 2006, p. 14).

Quadro 4: Comparação entre o gasto mensal de manutenção dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial e previsão de custeio federal para o serviço/mês

Tipo de Estabelecimento	Gasto Mensal	Repasse federal/mês	Diferença
CAPS III Adulto	R\$270.049,98	R\$83.134,00	-R\$186.915,98
CAPS III Álcool e Outras Drogas	R\$273.678,91	R\$105.000,00	-R\$168.678,91
CAPS II Infanto-Juvenil	R\$158.009,22	R\$32.130,00	-R\$125.879,22
República Terapêutica Infanto-Juvenil (Unidade de Acolhimento Transitório)	R\$54.677,00	R\$30.000,00	-R\$24.677,00
Residência Terapêutica	R\$35.378,00	R\$20.000,00	-R\$15.378,00
Consultório de Rua (Consultório na Rua)	R\$64.419,88	R\$18.000,00	-R\$46.419,88

Fonte: Gerência de Saúde Mental – Núcleo de Gestão em Atenção Especializada/ Secretaria de Saúde de Mauá - 2013

Nota-se que o repasse federal alcança no máximo 56% das despesas (República Terapêutica Infanto-Juvenil), chegando a representar apenas 20% no caso do CAPS Infanto-Juvenil.

Recorro ao exemplo específico dos serviços de saúde mental pelo limite de não dispormos na Secretaria de Saúde de Mauá, como na maioria dos municípios, de um Centro de Custo⁷ organizado por Unidade de Saúde. Considerar serviços como o Centro de Especialidades Médicas de Mauá (CEMMA) para essa comparação, traz uma complexidade muito maior, dado às despesas de difícil mensuração atribuídas ao seu funcionamento, como as decorrentes das solicitações de exames subsidiários e medicamentos prescritos. É

⁷ Centro de Custo: “setor de uma instituição que possui gastos mensuráveis” (Brasil, 2006, p. 12). Representa na prática a unidade para qual é possível determinar todas as despesas e receitas envolvidas para seu funcionamento. Em geral as Prefeituras organizam seus Centros de Custos a partir de áreas comuns a diversos serviços ou secretarias, por exemplo: Departamento de Pessoal; Materiais e Medicamentos; etc. A isso se deve a dificuldade de agregar todas as informações para determinação precisa dos gastos de uma Unidade de Saúde.

possível afirmar sem incorrer em injustiça, contudo, que a proporção entre o recurso federal repassado por mês referente à produção ambulatorial (no Bloco de Financiamento de Média e Alta Complexidade) e o gasto com um serviço ambulatorial como o CEMMA é significativamente menor que o de um serviço de saúde mental.

Acho que já me alonguei demais com esta carta. Espero que não tenha se cansado a ponto de desistir da próxima.

CAPÍTULO V –MODELANDO APOSTAS: DIRETRIZES PARA A GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA EM MAUÁ

1. Sobre Modelos Tecnoassistenciais

Mauá, novembro de 2013

Hoje, assiste-se com muita frequência, junto aos serviços públicos de saúde, discussões que tomam a definição do modelo assistencial como algo vital para o bom andamento dos projetos do setor... Há casos em que se diz que, sem uma visão clara deste modelo, é impossível saber-se inclusive qual o tipo de trabalhador de saúde que os modelos de atenção comportam e quais os objetivos que se deseja das ações de saúde.

Normalmente, quando são organizadas discussões para se conhecer o conceito do modelo adotado, é comum verificar-se uma grande variação das posições assumidas, Pode-se dizer que como regra geral:

Um aspecto da visão de que a definição dos modelos assistenciais deve pautar-se tomando como base os saberes do campo da saúde para a organização de ações, e assim catalogam os modelos tecnoassistenciais, como os baseados nas ações médico-curativas, médico-preventivas e/ou sanitárias, definindo o modelo como clínico ou epidemiológico;

Outras tomam aquela definição a partir da ideia de que o modelo assistencial é uma dada organização de instituições de serviços de saúde, valorizando assim o arranjo dos serviços para construir a sua classificação, tanto no tipo de instituição prestadora quanto na hierarquia que elas estabelecem entre si, e assim nomeiam os modelos como “hospitalocêntrico” privados ou públicos, “rede basicocêntrico”, serviços de atenção primária, secundária, etc...;

E, finalmente, há outras que veem o modelo assistencial como a exposição das diretrizes básicas de um determinado projeto de política social para a área da saúde, expressando assim os interesses políticos de determinados agrupamentos sociais. Procurando expressar um modelo a partir das relações que se estabelecem entre as ações de saúde e o conjunto de ‘práticas políticas’ existentes em uma sociedade específica. (MERHY, CECILIO, NOGUEIRA, 1991, p. 91)

Caro companheiro,

A longa citação acima como epígrafe desta carta por entender que ela traduz com impressionante atualidade uma questão que normalmente se impõe quando se começa qualquer discussão sobre uma política de saúde: sob qual modelo assentará sua implantação?

Movido por uma formação que embora tenha tido muito de “sanitarês” também foi fortemente pautada pela “Medicina Baseada em Evidências”, minha primeira reação ao ser provocado pela pergunta de sob qual modelo assentar a Política Municipal de Atenção Especializada de Mauá foi sair à procura de respostas “embasadas pela literatura”, me valendo de buscas a consagradas bases de dados para tanto.

Após passar por 739 títulos de artigos, uma garimpagem de mais de uma centena de resumos e leitura de 53 artigos completos me dei conta que, conquanto tenha encontrado diversos artigos interessantes, alguns dos quais utilizo nesse material, nenhum deles continha algo que pudesse ser exatamente compreendido como modelo de atenção especializada, sobretudo como um modelo que pudesse ser empregado em Mauá.

Ainda sem vencer o desconforto provocado por esse insucesso pus-me atrás de referências na literatura cinza, entendida como assinala a revista Interciência:

Sob a denominação de literatura cinza se incluem teses e trabalhos de ascenso em todos os níveis da educação superior, informes técnicos ou institucionais e publicações periódicas locais ou de pobre ou nula distribuição, escritas geralmente, mas não sempre, em idiomas distintos ao inglês, o qual se tem constituído no idioma científico universal. (LAUFER, 2007)

Malgrado essa estratégia tenha me rendido melhores frutos no sentido de bem entender o que se está passando na organização de sistemas de saúde no mundo e no Brasil, continuei sem obter material mais específico descrevendo modelos de organização dos serviços na Atenção Ambulatorial Atenção Especializada, mesmo direcionando a busca para experiências relevantes que conhecia previamente como o Quarteirão da Saúde de Diadema-SP, o Centro de Especialidades Médicas da Santa Casa de Belo Horizonte-MG, e pouco sobre os AMEs da SES-SP.

Isto, por si só, revelou-me um achado interessante que é o quanto publicamos pouco em comparação ao volume de experimentações desenvolvidas no SUS, o que me instigou ainda mais a avançar nesse material.

A temática da organização de serviços de saúde e as práticas de atenção que neles se passam é objeto da Saúde Coletiva desde sua constituição na década de 1970, esta compreendida como campo que congrega práticas sociais teóricas – com a finalidade de construir um saber, ideológica – procurando criar uma consciência sanitária como parte da consciência social e política – com o propósito da transformação das relações sociais

(CARVALHO, 2005). No campo científico, segundo Paim (1982, apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998):

O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. (Paim,1982, p. 3 apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309)

A área de Planejamento em Saúde consiste em um dos núcleos disciplinares que compõem o campo da Saúde Coletiva (NUNES, 2006), tendo surgido a partir da década de 1980 no contexto brasileiro e dentro do marco da reforma sanitária (CAMPOS, 2001a). Sua origem está relacionada à concepção desenvolvimentista que se espalhou na América Latina nos anos 50 na qual a “saúde da população passou a ser considerada um fator de produtividade e os recursos de saúde a serem tratados do ponto de vista dos modelos de custo benefício.” (CAMPOS, 2001a, p. 198)

Na esteira dessa visão a Organização Pan-Americana de Saúde publicou o documento "Problemas conceptuales e metodológicos de la programación en salud" (CAMPOS, 2001a, p.199), cujo método proposto, conhecido como planejamento normativo, marcou o pensamento das políticas de saúde nas duas décadas que se seguiram:

[...] a de 1960, visando à sua implementação; e a de 1970, produzindo uma crítica que rompeu com a chamada planificação normativa e levou ao surgimento das propostas de planejamento estratégico (RIVERA, 1989, apud CAMPOS, 2001a, p. 199).

Diversas críticas foram apontadas às características do método normativo, tais como a separação entre os espaços técnico e político; a ênfase exagerada na alocação de recursos econômicos; e o entendimento de um Estado administrador em que “o técnico, com seu saber, subsidiava linearmente a ‘melhor’ decisão que os políticos se encarregavam de implementar” (CAMPOSa, 2001, p. 199). É a partir do documento “Formulação de políticas de saúde” que começa a se manifestar o caráter político do planejamento (RIVERA, 1989; CHORNY, 1990, apud CAMPOSa, 2001), estabelecendo a constituição do campo do planejamento estratégico (CAMPOSa, 2001).

Fugindo do convite ao mergulho que a discussão sobre Planejamento em Saúde

possa nos fazer, já competentemente explorada por outros autores (CAMPOSb, 2001; GALLO, 1995; RIVERA, 1995; CAMPOS, MERHY e NUNES, 1994; CECÍLIO, 2006), e me valendo das reflexões apontadas por esses pesquisadores, é possível afirmar que o debate sobre modelos tecnoassistenciais emerge desse campo, na medida em que o processo de planejamento toma como matéria-prima “a dinâmica institucional do setor que, conforme forças e interesses, desenha gerenciamento de projetos para o campo da saúde.” (MERHY, 1995, p. 145)

Campos (1994, p.53) aponta a importância de fugir de um “conjunto petrificado de normas e de regras que, abstratamente, condicionariam certo desenho organizacional e técnico” na compreensão de um modelo assistencial, que deveria ser conceituado como “o modo como são produzidas ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las.” (CAMPOS, 1994, p. 53).

Merhy, Cecílio e Nogueira (1992) justificam a denominação “tecnoassistencial” para abarcar a noção de que esses modelos expressam um projeto político se apoiando tanto na dimensão tecnológica quanto na dimensão assistencial.

ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Entendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto político, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político. (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1991, p.91)

Para Merhy, Malta e SANTOS (2004):

modelo assistencial consiste na organização das ações para a intervenção no processo saúde-doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Podem existir modelos que desenvolvam exclusivamente intervenções de natureza médico-curativa e outros que incorporem ações de promoção e prevenção; e ainda há modelos em que seus serviços simplesmente atendem às demandas, estando sempre aguardando os casos que chegam espontaneamente ou outros que atuam ativamente sobre os usuários, independentemente de sua demanda. (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004)

Carvalho e Cunha (2006, p. 839) esclarecem que o conceito de modelo de atenção

“permite-nos perceber que diferentes composições de recursos produzem resultados diferentes em saúde”. Discutem que é a própria compreensão sobre que são os objetos “saúde e doença” e as diferentes respostas tecnológicas mobilizadas para intervenção nesse processo que estão em jogo na construção de um modelo. A produção de uma política de saúde não se trataria apenas de troca de modelos, mas de “possibilitar aos serviços e, no limite, ao sistema de saúde maior autonomia na escolha dos seus recursos e na produção de modelagens adequadas à composição singular formada pelo trinômio usuário – profissionais de saúde – gestores” (CARVALHO e CUNHA, 2006, p. 839).

Ou seja, dois hospitais ou duas cidades diferentes, com a mesma quantidade de profissionais, de recursos financeiros e de recursos materiais podem produzir resultados absolutamente diversos em saúde dependendo da forma como se articulam estes recursos, o modelo de gestão e as matrizes de conhecimentos utilizados. Embora se reconheça que parte das determinações do modelo são estruturais e geralmente sentidas como bastante externas aos sujeitos (como, por exemplo, uma certa cultura, presente tanto nos serviços de saúde como na sociedade, de medicalização da vida produzindo uma tendência de redução dos problemas de saúde e das práticas aos diagnósticos da biomedicina, medicações e exames) acreditamos, amparados em grande quantidade de experiências exitosas no SUS, que é possível para municípios, serviços de saúde e profissionais lidarem com esses determinantes de forma diferente. Discutir elementos que constituem modelos de atenção significa, no nosso entendimento, ampliar o conhecimento sobre aspectos organizativos e de gestão em saúde. (CARVALHO e CUNHA, 2006, p. 839)

Essa concepção desafia o que Guizardi e Cavalcanti (2009), se remetendo a outros autores, ilustram como a maneira tradicional de fazer política de saúde.

Organizados a partir de fechamentos em campos específicos de saber, núcleos técnicos nos níveis federal, estadual e municipal examinam a situação de saúde desde a fragmentação do seu recorte especializado e formulam ações para lidar com as situações identificadas como problemáticas. Essas ações em geral se desenvolvem através de indução financeira (isto é, o repasse do recurso por um ente federado é condicionado à execução de determinada ação pre-determinada pelo ente “detentor” do recurso) e da realização de capacitações que buscam transmitir o modo de fazer da política ou do programa de saúde. (GUIZARDI e CAVALCANTI, 2009, p. 108-109)

Colocadas essas considerações a questão inicial “sob qual modelo assentará sua implantação” foi transformada. Passou a parecer-me mais importante me valer da reflexão: que conceitos e experiências podem contribuir para nortear a produção de práticas de cuidados na Atenção Ambulatorial Especializada da rede de Mauá?

Aqui entendo um conceito não como uma definição, como normalmente atribui o senso comum, mas uma criação mobilizada a partir de um problema e de um plano de imanência (LOPES, 2012). Para Lopes (2012, p. 3) o conceito “é uma maneira de organizar o pensamento para se enfrentar um problema”. Barros e Passos (2000) os tomam como “operadores de realidade”, funcionando como “intercessores”, na concepção proposta por Deleuze (1992), quando têm força para produzir crise, desestabilizar territórios sedimentados. “Um conceito-ferramenta é aquele que está cheio de força crítica.” (BARROS, PASSOS, 2000, p. 77)

Em seu movimento de intercessão os conceitos são imediatamente ferramentas, porque se constroem num certo regime de forças. Não são abstratos, não são dados, não são preexistentes. Eles compõem, o tempo todo, um sistema aberto relacionado a circunstâncias, e não mais a essências. (BARROS, PASSOS, 2000, p. 77)

Nessa mesma direção Lopes (2012) lendo Gallo (1992) discute:

GALLO apreende que o Conceito é uma heterogênesse, “uma ordenação de seus componentes por zonas de vizinhança”, a partir das quais se estabelecem “pontos de coincidência, de condensação, de convergência de seus componentes”, permitindo, deste jeito, “uma significação singular, um mundo possível, em meio à multiplicidade de possibilidades”. Ainda neste percurso, o Conceito não é discursivo nem proposicional. É um dispositivo, ou um agenciamento que opera algo e que faz acontecer, não como fundante da realidade, mas como alguma coisa que é imanente, que brota da realidade e torna possível compreendê-la. Portanto, o Conceito não está aí para ser compreendido, mas para ser operativo. Ele deve retirar o pensamento da situação de paralisia e nos forçar a pensar. GALLO vai dizer que o mais importante é se o Conceito tem ou não a capacidade de nos tocar como uma música, uma imagem, um vinho... É somente a partir destas afinidades e intensidades que os Conceitos podem agenciar em nós certas possibilidades de ação. (LOPES, 2012, p. 3)

Ainda para Lopes (2012, p. 3) “um Conceito é sempre um “roubo criativo”, não nasce do nada”. Tem uma história de cruzamentos, de idas e vindas, formando-se, por componentes e fragmentos que se condensam em singularidades.

No dizer poético de Jean-Clet Martins, expresso na orelha do Vol. 3 de Mil Platôs, “*um Conceito, assim como a flor ou um inseto, tem seus ambientes e seus territórios*”. A partir do seu habitat original, ele é extraído por intermédio de uma apropriação enviesada de outros autores que, deslocando-o do seu tempo e circunstâncias, o utilizam como areia e aço para forjar novos Conceitos. (LOPES,

Com o intuito de conseguir operar a gestão do cuidado na Atenção Ambulatorial Especializada no município de Mauá, me pus atrás de conceitos-ferramentas capazes de envolver em diálogo gestores, trabalhadores e usuários na produção de um modelo de atenção. Entendi com Merhy, Cecílio e Nogueira (1992) que para caminha nessa direção é importante reconhecer que na discussão de modelos

sempre se faz referência, mesmo que não se perceba isso, a duas situações:

- uma que diz mais respeito ao aparato institucional utilizado para organizar-se as ações de saúde enquanto serviços;
- e outra que fala da configuração do que é tomado como problema de saúde. (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992, p. 91)

Em relação ao aparato institucional venho lhe apresentando desde minha primeira carta e espero ter logrado um mínimo de êxito que lhe permita acompanhar comigo a produção dessa reflexão.

No que diz respeito ao que tomar como problema de saúde faço um recorte interessado de questões que se apontaram nesse meu caminho como problemas de gestão. Enfocarei três: o desafio de lidar com as filas/tempo de espera para procedimentos especializados; o processo de trabalho centrado no agendamento de consultas; a dificuldade de produzir comunicação entre a gestão e os médicos.

*

2. Filas de espera

Sobre o desafio de lidar com as demandas reprimidas e tempo de espera começo citando Canonicci (2012), que vem se debruçando sobre o assunto em diferentes perspectivas já há alguns anos:

As longas filas e os elevados tempos de espera para acessar as ações e serviços vêm se configurando num dos principais fatores de tensão e desgaste social nos sistemas nacionais de saúde, sobretudo naqueles onde há predomínio de financiamento público e cobertura universal.
(...)

Em quase metade dos 34 países que integram a OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*, a magnitude dos tempos de espera para procedimentos eletivos é um problema relevante para assegurar altos padrões de qualidade na atenção nesses países. (CANONICCI, 2012, p.3)

Uma pesquisa realizada em 2002, sob encomenda do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), em parceria com o Ministério da Saúde, envolvendo a aplicação de 3.200 questionários a uma amostra aleatória de pessoas com idade mínima de 16 anos, residentes em municípios variados de todo o território brasileiro, apontou que o tempo de espera para obtenção de consultas e exames foi percebido pelos entrevistados como os principais problemas enfrentados no SUS (BRASIL, 2003b).

Como já havia lhe dito anteriormente isso não é diferente em Mauá, onde uma pesquisa de opinião com munícipes indicou entre os principais problemas reconhecidos espontaneamente pelas pessoas ouvidas o insuficiente número de médicos, principalmente especialistas, resultando em um prolongado tempo de espera para consultas e a indisponibilidade de alguns recursos de exames de imagem (Ressonância Magnética e insuficiência de Tomografias e Ultrassonografias), implicando no deslocamento para outros municípios para acessá-los (MAUÁ, 2013b).

Em novembro de 2013, o número de guias de encaminhamento aguardando agendamento de consultas especializadas clínicas na Central de Regulação Ambulatorial de Mauá era de 19.176; consultas especializadas para cirurgia 2.380; exames por imagem não-ultrassonográficos 1.708; exames de ultrassonografia 8.108; exames oftalmológicos 10.185; exames diversos (ecocardiograma, eletroencefalografia com e sem sedação, eletroneuromiografia, endoscopia, estudo renal dinâmico, estudo urodinâmico, Holter, MAPA, teste ergométrico, prova de função pulmonar, exame otoneurológico, entre outros) 10.185 (MAUÁ, 2013b).

O número absoluto das demandas reprimidas, porém, nos diz pouca coisa. Isso porque ele depende tanto da demanda solicitada quanto da demanda atendida (oferta), que variam muito conforme o tipo do procedimento e podem oscilar no tempo. A demanda reprimida para fisioterapia, por exemplo, é de 24 guias de agendamento e a de oftalmologia 1.714 guias. No entanto a primeira especialidade tem espera para agendamento de consulta desde 2011 (2 anos), pois não há oferta disponível no município ou pactuada na região, e para consulta oftalmológica na rotina é de 3 meses. Neste exemplo nenhuma das duas

especialidades encontra-se com proporção entre demanda e oferta adequada, mas o que nos permite dizer isso é o tempo de espera, e não o número absoluto de guias na fila. Este está também sujeito a outros fatores, como mais de uma guia para o mesmo paciente, usuários que já realizaram o exame por outros meios e cujas guias permanecem na espera, ofertas que deixam de existir ou são ampliadas, etc. Novamente segundo Canonici (2012):

os tempos de espera podem ser utilizados como indicadores sensíveis para expressar o desempenho dos sistemas de saúde, sobretudo em relação aos princípios da equidade e integralidade da atenção. (CANONICCI, 2012, p.3)

O método para definição do tempo de espera também pode ser muito variado entre os diferentes contextos, dependendo do grau de disponibilidade de recursos de informática e conectividade, dos fluxos existentes para agendamento de procedimentos e dos diferentes mecanismos de regulação existentes. No exercício que fiz acima, considerei como tempo de espera a diferença entre o mês do levantamento e o último mês com presença de guias na fila, apenas casos definidos como rotina nos encaminhamentos, isto é, não priorizados como “extra-agenda”, num contexto em que a Central de Regulação Ambulatorial recebe os encaminhamentos em impressos de papel enviados via malote pelas Unidades Básicas de Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar e serviços ambulatoriais especializados, sem encaminhamentos diretos das Unidades de Pronto-Atendimento, serviços privados e, em processo de mudança para casos específicos, do Hospital Nardini.

Idealmente, me inspirando em Wright et al em 2011, gostaria de acompanhar dois tempos de espera. O primeiro, tempo de espera 1, calculado pela diferença em dias entre a data de encaminhamento ou decisão por tratamento/procedimento por profissional da Atenção Básica, considerando não haver restrição para acesso a ela, e a data de realização do procedimento especializado (consulta, exame ou outro procedimento). O segundo, tempo de espera 2, pelo período de intervalo entre a data de encaminhamento ou decisão por tratamento/procedimento por profissional da Atenção Especializada e a data de realização do procedimento especializado. Como isso exige um grau de informatização e pactuação de fluxos e processos de registro de informações ainda distante da condição atual de Mauá, e talvez também do seu, sugiro nos contentarmos com o que for possível a nosso alcance. A ideia, em essência, é utilizar o tempo entre a identificação de uma suposta

necessidade e o seu suprimento como um indicador de acesso.

Para tanto um outro desafio é conhecer parâmetros clinicamente sustentados que balizem limites suportáveis de espera minimizando o sofrimento dos usuários e reduzindo a morbimortalidade associada à demora para tratamento, “considerando as diferentes patologias, seus estágios de progressão, suas classificações e prognósticos, como elementos fundamentais para adoção de padrões seguros de tempos de espera” (CANONICCI, 2012, p.3).

a sustentabilidade clínica acrescida ao conceito mais geral de “tempos de espera”, esta constituída fundamentalmente pela manutenção do prognóstico, ou seja, como a oportunidade de acessar os recursos diagnósticos e terapêuticos em tempos compatíveis com “êxito” terapêutico. (CANONICCI, 2012, p. 44)

Estudo de análise exploratória realizado por Canonici (2012), do Laboratório de Inovação em Planejamento, Gestão, Avaliação e Regulação de Políticas, Sistemas, Redes e Serviços de Saúde do Hospital do Coração (LIGRESS-HCOR) em parceria com o Ministério da Saúde, apontam algumas condições para as quais já se tem estabelecido de modo conclusivo tempos de espera clinicamente sustentáveis:

Tratamento radioterápico do câncer de mama, cujo tempo limite sem deve ser inferior a 90 dias;

Revascularização cirúrgica do miocárdio, cujos tempos estão relacionados à classificação clínica, sendo recomendado 14 dias para o nível 1, 42 dias para o nível 2 e 80 dias para o nível 3, ressaltando que os idosos devem ser caracterizados como nível 1, pois há evidências de mudanças no prognóstico com o tempo e superior a 31 dias;

Tratamento cirúrgico da catarata, onde há recomendação para realização de cirurgia em pacientes de alto risco num período inferior a 112 dias e os de menor risco num tempo inferior a 160 dias. (CANONICCI, 2012, p. 45)

Para acompanhamento dos tempos de espera, contudo, é necessária a gestão das listas de espera, estas definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) como:

Uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda. (BRASIL, 2010)

Canonici (2010) significa as listas de espera, ainda, como:

instrumentos utilizados pelos sistemas de saúde para: habilitar usuários para acessar ações diagnósticas e terapêuticas disponíveis nos sistemas de saúde; ordenar o acesso de acordo com as necessidades, a partir de critérios que assegurem equidade; tornar transparente o acompanhamento dos processos de decisão. (CANONICCI, 2012, p.44)

O uso dessa tecnologia pode ser organizado de diferentes maneiras a depender dos arranjos e processos de gestão e regulação de um sistema de saúde, sendo factível serem empenhadas tanto por unidades ou equipes de saúde quanto por centrais ou complexos reguladores. Normalmente compõe um aparato tecnológico envolvendo ferramentas como protocolos clínicos, de acesso, de classificação de risco e linhas de cuidado.

Baduy (2010) deixa claro em sua tese de doutorado, produzida a partir da experiência na gestão municipal em Londrina-PR, a imbricação das áreas de Atenção Básica, Atenção Ambulatorial Especializada e Regulação na produção do cuidado sob a ótica da integralidade, o que exige a criação ativa de espaços de diálogo junto à diversidade de ferramentas que compõem as valises tecnológicas dos gestores e trabalhadores (MERHY, 2002). A confluência entre essas áreas, a ação da regulação apoiada na capacidade regulatória dos serviços, a importância da micropolítica do processo de trabalho e a necessidade de construção permanente dos espaços de diálogo entre os profissionais dos diferentes serviços e das centrais de regulação também foram recentemente exploradas por Gianotti (2013) a partir de estudo de caso do município de Guarulhos.

A gestão do cuidado para a sua produção com base nas necessidades de saúde do usuário e abordagem integral deveria ser realizada por meio de criação ativa de espaços de conversa com os trabalhadores da atenção básica e especialidades. Deveriam utilizar, para isso, ferramentas como a gestão da clínica e a auditoria por meio de discussão de casos clínicos, protocolos clínicos e assistenciais, da análise dos processos de trabalho na Atenção Básica, considerada como locus do acolhimento e de horizontalidade do cuidado. (BADUY, 2010, p. 63)

Um dos exemplos abordados por Baduy (2010) diz respeito ao trabalho da Assessoria Técnica na Atenção Básica, um arranjo de apoio matricial então composto por cinco enfermeiras, oito médicos e um odontólogo, em relação à fila de espera para a especialidade de endocrinologia.

Foi decidido que as filas a serem trabalhadas seriam selecionadas por especialidades e agravos. Os usuários foram identificados por nome, registro, data de entrada na fila e se vinham para primeira consulta ou retorno. A partir

desses dados, foram agrupados por área de abrangência das USF. Com essas informações, os assessores foram às unidades e iniciaram o levantamento de prontuários para análise. As equipes de saúde locais participaram neste processo como sujeitos, conheciam de perto os usuários e traziam para a discussão dos casos as potencialidades e dificuldades do cotidiano. Além da exploração de cada caso, assessores e trabalhadores das unidades problematizaram: esses usuários, apesar de “encaminhados” deveriam continuar sob responsabilidade das equipes de saúde família, ou seja, a equipe de referência deveria se ocupar da gestão do “trânsito” e do cuidado do usuário pelos vários itinerários do sistema de saúde.

Desta forma, com a participação das equipes das USF, da assessoria técnica e do endocrinologista de uma das clínicas de especialidades do SUS local, foi elaborado o fluxograma de encaminhamento para ser utilizado pelas equipes. Foram priorizadas as consultas de especialidade para o atendimento ao diabético tipo 1, diabéticos tipo 2, insulino dependentes e portadores de hipertireoidismo, além de discussão para estabelecimento de critérios para liberação de exames solicitados pelo clínico geral da USF, qualificando os encaminhamentos dos mesmos.

Paralelamente, ocorreram diversas discussões clínicas, na forma de estudo de caso, em todas as USF com participação de mais de 70% dos trabalhadores destas, bem como discussões clínicas entre médicos das USF, especialistas e assessores. Essas discussões de casos ocorreram na própria unidade com a presença do especialista e, na policlínica, com a presença dos clínicos das unidades. Ocorreram também atualizações em temas relacionados ao diabetes, como complicações renais, insulino terapia, dislipidemias, pé-diabético, realizadas em serões noturnos com participação de clínicos e enfermeiros da rede básica.

No caso da endocrinologia, ao todo foram analisados 1.529 casos. Desses 1059 (68,6%) poderiam ser acompanhados pelos profissionais da equipe de saúde da família, apenas com o apoio técnico da equipe de assessores. Outros 202 usuários (13,2%) apresentavam obesidade que podia ser acompanhada na USF, com estratégias específicas para perda de peso em nível ambulatorial. A abordagem à obesidade foi desenvolvida juntamente com os Núcleos de Apoio em Saúde da Família e profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizada em parceria com a Universidade Estadual de Londrina. Um percentual de 6,2%, ou seja, 95 usuários precisavam efetivamente de encaminhamento ao endocrinologista. Os demais casos, 182 (11,9%) não puderam ser analisados por não se localizar os usuários (por mudança de cidade, não ter prontuário no SUS, entre outros motivos).

Dessa forma, foi organizado um fluxo de trabalho que envolvia toda a equipe na gestão de casos de diabetes. Isto significava discutir, avaliar e acompanhar os pacientes diabéticos do território da USF. Para isto, foi desencadeado nas unidades um processo denominado “Sistematização do cuidado ao paciente diabético”. Esse trabalho foi proposto tendo como base o “Protocolo Clínico de Saúde do Adulto – Diabetes Mellitus do Município de Londrina”, bem como outras referências relacionadas ao tema. A sistematização consistia numa forma de organizar a assistência a partir da programação de atividades a serem desenvolvidas por cada categoria profissional, procurando padronizar as condutas nas diferentes USF da rede básica. A padronização tinha como objetivo garantir a todos os usuários acesso à tecnologia necessária para seu tratamento, sem com isso desconsiderar a singularidade de cada caso.

Passados alguns meses houve a descentralização da distribuição da insulina, o que exigiu uma capacitação da equipe no que diz respeito aos cuidados na insulino terapia. Nesse processo houve participação do endocrinologista, assessores, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos das USF. Ao mesmo tempo, foi desenvolvido um projeto piloto com dez unidades, resgatando

a sistematização do cuidado ao paciente diabético, com o enfoque específico do cuidado aos insulíndependentes que, aos poucos, foi ampliado para todas as unidades.

Para o acompanhamento dos usuários com hipotireoidismo e obesidade, definiu-se que, em sua maioria, poderiam ser cuidados nas USF e foram desencadeadas ações de discussão e capacitação dos médicos para o manejo clínico desses casos com a implantação de um protocolo. Essa ação evidenciou a necessidade de disponibilização de exames complementares para o clínico da unidade realizar o acompanhamento da situação e melhorar a resolubilidade.

A obesidade necessitou de um trabalho que integrou vários departamentos, pois o manejo dessa condição era necessariamente multidisciplinar e multiprofissional. Para isto, foi criado um fluxo de acordo com os critérios de classificação de obesidade e proposto um projeto piloto de acompanhamento aos pacientes de grau I, II e III (não mórbida) em uma unidade. Nesse projeto houve a participação dos residentes multiprofissionais (em educação física, psicologia, assistência social, odontologia e enfermagem) da DAS, assistência social e nutrição.

Assim, a metodologia utilizada para revisão da fila da endocrinologia permitiu aos usuários que realmente necessitavam de uma consulta com especialista, que a realizassem num prazo de 15 a 30 dias após o encaminhamento e que os casos que eram de domínio da Atenção Básica fossem efetivamente acompanhados. (BADUY, 2010, p. 71-74)

Novamente me desculpo pela citação tão longa e faço um agradecimento especial à autora, Rossana Baduy, de quem capturei este excerto. Ele me mobilizou muito, por diferentes motivos.

Primeiro pela similaridade dos dados. A análise dos 994 encaminhamentos feitos entre outubro de 2012 e julho de 2013 para a especialidade de endocrinologia - adulto, em Mauá, apontou que 29,8% deles tinha como hipótese diagnóstica diabetes melittus, 23,3% excesso de peso (obesidade e sobrepeso), 22,2% hipotireoidismo e 18,2% outras tireoidopatias (hipertireoidismo, bócio, nódulo de tireóide e alteração de ultrassonografia de tireóide). Dos pacientes referenciados por diabetes melittus 48,8% estavam em insulínoterapia, 35,2% em uso de antidiabético oral, 9,9% eram definidos como de difícil controle e 4,9% pré-diabéticos (MAUÁ, 2013d). Ouso dizer que essa coincidência tão impressionante também se repita em seu município, caso ainda não tenha adotado estratégias de intervenção na fila.

Segundo porque foge à tentação tão frequente por fórmulas mágicas e ao escorrego de sobrevalorizar instrumentos em detrimento dos processos e das pessoas. Promover mudanças de situações complexas requer prudência, escuta e constituição de novos protagonistas (CAMPOS, 2006), o que certamente não é simples e dá trabalho.

Em terceiro lugar porque, assim como em Londrina a partir da experiência com a endocrinologia outras especialidades foram eleitas para revisão da fila (cardiologia, planejamento familiar, neuropediatria, mastologia, dermatologia sanitária, colposcopia e ortopedia infantil) (BADUY, 2010), em Mauá, antes mesmo que o processo de descentralização do cuidado em saúde mental de três ambulatórios para as 23 UBSs estivesse minimamente consolidado, já me sentia interiormente impelido para disparar outros tantos processos quantos fossem necessários para intervir nas filas e ampliar o escopo de resolutividade da Atenção Básica. A cada especialidade cujas guias eram analisadas para identificação das causas de encaminhamento ou a cada tratamento identificado como potencialmente realizado com sucesso se descentralizado às UBSs essa vontade aumentava! (DIÁRIO DE CAMPO)

Felizmente, discernimento também se constrói coletivamente. O arranjo em construção na Secretaria de Saúde de Mauá com estruturação da Gestão do Cuidado e Educação Permanente como eixos relacionados e organizadores da gestão e atenção tem sido muito importante para isso. Foi o Coletivo de Educação Permanente que assinalou que iniciar o processo de descentralização do tratamento de tuberculose em paralelo à descentralização do cuidado em saúde mental e à organização da linha de cuidado materno-infantil seria contraprodutivo (DIÁRIO DE CAMPO). Esse espaço, somado à Câmara Técnica de Gestão do Cuidado, ao coletivo de Apoiadores de Rede, aos grupos de educação permanente dos Territórios e aos colegiados, vêm se fortalecendo como atores coletivos que balizam ritmo e estratégias para qualificação do cuidado em rede (DIÁRIO DE CAMPO).

Uma solução geralmente lembrada para o enfrentamento das filas é o mutirão (DIÁRIO DE CAMPO). Definido no dicionário como “auxílio mútuo e gratuito que se prestam trabalhadores de qualquer natureza, sempre em favor de um ou de alguns deles, num trabalho ou tarefa cujo objetivo é sua conclusão o mais rapidamente possível” (SACCONI, 2010, p.1429), na área da saúde pública brasileira ele adquiriu significado diferente, estando relacionado à realização de procedimentos em larga escala através da organização de uma força-tarefa – “grupo ou comissão de peritos ou indivíduos especializados, formado para examinar ou resolver um determinado trabalho” (SACCONI, 2010, p. 977).

Os mutirões ganharam dimensão com a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas (cirurgias de catarata, varizes, próstata, retinopatia diabética), instituída em 1999 pela Portaria/GM/MS Nº 279, de 07 de abril de 1999, precursora da atual Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade (PEDROSO et al, 2012).

por terem sido tratados como uma demanda nacional, os mutirões levaram à redução (em alguns casos à extinção) das filas de espera. Porém, como eram restritos a um reduzido grupo de cirurgias (procedimentos), outras demandas não foram solucionadas, tendo como consequência o surgimento de filas em outras cirurgias eletivas relevantes em âmbito local. Dessa forma, o planejamento de uma estratégia de implantação de uma política nacional de cirurgias eletivas se fez necessário com o objetivo de reduzir a fila de espera para outros tipos de cirurgias, considerando o perfil epidemiológico e a organização geral do sistema. Como os mutirões nacionais não atingiram um de seus principais objetivos (organização da rede), o Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Especializada/Coordenação de Média Complexidade Ambulatorial (MS/SAS/DAE/CGMAC), instituiu a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade. Em 2006, as estratégias dos mutirões nacionais foram encerradas com a redefinição da Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade (Portaria n. 252, 2006) alinhada às diretrizes do Pacto pela Saúde (Portaria n. 399, 2006). (PEDROSO et al, 2012, s/n)

Conquanto possa ser tomado como estratégia adequada para reduzir, em curto espaço de tempo, a fila de espera para procedimentos específicos (COUTO et al, 2001; SANTOS et al, 2001; SILVEIRA, 2004; ANTUNES et al, 2007), o uso dos mutirões deve ser planejado de modo a manter coerência com um modelo de atenção fundamentado na integralidade do cuidado. Caso contrário corre-se o risco de simplesmente mudar a fila de lugar ou de produzir medicalização e iatrogenia. Lembro-me de “causo” contado pelo Prof. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, atual Secretário de Gestão Estratégia e Participativa do Ministério da Saúde, em que recorda que quando foi Secretário de Saúde de Icapuí-CE contratou um neurologista para resolver o problema da fila de encaminhamentos para a especialidade. Um mês depois do começo da atividade do médico, brinca, ganhou 4 novas filas: uma para eletroencefalografia, uma para eletroneuromiografia, uma para tomografia e uma para ressonância magnética. Aproveitando o ensejo cito a discussão de um artigo de Finkelsztein e colaboradores (2009) sobre um mutirão para avaliação neurológica conduzido no Hospital das Clínicas de Porto Alegre:

Tendo em vista uma percepção corrente (não baseada em evidências) de que muitos encaminhamentos ao neurologista poderiam ser resolvidos na própria APS, através de melhor capacitação dos profissionais de saúde para a abordagem dos problemas mais prevalentes, este estudo mostrou uma realidade diferente dessa suposição, de acordo com os médicos especialistas em neurologia do HCPA. Os encaminhamentos da APS foram necessários num percentual superior a 85%, o que demonstra adequado grau de compreensão da gravidade dos casos por parte dos médicos do nível primário.

Analisando-se essa taxa por posto de saúde, verificou-se que a mesma se manteve estável, inclusive entre as cinco unidades com maior número de casos. Contudo, ao analisarmos com mais cautela os dados, principalmente os referentes aos diagnósticos encontrados, 41,7% destes se referem a patologias ou situações que usualmente não precisariam ter sido encaminhados ao especialista (cefaleias benignas, AVC não-agudo, depressão, distúrbio psiquiátrico, fibromialgia). Por exemplo, cefaleias benignas e outras situações podem e devem ser diagnosticadas com segurança pelo médico da atenção primária. Por isso, verificamos com esta análise mais aprofundada, que, considerando os diagnósticos levantados, há uma incoerência de julgamento pelos próprios neurologistas, pois enquanto estes consideravam que mais de 85% dos casos deveriam ter sido encaminhados para sua avaliação, também diagnosticaram 41,7 % dos casos de acordo com diagnósticos que - senso comum - não precisariam ter sido encaminhados para avaliação com neurologista.

As causas dessa incoerência podem ser várias, mas três devem ser mencionadas por serem as mais prováveis: sentimentalismo ou compaixão pelo paciente, insegurança ou falta de autoconfiança e a reserva de mercado. Não há como provarmos a existência destas causas, mas devemos apontá-las e discuti-las no nosso próprio serviço e entre os neurologistas de nossa cidade. (Finkelsztejn et al, 2009, s/n)

Pensar a intervenção nas filas convoca-nos a tentar compreender como elas se movimentam. Uma referência que me foi útil na compreensão da atenção organizada segundo uma noção de temporalidade do cuidado, de algum modo relacionado à movimentação das filas de espera, foram os conceitos de cuidado temporário, cuidado prolongado e cuidado permanente, desenvolvidos pela equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Aracajú-SE e discutidos por Melo (2006). Ele contextualiza que na composição da continuidade do cuidado de uma pessoa, a Atenção Especializada pode se configurar de diferentes maneiras a partir de uma temporalidade determinada pelas necessidades que este usuário apresenta.

Canonicci (2005 apud MELO, 2006) entende como cuidado temporário aquele que pressupõe a não-vinculação ou vinculação temporária do usuário ao serviço, tratando-se, em geral, de avaliação especializada “na propedêutica para diagnóstico etiológico, estratificação de risco, definição de terapêutica específica e indicação de unidade para

seguimento”. Compreende os casos em que o atendimento em um ou poucos encontros são suficientes para esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

O cuidado prolongado seria aquele que requer um tempo mais dilatado de acompanhamento, “além desta primeira etapa de definição de conduta, seja porque a estratégia terapêutica é mais complexa ou porque a observação da efetividade da conduta demande prazo maior” (CANONICCI, 2005 apud MELO, 2006). Há, pois, a vinculação dos usuários ao serviço por um período mais prolongado.

No cuidado prolongado, as ações são programadas a partir de um projeto terapêutico, construído, executado e gerenciado por equipe multiprofissional, propiciando garantia de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos de modo estruturado, assegurando um padrão de acesso integral com equidade (CANONICCI, 2005 apud MELO, 2006).

O cuidado permanente fundamenta-se na longitudinalidade do cuidado a usuários cujas doenças ou condições clínicas exijam recursos e/ou saberes específicos ao longo do tempo e de modo permanente. Seriam “casos mais complexos que demandam cuidado especializado e multidisciplinar por um período mais longo (...). Nesta situação estariam agregados em definitivo a um ou mais serviços” (CANONICCI, 2005 apud MELO, 2006). Exige corresponsabilização entre especialistas, equipe de referência da Atenção Básica e usuários, de modo a acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos em suas vidas, ajustar condutas quando necessário, evitar a perda de referências e diminuir os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida (BRASIL, 2011a).

Note que especialidades cirúrgicas, clínico-cirúrgicas e/ou que manejam propedêutica armada (Quadro 5) tendem a atender, predominantemente, usuários que necessitam de cuidado temporário. Estudos evidenciam, por exemplo, que a maioria dos pacientes atendidos pelo dermatologista tem alta na primeira consulta (ALCÁNTARA, 2013; MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, 2011). Avaliações realizadas pelo oftalmologista, como em casos de distúrbios de refração ou de investigação de retinopatia em usuários acompanhados por diabetes ou hipertensão arterial, acontecem em contatos pontuais do profissional com o paciente. O acompanhamento de um cirurgião a um paciente que necessite de uma herniorrafia para correção de uma hérnia inguinal também se dará em um

número limitado de encontros.

É normalmente nesse campo de atuação que se situam procedimentos passíveis de ter as filas de espera enfrentados com os mutirões. Indicações cirúrgicas eletivas que possam ser realizadas ambulatorialmente e exames diagnósticos médico-dependentes são, em geral, objetos dessa estratégia.

O referenciamento por dúvidas diagnósticas, para a qual se solicita a confirmação ou esclarecimento de uma suspeita diagnóstica, igualmente configura cuidado temporário. Montilla e colaboradores (2013), ao estudar os motivos e condicionantes da interconsulta entre atenção primária e especializada na região de saúde de Toledo – Espanha, identificou que em 29,8% dos casos referenciados, o médico de família não tinha claro o diagnóstico, situação que era mais frequente nos encaminhamentos para Urgências (66,7%), Otorrinolaringologia (50,0%) e Dermatologia (46,9%). Esses autores analisam que para essa incerteza na prática do médico de família contribuem, muitas vezes, a falta de tempo para realização de anamnese e exploração adequada, e a necessidade de provas complementares (MONTILLA et al, 2013).

Quadro 5: Classificação das especialidades médicas reconhecidas pelo CFM conforme agenda predominante

Cirúrgicas	Clínico-cirúrgicas	Clínicas	Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Administrativas
Cirurgia Cardiovascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia de Mão, Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Anestesiologia	Urologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Dermatologia, Mastologia, Ginecologia e Obstetrícia, Coloproctologia, Ortopedia e Traumatologia	Acupuntura, Alergia e Imunologia, Angiologia, Cancerologia, Cardiologia, Clínica Médica, Endocrinologia e Metabologia, Gastroenterologia, Genética Médica, Geriatria, Hematologia e Hemoterapia, Homeopatia, Infectologia, Medicina de Família e Comunidade, Medicina Física e Reabilitação, Medicina Intensiva, Nefrologia, Neurologia, Nutrologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia	Endoscopia, Medicina Nuclear, Patologia, Patologia Clínica/ Medicina Laboratorial, Radiologia, Radioterapia	Medicina do Trabalho, Medicina do Tráfego, Medicina Esportiva, Medicina Legal, Medicina Preventiva e Social

Fonte: elaboração minha com base na Resolução CFM Nº 1.973/2011 (CFM, 2011)

Já especialidades como a cardiologia, endocrinologia, nefrologia, reumatologia, pneumologia e oncologia, tendem a acompanhar os usuários por um período mais extenso, sobretudo quando se tratam de pessoas com doenças raras, graves ou condições crônicas de difícil manejo.

Tomando os Protocolos de Acesso à especialidade de cardiologia de Campo Grande (CAMPO GRANDE, 2012) e Guarulhos (2009) verificam-se como motivos para encaminhamento: Hipertensão Arterial Sistêmica de difícil controle; Insuficiência Cardíaca Congestiva; Insuficiência Coronariana; Miocardiopatias; Arritmias; Dor Torácica / Precordialgia; Sopros / Valvulopatias estabelecidas. Trata-se de condições que potencialmente requererão cuidado prolongado, colocando-se como cuidado temporário o encaminhamento para exclusão de diagnóstico ou gravidade do quadro e solicitação de pareceres como: avaliação cardiológica para populações acima de 45 anos (sexo masculino) e 50 anos (sexo feminino); parecer cardiológico – pré-operatório; avaliação para atividade física.

Ainda que defendamos que a coordenação do cuidado de condições crônicas seja conduzida preferencialmente pela Atenção Básica, é inegável a existência de casos que demandam a assunção temporária da coordenação pela Atenção Especializada. Consideramos que a coordenação do cuidado deva se pautar na necessidade do usuário e não em uma configuração assistencial fixa, a depender dos diferentes contextos locorregionais (CECÍLIO et al, 2012).

A longitudinalidade do cuidado, atributo mais fortemente ligado à Atenção Básica, fundamenta o cuidado permanente na Atenção Especializada em que o serviço vincula o usuário por longo tempo ou definitivamente. O modo de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS exemplificam essa adscrição de clientela.

Montilla e colaboradores (2013) fazem a ressalva que muitas vezes o encaminhamento à Atenção Especializada resulta na perda de seguimento do usuário pela Atenção Básica ameaçando a continuidade do cuidado. Argumenta, ainda, recorrendo a Gérvas et al (2008), que a atuação do médico de família deve ter o caráter de prevenção de danos advindos da excessiva intervenção na medicina especializada.

Zambrana-García (2004), compreendendo que grande parte dos processos de caráter crônico podem ser remetidos à Atenção Básica para seguimento após sua estabilização, pondera que haveria de predominar na Atenção Especializada o seguimento de curto período ou consultas únicas, resultando em maior oferta. Para que essa concepção não recaia em um reducionismo balizado pela racionalidade da pirâmide, há de se associar a arranjos que permitam troca entre a Atenção Básica e Atenção Especializada.

Outro conceito instigante abordado por Melo (2006) é o de adensamento tecnológico, que:

consiste em organizar os serviços na perspectiva de agregar a estrutura, profissionais, tecnologia e processo produtivo, no intuito de estes adquirirem maior capacidade resolutiva(...) de modo integrado, não competitivo, e complementares no que tange à capacidade instalada e produtiva, a fim de garantir acesso à tecnologia adequada, no momento apropriado, com o propósito de garantir assistência às principais necessidades de intervenção, sendo orientada pelos princípios da equidade e integralidade (ARACAJÚ, 2003, apud MELO, 2006).

Trata-se de um objeto de desejo quando nos pensamos como usuários: ter no mesmo serviço de saúde os recursos necessários para o acolhimento e resolução de nossas necessidades. Talvez até, uma imagem muito mais agradável do que a da rede extensa de serviços a serem percorridos para dar conta do mesmo intento. Lopes (2010a), analisando a produção do cuidado na Atenção Especializada a partir das afecções produzidas pelo caso traçador de Thep traz essa questão com muita força:

... Thep tinha uma divergência fundamental com essa proposição. Em sua concepção, pensar em rede de assistência supunha o trânsito do usuário pelos diferentes pontos, aumentando a possibilidade de perdê-lo. Sua proposta de arranjo era clara: melhorar o atendimento na atenção básica, disponibilizar os exames necessários para o diagnóstico e, logo em seguida, encaminhar o usuário à atenção especializada, no caso o Cismepar, transformado em um Centro de Referência. E aí propunha concentrar todos os recursos da rede em um só equipamento: equipe multiprofissional com todas as profissões e especialidades requeridas para atender as necessidades dos portadores assim como acontece com as DST- AIDS.

(...)

Neste cenário, reconheço a complexidade e a multiplicidade da atenção especializada e percebo que Thep tem uma trajetória singular com objetivos solidamente definidos. Construir uma rede de assistência aos usuários portadores de hepatite é o desejo dos gestores e trabalhadores, mas construir um centro de referência de acordo com o previsto na portaria do Ministério da Saúde de modo que os pacientes tenham suas necessidades satisfeitas e não precisem transitar entre um lugar e outro é o desejo de Thep. Vale acrescentar que suas ações / intervenções mobilizam gestores e trabalhadores de um modo muito particular.

(LOPES, 2010a, p. 32-33)

O conceito de adensamento tecnológico pode se expressar de diferentes maneiras. Na organização de serviços como os AMEs no estado de São Paulo, Quarteirão da Saúde em Diadema-SP, da Rede Hora Certa em desenvolvimento no município de São Paulo-SP, a concepção se aproxima dos modelos de “unidades de diagnóstico rápido” (CAPELL, 2004) e “consulta única” (ZAMBRANA-GARCÍA et al, 2002; MONTIJANA et al, 2003; MONTIJANO et al, 2003; GONZALEZ DE DIOS, 2005), cuja ênfase está no cuidado temporário e na incorporação de tecnologias duras. Em serviços como os Centros de Atenção Psicossocial, Centros Especializados em Reabilitação, Centros de Referência e Treinamento em DST/AIDS, com predomínio de cuidado prolongado e permanente, o adensamento está principalmente na constituição de equipes multiprofissionais, no campo das tecnologias leve-duras. Uma gama de serviços poderia ser citada expressando outros formatos.

O modelo da “consulta única”, ou “sistema de consultas de alta resolução”, é definido como o processo de atendimento ambulatorial em que o diagnóstico é estabelecido juntamente com o seu tratamento correspondente, ambos registrados em um relatório clínico, sendo essas atividades realizadas em um só dia (ZAMBRANA-GARCÍA et al, 2002).

Necesariamente toda consulta única tiene su origen en un primer episodio de consulta en nuestras consultas externas por un determinado proceso (primera visita). Tras valorar al paciente en esta primera visita, en nuestro hospital existen tres posibilidades (fig. 1): *a*) darle de alta con un informe clínico que informa de un diagnóstico y tratamiento concreto (consulta única); *b*) remitirle para la realización de la(s) prueba(s) diagnóstica(s) pertinentes o bien para la valoración por otro facultativo especialista, tras lo cual será nuevamente valorado en la consulta inicial ese mismo día (revisión en el día [RD]). Esto puede generar finalmente una consulta única (si se realiza un diagnóstico, tratamiento e informe clínico) o no (si las pruebas diagnósticas practicadas no nos lo han permitido), y *c*) citarle para otro día, habitualmente con la realización previa de pruebas diagnósticas adicionales, generando así una visita sucesiva. Sería por tanto visita sucesiva aquella consulta que se produce en otro día distinto a la primera visita, generada a raíz de ésta y por el mismo proceso inicial. (ZAMBRANA-GARCÍA et al, 2002, p. 302)

O trabalho seminal foi descrito por Zambrana-García e colaboradores (2002) a

partir do arranjo experimentado no Hospital Alto Guadalquivir, serviço público de Andújar, município da Espanha na província de Jaén, comunidade autônoma da Andaluzia, com população de 39.095 habitantes (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, 2011). Na ocasião do estudo a unidade era referência para uma população regional de 65.000 habitantes, tendo realizado 72.275 consultas ambulatoriais no ano 2000, das quais 54,6% (39.480) foram primeiras consultas. Destas, segundo os autores, 64% (25.391) se resolviam no regime de consulta única, com 26,8% das mesmas (6.798) realizando provas diagnósticas e consulta de revisão em um único dia (ZAMBRANA-GARCÍA et al, 2002). Calculam com a adoção desse modelo uma redução média na lista de espera de 44,1 dias em relação à organização tradicional de primeira consulta, seguida de retorno para realização de exames e após mais um intervalo consulta de revisão.

Gérvas e Palomo (2002) atentaram, em carta comentando esse trabalho, para o risco de medicalização e iatrogenia que se pode incorrer com esse modelo. Fazem a conta que, se 39.480 primeiras consultas aconteceram em um ano para uma população de referência de 65.000 habitantes, isso representaria que 61% da população teria passado como casos novos no hospital, o que, descontado a polipatologia, significaria que metade da população da região havia sido encaminhada para consultas especializadas (GÉRVAS e PALOMO, 2002). Ou, espelho, pode traduzir que as mesmas pessoas podem ter sido encaminhadas mais de uma vez para a mesma especialidade, demonstrando, entre outras coisas que relatórios médicos (tão mencionadas contra-referências) não são suficientes para produzir cuidado compartilhado. Ou que a “alta resolutividade/resolução”, seja na Atenção Básica, seja na Atenção Ambulatorial Especializada, não pode ser contida apenas dentro das consultas médicas e exames diagnósticos.

Disse-lhe, em outra oportunidade, que os AMEs da SES-SP foram inspirados no modelo espanhol da consulta única. Gostaria de tecer com você algumas considerações sobre a experiência de ser gestor da AAE em município que sedia um AME. Repito, antes de mais nada, que SMS mantém uma relação de extrema cordialidade com a direção do AME, a direção da OSS que o administra, o Departamento Regional de Saúde (DRS) e a própria SES. Reconheço ainda que, apesar do caráter regional do serviço, Mauá é o município com o maior número proporcional de munícipes atendidos, talvez por também apresentar o menor absenteísmo relativo e dispor de uma Central de Regulação

Ambulatorial muito atenta às vagas cedidas na repescagem. Outrossim, a estruturação organizacional dos AMEs traz alguns inconvenientes dignos de nota quando pensamos no cuidado em rede.

Veja, por exemplo, qual não foi minha surpresa ao descobrir, durante uma reunião, que entre as filas de encaminhamentos gerados pelo próprio AME de Mauá, as quais não temos conhecimento pois não são rotineiramente compartilhadas com a Secretaria de Saúde, havia mais de uma centena de guias direcionadas à psiquiatria (DIÁRIO DE CAMPO). Naquele momento solicitei que nos enviassem os nomes e endereços daqueles usuários para que viabilizar seu acolhimento nos grupos de acolhimento em saúde mental das UBSs. Agendei ainda, um encontro específico para que o coordenador de Saúde Mental pudesse apresentar a proposta da RAPS para a assistente social e psicóloga da unidade, que na prática assumiam a gestão daquela fila (DIÁRIO DE CAMPO).

Outro sinal de fragmentação do cuidado era a chegada de usuários às UBSs portando o relatório de alta do AME e solicitando a “troca de guias” para serem encaminhados a outras especialidades, por sugestão contida nos relatórios. Algumas dessas especialidades, inclusive, não são existentes na rede própria ou pactuada (DIÁRIO DE CAMPO). E haja conversa para um generalista conseguir alterar um encaminhamento feito por “O” especialista para a psicopedagogia, por exemplo, pelo acompanhamento junto à equipe de saúde mental na Atenção Básica (DIÁRIO DE CAMPO).

A baixa disponibilidade de exames no AME abertos para agendamento externo provoca, por si só, filas duplas. Para ilustrar: após um oftalmologista do CEMMA indicar um exame de tonometria, disponível no AME, a Central de Regulação precisa agendar uma consulta como caso novo para a oftalmologia do AME para então, após nova solicitação, ser agendado o procedimento (DIÁRIO DE CAMPO). Isso porque o contrato entre a SES-SP e a OSS prevê realização de um número muito pequeno de SADT externo e não discrimina quais, meta rapidamente batida e cuja consequência de ser muito superada seria o desbalanço financeiro para a OSS. Isto também acarreta um baixo uso da capacidade operacional do serviço, que mantém um parque tecnológico invejável, mas ocioso (DIÁRIO DE CAMPO).

Por fim, se você já se deteve em algum momento para pensar soluções para as filas de espera, certamente identificou o absenteísmo como um fator associado. Em Mauá ele

também o é. A taxa de absenteísmo, calculada pela relação entre número de faltas e número total de agendamentos, gira em torno de 30% nos diferentes serviços, sendo menor, próxima a 20% no Centro de Especialidades Odontológicas e no Centro de Referência em DST AIDS. No CEMMA verifica-se nas estatísticas do serviço variação entre as especialidades, chegando a 40% na dermatologia, 35% na ortopedia e com o menor absenteísmo na cardiologia e pneumologia, com 23% - referência mês de julho de 2013 (DIÁRIO DE CAMPO). O AME Mauá teve no primeiro trimestre de 2013 a taxa de absenteísmo de 31,98%, com absenteísmo de 21,6% nas interconsultas e 17,48% nas consultas de retorno (subsequentes) (SÃO PAULO, 2013).

Bender, Molina e Mello (2010) realizaram um estudo exploratório quali-quantitativo com objetivo de identificar fatores relacionados às ausências de usuários nas consultas especializadas referenciadas por uma Unidade Básica de Saúde em Florianópolis. Entre os usuários entrevistados, os motivos mais frequentemente citados como justificativa para as ausências foram a desatenção em relação à data da consulta, o fato de ter outro compromisso ou de não estar se sentindo bem no dia do atendimento, não ter conseguido identificar o local da consulta apropriadamente e não ter recursos financeiros suficientes para realizar o deslocamento.

Alguns serviços tem se utilizado de mensagens de texto pelo celular – “torpedo” - e telefonemas para lembrar aos usuários de suas consultas. Nos AMEs, por ocasião do agendamento da consulta/exame, um “torpedo” é enviado ao paciente informando o agendamento e uma ligação é feita por Call-Center das unidades 48 horas antes da consulta/exame. Ainda não há dado publicado sobre a eficácia dessas medidas na redução do absenteísmo.

No município de São Paulo a adoção do Call Center em abril de 2013, como medida ligada à Rede Hora Certa, ainda não revelou impacto na redução da taxa geral de absenteísmo, Isso porque 42% dos usuários não foram localizados nos telefonemas por terem o cadastro desatualizado. Para aqueles em que se conseguiu estabelecer contato efetivo, houve redução do absenteísmo em 47% (ALBIERI, 2013). Outra ação tomada pela SMS de São Paulo para redução das filas de espera foi a revisão da programação de consultas, com base no absenteísmo e na demanda reprimida para otimização da oferta, além da redução da perda primária no agendamento e ampliação de oferta através da

estruturação de serviços móveis para exames especializados como endoscopias, colonoscopia, ultrassonografias com doppler, ecocardiogramas, eletroneuromiografias e nasofibroscopias (ALBIERI, 2013).

Como me alonguei nesta carta, acho prudente voltar aos dois outros problemas - processo de trabalho centrado no agendamento de consultas e dificuldade de produzir comunicação entre a gestão e os médicos - em uma outra correspondência.

3. Política centrada no agendamento de consultas

Mauá, final de novembro de 2013

Prezado,

Por diversas vezes, antes de lhe escrever essas cartas, disse a meus interlocutores que precisávamos construir uma política de Atenção Especializada. Falava muito tocado pela inexistência de uma referência escrita em que pudesse me apegar, similar ao que há com a Política Nacional de Atenção Básica. Falava muito confuso, inclusive, sobre o que era abrangido pela Atenção Especializada, bem antes de assumir o uso de Atenção Ambulatorial Especializada para denominar o objeto a que estava me referindo. E mais, falava como se não houvesse, por não estar escrita, uma política regendo a Atenção Ambulatorial Especializada no SUS.

Na minha banca de qualificação os professores Gustavo Tenório Cunha e Laura Feuerwerker perguntaram-me se eu não reconhecia naquilo que eu apontara caracterizando meu objeto de estudo e trabalho a existência de uma política. Foi o suficiente para eu também me perguntar o que estava entendendo como política. E para me dar conta que, em última análise, não só existe uma política na produção da Atenção Ambulatorial Especializada, como nela me insiro como um ator em disputa, muito incomodado e querendo transformá-la.

Resgatando na produção de Espinosa a crítica à concepção normativa de política, Marilena Chauí cita a abertura do Tratado de Política, a qual reproduzo:

A maioria dos filósofos concebe os afetos em nós conflitantes como vícios em

que caem os homens por sua própria culpa. Por isso costumam ridicularizá-los, deplorá-los, censurá-los e (quando querem parecer mais santos) detestá-los. Acreditam proceder divinamente e elevar-se ao cume da sabedoria prodigalizando todo tipo de louvor a uma natureza humana que em parte alguma existe. Concebem os homens não como são, mas como gostariam que fossem. Por isso quase todos, em lugar de uma ética, escreveram sátira e, em política, quimera conveniente ao país da Utopia ou à Idade de Ouro dos poetas, quando nenhuma instituição era necessária. Por conseguinte, dentre todas as ciências que têm aplicação, é na política que a teoria passa por mais discrepar da práxis, e não há homens considerados menos capazes para dirigir a república dos que os teóricos ou os filósofos. (ESPINOSA apud CHAUI, 2003, p. 153)

Essa contribuição me ajuda a pensar o campo político não como norma, aquilo que gostaria que fosse, mas como ação corporificada produzida no presente imediato (VARELA, 2003), uma política do concreto.

Também me ampara Hanna Arendt, que afirma que a política baseia-se na pluralidade dos homens e na convivência entre diferentes. Segundo ela “os homens se organizam politicamente para certas coisas em comum, essenciais num caos absoluto, ou a partir do caos absoluto das diferenças”. Não existe, portanto, nenhuma substância política original, mas uma política que se produz entre os homens, “surge no intra-espço e se estabelece como relação”. (ARENDR, 1950)

Enunciarei uma sentença que pode lhe parecer exagerada em um primeiro momento, então tente respirar fundo, retomar as outras cartas que lhe escrevi até aqui e refletir novamente para ver se concorda comigo: o cerne do que temos vigente como política de Atenção Ambulatorial Especializada é o agendamento de consultas e procedimentos médicos especializados.

Mais do que as consultas e procedimentos em si, o que resulta delas, como e que cuidado se produz nelas, o que de específico elas tem em relação ao não-especializado, me parece que é conseguir agendá-las é o que pacifica tacitamente um pacto entre gestores, trabalhadores e usuários.

Antes que seu estranhamento aumente, me resguardo de algumas acusações. Não estou afirmando que não acho as consultas e procedimentos médicos importantes e necessários, pelo contrário, estou nos perguntando o que podemos esperar delas. Também não acho que haja cabimento não haver preocupação dos gestores com a fila de espera ou, que da parte do usuário, não seja legítimo costurar mapas que lhes permitam ter acesso ao cuidado que lhes conforta. O que afirmo é que após alguma leitura, reflexão e vivência que

me permitiram esse mestrado profissional, identifico no agendamento da consulta a unidade de medida mais constante e compartilhada como preocupação desses diferentes atores. E não me eximo de estar entre eles.

Essa centralidade se caracteriza por diferentes acordos, ditos e não-ditos. Para começar tomemos a questão do não cumprimento de carga horária pelos médicos especialistas, cuja tensão para mudança marcou fortemente o primeiro semestre de trabalho em Mauá (DIÁRIO DE CAMPO). Até 2012, embora formalmente a contratação dos profissionais médicos obedecesse ao regramento da Consolidação das Leis do Trabalho e do Estatuto dos Servidores Públicos do Município de Mauá, ambas prevendo remuneração com base na duração da jornada de trabalho, na prática o que se acordava com os profissionais era que cumprissem o atendimento às consultas agendadas em número proporcional à carga horária. Isso significava, por exemplo, que para um regime de 20 horas semanais se agendariam 80 consultas. Essa proporção, que parte do entendimento que a duração média de uma consulta seria de 15 minutos, deixa de fazer sentido quando todos os pacientes de um período são agendados para o mesmo horário e o médico os atende no menor tempo que consiga. Em uma das especialidades em que essa prática era mais marcante, isso representava atender 80 pacientes em 4 horas, o que faria uma média 3 minutos por consulta (DIÁRIO DE CAMPO).

Alguns fatores contribuíam para sustentar rotinas como essa, em parte artifícios produzidos pelos próprios médicos. A vinculação à Atenção Ambulatorial Especializada de casos “simples” que poderiam ser acompanhados na Atenção Básica; o predomínio de consultas de retorno com agendamento mínimo de casos novos; um índice de absenteísmo superior a 30% nas consultas especializadas. Esses fatores reforçam como objetivo central da política vigente o agendamento de consultas com especialistas, malgrado uma parte delas tivesse indicação questionável, indícios – como o tempo de duração das consultas - pudessem apontar comprometimento de sua qualidade, e mesmo, muitos desses atendimentos não acontecessem de fato, dado ao significativo número de faltas dos usuários.

Em nosso país, a independência relativa dos serviços de média complexidade tem longa tradição, e seu fluxo de demanda é geralmente desorganizado, caracterizando-se por frágeis mecanismos de regulação.

(...)

O caso das consultas especializadas não foge a esta regra, organizando-se de forma autônoma e pouco sensível às demandas oriundas da atenção básica, com um pequeno estoque de pacientes saturando as agendas dos especialistas em recorrentes retornos, sem a devolução programada às equipes básicas, sendo estas responsáveis pela garantia da integralidade do cuidado e da sua continuidade efetiva. (BRASIL, 2006b, p. 22)

Acompanhado pelo gerente de cada uma das unidades ligadas ao Núcleo de Gestão da Atenção Especializada conversei individualmente com quase todos os médicos especialistas, apresentando o projeto de gestão da Secretaria de Saúde e escutando as questões apresentadas pelos profissionais (DIÁRIO DE CAMPO). Uma questão apontada por todos era que a remuneração em Mauá estava muito aquém do que era pago em outros municípios. Isso, juntamente com a comparação com os dados sobre os salários pagos aos médicos pelas prefeituras da região do Grande ABC, estudo conduzido por um grupo de trabalho regional ligado ao Consórcio Intermunicipal do Grande ABC e Colegiado de Gestão Regional, nos mobilizou na Secretaria de Saúde a conduzir um aumento dos vencimentos (DIÁRIO DE CAMPO). Dado à limitação financeira da Prefeitura e nos aproximando da referência verificada no estudo mencionado, reajustamos os vencimentos por hora de aproximadamente R\$36,00 reais para R\$45,00 para o médico especialista e R\$60,00 especificamente para o especialista psiquiatra. Isso tanto para os médicos estatutários quanto os médicos celetistas contratados em parceria com Fundação do ABC (DIÁRIO DE CAMPO). Digo de passagem, um valor ainda considerado baixo no meio médico.

Essa medida viabilizou que saíssemos da prática generalizada de descumprimento da carga horária para uma aproximação entre o tempo trabalhado e o tempo contratado (DIÁRIO DE CAMPO), com vista a permitir condições materiais para uma clínica mais qualificada, em oposição à degradação da clínica.

Campos (1997a) denomina como “Clínica Degradada” a prática clínica centrada na produção de procedimentos (consultas), queixa-conduta, que não avalia riscos, não trata a doença, trata sintomas. O lugar que o “saber especializado” ocupa na sociedade, particularmente no que se refere à medicina, como já discutido no segundo capítulo desta dissertação, concorre para que os usuários pactuem com essa política.

Ainda que de difícil comparação, alguns estudos encontraram percentual de

encaminhamento para consulta com especialistas a pedido dos pacientes variando entre 18 e 33% de todos os encaminhamentos, apontando como fatores para explicação desse fenômeno a influência dos meios de comunicação, a reivindicação do direito de ser visto pelo especialista, a cultura hospitalocêntrica, a solicitação de precisão diagnóstica de pacientes com maior grau de informação e a falta de credibilidade no médico de família (MONTILLA et al, 2013).

O grande interesse em acessar consultas e exames especializados parte de um campo simbólico que o usuário utiliza para formar certa ideia do que os serviços de saúde têm a lhe ofertar para resolver seu problema (FRANCO, MERHY, 2005), de tal modo que aponta como demanda aquilo que identifica como necessário para ser cuidado, ao que Franco e Merhy denominam como produção imaginária da demanda.

Para melhor exemplificar esta idéia, pegamos um determinado exame muito comum e conhecido dos usuários, o RX, que é um produto com expressão material clara e objetiva, e tem a propriedade de revelar determinada estrutura interna do corpo. Como tal, ele é parte de um plano de cuidado do usuário, que prevê a realização desse exame como apoio ao diagnóstico que é realizado. Só que o usuário, em relação ao RX não o vê apenas como um exame/procedimento, mas imprime a ele certo valor simbólico dando-lhe o atributo de produzir cuidado, como se a realização daquele exame viesse proteger sua saúde, trazer-lhe satisfação, atender suas necessidades, esta é a produção imaginária que faz com que haja demanda pelo procedimento, mesmo não havendo necessidades que justifiquem seu consumo.

A construção imaginária do procedimento leva à produção imaginária da demanda, isto é, pressupõe-se que a imagem que se cria do que o procedimento é capaz, induz o usuário a demandar o procedimento e não o cuidado, ou como se fosse todo o cuidado, o exame e não a atenção da equipe de saúde, como se aquele o bastasse. Ao demandar o procedimento ele está acessando em nível imaginário, aquele universo simbólico que dá significado amplo ao procedimento, atribuindo-lhe uma potencialidade que ele não tem, que é a de produzir o cuidado por si mesmo. Este simbólico que dá significado ao exame/procedimento opera também no nível dos trabalhadores de saúde, que têm embutidos em si o modelo “médico hegemônico, produtor de procedimentos”. Há desta forma, uma produção imaginária da oferta, no mesmo sentido, alimentada pelo modelo tecnoassistencial que induz ao alto consumo de procedimentos. Vamos percebendo portanto que a produção imaginária da demanda é uma construção sócio-histórica e tem sua gênese no modo como foram constituídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde. (FRANCO, MERHY, 2005)

Onocko-Campos (2001, p.101) acrescenta que após a criação do SUS passar por consultas e procedimentos adquire um valor ideológico: “ter acesso equivale a possuir

cidadania”, sem que necessariamente se interrogue sobre quais tipos de cuidado são acessados, representando um “paradoxo da extensão de direitos”.

À produção imaginária da demanda, e como parte dela, se soma a percepção que os usuários, e muitas vezes os trabalhadores, fazem da atenção básica como o lugar das coisas simples. Isto é, o entendimento de que a Unidade Básica de Saúde seria um lugar de pouca resolutividade, fornecedor de “medicamentos baratos”, com o médico generalista funcionando como um encaminhador para o especialista e um “trocador de receitas” vindas do especialista (CECÍLIO et al, 2012).

De qualquer forma, fica evidente como os usuários combinam ativamente os cuidados do especialista com as consultas do generalista. O médico generalista da UBS trabalha em parceria “informal e subalterna” com o especialista que detém sempre a última palavra sobre o tratamento mais adequado. O polo especializado é dominante em relação ao da rede básica, até porque nos casos estudados não se percebe uma “disputa” do generalista para tomar para si a condução do cuidado. Para os usuários ele parece abdicar da autoridade para assumir a efetiva coordenação do seu cuidado.

[...] ele [o médico do PSF] fala: ‘Olha, dona [...], isso [o diabetes] é uma coisa que tem que fazer com um especialista.’ [...] Aí o Dr. I. [médico da ESF] só renova, né? [...] Ele só renova com o mesmo [remédio] que o médico do [hospital] passou quando eu tava internada... Que é o remédio da diabete (P9). (CECÍLIO et al, 2012)

Mas tente adivinhar o que aconteceu dois meses depois de empreendido o reajuste da remuneração aos médicos. Com o cumprimento da carga horária passa a ser importante, os médicos solicitam redução de sua jornada para conseguir dar conta dela (DIÁRIO DE CAMPO). Como já lhe disse em outro momento, a maior parte dos médicos tem 3 ou mais empregos e quase a metade atua em consultórios particulares (CREMESP, 2007), o que costuma ser ainda mais comum entre os especialistas. Qual o resultado disso? Reduzindo a carga horária, reduz-se também o número de consultas atendidas. O que, associado à dificuldade de contratação de mais profissionais – por fatores diversos, entre os quais o salário ainda reconhecido como baixo e própria condição de cumprimento da jornada - culmina com aumento da fila.

E agora, responda você, o que é mais central? Conseguir manter o agendamento de maior número de consultas, independente do resultado delas, e sustentar uma fila de espera sob controle, ou levar a cabo ações para a qualificação do cuidado?

Obviamente as duas coisas são importantes. Mas me parece que é o agendamento das consultas que tem ocupado a centralidade da pauta dos diferentes atores em todas as dimensões da gestão do cuidado da Atenção Ambulatorial Especializada, por isso reconhecê-lo como cerne da política vigente.

Você me dirá: mas e os serviços da RAPS? Os Centros de Referência para DST/AIDS? Os recém-propostos Centros Especializados em Reabilitação? Não são Atenção Ambulatorial Especializada e produzem práticas que escapam dessa tônica?

Não só concordo com você, como relembro que esses serviços expressam frutos da ação política de movimentos sociais organizados que afirmam a ética do cuidado em saúde centrado no Sujeito, a qual defendo que tomemos como norte para nos guiar. Cito um trecho de Ítalo Calvino recordado pelo comunicador Max Alvim, pesquisador do Laboratório de Inteligência Coletiva da PUC-SP (LIInC) quando participou de uma edição do “Mauá com Ideias”, espaço de encontro mensal entre trabalhadores e gestores da Secretaria de Saúde de Mauá para livre conversa sobre assuntos diversos.

O inferno dos vivos não é algo que será; se existe, é aquele que já está aqui, o inferno no qual vivemos todos os dias, que formamos estando juntos. Existem duas maneiras de não sofrer. A primeira é fácil para a maioria das pessoas: aceitar o inferno e tornar-se parte deste até o ponto de deixar de percebê-lo. A segunda é arriscada e exige atenção e aprendizagem contínuas: procurar e reconhecer quem e o que, no meio do inferno, não é inferno, e preservá-lo, e abrir espaço. (CALVINO, 2003, p. 71)

Bem, se reconhecemos em práticas de cuidado já experimentadas o não-inferno, no que tange a outras formas de organizar a Atenção Ambulatorial Especializada que não a centrada no agendamento de consultas, que conceitos ligados a elas podemos tomar para nos orientar?

A produção de cuidado por equipe multiprofissional na Atenção Ambulatorial Especializada pode ser uma aposta. Experiências já vivenciadas em serviços específicos da Atenção Especializada, como Centros de Atenção Psicossocial (ABUHAD et al, 2005), Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (NEMES et al, 2004) e Centros de Reabilitação (KATO e BLASCOVI-ASSIS, 2004), demonstram um contraponto possível ao modelo médico-centrado.

A estruturação de equipes como base principal da organização dos serviços de saúde teria duas justificativas principais. Uma, de quebrar a costumeira divisão do processo de trabalho em saúde segundo recortes verticais, compondo segmentos estanques por categorias profissionais: corpo clínico, serviços de enfermagem, de odontologia, etc. A outra, pretende-se à ideia de responsabilizar cada uma dessas equipes por um conjunto de problemas muito bem delimitados e pelo planejamento e execução de ações capazes de resolvê-los” (CAMPOS, 1992, p. 153)

O trabalho em equipe, nessa perspectiva, não deve ser entendido apenas como vários profissionais juntos no mesmo espaço, como esclarece Peduzzi (2001):

o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (Peduzzi, 2001, p.108)

Pinho (2006) sintetiza sobre a produção de Hinojosa e colaboradores (2001) acerca do trabalho em equipe:

Afirma a importância de se criar uma cultura colaborativa que permita uma genuína cooperação entre os membros. Descrevem cinco passos para a criação de equipes, que incluem o estabelecimento da confiança, o desenvolvimento de crenças e atitudes comuns, o empowering dos membros da equipe, ter reuniões efetivas para gerenciamento das equipes e promover feedback sobre o funcionamento da equipe. (Pinho, 2006, p. 74)

Tangendo mais intimamente a questão da especialização na produção do cuidado, Campos (1997b) pondera entre a nocividade que a rigidez da especialização nos serviços de saúde pode acarretar e os motivos razoáveis que justificam a própria variação na formação de profissionais e especialistas. Resgata a crítica feita por Basaglia (1985) ao monopólio do conhecimento, argumento de autoridade e fragmentação do processo terapêutico advindo do suposto aumento do saber do especialista no Hospital Psiquiátrico e, por outro lado, a tendência da perda da identidade profissional com constituição de técnicos com atribuições muito semelhantes e especificidades apagadas artificialmente em experiências filiadas a escolas que radicalizaram a oposição a esse modelo.

Propõe, para lidar com esse dilema, a aplicação dos conceitos de Campo (de

Competência e Responsabilidade) e de Núcleo (de Competência e Responsabilidade).

Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade.

O Núcleo marcaria, desta forma, a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade, a isto se convencionaria denominar Núcleo.

Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre processo saúde-doença. Conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre relação profissional-paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e de prevenção. Pertenceriam também ao Campo noções genéricas sobre política, organização de modelos e do processo de trabalho em saúde. (CAMPOS, 1997b, p. 248-249)

A distinção entre grupo de trabalho e equipe de trabalho, proposta por Robbins (2002, apud Pinho, 2006) ou a tipologia de equipe agrupamento e equipe integração, descrita por Peduzzi (2001), ajuda a entender a potência produzida na intercessão do encontro entre saberes e práticas dos profissionais. A equipe orienta-se pela comunhão de esforços individuais cujo desempenho é superior à soma dos esforços individuais isolados, enquanto o grupo tem um processo de interação baseado no compartilhamento de informações para ajudar cada membro no desempenho em sua área específica de atuação (Pinho, 2006). Ou ainda, na equipe agrupamento ocorre a justaposição das ações e o agrupamento dos agentes, enquanto na equipe integração ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes (Peduzzi, 2001). As autoras advertem ainda:

Em ambas, no entanto, estão presentes as diferenças técnicas dos trabalhos especializados e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos, operando a passagem da especialidade técnica para a hierarquia de trabalhos, o que torna a recomposição e a integração diversas do somatório técnico. Também, em ambas, estão presentes tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto a independências dos trabalhos especializados ou a sua complementaridade objetiva. (Peduzzi, 2001, p. 106)

Devido a mistura de competências e backgrounds profissionais e a complexidade da colaboração interdisciplinar, a diversidade de pontos de vista e diferenças de opinião são inevitáveis. É importante então reconhecer que o conflito é necessário e desejável a fim de proporcionar o crescimento e desenvolvimento da equipe. O conflito encoraja a inovação e a solução de problemas de forma criativa e o êxito obtido na confrontação e resolução das diferenças promove o aumento da confiança e compreensão entre os

membros da equipe. (Pinho, 2006, p. 73)

A interferência entre diferentes saberes e práticas, entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários, não só é inevitável, como é característica do trabalho em saúde. Como “trabalho vivo em ato”, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado é que determina a produção e o produto (MERHY e FRANCO, 2006), ele é fruto da interação constante entre pessoas no uso de diferentes ferramentas inscritas nas tecnologias leves, leve-duras e duras (MERHY, 2002). Nesse sentido, o conceito de Intercessão (DELEUZE, 1992), vem sendo explorado por diferentes autores da Saúde Coletiva na compreensão do cotidiano da produção dos processos de trabalho em saúde (MERHY, 2002; BARROS e FONSECA, 2004; MERHY, 2006; BARROS e BARROS, 2007; CARVALHO et al, 2012). Carvalho e colaboradores sintetizam o pensamento de Deleuze (1992):

Para ele, a Intercessão, se dá quando a relação que se estabelece entre os termos que se intercedem é de interferência, de intervenção através do atravessamento desestabilizador de um domínio qualquer (disciplinar, conceitual, artístico, sócio-político, etc.) sobre outro. A relação de intercessão é uma relação de perturbação, e não de troca de conteúdos. Embarca-se na onda, ou aproveita-se a potência de diferir do outro para expressar. (CARVALHO et al, 2012, s/n)

Pinho (2006), por outro lado, discute, como resultado de uma pesquisa realizada no ambulatório de um hospital do Rio de Janeiro, a dificuldade de os profissionais enxergarem compartilhando o trabalho:

Em vários momentos das entrevistas ao me referir à equipe multidisciplinar, os entrevistados de diversas especialidades me perguntavam a qual equipe eu estava me referindo: a equipe médica, a equipe de enfermagem ou a equipe de saúde mental, como se a ideia de pertencimento a equipe fosse a do seu grupo de referência, mostrando claramente uma visão nós-eles, o que demonstra o não compartilhamento das ações, nem tampouco a articulação entre os saberes. (Pinho, 2006, p.82)

Feuerwerker e Cena (s/d) nos ajudam a desemaranhar uma confusão comum. Esclarecem que, embora sejam conceitos relacionados, interdisciplinaridade, trabalho

multiprofissional e trabalho em equipe não são sinônimos. Dizem respeito a dimensões distintas da atividade humana: “o saber, a produção do conhecimento e a prática produtiva”.

O mundo não é feito de coisas isoladas, existe uma complementariedade de dimensões. A compreensão desse mundo exige uma visão da realidade que transcenda os limites disciplinares. A interdisciplinaridade é uma das chaves para a superação desse desafio. Propõe uma orientação para o estabelecimento da síntese dos conhecimentos, se não chegando a um conhecimento humano em sua integridade, pelo menos levando a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos. Interdisciplinaridade, portanto, é um conceito que se aplica às ciências, à produção do conhecimento e ao ensino.

(...) Prática multiprofissional na medida que se organiza o processo de trabalho considerando a complementariedade dos diversos saberes e práticas profissionais e buscando a integralidade do cuidado. Uma metodologia de trabalho que combina a utilização do instrumental da clínica, da epidemiologia e da gerência dentro de cada profissão e entre todas as profissões da saúde desde sua direcionalidade técnica específica (SENA-CHOMPRÉ, 1998). Neste caso é importante diferenciar trabalho multiprofissional de trabalho em equipe. No primeiro caso existe uma interação entre os vários conhecimentos técnicos específicos com a produção de uma solução/proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. O trabalho em equipe é fundamental. Implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração mas pode (e deve) acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. (FEUERWERKER e CENA, s/d)

Em Mauá, nos ajudou a dar direção ao processo de modelagem das equipes nos diferentes serviços o conceito de Unidades de Produção (DIÁRIO DE CAMPO). Discutido por Campos (1998) no contexto de proposição de novos modos de fazer a gestão nas organizações de saúde, sob o princípio da democratização institucional/ cogestão, as Unidades de Produção seriam coletivos organizados conforme as lógicas específicas dos processos de trabalho contratualizados entre seus membros visando a produção de bens e serviços necessários ao público e a ampliação da capacidade de reflexão, de cogestão e de realização profissional e pessoal dos trabalhadores e de sua rede de relações – equipes, grupos, organizações, instituições, sociedades. (CAMPOS, 1998).

Um primeiro passo na criação deste novo Método foi sugerir a modificação dos Organogramas dos serviços de saúde, em geral, inspirados no fayolismo e no taylorismo, criando ‘Unidades de Produção’. Extinguir os antigos departamentos e seções recortadas segundo profissões, e criar outras Unidades mais conforme as lógicas específicas de cada processo de trabalho. Todos os profissionais envolvidos com um mesmo tipo de trabalho, com um determinado produto ou

objetivo identificável, passariam a compor uma Unidade de Produção, ou seja, cada um destes novos departamentos ou serviços seriam compostos por uma Equipe multiprofissional. Todos envolvidos com saúde da criança, em um posto de saúde ou em um hospital, formariam a Unidade de Atenção à Criança, por exemplo. Todos envolvidos com administração financeira em um hospital constituiriam uma Unidade de Administração Financeira; outros responsáveis pela manutenção, limpeza e conservação conformariam uma Unidade com estes objetivos. Recomenda-se, contudo, que o número de Unidades de Produção das áreas denominadas “meio”, nunca exceda aquelas, explicitamente e diretamente, encarregadas de executar tarefas “fim” da Organização (práticas de atenção à saúde).

(...)

O desenho final de cada serviço – a maneira de recortar a Organização em Unidades, quantas Unidades criar e qual os limites e relações entre elas, etc – já seria uma primeira etapa do processo de gestão participativa: ou seja, seriam os próprios trabalhadores de cada serviço, que a partir destas orientações gerais, comporiam o novo Organograma. Para testá-lo durante algum tempo, avaliá-lo em funcionamento e depois ir estabelecendo as correções devidas. Organograma mutante, portanto. Sempre sujeito a reformulações, porque, de antemão, saber-se-ia e admitir-se-ia, em princípio, a sua imperfeição. (Campos, 1998, p. 865-866)

O que caracteriza um coletivo organizado para produção como Unidade é o que de comum o constitui. Esse comum pode ser a adscrição de um território ou de um conjunto de Unidades Básicas de Saúde, no caso de uma mini-equipe de um CAPS; o manejo do cuidado de pacientes com doenças crônicas cardiovasculares no caso de uma equipe de um centro de referência em doenças crônicas (alguns usuários são atendidos por todos, ou se beneficiam de terem seus casos discutidos por todos); o atendimento a pessoas em situação de violência sexual no caso do NAVIS (todos usuários são atendidos por todos).

A identidade e noção de pertencimento produzido na configuração das Unidades de Produção não deve significar isolamento das outras UPs dentro e fora dos serviços. Pelo contrário, um dos elementos constituintes das UPs da AAE pode ser a relação de matriciamento a partir de seu núcleo específico de conhecimento e prática. Para tanto os conceitos de Equipe de Referência, que se relacionam intrinsecamente ao de Unidade de Produção, e Apoio Matricial podem ser úteis para a definição do arranjo organizacional na Atenção Ambulatorial Especializada.

Por Equipe de Referência entende-se uma equipe multiprofissional organizada em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde para gestão do cuidado de indivíduos, famílias ou coletivos, estabelecendo-se como referência para os usuários (clientela que fica sob a responsabilidade dessa Equipe) (REDE HUMANIZASUS, 2013) e/ou outros

trabalhadores, com base no vínculo e responsabilização. As Equipes de Referência podem realizar a adscrição de clientela com base territorial, como no caso das equipes de referência na atenção básica ou as mini-equipes organizadas por território de um CAPS, por exemplo; ou a partir de uma temática ou especificidade de atuação, quando a equipe é única para todo o município, como no caso do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS, do Núcleo de Atenção à Violência Sexual do CRSMCA ou do Consultório de Rua. A Equipe de Referência mantém uma relação longitudinal no tempo visando constituição de vínculo com o conjunto de usuários adscritos, havendo uma temporalidade e modo de relação com sua clientela distintas conforme a especificidade de sua organização no serviço e na Rede (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

O funcionamento de uma Equipe de Referência requer algumas condições operacionais básicas: pactuação de objetivos comuns, contratualização de processos de trabalho e tempo reservado na agenda para reunião com periodicidade que permita a constituição de coletividade (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Em algumas situações a composição do quadro dos trabalhadores dos serviços exige a constituição de diferentes lógicas de Equipes de Referência. No Centro de Especialidades Odontológicas de Mauá, por exemplo, onde cada dentista atuava em uma especialidade específica junto a um técnico de saúde bucal, começamos a discussão sobre o estabelecimento de Profissional de Referência por especialidade (para o município) ou por adscrição territorial (para uma região de saúde) para a organização de uma Equipe de Referência na área de odontologia especializada (DIÁRIO DE CAMPO).

À relação de referência temática ou por especialidade que estabelece-se enquanto retaguarda assistencial e suporte tecnicopedagógico a Equipes de Referência, Campos (CAMPOS E DOMITTI, 2007) denomina Apoio Matricial. Segundo o glossário da Rede HumanizaSUS (2013) compreende-se por Apoio Matricial uma

Nova lógica de produção do processo de trabalho onde um profissional atuando em determinado setor oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores. Inverte-se, assim, o esquema tradicional e fragmentado de saberes e fazeres já que ao mesmo tempo o profissional cria pertencimento à sua equipe, setor, mas também funciona como apoio, referência para outras equipes.

Assim depreende-se que Equipes de Referência especializadas podem organizar

seus processos de trabalho de modo a contemplar ações de matriciamento, bem como contar com o matriciamento de outras Equipes ou Profissionais de Referência.

Campos e Domitti (2007) propõe duas maneiras básicas para a realização do contato entre referências e apoiadores:

Primeiro, mediante a combinação de encontros periódicos e regulares – a cada semana, quinzena ou mais espaçados – entre equipe de referência e apoiador matricial. Nesses encontros, objetiva-se discutir casos ou problemas de saúde selecionados pela equipe de referência e procura-se elaborar projetos terapêuticos e acordar linhas de intervenção para os vários profissionais envolvidos. Recomenda-se reservar algum tempo para diálogo sobre temas clínicos, de saúde coletiva ou de gestão do sistema. Segundo, além desses encontros, em casos imprevistos e urgentes, em que não seria recomendável aguardar a reunião regular, como na lógica dos sistemas hierarquizados, o profissional de referência aciona o apoio matricial, de preferência por meios diretos de comunicação personalizados, contato pessoal, eletrônico ou telefônico e não apenas por meio de encaminhamento impresso entregue ao paciente, solicitando-se algum tipo de intervenção ao apoiador. Nessas circunstâncias, é recomendável proceder-se a uma avaliação de risco para se acordar uma agenda possível. (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 401)

Nesses contatos poder-se-iam dispor de atendimentos e intervenções conjuntas, discussões de caso, elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares de modo integrado, participação em espaços e ações educação permanente e continuada, e mesmo, a depender dos arranjos institucionais e necessidades, programação de seguimento ou intervenções especializados serviço de referência, sem a perda do vínculo com a Equipe de Referência inicial (CAMPOS e DOMITTI, 2007).

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. (CAMPOS e DOMITTI, 2007, p. 400)

Unidades de Produção e Equipes de Referência são a mesma coisa? CAMPOS (2001; CAMPOS e DOMITTI, 2007) afirma que um conjunto de Equipes de Referência constituiria uma Unidade de Produção. Por outro lado na descrição de como concebe a formação das Unidades de Produção no texto do Anti-Taylor, citado anteriormente, abre

um caminho cujo efeito se aproxima muito da constituição de uma Equipe de Referência. Poderíamos assim compreender que uma Equipe de Referência, menor unidade de gestão das organizações de saúde (CAMPOS e DOMITTI, 2007), pode coincidir com uma Unidade de Produção ou compor com outras Equipes de Referência uma Unidade de Produção. Em termos práticos: a Equipe de Referência em Estimulação Precoce do turno da manhã do Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência pode compor junto à do turno da tarde uma Unidade de Produção; a Equipe de Reabilitação Visual, única no mesmo serviço, coincide com uma Unidade de Produção. Mais importante do que isso, porém, cabe entender um e outro conceito como ferramentas úteis para organização de arranjos para gestão do cuidado nos serviços de saúde.

De algum modo fica a sensação que as Equipes de Referência dispostas em serviços especializados poderiam constituir uma forte relação com as Equipes de Referência da Atenção Básica, tão importantes quanto, ou melhor, associadas à adscrição de usuários. Trata-se, porém, de uma imagem, por enquanto, muito mais próxima de uma idealização do que de eventos do cotidiano. Uma dificuldade que não é exclusiva do Brasil, sendo o tema da coordenação de cuidados um desafio comum a sistemas universais, especialmente com o aumento da prevalência de doenças crônicas, mesmo em países onde com ampla e bem distribuída oferta de serviços, como é o caso da Espanha (ALMEIDA, 2010).

Toda conformação do que interessa em um modelo de atenção à saúde: quais problemas de saúde serão enfrentados, onde, como serão, por que e para quê, antes de se tornar um problema técnico assistencial, ocorre a partir do encontro, das disputas e acordos, entre o conjunto de indivíduos e grupos que portam as necessidades de saúde, com os que dominam certos saberes e práticas que operam sobre elas, mediado por aqueles que ocupam os espaços institucionais reconhecidos como legítimos para governar e contratualizar este processo. (MERHY, 2000)

Produzir diálogo com a dimensão profissional da gestão do cuidado exige a compreensão e interação com linguagem e valores constituintes dessa arena. Pode-se afirmar que o distanciamento entre o Movimento Sanitário e o campo micropolítico da produção do cuidado em saúde, apontado por Cecílio (2012), passa e se reforça, entre outras razões, pela diferença de temas e significação constituintes do “mundo do gestor” e do “mundo do profissional”. Em outras palavras: gestores e profissionais muitas vezes não

falam a mesma língua.

A língua não é o reflexo das hesitações subjetivo-psicológicas, mas das relações sociais estáveis dos falantes. Conforme a língua, conforme a época ou os grupos sociais, conforme o contexto apresente tal ou qual objetivo específico, vê-se dominar ora uma forma ora outra, ora uma variante ora outra. O que isso atesta é a relativa força ou fraqueza daquelas tendências na interorientação social de uma comunidade de falantes, das quais as próprias formas lingüísticas são cristalizações estabilizadas e antigas. (BAKHTIN, 2010, p. 153)

Às “relações sociais estáveis”, “cristalizações estabilizadas e antigas”, referidas por Bakhtin (2010) no excerto acima destacado podemos atribuir a dimensão ideológica contidas nos discursos frequentemente tão dissonantes entre gestores e trabalhadores.

cada época e cada grupo social têm seu repertório de formas de discurso na comunicação sócio-ideológica. A cada grupo de formas pertencentes ao mesmo gênero, isto é, a cada forma de discurso social, corresponde um grupo de temas. (BAKHTIN, 2010, p. 44)

Maturana (2009) nos ajuda a entender essa dimensão quando discute os dois tipos de divergência que costumam emergir de uma conversação supostamente racional, que se diferenciam pelas classes de emoções que delas surgem. Seriam elas

a) *divergências lógicas*, que efetivamente surgem quando um dos participantes na conversação comete um erro na aplicação das coerências operacionais que definem o domínio racional em que esta se dá; e
b) *divergências ideológicas*, que surgem quando os participantes na conversação arguem a partir de distintos domínios racionais, como se estivessem no mesmo domínio. (MATURANA, 2009, p.51)

Embora em ambos os casos tendamos a apontar para o outro um erro lógico, com base em uma certa racionalidade, nas divergências lógicas teremos a discordância facilmente resolvida.

Assim, se ao afirmar que $2 \times 2 = 5$ meu interlocutor me mostra que devido à constituição da multiplicação como uma soma $2 \times 2 = (1 + 1) + (1 + 1) = 4$, aceito facilmente meu erro na aplicação das coerências operacionais que definem a multiplicação e peço desculpas. Podemos no máximo ficar com vergonha por nossa vaidade ter sido atingida. (MATURANA, 2009, p.52)

De modo distinto, quando as divergências ideológicas se apresentam, temos a sensação de que o outro não está nos entendendo por “cegueira ou burrice”, e por mais que insistamos na conversa dificilmente conseguimos achar uma solução que não abandonar a discussão ou impor um ponto final ao outro. Tratamos como um erro lógico aquilo que parte de premissas distintas a priori, diferenças entre os domínios racionais em que nos constituímos.

As premissas fundamentais de todo sistema racional são não-rationais, são noções, relações, distinções, elementos, verdades, ...que aceitamos a priori porque nos agradam. Em outras palavras, todo sistema racional se constitui como um construto coerente a partir da aplicação recorrente e recursiva de premissas fundamentais no domínio operacional que estas premissas especificam, e de acordo com as regularidades operacionais que elas implicam. Quer dizer, todo sistema racional tem um fundamento emocional. *Pertencemos, no entanto, a uma cultura que dá ao racional uma validade transcendente, e ao que provém de nossas emoções, um caráter arbitrário.* Por isso é difícil para nós aceitarmos o fundamento emocional do racional, e pensamos que isso nos expõe ao caos da irracionalidade, onde tudo parece ser possível. Acontece, entretanto, que o viver não ocorre no caos, e que há caos somente quando perdemos nossa referência emocional e não sabemos o que queremos fazer, porque nos encontramos recorrentemente em emoções contraditórias. (MATURANA, 2009, p.52)

Pressupondo que não queremos nem podemos eliminar a diferença ou as distintas racionalidades que nos atravessam, o desafio que se coloca, então, é pensar alternativas de diálogo a partir do que permita o reconhecimento de comum entre o pensamento acadêmico do movimento sanitário, o exercício da gestão e o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde.

Nesse período experienciando a gestão em Mauá, um dispositivo que diversas vezes permitiu a emergência de manifestações de comum/comunidade entre os diferentes atores, foi a discussão de “casos clínicos” mobilizada em distintos contextos: processos educação permanente, definição de mudança de processos de trabalho específicos, eventos-sentinela ou mesmo por encontro casual entre gestor e trabalhador (DIÁRIO DE CAMPO). Em algumas discussões a evocação da singularidade dos casos produzia por si só aproximações (DIÁRIO DE CAMPO). Falar de pessoas como nós mesmos, que tomam decisões na vida, não gostariam de adoecer, aceitam ou não recomendações de tratamentos,

se impacientam por esperar, não conhecem seus vizinhos e teriam vergonha de lhes pedir ajuda, têm prazer com o sabor de uma comida (muitas vezes doces ou gordurosas), gostam de beber com os amigos, se cansam com o trabalho, enfim, pessoas que têm muito mais coisas na vida além das doenças e sua prevenção, despontava o comum de sermos humanos.

Outras vezes só a abertura para que houvesse discordância sobre normas estabelecidas pela Secretaria de Saúde ou a conversa sobre os limites que levavam a gestão a estabelecê-las já permitia a aproximação sobre soluções possíveis apesar dessas normas ou de singularidades em que justificavam sua burla (DIÁRIO DE CAMPO).

Entre enfermeiros e médicos a referência aos Conselhos Profissionais se manifestou em vários momentos, o que me chamou a atenção para um ponto de diálogo muito pouco explorado para fora das próprias corporações que são os Códigos de Ética Profissional (DIÁRIO DE CAMPO). Conversar comungando do pressuposto de que “o alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (CREMESP, 2009, p.10), por exemplo, pode estabelecer um outro patamar de diálogo. Ao mesmo tempo que, dado à ação fiscalizatória dos Conselhos, recorrer à citação dos Códigos de Ética poderia soar ameaçadoramente e bloquear a comunicação (DIÁRIO DE CAMPO).

Recorrer a publicações científicas e apontamentos da Medicina Baseada em Evidências, em diferentes momentos possibilitou a aproximação de linguagem com os profissionais médicos (DIÁRIO DE CAMPO). Uma pesquisa realizada por Allery, Owen e Robling (1997) com médicos ingleses aponta que a referência em “medical journals” é um dos fatores mais relacionados à mudança de práticas entre os especialistas. Lidar com esse canal para o diálogo exige a prudência de reconhecer os limites como os de muitos estudos se basearem em populações altamente selecionadas e não representativas, ocultarem-se conflitos de interesses presentes em “dados científicos”, muitas vezes se advogar uma pretensão totalizante e generalizante da ação em saúde que dificulte a ampliação da clínica para o singular (CUNHA, 2004). Por outro lado, dado à legitimidade que vem progressivamente ocupando no imaginário médico, saber se valer de seus recursos pode ser muito útil. Um bom exemplo é discutir o quanto o compartilhamento da decisão clínica com o usuário pode ser determinante na indicação adequada de tratamento (LEGARÉ et al,

2012; CHAN et al, 2013).

Penso, ainda sobre isso, que o uso que vem se desenvolvido na Atenção Primária sob a temática da medicalização a partir do conceito da Prevenção Quaternária, tem grande potência para ser explorado na Atenção Especializada.

Proposto por Jamouille, Médico de Família e Comunidade belga, o conceito de prevenção quaternária almejou sintetizar de forma operacional e na linguagem médica vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. A proposta foi feita por Jamouille em 1999, tendo sido oficializada pela World Organization of National Colleges (WONCA), Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians em 2003.

Prevenção quaternária foi definida de forma direta e simples como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. Posto que um dos fundamentos centrais da medicina é o *primum non nocere*, a prevenção quaternária deveria primar sobre qualquer outra opção preventiva ou curativa. (NORMAN e TESSER, 2009, p. 2013)

Na medida em que coloca o paciente como centro do cuidado e não os procedimentos ou o conhecimento médico em si, e dado ao modo com que faz uso da medicina baseada em evidências para problematizar a prática clínica com os profissionais, a discussão da Prevenção Quaternária pode ser um dispositivo de produção de comum entre gestores, médicos e usuários.

De alguma maneira ele se aproxima à perspectiva ético-política da Redução de Danos, quando entendida enquanto “um dispositivo com vocação de constituir condições de possibilidade de escuta das diferenças” (FONSECA, 2012, p. 17). Trago-lhe um trecho da tese de doutorado de Tadeu Souza (2013), que navega nesse campo:

Quando a redução de danos propõe um acolhimento às diversidades, invariavelmente ao invés de se trabalhar com a noção de todos, para exprimir a dimensão coletiva da ação, se inscreve a noção de multiplicidade. No seio do concreto da experiência, o “todos” defendido pela lei, é antes de tudo uma multiplicidade. O comum implica no compartilhamento de multiplicidades de experiências em que as diferentes singularidades possam se expressar.

Normalmente somos guiados por uma racionalidade em que o compartilhamento tende a ser apreendido na forma do conjunto, da identificação e da semelhança. O conceito de produção do comum implica em pensarmos uma forma de compartilhamento e cooperação em que justamente a diferença e a singularidade são ao mesmo tempo um efeito do encontro de corpos e o que se busca produzir neste encontro. Não importando tanto as diferenças em si, mas os processos de diferenciação e de constituição de modos de vida singulares. O sentido de

singularidade operado pela redução de danos não pressupõe uma relação transcendental entre a ação e o que norteia essa ação, como uma norma universalmente válida, mas um plano de constituição de coletivos e produção do comum. As referências que orientam nossas ações não se encontram numa regra transcendental à experiência vivida, mas são produzidas pelo próprio compartilhamento de experiências.

A produção do comum implica em processos de construção de referências, direções e normas em que novas sensibilidades possam ser ativadas. Qual o momento para se indicar a um usuário de crack em situação de rua um tratamento específico para o problema de drogas? Quando indicar a um usuário em situação de rua que ele precisa parar de usar drogas?

Um tipo de proposição desta natureza não pode ser uma regra geral, como algo que se imponha a todo momento para todos os casos. Isso seria insuportável e frustrante, para os trabalhadores e para os usuários. A RD aciona um sentido de universalidade enquanto abertura de possibilidades de garantir o acesso definidas pela qualidade do encontro que se produz entre usuário e redutores de danos, entre redutores de danos e equipes multiprofissionais de saúde, entre trabalhadores e gestores. A metodologia se constitui pelo acúmulo de diversas experiências e pelo compartilhamento delas. Mas a direção passa a ser definida pelo encontro e pela ampliação dos atores envolvidos na construção desta direção. (SOUZA, 2013, p. 168-170)

Não cairei na armadilha de aprofundar-me na discussão da extensão do conceito da Redução de Danos para além do campo das drogas, por ser uma questão controversa entre profissionais que atuam nessa área (RUI, 2013) e para este trabalho não ser um ponto central.

Meu intuito ao trazer aqui conceitos, que emergiram ao longo da construção dessa dissertação e da experimentação da gestão em Mauá, foi aportar ferramentas potentes na criação de linhas de fuga (DELEUZE, 1996) ou dispositivos para produção de comum (HARDT e NEGRI, 2005) a serem explorados na conexão entre as dimensões da gestão do cuidado e seus atores.

Isto feito, encerro por aqui, me despedindo até a derradeira carta.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

São Paulo, janeiro de 2014

É preciso desinventar os objetos. O pente, por exemplo. É preciso dar ao pente funções de não pentear. Até que ele fique à disposição de ser uma begônia. Ou uma gravanha. Usar algumas palavras que ainda não tenham idioma. (MANOEL DE BARROS)

Estimado amigo,

Sinto que se aproxima a hora de mudar de ares e de me aquietar para aguardar suas correspondências de retorno a minhas provocações.

Caminhamos até aqui de diferentes formas e fazendo desvios afeitos ao passeio por um labirinto. Uma dissertação panorâmica, como havia lhe alertado. Toda essa sinuosidade teve o desígnio de permitir a eclosão de multiplicidades de encontros na relação entre as minhas e as suas experiências.

Entendo que o desenho de uma organização para a Atenção Ambulatorial Especializada deve partir de uma base local, portanto singular, o que lhe expressei de diferentes modos. Questionando o que é “especializado” e que representação é feita do “especialista” na sociedade. Deslocando a AAE da posição de um lugar estabelecido para distintas possibilidades de arranjos. Destacando o mosaico de políticas que a configuram no Sistema Único de Saúde. Situando conceitos que podem permear sua construção por atores em disputa. Evocando de diferentes modos uma referência material para nosso diálogo, a experiência em Mauá.

Quando penso em imagens de futuro para a Atenção Ambulatorial Especializada concordo em diversos pontos já assinalados por Zambrana García (2004) neste mesmo exercício. Sua organização deverá adaptar-se de forma a responder a expectativa da sociedade por processos assistenciais integrados e centrados no usuário, de modo a diminuir, além do tempo de espera, o vai e vem entre serviços e a falta de comunicação e desconfiança entre seus profissionais, fatores que provocam ansiedade e insatisfação geral. Os especialistas deverão sair de seu refúgio natural, ambulatórios e centros hospitalares, e

trabalhar conjuntamente com a Atenção Básica, pautados pelas necessidades dos usuários. Esta, por sua vez, deve incrementar sua capacidade resolutive e de coordenação do cuidado e dispor de condições materiais para tanto. Os usuários assumirão maior autonomia em seu processo de autocuidado, apoiados pelos profissionais de saúde com mobilização de diferentes tecnologias.

Vejo, entretanto, que para produzi-lo (o futuro) é necessário ir muito além de diretrizes normativas e de ampliação estrutural. Exige-nos um deslocamento do pensamento político e estratégico para o agora, nos demandando reformular nossos métodos de planejamento que, com poucas variações, resultam na eleição dos mesmos problemas, estratégias de intervenção e idealizações de imagens-objetivos dificilmente alcançáveis. Cobra-nos a ampliação da capacidade de interlocução com os profissionais, explorando caminhos que possibilitem a produção de uma linguagem comum entre a gestão e a atenção.

Se, depois desse percurso que fizemos, estivéssemos começando hoje uma nova fase na gestão da Atenção Ambulatorial Especializada de um município, lhe proporia partir de uma perspectiva diferente da tradicional cisão entre os níveis de atenção. Uma ideia seria iniciar com as seguintes perguntas: o que é necessário e o que podemos ofertar no cuidado das pessoas que vivem nesse território? Nesse processo, o que precisa se passar em regime de internação e o que pode ser manejado ambulatorialmente? Onde se distribuem essas ofertas e como podemos agregá-las e ampliá-las para que essas pessoas tenham um cuidado mais integrado e esperem e circulem menos? Como lidar com os momentos de transferência do cuidado, dentro dos serviços e entre os serviços, para que eles ocorram de modo responsável e sem perda de continuidade?

Acho que seguir desse ponto pode ajudar a produzir redes cuidadoras mais permeáveis à ação concreta e protagonismo do “usuário-fabricador” (CECÍLIO, 2012), deslocando-nos de uma racionalidade pronta e repetitiva para o sistema de saúde.

Não nos faltam ferramentas conceituais para encarar essas questões e explorar novos arranjos organizadores do cuidado. Apontei algumas ao longo destas cartas, que estão abertas à reinvenção e podem se juntar a outras nas caixas de ferramentas que, de modo singular, compomos e carregamos.

Longe de ser uma panaceia, sair da racionalidade do modelo piramidal e da

centralidade do agendamento de consultas médicas, tende a fazer rugir problemas e acentuar disputas arrefecidas. Desfinanciamento, condições de trabalho, questões salariais, contendas e corridas eleitorais, demandas corporativistas, discordâncias ideológicas sobre cidadania, são alguns dos nós que tendem a efervescer em distintas arenas.

Soma-se a essas disputas a disjunção temporal entre os atores (CECÍLIO, 2012). O tempo do usuário, que busca rapidez no tempo de acesso aos serviços de saúde; o tempo dos profissionais, que buscam viabilizar em tempo adequado os recursos que consideram imprescindíveis para o bom cuidado; o tempo dos gestores, que buscam a racionalização dos tempos de acesso e consumo dos serviços (CECÍLIO, 2012); e o tempo eleitoral, que estabelece ciclos de planejamento de 4 anos entrecortados por certames de eleições a cada biênio, que tensionam respostas de curto prazo e concorrem com o ritmo, muito mais lento, da construção coletiva. Mais do que fusos horários distintos, vejo essa disjunção como o habitar de planetas com rotações diferentes.

Como lhe adiantei na primeira carta, essa dissertação traz menos conclusões do que compartilhamento de interrogações. De um modo um tanto errante acho que dei conta de passear com você pela contextualização histórica da Atenção Especializada em Saúde, aproximar-mo-nos de um contorno conceitual para ela, conversar sobre diferentes experiências e nos munir de conceitos e reflexões que favorecem recolocar ponto de partida e direção para a gestão do cuidado da Atenção Ambulatorial Especializada em um município.

Finalmente, me despeço com um franco abraço. Aguardo as suas cartas.

Daniel Carvalho Rocha

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít.**, v. 24, p. 41-77, 2005.

ABUHAB, D. et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p.369-380, 2005.

ACKERKNECHT, E. *Medicine at the Paris Hospital, 1794–1848*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1967, pp. 163–80. Apud WEISZ, 2003.

ALBIERI, F. A. O. **Múltiplas lógicas de construção de redes de cuidado**: muito além da regulação do acesso e utilização dos serviços do SUS – apresentação. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/as-multiplas-logicas-de-construcao-de-redes-de-cuidado-no-sus-211113-final-sem-videos>> Acesso em 07 jan. 2014.

ALCÁNTARA, S. et al. Estudio de las consultas por motivos dermatológicos en atención primaria y especializada. **Piel**, Barcelona, 2013.

ALLERY, L.; OWEN, P.A.; ROBLING, M. R. Why general practitioners and consultants change clinical practice: a critical incident study. **BMJ**, Londres, v. 314, p.870-874, 1997.

ALMENDRO, C. et al. Elementos perversos en la práctica de la medicina de familia. Documentos sem FYC. Ediciones semFYC; n.º 3: 31-32.

ALONSO, R.; LLANES, L. Control de calidad en la gestión de las reclamaciones de los usuarios del área sanitaria 10 de atención especializada de la comunidad de Madrid (2000-2005). **Rev Calidad Asistencial**, v. 24, p. 88-90, 2009.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ANS Tabnet**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/materia_novo.htm> Acesso em 14 dez. 2013.

ANTUNES, M. L. et al. Mutirão de cirurgias de adenotonsilectomias: uma solução viável? **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 73, n. 4, Aug. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992007000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso 06 Jan. 2014.

Apresentacao. 2011. (mimeo)

ARACAJÚ. Secretaria Municipal de Saúde. **Memorial do Projeto Saúde Todo Dia**. Aracaju, 2003. Apud MELO, 2006.

ARENDR, H. **O que é política?** (1950). Disponível em <<http://escoladeredes.net/group/bibliotecahannaharendt>> Acesso 10 de nov. 2012.

ARRETCHE, M. T. S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Vol. 14, n. 40, p. 111-141, jun. 1999.

ATUN, R. A.; BENNETT, S.; DURAN, A. When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems? Policy Brief. Health Systems And Policy Analysis. Disponível em <http://www.who.int/management/district/services/WhenDoVerticalProgrammesPlaceHealthSystems.pdf> Acesso 04 jul. 2013.

AUSTRALIA. Department of Health. **Ambulatory and community-based care: A Framework for non-inpatient care**. Health Reform Implementation Taskforce. Department of Health, Government of Western Australia, Perth, June 2007. Disponível em www.health.wa.gov.au/hrc Acesso em 04 de Mai 2013.

AZEVEDO, B. M.; CARVALHO, S. R. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. . In: **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 204-219.

BADUY, R. S.. **Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente movimento**. 191 p. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

BAHIA, L. **Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil**. Tese (doutorado), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1999.

BAHIA, L. Padrões e mudanças no financiamento e regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o público e privado. **Saude soc.**, São Paulo, v.14, n.2, Aug. 2005. Disponível em: <[175](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-</p></div><div data-bbox=)

12902005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2013.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 12 ed. Tradução: Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. São Paulo: Hucitec, 2010.

BARATA, L. R. B. (*in memorian*) et al. Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) no Estado de São Paulo. **Revista de Administração em Saúde**, Vol. 12, N. 48, 2010.

BARROS, M. E. B.; FONSECA, T. M. G. Psicologia e processos de trabalho: um outro olhar. **Revista Psico**, v. 35, n. 2, pp. 133-140, jul/dez, 2004.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

BASAGLIA, F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BEARDSWORTH, R. **Nietzsche**. São Paulo: Estação Liberdade, 2003. Apud CECÍLIO, 2011.

BENDER, A. da S.; MOLINA, L. R.; MELLO, A. L. S. F... Absenteísmo na Atenção Secundária e suas implicações na Atenção Básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 11, n. 2, p. 56-65, jun. 2010.

BENJAMIN, W. O Narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221.

BIREME. **Descritores em Ciências da Saúde – DECS**. Disponível em <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver>> Aceso em 02 mai. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília: CONASS, 2003b.

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. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011e. 534p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, v.13)

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. **Legislação Federal da Saúde**. (site). 2013a. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=44&item=21>> Acesso em 05 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta Pública nº 19**, de 1º de novembro de 2012. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1169, de 15 de junho de 2004**. Institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, e dá outras providências. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1169.htm>> Acesso em 14 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Médicos para o Brasil. Mais saúde para você**. 2013c. (site). Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos/mais-sobre-mais-medicos?start=20>> Acesso 14 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde**. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, 2011h.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenções às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1863/GM/MS, de 29 de setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades

federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.728, de 11 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Brasília, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 252, de 19 de fevereiro de 2013.** Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.** Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília, 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011i.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RENASES. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde.** Brasília, 2012b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_acoes_saude.pdf> Acesso 17 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Atenção Especializada em Saúde no Brasil: indicadores e tabelas selecionados.** Brasília, 2004a. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Economia da Saúde. **Programa Nacional de Gestão de Custos:** manual técnico de custos – conceitos e metodologia / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Economia da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS:** histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Núcleo Nacional de Economia da Saúde - NUNES. **Economia da Saúde e Desenvolvimento** – AESD. Brasília DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Plano Nacional de Saúde** – PNS:

2012 – 2015. Brasília, Ministério da Saúde, 2011g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE** / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em 14 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4726.htm> Acesso em 14 jan. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011d.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar Nº 141**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012c.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. Presidência da República. **Lei N° 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRAVO, A. L. **Regionalizacion**: organizacion y funcionamiento coordinado de los servicios de la salud en zonas rurales y urbanas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Caracas, 1974.

BYNG, R. et al. Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. **Br J Gen Pract**, v. 54, n.501, p. 259-266, 2004.

CABANA, M.D. et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA**, v. 282, n. 15, p. 1458-1465, 1999.

CALVINO, I. **As Cidades Invisíveis**. São Paulo: Biblioteca Folha, 2003.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Resolução SESAU N. 130, de 14 de junho de 2012**. Altera dispositivos da Resolução SESAU N. 108, de 21 de fevereiro de 2011, que aprova os protocolos de acesso às consultas e exames especializados de média e alta complexidade. Diário Oficial de Campo Grande-MS, Anexo XV, n. 3.540 – suplemento. Campo Grande, 2012.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec (3a edição); 2006.

CAMPOS, G. W. S. Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. **Planejamento sem normas**. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 1994, p.53-60.

CAMPOS, G. W. S. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde debate**, v. 33, n. 81, p. 47-55, jan.-abr, 2009.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 14, n. 4, out. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000400029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2014.

CAMPOS, G. W. S. **Os Médicos e a Política de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1988.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997b. p. 229-265.

CAMPOS, G. W. S. **Uma clínica do sujeito**: por uma clínica reformulada e ampliada. Campinas, 1997a. (mimeo)

CAMPOS, G. W. S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R. Notas sobre residência e especialidades médicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. **Planejamento sem normas**. 2a. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, R. T. O. O planejamento em saúde sob o foco da hermenêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 jul. 2013.

CAMPOS, R. T. O. **O planejamento no labirinto**: uma viagem hermeneutica. Tese (doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2001b.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**; tradução de Mana Thereza Redig de

- Carvalho Barrocas - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CANONICCI, E. **Sobre os tempos de espera clinicamente sustentáveis**: uma análise exploratória de evidências na literatura. São Paulo, 2012. (mimeo)
- CANONICCI, E. **SUS Aracaju - Projeto Saúde Todo Dia**: Modelo de Atenção e ações estruturadas para os portadores de Doenças Cardiovasculares. Aracaju, , 2005. (mimeo) apud MELO, 2006
- CAPELL, S. et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. **Med Clin**, Barcelona, v.123, p.247-250, 2004.
- CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jul. 2013
- CARVALHO, G. **Epidemia de portarofilia** – III Fórum Popular de Saúde. 2010. Disponível em: <<http://fopspr.files.wordpress.com/2010/10/gc-2010-portarofilia-2010.doc>> Acesso em 05 jul. 2013.
- CARVALHO, S. R. et al. **Explorando possibilidades na intercessão entre Arte e a Investigação Qualitativa em saúde**. Campinas, 2012. (mimeo)
- CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005
- CARVALHO, S.R.; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.837-68.
- CASTRO, Leonardo; OLIVEIRA, R. O Decreto 7.508/2011: desafios e oportunidades. Disponível em <http://www.cosemsrj.org.br/images/artigo_rodrigo_revista_ago_set_2011.pdf> Acesso 05 jul. 2013.
- CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec (3a edição); 2006.CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de

necessidades de saúde. : PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A (org.). *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio Grande do Sul: Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC, 2006.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 set. 2013.

CECILIO, L. C. O. Escolhas para inovarmos na produção do cuidado, das práticas e do conhecimento: como não fazermos "mais do mesmo". **Saude soc.**, São Paulo , v. 21, n. 2, jun. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 jan. 2014.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2013.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.13, n.3, pp. 469-478, 1997.

CFM. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM Nº 1.973, de 14 de julho de 2011**. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília, 2011.

CHAN, K. S. et al. The State of Overuse Measurement: A Critical Review. **Med Care Res Rev**, v. 70, n. 5, p. 473-496, out. 2013.

CHAUI, M. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo,

Cortez, 1989.

CHAUÍ, M. **Escritos sobre a universidade**. São Paulo: Unesp; 2001.

CHAUÍ, M. *Política em Espinosa/ Marilena Chauí*. – São Paulo: Companhia das Letras, 2003

CHILE. Ministerio de Salud. **Modelo Integral De Atención En Salud**. Documento Preliminar. s/d. Disponível em: < www.educ.cl/fedra/ModeloAtencionSaludIntegral.doc > Acesso 12 dez. 2013.

CHORNY, A. H. Enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. **Revista Educación Médica y Salud**, v. 24, n. 1, 1990. Apud CAMPOS, 2001.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. (site) Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 14 dez. 2013.

COSTA, N. R. et al . Reforma psiquiátrica, federalismo e descentralização da saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 12, p. 4603-4614, dez. 2011.

COUTO, M.A. et al. Cirurgia de varizes em "mutirão" - avaliação da população e dos custos. **Cir Vasc Angiol**, v. 17, n. 5, p.168-172, 2001.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Código de Ética Médica: Código de Processo Ético Profissional, Conselhos de Medicina, Direitos do Paciente**. São Paulo: CREMESP, 2009. 96p.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **Médico fiscal**. (site) Disponível em: <<https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=NoticiasC&id=2455>> Acesso 14 dez. 2013.

CREMESP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. **O Trabalho Médico no Estado de São Paulo**. São Paulo: Cremesp, 2007. 23 p. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/centro_de_dados/arquivos/mercado_de_trabalho.pdf>. Acesso em 12 out. 2013.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. 336 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas,

2004.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. Dissertação (mestrado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2004.

DELEUZE, G. **Os intercessores**. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. Conversações, p.151-68.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs** (capitalismo e esquizofrenia), vol. 3. - Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. (Coleção TRANS)

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**, vol. 1. - Rio de Janeiro: Editora 34, 1995. 96p. (Coleção TRANS)

DEY, P. et al. Randomized controlled trial to assess the effectiveness of a primary health care liaison worker in promoting shared care for opiate users. **J Public Health Med**, v. 24, n. 1, p. 38-42, 2002.

DIABETES INTEGRATED CARE EVALUATION TEAM. Integrated care for diabetes: clinical, psychosocial, and economic evaluation. Diabetes Integrated Care Evaluation Team. **BMJ**, v. 308, p. 1208-1212, 1994.

DONOHUE, M. E. et al. Improving foot care for people with diabetes mellitus—a randomized controlled trial of an integrated care approach. **Diabet Med**, v. 17, n. 8, p.581-587, 2000.

DOUGHTY, R. N. et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. **Eur Heart J**, v. 23, n. 2, p. 139-146, 2002.

DRUMMOND, N. et al. Integrated care for asthma: a clinical, social, and economic evaluation. **BMJ**, v. 308, p. 559-564, 1994.

ECO, U. **Como Se Faz Uma Tese**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1977.

EISNER, E. W. On the difference between scientific and artistic approaches to qualitative research. **Educational Researcher**, v. 10, n. 4, p. 05-09, 1981. Apud CARVALHO et al, 2012.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 38, Set. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop3411.pdf>>. Acesso em 16 jan. 2014.

FERIGATO, S.; CARVALHO, S. R. O poder da gestão e a gestão do poder. In: **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 53-73

FEUERWERKER, L. C. M. Formação e Clínica. In: III FORUM DE LINGUAGEM NO FORUM DE CIÊNCIA E CULTURA da Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. 25 de maio, 2007. apud LOPES, 2010a.

FEUERWERKER, L. C. M.; CENA, R. R. **Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos?** Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? (s/d). Disponível em <<http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>> Acesso em 30 nov, 2013.

FINKELSZTEJN, A. et al . Encaminhamentos da atenção primária para avaliação neurológica em Porto Alegre, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 jan. 2014.

FONSECA, C. J. B.. Conhecendo a Redução de Danos enquanto uma proposta ética. **Psicologia & Saberes**, Maceió, v. 1, n. 1, p. 11-36, 2012.

FOUCAULT, M. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política, p. 266-287

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2005. p.181-193.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a**

prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GALLO, E. (org.). **Razão e planejamento**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

GÉRVAS, J. et al. Paradojas en la derivación de primaria a especializada. **Aten Primaria**, v. 40, p. 253-255, 2008.

GÉRVAS, J.; PALOMO, L. Alta o excessiva resolucion? **Medicina Clinica**, v. 119, n. 8, 2002.

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

GONZÁLEZ DE DIOS, J. Consulta única (o de alta resolución) en Pediatría Hospitalaria y en Atención Primaria: un instrumento de mejora en la calidad asistencial. **Rev Pediatr Aten Primaria**, v.7, p. 21-31, 2005.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.153-190. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B> Acesso 04 jan. 2014.

GRIFELL, E. **Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar em Catalunha: Funções e Interfaces**. (Apresentação). Disponível em: <<http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14327&tipo=B>> Acesso 14 dez 2013.

GRIMSHAW, J. M. et al. Intervenciones para mejorar las derivaciones de pacientes ambulatorios desde la atención primaria a la atención secundaria (Revisión Cochrane traducida). **La Biblioteca Cochrane Plus**, n. 4, 2008.

GUARULHOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Regulação da Atenção**

Básica: para encaminhamento aos especialistas e exames/ procedimentos de alta e média complexidade. Guarulhos, 2009. (mimeo)

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F.O.L. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: o desafio da produção do comum): contribuições a partir da experiência do Sistema Único Brasileiro. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 103-123, 2009.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Multidão:** guerra e democracia na era do império. Rio de Janeiro: Ed. Record, 2005. 530p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para a avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p.331-336, 2004.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo** parte 1. 15. Ed. São Paulo: Editora Vozes, 2005. 309p. Apud LOPES, 2010a.

HESS, R. Uma técnica de formação e de intervenção: o diário institucional. In: HESS, R.; SAVOYE, A. **Perspectives de l'Analyse Institutionnelle**. Tradução de Lucia Cardoso Mourão-Colin, Solange L'Abbate Ana Lúcia Abrahão da Silva. Paris: Méridiens Klincksieck, 1988. p. 119-138.

HICKMAN, M.; DRUMMOND, N.; GRINSHAW, J. A taxonomy of shared care for chronic disease. **J Public Health Med**, v. 16. N. 4, p. 447-454, 1994.

HINOJOSA et al. Team Collaboration: a case study of an early intervention time. **Qualitat. Health Res.**, v. 11, p. 206-220, 2001.

HOLM, T. et al. A randomized controlled trial of shared care versus routine care for patients receiving oral anticoagulant therapy. **J Intern Med**, v. 254, n 4, p. 322-331, 2002.

HOSKINS, P. L. et al. Sharing the care of diabetic patients between hospital and general practitioners: does it work? **Diabet Med**, v. 10, n. 1, p. 81-86, 1993.

http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00 (acessado em 25 de novembro de 2013)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em:

<<http://censo2010.ibge.gov.br>> Acesso em 10 nov. 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2012**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2012/default.shtm>>. Acesso em: 10 nov. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Censo 2011. Disponível em <<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e260/a2011/10/&file=mun23.px&type=pcaxis&L=0>> Acesso em: 26 dez. 2013

JOHANSSON, B. et al. Reduced utilisation of specialist care among elderly cancer patients: a randomised study of a primary healthcare intervention. **Eur J Cancer**, v. 37, n. 17, p. 2161-2168, 2001.

JOHNSON, P. A. et al. Innovation in ambulatory care: a collaborative approach to redesigning the health care workplace. **Acad Med**, v. 86, n. 2, p. 211-216, 2011.

JOHNSON, T. K. Ambulatory care stands out under reform. **Healthc Financ Manage**, v. 64, n. 5, p. 56-63, mai. 2010.

JOHNSON, T. K.; BORGOS, S. Evolve and integrate: a new imperative for ambulatory care. **Healthc Financ Manage**, v. 66, n. 4, p. 68-73, abr. 2012.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Revista Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2007.

KATO, L. S.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. Fatores que interferem na dinâmica de equipes de reabilitação que atuam em instituições especializadas. **Cad. de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenv**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 55-66, 2004.

KATON, W. et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. **Arch Gen Psychiatry**, v. 58, n. 3, p. 241-247, 2001.

KATON, W. et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. **Arch Gen Psychiatry**, v. 56, n. 12, p. 1109-1115, 1999.

KATON, W. et al. The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients

with diabetes and depression. **Arch Gen Psychiatry**, v. 61, n. 10, p. 1042-1049, 2004.

KLOETZEL, K. **O ABC do Charlatão**. São Paulo: Mandacaru, 1988. 122p.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução de Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. 3.ed. São. Paulo: Perspectiva, 1992. 257 p.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 ju. 2013.

LAUFER, M. O que fazer com a literatura cinza? **INCI**, Caracas, v. 32, n. 1, jan. 2007. Disponível em <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-18442007000100003&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 07 jul. 2013.

LÉGARÉ, F. et al. Training family physicians in shared decision-making to reduce the overuse of antibiotics in acute respiratory infections: A cluster randomized trial. **Canadian Medical Association Journal**, v. 184, p. 726-734, 2012.

LIMA, P. S. **Enfoque histórico da fonoaudiologia**. Monografia (Especialização em Motricidade Geral). Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Fortaleza, 1999.

LIRA, N.; BONFIM, M. E. S. **História da enfermagem e legislação**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1989. 68p.

LLEWELLYN-JONES, R. H. Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. **BMJ**, v. 319, n. 7121, p. 676-682, 1999.

LOPES, F. **Ambulatorização**. Portal de Codificação e dos GDH. Lisboa, 2010b. Disponível em <<http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Ambulatorização>> Acesso em 02 jan. 2014.

LOPES, J. C. C. **Croquis, Fios, Móviles, Meandros: arranjando Linhas de Cuidado com cuidado...** São José do Rio Preto, 2012. (mimeo)

LOPES, M.L.S. **A produção do cuidado na Atenção Especializada: a potência de um caso traçador**. 2010. 43p. Projeto de Pesquisa - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2010a. (mimeo)

MACHADO, C. V. **O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, set, 2007.

MARQUES, R. R.; MENDES, A. Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175, jan./jun. 2005.

MARTÍNEZ-MARTÍNEZ, M. L. et al. Demanda derivada a Dermatología: peso de la patología banal. **Actas Dermosifiliogr**, v. 102, p. 193-198, 2011.

MATTOS, R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set-out, 2004

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

MAUÁ. Coletivo de Pesquisa. **Subsídios ao PPA: Relatório de Pesquisa**. Mauá, fev. 2013b. (mimeo)

MAUÁ. **Lei Municipal N° 4.860**, de 01 de julho de 2013. Dispõe sobre a criação de gratificações especiais; altera a redação da Lei Municipal nº 4.291, de 28 de dezembro de 2007, e revoga a Lei Municipal nº 4.433, de 5 de maio de 2009, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.ceaam.net/maua/legislacao/leis/2013/L4860.htm?>> Acesso em 04 dez. 2013a.

MAUÁ. Secretaria de Saúde. **Análise da demanda reprimida – endocrinologia adulto**. Mauá, 2013d. (mimeo)

MAUÁ. Secretaria de Saúde. **Caracterização do Município**. 86p. Mauá, 2013c. (mimeo)

MCGHEE, S. M. et al. Coordinating and standardizing long-term care: evaluation of the west of Scotland shared-care scheme for hypertension. **Br J Gen Pract**, v. 44, n. 387, p. 441-445, 1994.

MEDICI, A. C. O setor privado prestador de serviços no Brasil: dimensão, estrutura e financiamento. Rio de Janeiro, 1989. (mimeo) apud BAHIA, 1999.

MELCHIOR, R. et al. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 143-151, 2006.

MELO, E. A. **Núcleo de Gestão do Cuidado: um dispositivo de mudança do modelo de atenção na rede ambulatorial especializada.** Monografia (especialização em Saúde Coletiva), Centro de Educação Permanente da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Aracajú. Aracajú, 2006.

MENDES, A. C. P. **Plano diretor físico hospitalar:** uma abordagem metodológica frente a problemas complexos. Dissertação (mestrado), Faculdade Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2007. Disponível em http://www.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Arquitetural/Sa%FAde/plano_diretor_fisico_hospitalar.pdf Acesso 04 jan 2013.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA_SOBRE_AS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf Acesso em 17 jan. 2013.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec; 1996.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política.** São Paulo, 1920-1948: os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Engravitando 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>> Acesso 12 nov. 2013.

MERHY, E. E. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em Redes:** tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro, EDUCS, 2006. p.97-109.

MERHY, E. E. **Modelo de Atenção à Saúde como Contrato Social**. Texto apresentado na 11ª CNS. Brasília, 2000. Disponível em: <<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-11.pdf>> Acesso em 14 jan. 2014.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al (org.) **Acolher Chapecó**: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: HUCITEC, 2004. Disponível em < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-02.pdf>> Acesso em 04 jul. 2013.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil, pp. 117-148. In: GALLO, E. (org.). **Razão e planejamento**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro, 1995.

MERHY, E. E. **Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo**. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002. (Saúde em Debate, 145).

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, Feb. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 jan. 2014.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O.; NOGUEIRA, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. In: 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, 1992, Brasília. **Cadernos da Conferência**, v. 1, p. 91-96. Brasília, 1992.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde em Debate**, v. 27, p. 316-323, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. In: Escola Politécnica De Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 276 - 82

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a

potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: A gestão da mudança em saúde**. 1ed. Recife: Editora Universitária-UFPE, 2004, v. 1, p. 45-76. Disponível em: < <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>> Acesso 04 jul. 2013.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. S.; GOMBERG, E. (org.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristovão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>> Acesso em 14 jan. 2014.

MERHY, E.E. Planejamento como tecnologia de gestão: Tendências e debates no planejamento em saúde no Brasil. In GALLO, E. **Razão e Planejamento: reflexões sobre política estratégia e liberdade**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, pp. 117-148.

MILLS, A. Vertical vs horizontal health programmes in Africa: idealism, pragmatism, resources and efficiency. **Social Science and Medicine**, v. 17, p. 1971–1981, 1983. Apud ATUN et al, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

MONTIJANO, A. M. et al. Aplicabilidad y aportaciones del sistema de «consulta única» en cardiología. **Rev And Card**, v. 38, p.69-76, 2003.

MONTIJANO, A.M. et al. Grado de satisfacción de los pacientes beneficiados de un sistema de «consulta única» en cardiología. **Rev Calidad Asistencial**, v.18, p. 650-654, 2003.

MONTILLA, J. M. B. et al. Motivos y condicionantes de la interconsulta entre atención

primaria y especializada. **Semergen**, v. 39, p. 89-94, 2013.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Vita et Sanitas**, Trindade/ Go, v. 2, n. 2, 2008.

MORENO-MARTÍNEZ, F. et al. Documento de interconsulta: evaluación de la calidad de la comunicación entre Atención Primaria y Especializada. **Semergen**, v. 34, p. 218-223, 2008.

MUELLER, F. L. **História da Psicologia**, vol. 89 de Atualidades Pedagógicas, Cia Editora Nacional, SP, 1978.

NCBI. **MeSH (Medical Subject Headings)**. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=secondary+care> Acesso em 02 mai. 2013.

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 jan. 2014.

NERI, M. (Coord.) **Escassez de Médicos**. Estudo. Centro de Políticas Sociais. Instituto Brasileiro de Economia. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro. 2008. 104 p. Disponível em: <http://www3.fgv.br/ibrecps/medicos/index> Acesso em 12 out. 2013

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set, 2009.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto, In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 295-315.

OLIVEIRA, V. R. C. **Reconstruindo a história da fisioterapia no mundo**. s/d. Disponível em: <http://www.abenfisio.com.br/biblioteca/biblioteca/Artigos/ArtigoHistFisiot-Valeria.pdf> Acesso em 03 mar. 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde Debate**, v. 25, p. 98-111, 2001.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud: 1964

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias**. Washington, D.C: OPAS/OMS, 1990.

PAES, P. C. Duarte. **Tá legal: construindo uma política de redução de danos no estado de Mato Grosso do Sul, fronteira com a Bolívia**. Campo Grande: Micruart, 2002.

PAGANINI, J. M.; CAPOTE, M. R. **Los sistemas locales de salud**. Conceptos, métodos, experiencias. Washington, D.C; OPS; 1990. 769 p.

PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro, ABRASCO/NUTES/CLATES,1982. Apud PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, Aug. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 jul. 2013.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jul. 2013.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 20, n. 6, Dez. 2006. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006001100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jul. 2013.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade; Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.**

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 16, n. 1, abr. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722000000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jan. 2014.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L (orgs). **Pistas do Método da cartografia: Pesquisa-Intervenção e Produção de Subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. Apud CARVALHO et al, 2012.

PEDROSO, M. M. et al. Eficiência relativa da política nacional de procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade. **Rev. adm. contemp.**, Curitiba , v. 16, n. 2, Abr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552012000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em on 06 Jan. 2014.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PIMENTA, A. L. **Saúde de Amparo: a construção de espaços coletivos de gestão**. 419p. Tese (doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2006.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências & Cognição**, v. 8, p.68-87, 2006.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Relatório Final realizado pelo Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/84FCFCE2-3C84-4ABE-8E5F-AD4DDB0B46F4/0/RelatorioGTRH_Nov2011.pdf> Acesso em: 27 dez. 2013

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Rev. Cienc. Soc.**, v.1, n.2, p.27-57, 2006. Apud CECÍLIO, 2011.

REA, H. et al. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Intern Med J**, v. 34, n. 11, p.608-614,

2004.

REDE HUMANIZASUS. **Glossário.** Disponível em <http://www.redehumanizaus.net/glossary/3#letterg> Acesso em 01 dez. 2013.

RIVERA, F. J. U. Agir comunicativo e planejamento social. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1995.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e programação em saúde:** um enfoque estratégico. Cortez Editora, São Paulo, 1989. Apud CAMPOS, 2011.

ROBBINS, B. W. Fundamentos do comportamento organizacional. 7ª Ed. São Paulo: Pearson Education, 2004. Apud PINHO, 2006.

ROSE, N. Inventando nossos eus. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos.** Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p.139-204. Apud CECÍLIO, 2011.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF LONDON. **Acute medical care: the right person, in the right setting – first time.** Report of the Acute Medicine Task Force. Royal College of Physicians of London, Londres, 2007.

RUI, T. C. **Corpos abjetos:** etnografia em cenários de uso e comércio de crack. Tese (doutorado em antropologia), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2012.

SACCONI, L. A. **Grande Dicionário Sacconi da Língua Portuguesa.** São Paulo: Editora Nova Geração, 2010.

SANTOS, J.S. et al. Mutirões de colecistectomia por videolaparoscopia em regime de cirurgia ambulatorial. **Acta Cir Bras**, v. 16, supl. 1, p.52-56, 2001.

SÃO PAULO. Governo do Estado. **Decreto nº 32.897, de 31 de janeiro de 1991.** Cria, na Secretaria da Saúde, "Núcleos de Gestão Assistencial" e dá providências correlatas. São Paulo, 1991.

SÃO PAULO. Governo do Estado. **Decreto nº 35.112, de 15 de junho de 1992.** Cria e organiza na Secretaria da Saúde, o "Núcleo de Gestão Assistencial - 64" e dá providências correlatas. São Paulo, 1992.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde. **Contrato de Gestão.** Diário Oficial do Estado, de 24 de novembro de

2011, n. 182, seção 1, p. 30. São Paulo, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. **Resolução SS – 39, de 03 de abril de 2008**. Cria a Rede de Ambulatórios Médicos Especializados – AME do Sistema Único de Saúde de São Paulo – SUS e dá outras providências. São Paulo, 2008.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório 1º Trimestre**. Contratos de Gestão – 2013. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/destaques/relatorio-ame-1-tri/relat_amb_1_tri__2013.pdf> Acesso 14 jan. 2014.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A (Coord.). **Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina, 2011.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo: Hucitec, 1993.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação da Atenção Ambulatorial Especializada. **Atenção Especializada**. Disponível em <http://www.saude.se.gov.br/index.php?act=interna&secao=130> Acesso em 02 mai. 2013.

SHORTELL, S.M. et al. Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. **Hosp. Health Serv. Adm.**, v. 38, p.447-466, 1993.

SILVA, M. R. B. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 8, n. 3, p. 543-68, set-dez. 2001.

SILVEIRA, C.C.A. **Mutirão de catarata: uma estratégia nacional de atenção à saúde**. 74p. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2004.

SMITH, S. et al. A qualitative investigation of the views and health beliefs of patients with type 2 diabetes following the introduction of a diabetes shared care service. **Diabet Med**, v. 20, n. 10, p. 853-867, 2003.

SMITH, S. et al. The North Dublin randomized controlled trial of structural diabetes shared care. **Fam Pract**, v. 21, n. 1, p. 39-45, 2004.

SMITH, S.; ALLWRIGHT, S.; O'DOWD. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. **Am J Manag Care**, v. 14, n. 4, p. 213-224, 2008.

SMITH, S.; ALLWRIGHT, S.; O'DOWD. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007.

SMITH, S.; O'DOWD, T. Chronic diseases: what happens when they come in multiples? **Br J Gen Pract**, v. 57, n. 537, p.268-270, 2007.

SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al (org.) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 627-73.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 355p. Tese (doutorado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2013.

STRANG, G. The concept, delivery and future of medical ambulatory care. **Clin Med.**, v. 8, n. 3, p. 276-279, 2008.

STURGESS, I.; PROUDFOOT, A. Ambulatory care: what is it and do we need it? **Br J Hosp Med.**, Londres, v. 70, supl. 1, p. 15-18, 2009.

SWINDLE, R. W. et al. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med*, v. 33, n. 1, p. 17-37, 2003.

THOMSON, S. et al. **International Profiles of Health Care Systems**, 2012. The Commonwealth Fund, Nov. 2012.

TOLOZA, D. C. **Nutricionista: um histórico da profissão até os dias atuais**. Monografia (Especialização em Qualidade dos Alimentos). Centro de Excelência em Turismo, Universidade de Brasília. Brasília, 2003.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis RJ.: Editora Vozes, 2003.

UNUTZER, J. et al. IMPACT Investigators, Improving Mood-Promoting Access to

Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 288, n. 22, p. 2836-2845, 2002.

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.

VALENTÍN MAGANTO, V. et al. Cuidados continuos. Un modelo de atención integral. **Rev Adm Sanit**, v. 3, n. 4, p. 647-668, 2005.

VARELA, F. O Reencantamento do Concreto. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 71-86, set. 2003.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VEIGA, D. S. **A Psicologia como tecnologia de governo da subjetividade contemporânea**. 108p. Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

VIANA, A. L.; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009.

WARNER, J. P. et al. Patient-held shared care records for individuals with mental illness: randomised controlled evaluation. **Br J Psychiatry**, v. 177, p. 319-324, 2000.

WEISZ, G. **Divide and Conquerer**. A Comparative History of Medical Specialization. Oxford: University Press, 2006.

WEISZ, George. The Emergence of Medical Specialization in the Nineteenth Century. **Bull. Hist. Med**, v. 77, n. 3, p. 536-575, 2003.

WOOD, K.; ANDERSON, J. The effect on hospital admissions of psychiatric case management involving general practitioners: preliminary results. **Aust N Z J Psychiatry**, v. 29, n. 2. p. 223-229, 1995.

WRIGHT, J. G. Development of pediatric wait time access targets. **Can J Surg**, v. 54, n. 2, p. 107-110, 2011.

ZAMBRANA GARCÍA, J. L. Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. **Med Clin**, Barcelona, v. 123, n. 7, p. 257-259, 2004.

ZAMBRANA GARCÍA, J. L. et al. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. **Med Clin**, Barcelona, v. 118, n. 8, p.302-305, 2002.